

**Матеріали конференції
«ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ В ОНКОУРОЛОГІЇ,
ПЛАСТИЧНІЙ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ
СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ»,
м. Київ,
27–29 квітня 2017 р.**

**INTRAOPERATIVE PLATELET RICH PLASMA INJECTION
FOR IMPROVEMENT OF CONTINENCE RECOVERY
AFTER RADICAL PROSTATECTOMY IN LOCALLY
ADVANCED PROSTATE CANCER PATIENTS.
EXPERIMENTAL RESEARCH AND PRELIMINARY
CLINICAL RESULTS**

*V.V. Lysenko¹, V.L. Medvedev², A.M. Opolskiy², A.V. Medvedev²,
L.G. Roshia¹, V.V. Sazhiyenko³, R.S. Chystiakov¹, A.D. Melenevskii¹,
D.N. Osadchii¹, V.A. Snysarenko¹*

¹ University clinic of Odessa National Medical University

² Chair of urology of Kuban Public Medical University

*³ Chair of reconstructive medicine and reproductive technology
of Odessa National Medical University*

Introduction. The functional results of the radical prostatectomy (RPE) in locally advanced prostate cancer (PCa) are worse because the nerve sparing technique do not use. The stricture of the vesicourethral anastomosis is detected in 7.5 - 14% cases (Wang R. et al, 2012), about 17% patients have incontinence after surgery in pT3 prostate cancer. The trophic decoders result in scars surround of the vesicourethral anastomosis that might be one of cause of the incontinence. Regenerative technology such as platelet rich plasma (PRP) can improve the trophic properties of the tissue.

Objective. The aim was to study the influence of the PRP injections on morphological changers of the urethral anastomosis on an experimental animal model. Then the first experience of the intraoperative PRP injection in vesicourethral anastomosis area during RPE in pT3a-pT3b PCa was assessed.

Materials and methods. Experimental study included 10 mini pigs (weight 14–16 kg), under i.v. anesthesia complete circular urethral dissection in membranous part of the urethra was performed. Running Biosin 4–0 urethral suture was done: 5 cases of the urethral restoration were performed with periurethral injections PRP 3 ml in the anastomosis

area. Reoperation with excision of the areas of the urethral anastomosis were performed 3 month later and morphological changers were evaluated.

Only patients with locally advanced prostate cancer who underwent laparoscopic non-nerve sparing RPE were included in clinical study. The 10 ml PRP was prepared intraoperatively in accordance manual protocol and it was injected surround urethra before the vesicourethral anastomosis formation in 12 patients and 9 patients were operated without PRP. The continence and rate of the postoperative anastomosis stricture were assessed in both groups. The mean time follow up was 20 months.

Results. Normal urethral epithelium of the pigs contained of the 8–10 layers. There were some capillaries and middle size collagen bands in the submucosal layer. The specimens of urethral anastomosis 3 month after surgery contained chronic inflammation with lymphoid follicles and higher fibrosis with sick bands. The specimens of the urethral anastomosis 3 month after surgery with periurethral PRP injections had small difference from normal urethral tissue, the epithelium had same layers and only poor fibrosis submucosal layer was identified.

The locally advanced prostate cancer patients who were operated using PRP intraoperative injections had full continence in 75% cases, only 55.6% patients in control group had continence 12 month after surgery (p B 0.05). The patients, who were operated without PRP had continence only in 11.1% cases at once after catheter removing vs the patients in PRP group who had continence in 41.7% cases (p B 0.01). They have achieved full continence earlier than patients in control group on average 2.7 month. There were 22.2% strictures of the vesicourethral anastomosis in patients who

were operated without PRP. There is no any case of the anastomosis stricture in PRP group (p B 0.05).

Conclusion. The using of PRP injections surrounding tissue of the vesicourethral anastomosis improves the trophic of this area, reduce the sclerotic changers and inflammation after surgery.

The intraoperative PRP injection surround of the vesicourethral anastomosis is simple, safe procedure that might improve the continence recovery and decrease incontinence rate after non-nerve sparing RPE in locally advanced PCa patients.

НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТРОМБЕКТОМІЇ ПРИ НИРКОВО-КЛІТИННОМУ РАКУ, УСКЛАДНЕНОМУ ТРОМБОЗОМ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

С.В. Байдо, С.І. Приндюк, Д.А. Голуб

LISOD Лікарня Ізраїльської онкології

Хірургічне лікування залишається основним методом лікування нирково-клітинного раку (НКТ), ускладненого тумор-тромбозом НПВ. При радикальному комплексному лікуванні специфічна по захворюванню п'ятирічна виживаність коливається від 25 до 57%.

Незважаючи на те, що в лікуванні місцево-поширеного НКТ переважає по частоті використання відкритий доступ, малоінвазивні методи були успішно застосовані експертами при виконанні лапароскопічної або роботасистованої нефректомії з тумортромбектомією (ТТЕ) з НПВ. Підсумовуючи існуючі зарубіжні публікації, є повідомлення про 15 лапароскопічних Level II ТТЕ та 5 лапароскопічних Level IV ТТЕ

В LISOD Лікарні Ізраїльської онкології за рік виконано 3 лапароскопічних нефректомії Level I з ТТЕ з НПВ та 1 – Level II.

Наводимо приклад лапароскопічної правобічної нефректомії Level II з ТТЕ з НПВ у 62-річної пацієнтки.

За КТ ОЧП: гетерогенно посилене гіперваскулярне вузлове утворення верхнього і середнього сегмента правої нирки розміром 6,3x6,6x10,6 см, тумор-тромбоз (рівень II, згідно з класифікацією клініки Меіо). Під час операції НПВ мобілізована від нижніх печінкових гілок до рівня біфуркації на клубові; на рівні печінкових вен, на рівні нижньої брижової артерії і на рівні впадіння лівої ниркової вени заведені три трубки-трималки, тракцією здійснена редукція венозного кровотоку в НПВ на вказаній

ділянці; пухлинні тромботичні маси з просвіту НПВ видалені через гирла двох правих ниркових вен з контрольною флєбоскопією. Інтраопераційна крововтрата близько 300,0 мл. Тривалість операції – 290 хвилин. Ранній післяопераційний період без ускладнень, на 5-ту добу виписана зі стаціонару. За даними патоморфологічного дослідження: низькодиференційована нирковоклітинна карцинома світлоклітинного типу (з інфільтрацією ниркової миски, периренальної тканини та великих ниркових судин) pT4, pN0 (0/16), L0, V1, R0, G2-3. За даними нефросцинтиграфії: ШКФ до операції – 52,34 мл/хв, на 5-ту добу після операції – 51,7 мл/хв, що свідчить про задовільні функціональні показники нирки навіть після редукції кровотоку в нирковій вені контралатеральної (неураженої) нирки. Через 3 міс на контрольному КТ немає ознак локального рецидиву чи прогресії хвороби

Отже, безпека нефректомії з ТТЕ з НПВ може бути досягнута шляхом контролю гемодинамічного статусу і повного видалення тромбу без фрагментації через широку венотомію на повністю виділеній ураженій НПВ. Таким чином, активний хірургічний підхід до хворих з пухлинним тромбозом НПВ є ефективним методом лікування, а радикальне видалення тромбу будь-якої протяжності дає шанс на одужання і продовження життя більшості хворих. Лапароскопічна ТТЕ є виконуваним методом, який забезпечує хороші функціональні результати,

зіставні з відкритою технікою, проте вимагає високого рівня лапароскопічної кваліфікації уролога. У досвідчених руках операційний час

лапароскопічної ТТЕ не перевищує час відкритої операції, при цьому лапароскопічний доступ має суттєві переваги.

ЦИТОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА ОСАДОМ СЕЧІ

Л.С. Болгова

Національний інститут раку

Вступ. Висока захворюваність на рак сечового міхура (PCM), яка останні роки складає в Україні від 20, 8 до 21,1 на 100 000 чоловічого населення ставить завдання перед онкоурологами і морфологами завдання пошуку ранньої діагностики з метою покращення ефективності лікування. Відомо, що жінки хворіють цим захворюванням у 2–3 рази рідше ніж чоловіки. За гістологічною будовою в сечовому міхурі розрізняють папілярний чи солідний тип раку, який розвивається з перехідноклітинної вистілки сечового міхура. При цьому виділяють різний ступінь диференціювання клітин раку – високо-, помірно- і низькодиференційований перехідноклітинний PCM. Крім того, ріст пухлини може бути екзофітний і ендофітний, від чого залежить можливість попадання окремих клітин в порожнину сечового міхура.

Матеріал і методи. Досліджений осад сечі від 30 хворих з клінічним діагнозом – підозра на PCM чи PCM. У 19 випадках цитологічні дані підтверджені гістологічними дослідженнями операційного матеріалу, у 11 хворих – клінічними і рентгенологічними даними. Цитологічні препарати пофарбовані за методами Паппенгейма та Папаніколау. Мікроскопічне вивчення проводили за допомогою мікроскопа

OLYMPUS BX 41 при різних збільшеннях оптичної системи: x100; x200; x400; x1000.

Результати. Досліджені цитологічні препарати мали різну кількість пухлинних клітин – від поодиноких до великих скупчень, розгалужених на чистому фоні, або серед великої кількості лейкоцитів чи некротичних мас. Зустрічались поодинокі клітини з ознаками атипії серед густо розмішених еритроцитів. При цьому клітини мали різний розмір: від малих, дещо більших від еритроцита до великих, що в декілька разів перевищував згадані.

Визначено 5 типів цитологічних картин в залежності від кількості пухлинних клітин, їх розмірів, стану збереженості, виявлення ознак атипії і фонових компонентів. Характерною ознакою всіх типів цитограм є наявність в них дрібних пухлинних клітин з поліморфними гіперхромними ядрами, які займали майже всю інтенсивно забарвлену базофільну цитоплазму, що дало змогу віднести їх до пухлинних клітин.

Висновок. Отримані цитологічні дані можуть бути використані при діагностиці PCM за осадом сечі на будь-якій стадії розвитку і при різному ступені диференціювання екзофітної пухлини.

ОСНОВНІ ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА АГРЕСИВНІСТЬ МАЛИХ ПУХЛИН НИРКИ

*Е.О. Стаховський, Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, П.С. Вукалович, О.Е. Стаховський,
О.А. Кононенко, О.В. Буйвол, М.В. Пікуль, М.В. Чепурнатий, М.В. Мариниченко*

Національний інститут раку

Вступ. Багато проведених досліджень вказують на низьку агресивність малих пухлин нирки, однак навіть при їх розмірі до 4 см існує можливість метастазування у 1,8% випадків.

Мета дослідження: визначити основні причини метастатичного потенціалу пухлин нирки до 4 см.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано результати хірургічного ліку-

вання 279 хворих на рак нирки T1a стадії. Вік хворих склав від 25 до 82 років ($55,2 \pm 11,4$). Чоловіків було 175 (62,7%), жінок – 104 (37,3%). Розміри пухлини становили від 10 до 40 мм ($30,6 \pm 7,3$).

Метастатичний рак нирки мав місце у 21 (7,5%) випадку, серед яких ураження легень діагностовано у 9 (3,2%), кісток скелета – також у 9 (3,2%), віддалених лімфовузлів – у 6 (2,1%), регіонарних лімфовузлів – у 5 (1,8%), печінки – у одного (0,4%) хворого. Ураження декількох систем було виявлено у 8 (2,9%) пацієнтів.

У 257 (92,1%) хворих була виконана резекція нирки, у 22 (7,9%) – нефректомія, при цьому вона носила циторедуктивний характер у 17 та 4 випадках відповідно.

Мультиваріаційний аналіз причин, які впливали на метастатичний потенціал пухлини нирки полягав у визначенні антропометричних, анамнестичних та лабораторних даних, результатів об'єктивного обстеження, даних променевих методів дослідження та кінцевих гістологічних результатів.

Результати. Проведений аналіз показав, що ні ріст, ні вага, ні стать, ні група крові, ні екзо/ендофітний тип росту, ні відношення пухлини до порожнистої системи, передньої/задньої поверхні

чи сегментів нирки згідно з R.E.N.A.L. score не впливали на агресивність пухлини ($p > 0,28$).

Було виявлено пряму пропорційну залежність метастазування від віку: найбільш виражене у пацієнтів старше 50 років (у 20 хворих із 206), менше – у хворих молодшого віку (у одного хворого із 73) ($p = 0,02$).

Причинами високого метастатичного потенціалу пухлини також було їх розташування біля судинної ніжки: із 112 (40,1%) пухлин, що розміщувались у воротах нирки, у 13 (4,7%) були діагностовані метастази ($p = 0,03$).

Також незалежним предиктором до метастазування була морфологічна градація пухлинного ядра за Фурманом: не відмічено метастазів у всіх 39 (14%) хворих, в яких гістологічно підтверджено I ступінь за Фурманом. Із 177 (63,4%) хворих, в яких діагностовано пухлину із II ступенем за Фурманом, метастази виявлено у 5 (1,8%) пацієнтів. Серед 63 (22,6%) пухлин із III–IV ступенем за Фурманом, мали місце метастази у 16 (5,7%) випадках ($p < 0,0001$).

Висновок. Малі пухлини нирки є агресивними пухлинами, коли вони виявлені у пацієнтів старше 50 років та розміщуються у воротах нирки. Наявність метастазів при T1a стадії може вказувати на низький ступінь диференціювання пухлини.

ЧИ РОЗШИРЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ ВПЛИВАЄ НА ЗБІЛЬШЕННЯ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО РЕЦИДИВУ?

Е.О. Стаховський, Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, О.Е. Стаховський, М.В. Пікуль

Національний інститут раку

Вступ. Резекція нирки показана при T1a стадії раку нирки та дає не тільки задовільні онкологічні, але і функціональні результати. Стандартними показаннями до органозберігаючого лікування є абсолютні, відносні та вибіркові. Проте, при пухлині нирки діаметром більше 4 см, яка поширюється в паранефральну клітковину, однак має екзофітний характер росту, не проростає в порожнисту систему нирки, знаходиться у верхньому чи нижньому сегменті нирки, при цьому об'єм функціонуючої паренхіми є досить великим, виконання нефректомії не виправдане.

Мета дослідження: оцінити ефективність резекції нирки при пухлинах більше 4 см, визначити частоту та причини виникнення локального рецидиву.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 925 хворих, яким впродовж 2008–2016 рр. виконана резекція нирки з приводу НКР. В залежності від розміру пухлини, пацієнтів було розділено на 3 групи: до першої групи увійшло 428 (46,3%) хворих із пухлиною ≤ 40 мм; до другої – 398 (43,0%) хворих із розміром пухлини > 40 мм, але ≤ 70 мм; до третьої – 99 (10,7%) хворих із пухлиною > 70 мм. У 78 (8,4%) випадках операція носила циторедуктивний характер, у 9 (1%) – за абсолютними показаннями (єдина нирка). Предметом дослідження стало визначення частоти, періоду та причини виникнення локального рецидиву.

Результати та їх обговорення. Період спостереження за хворими становив від 3 до

96 місяців ($49,4 \pm 37,5$). Місцевий рецидив діагностовано тільки у 14 (1,5%) випадках: відповідно у 4 (0,9%) хворих першої, у 6 (1,5%) – другої та 4 (4%) – третьої групи ($p = 0,07$). Рецидив виникав впродовж 5–56 місяців після резекції (в середньому через $24,2 \pm 13,3$ місяця), причому статистично достовірно коротшим він був у хворих III групи ($14,3 \pm 3,9$) у порівнянні із першою та другою групами $28 \pm 9,8$ та $28,3 \pm 16,8$ місяців відповідно ($p < 0,03$).

Проаналізувавши первинне гістологічне дослідження хворих, у яких виник рецидив після резекції, було встановлено, що світлоклітинний тип нирково-клітинного раку мав місце у 12 (85,7%), папілярний тип – в двох (14,3%) хворих, при цьому морфофункціональний стан ядер за Фурманом II ступеня виявлений у 6 (42,8%), Фурманом III – у 4 (28,6%), Фурманом IV – у 4 (28,6%) випадках. У 4 (28,6%) пацієнтів мало місце вrostання пухлини в навколонирикову жирову клітковину.

11 (78,6%) хворим, у яких був діагностований рецидив, у подальшому виконана радикальна нефректомія. Гістологічне дослідження рецидиву вказувало на підвищення агресивності пухлини: II ступінь за Фурманом виявлено у 3 (21,4%), III ступінь – у 3 (21,4%), IV ступінь – у 5 (35,7%) пацієнтів. У 3 (21,4%) хворих, поряд із рецидивом, діагностовано розповсюджений метастатичний процес, що змусило призначити виключно таргетну терапію.

Висновок. Представлені результати свідчать про пряму пропорційну залежність виникнення рецидиву після резекції нирки від розміру пухлини: від 0,9% – при пухлині ≤ 40 мм до 4% – при пухлині > 70 мм. Проте розширення показань до резекції нирки статистично не впливає на відсоток виникнення локального рецидиву ($p < 0,03$), а отримані результати є навіть нижчими за літературні дані.

КРІОКОНСЕРВАЦІЯ СПЕРМАТОЗОЇДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*О.С. Федорук, К.А. Владиченко, І.І. Люк, В.Т. Степан,
В.В. Візнюк, М.С. Степанченко, В.О. Юзько*

Буковинський державний медичний університет

У структурі онкологічної патології спостерігається тенденція до зростання кількості хворих більш молодого віку. При встановленні онкологічного діагнозу лікування пацієнта потребує застосування променевої, хіміо-, імуно-, гормонотерапії. Ці методи лікування призводять до пошкодження гермінативного епітелію, часто незворотного характеру. За міжнародною класифікацією ВООЗ, безпліддя в онкологічних хворих, які отримують специфічну терапію, не викремлюється та розглядається як ятрогенне або надбане ураження яєчок.

Кріоконсервація сперматозоїдів є рекомендованою процедурою перед початком лікування онкологічної патології. У спеціалізованих центрах репродукції сперматозоїди для кріоконсервації, окрім звичайних шляхів, при необхідності можна отримати за допомогою мікрохірургічних технологій (PESA, TESA, TESE, MESA). Ці оперативні втручання для екстракції сперматозоїдів можна використовувати в ситуаціях, коли пацієнт не може надати матеріал (в підлітковому віці, стани з аспермією, психологічні та релігійні аспекти та ін.). Розмова з хворим про

кріоконсервацію сперматозоїдів відбувається на фоні важкого психологічного стану. Тому рекомендується не включати в дану програму пацієнтів з невизначеною перспективою виживання. У той же час визнається, що кріоконсервація сперматозоїдів деякою мірою може психологічно підтримати хворого. У багатьох країнах ця процедура включена в стандарти лікування онкологічних хворих репродуктивного віку.

Після клінічного одужання пацієнта, кріоконсервовані сперматозоїди можна використати для проведення програм допоміжних репродуктивних технологій (ВМІ, IVF або ICSI), в залежності від конкретної ситуації та показників якості самої сперми. Найбільш ефективною процедурою буде проведення ICSI. Термін зберігання заморожених клітин не обмежений. Недоліком є втрата частини клітин в процесі заморожування і розморожування – не всі сперматозоїди зберігають життєздатність. У підлітковому віці або коли неможливо отримати клітини з еякуляту можна провести кріоконсервацію тканини яєчка.

Відомо, що променева терапія у низьких дозах менше впливає на сперматогенез, ніж хіміотерапія. Якщо стовбурові клітини герміногенного епітелію непошкоджені, то через 3–6 міс. в еякуляті з'являються сперматозоїди.

Встановлено, що фракціонування дози опромінення збільшує пошкодження стовбурових клітин герміногенного епітелію. При променевої терапії екранування яєчок дозволяє зменшити їх ушкодження, але розсіяна доза опромінення

(близько 2% від загальної) доволі часто перевищує поріг пригнічення сперматогенезу. Ризик незворотної азооспермії збільшується при комбінації променевої та хіміотерапії.

У пацієнтів фертильного віку з благоприємним прогнозом виконання кріоконсервації сперматозоїдів і допоміжні репродуктивні технології допомагають реалізувати плани подружнього життя, покращують медико-соціальну адаптацію та якість життя.

МУЛЬТИФАКТОРНИЙ РЕГРЕСІЙНИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ВПЛИВАЮЧИХ НА ВИБІР МЕТОДУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ

*О.А. Войленко, О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко,
М.В. Пікуль, Ю.В. Вітрук, Е.О. Стаховський*

Національний інститут раку

Вступ. Нефректомія (НФ) і резекція нирки (РН) є стандартними операціями в лікуванні локалізованого нирково-клітинного раку (НКТ). Однак до теперішнього часу немає чітких критеріїв для вибору успішної оперативної тактики. В зв'язку з чим, метою роботи було визначити основні чинники, що впливають на вибір оперативної тактики у хворих НКТ шляхом проведення мультифакторного аналізу основних клінічних і нефрометричних параметрів.

Матеріал і методи: ретроспективному клінічному аналізу піддано 903 пацієнти НКТ Т1-Т2 стадій, яким проведено оперативне лікування з 2010 до 2015 р. Виділено 2 групи: в I групу включено 558 (61,8%) пацієнтів, яким виконана РН, в II – 345 (38,2%) підданих НФ. Групи співставні за основними клінічними параметрами: віком ($54,2 \pm 11,1$ і $55 \pm 10,9$ року в порівнюваних групах відповідно), статтю (61,9% і 38,1% проти 61,7% і 38,3% чоловіків і жінок відповідно), рівнем СКФ ($86,9 \pm 17,8$ проти $84,4 \pm 19,8$ мл/хв), ECOG статусом ($0,54 \pm 0,42$ проти $0,5 \pm 0,45$ балів). У роботі проведено мультифакторний регресійний аналіз в групах порівняння за параметрами, які могли вплинути на вибір методу оперативного лікування: розмір пухлини: екзо- або ендофітний ріст; близькість до порожнинної системи; локалізація; розташування (в синусі ($n = 425$), полярно ($n = 285$) або латерально ($n = 193$)). Відсоток функціонуючої паренхіми нирки (ВФПН) оцінювали за оригі-

нальною методикою. Всі представлені параметри оцінювали за даними КТ.

Результати: Виконано мультифакторний регресійний аналіз прогнозування проведення РН або НФ у хворих НКТ по 11 параметрах. При побудові ROC прогностичних кривих найбільш оптимальною виявилася нелінійна нейромережева модель по 3 виділених параметрах: ВФПН, локалізація і розмір пухлини ($AUC = 0,94$ (95% ВІ $0,92 - 0,95$)). При цьому чутливість моделі – 85,5% (95% СІ $81,3\% - 89,0\%$) і специфічність – 85,5% (95% СІ $82,3\% - 88,3\%$). В результаті дослідження були побудовані номограми впливу ВФПН і розміру пухлини на вибір методу оперативного лікування в залежності від її локалізації. Так, при полярному розташуванні пухлини ВФПН більше 58% був показанням для проведення РН. При пухлинах, розташованих в синусі, показання до РН був розмір пухлини в середньому менше 38 мм. На підставі проведеного аналізу була розроблена нова нефрометрична система оцінки пухлини нирки (NCIU-perhrometry), яка ґрунтується на локалізації пухлини (Nearness – центральне розташування пухлини; Collateral – периферичне; Inferior – нижнє; Upper – верхнє) і ВФПН і дозволяє максимально точно визначити показання до РН або НФ.

Висновок. Проведений мультиваріантний регресійний аналіз показав, що основними факторами, що впливають на вибір оперативної так-

тики при НКР були: локалізація пухлини, ВФПН і розмір пухлини. NCIU-nephrometry об'єктивно представляє вищевказані параметри і дозволяє планувати хірургічну стратегію – НЕ або РН. При периферичному розташуванні пухлини

і збереженні ВФПН більше 58% раціонально планувати РН. При медіально розташованій пухлині основним фактором вибору оперативного втручання є розмір пухлини і чим він більше 38 мм, тим вище ймовірність проведення НЕ.

ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ В НЕОАД'ЮВАНТНОМУ РЕЖИМІ ЛІКУВАННЯ ЛОКАЛІЗОВАНОГО НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ

*О.А. Войленко, О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко,
М.В. Пікуль, Ю.В. Вітрук, Е.О. Стаховський*

Національний інститут раку

Резекція нирки дає не тільки задовільні онкологічні, але і функціональні результати в лікуванні нирково-клітинного раку (НКР). В свою чергу, застосування таргетної терапії (ТТ) значно збільшило тривалість життя хворих на розповсюджений та метастатичний НКР, зменшуючи в тому числі і первинні вогнища, що дає підґрунтя для її призначення в неoad'ювантному режимі.

Мета дослідження: визначити доцільність призначення та ефективність неoad'ювантної таргетної терапії при лікуванні хворих на локалізований нирково-клітинний рак.

Матеріали та методи. З 2008 до 2016 р. у відділенні пластичної та реконструктивної онкоурології Національного інституту раку було проліковано 1727 хворих на НКР віком від 24 до 81 ($54,5 \pm 8,8$) року. З них 51 пацієнту з метою зменшення розмірів первинної пухлини та проведення подальшого органозберігаючого оперативного лікування було проведено 2 курси неoad'ювантної (НеоА) ТТ Пазопаніб (п = 37) або Сунітініб (п = 14).

У всіх випадках було виконано комплексне клінічне обстеження, яке в обов'язковому порядку передбачало виконання КТ, оцінку розміру пухлини, її локалізацію та об'єм функціонуючої паренхіми по NCIU – класифікації, вивчення функції нирок та динаміку анатомічних змін в нирках після ТТ. У 6 (11,8%) хворих мав місце двобічний НКР, у 4 (7,8%) – пухлина єдиної нирки, у 1 (2,0%) – пухлина підковоподібної нирки, у решти 40 (78,4%) пацієнтів пухлина локалізувалась в одній із нирок. Загалом клінічній оцінці підлягли 57 випадків НКР. Розміри НКР коливались від 15 до 170 мм і в середньому становили $68,9 \pm 26,5$ мм. Предме-

том дослідження стало визначення частоти та ступеня впливу неoad'ювантної ТТ на регресію НКР та покращення умов для органозберігаючого хірургічного лікування.

Результати і обговорення. НеоА ТТ привела до регресії пухлини в 51 (89,5%) випадку. У 4 (7,0%) – розмір пухлини стабілізувався. У 2 (3,5%) пацієнтів пухлина прогресувала на 10% і 15%, відповідно. Ми не виявили впливу розміру пухлини на ступінь її регресії. Регресія в середньому становила $20,6 \pm 15,1$ %.

Середній відсоток регресії в групі хворих з розміром пухлини до 4 см (n = 10) становив $25,6 \pm 20,5$ %, в групі хворих від 4 до 7 см (n = 22) становив $17,3 \pm 12,1$ %, а у хворих з розміром пухлини більше 7 см (n = 25) – $21,5 \pm 15$ % (t-test; p = 0,29).

Зменшення розмірів первинного НКР в результаті проведення неoad'ювантної ТТ дозволило провести органозберігаюче лікування (резекція нирки) – в 41 (71,9%) випадку, в т.ч. при двобічних пухлинах та пухлинах єдиної нирки. Однак випадки прогресії та стабілізації процесу на фоні центральної локалізації НКР при невеликому відсотку збереженої паренхіми нирки в 16 (28,1%) випадках стали причиною виконання нефректомії.

Висновок. Проведення НеоА ТТ у хворих на НКР дозволило досягти середньої регресії пухлини в $20,6 \pm 15,1$ %, що дозволило провести органозберігаюче лікування в 71,9%. Отримані нами позитивні результати НеоА ТТ у хворих на НКР вказують на доцільність втілення такої тактики лікування у випадках локалізованого НКР з метою зменшення пухлини та можливого проведення органозберігаючого лікування.

ВПЛИВ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ УСКЛАДНЕНЬ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ У ПАЦІЄНТІВ НА ЛОКАЛІЗОВАНИЙ НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

О.А. Войленко, О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко,
М.В. Пікуль, Ю.В. Вітрук, Е.О. Стаховський

Національний інститут раку

Вступ. Проведення таргетної терапії (ТТ) у пацієнтів з місцево-поширеним і метастатичним нирково-клітинним раком (НКТ) дозволяє значно збільшити рівень їх виживаності, а також приводить до зменшення розміру як метастазів, так і первинного вогнища. Використання таргетної терапії у неоад'ювантному режимі (НеоАТТ) є новою тактикою в лікуванні складних пухлин нирок, що може значно знизити кількість нефректомії. Однак профіль ускладнень такої тактики залишається не вивченим.

Метою даного дослідження є оцінка впливу НеоАТТ на рівень ускладнень під час і після органозберігаючого оперативного лікування локалізованого НКТ.

Матеріали та методи. Ретроспективному клінічному аналізу підлягла база даних 1727 пацієнтів, яким проведено лікування НКТ в відділенні пластичної та реконструктивної онкоурології Національного інституту раку за 2008–2016 рр. Для порівняльного аналізу було відібрано 41 пацієнта на локалізований НКТ, яким проведено 2 курси НеоАТТ перед виконанням резекції нирки (РН) (дослідна група). Для групи порівняння (контрольна група) було визначено й узгоджено 41 пацієнта, яким проведено РН при аналогічних параметрах пухлин без

проведення НеоАТТ. У дослідженні проведено порівняльний аналіз всіх даних інтра- та післяопераційних патаметрів та ускладнень в групах порівняння.

Результати і обговорення. Істотних відмінностей між групами порівняння не спостерігалося як за даними доопераційних параметрів, так і онкологічних результатів та частоти ускладнень, в той час як було відмічено різницю в лише тривалості операції. В першу чергу це обумовлено спайковим процесом в заочеревинній клітковині після НеоАТТ.

Висновок. Проведення НеоАТТ в представленій серії досліджень хворих на локалізований НКТ приводить до регресії пухлини в середньому на $20,6 \pm 15,1\%$. Частота інтра- та післяопераційних ускладнень при виконанні РН після НеоАТТ була співставна з групою РН без НеоАТТ, за виключенням збільшення тривалості операції після НеоАТТ. Нами отримані обнадійливі результати використання таргетної терапії в неоад'ювантному режимі в лікуванні хворих на НКТ, однак необхідна більша кількість досліджень для точної оцінки такої стратегії лікування локалізованого ПКТ, особливо з метою зменшення розмірів первинної пухлини для більш безпечного проведення органозберігаючого оперативного лікування.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ШЛЯХОМ ТУРА ТА РАННЬОЇ ІНСТИЛЯЦІЇ ХІМІОПРЕПАРАТУ

М.В. Зеляк, А.М. Вальчишин, М.П. Вальчишин, І.С. Закала

Івано-Франківський національний медичний університет

Рак сечового міхура є однією із найпоширеніших злویкісних пухлин сечостатевого тракту та займає 9-те місце в структурі загальної онкологічної захворюваності в світі. Смертність від раку се-

чового міхура залишається на дуже високому рівні (4,8 на 100 тис. людей). За останні роки в Україні відмічають тенденцію до збільшення поширеності та захворюваності на рак сечового міхура.

Мета. Оцінити можливість підвищення ефективності лікування хворих за допомогою комбінованого лікування поверхневого раку сечового міхура шляхом доповнення ТУР пухлини ранньою інстиляцією цитостатичного препарату, оскільки встановлено, що поверхневі пухлини, котрі зустрічають в 70% випадків, є лише першою стадією хвороби та в 50–70% хворих рецидивують.

Матеріали та методи. Клінічно, лабораторними, ендоскопічними та променевими методами комплексно дослідили 54 хворих на пухлину сечового міхура, які при поступленні скаржились на гематурію та/або дизурію. Серед них був 51 чоловік і три жінки віком в середньому 45,4 року (коливання від 31 до 62). Всього група дослідження включала 27 людей. 27 пацієнтів слугували контролем. Кожному пацієнту при ТУР проводили біопсію основи та країв пухлини, гістологічні препарати обробляли за класичною методикою. Крім цього, всім пацієнтам на-

передодні проводили цитологічне дослідження сечі. Інстиляцію 50 мг доксорубіцину проводили в 1-шу добу після операції. Для цього останній розчиняли в 50 мл фізіологічного розчину при кімнатній температурі. Цистоскопію проводили щомісячно протягом 3–60 місяців.

Результати. У всіх хворих діагностували перехідно-клітинний рак сечового міхура. Пухлина в стадії Т_a була в шести пацієнтів, пухлина в стадії Т₁ була в 48 хворих. Протягом періоду спостереження в групі дослідження було 6 рецидивів пухлини сечового міхура. В контрольній групі спостерігали 10 випадків рецидиву раку. Відмічено більш ймовірний рецидив при більш низькому диференціюванні пухлини.

Висновок. Результати комбінованого лікування хворих на поверхневий рак сечового міхура показують підвищення ефективності лікування, однак обмежений досвід застосування не дозволяє рекомендувати його рутинне застосування.

ФУНКЦІЯ НИРОК ТА ВЕРХНІХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ ТА МЕТАСТАТИЧНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*Е.О. Стаховський, О.Е. Стаховський, П.С. Вукалович, О.А. Войленко,
Ю.В. Вітрук, М.В. Пікуль, М.В. Мариниченко, О.А. Кононенко*

Національний інститут раку

Перехідно-клітинний рак сечового міхура (РСМ) є найбільш поширеною формою раку сечового тракту, з високим рівнем смертності. В лікуванні місцево-поширеного (Т3b-4, N0-3) та метастатичного (M1) РСМ хіміотерапія на основі цисплатини продемонструвала тривалу виживаність хворих і вважається стандартом лікування. Проте, пізня діагностика та органозберігаюча тактика лікування РСМ часто призводять до розвитку загрозливих для життя ускладнень, таких як кровотеча, біль, дизурічні явища та обструкцію сечових шляхів. 40–50 % пацієнтів з місцево-поширеним РСМ мають ниркову недостатність, що виключає використання цисплатини. В таких випадках цистектомію за життєвими показаннями прийнято називати рятувальною, доцільність якої донині залишається дискусійною.

Мета: підвищити ефективність лікування хворих з місцево-поширеним та метастатичним раком сечового міхура шляхом оцінки анатомо-функціональних змін ВСШ та нирок.

Матеріали та методи. Клінічному аналізу підлягли 155 хворих з місцево-поширеним та метастатичним РСМ, яким з 2008 до 2017 року проведено обстеження та оперативне лікування. Вік пацієнтів – $65,2 \pm 11,9$ року. Чоловіків – 139 (89,7%), жінок – 16 (10,3 %). Первинний РСМ діагностовано у 87 (56,1 %), рецидивний – 68 (43,9%) пацієнтів. У 96 (61,9%) хворих діагностовано обструкцію сечоводів, обумовлену механічним блоком пухлиною або інвазією пухлини в інтрамуральний відділ сечоводу. Серед них однобічний УГН діагностовано у 57 (36,8%) хворих, двобічний – 39 (25,2 %). Функціональний стан нирок оцінювали на підставі визначення рівня креатиніну крові та вивчення рівня клубочкової фільтрації (кліренс ендогенного креатиніну, динамічна реносцинтиграфія). Віддалені результати вивчені у 128 (82,6%) хворих.

Результати. Обструкція ВСШ була причиною розвитку ХНН у 72 (46,4 %) пацієнтів, з них I стадія (латентна) у 15 (20,8 %) випадках,

II (компенсована) – 22 (30,6 %), III (інтермітуюча) – 35 (48,6 %).

Показанням до виконання пункційної нефростомії під УЗД контролем був УГН III–IV стадій, ХНН, загострення пієлонефриту. Пункційна нефростомія виконана 43 (27,7%) хворим, серед них однобічна – 16 (37,2%), двобічна – 27 (62,8%). Проведення нефростомії дало можливість оптимізувати функцію нирок, знизити рівень креатиніну крові та покращити загальний стан хворого.

Рятівна цистектомія з деривацією сечі виконана 155 (100%) хворим, серед них ілеоцеостома у 12 (7,7%) випадках; деривація сечі за Бріккером – 97 (62,6%); модифікована уретерокутанеостомія (УКС) – 46 (29,7%).

Проведення рятівної цистектомії з деривацією сечі, дозволило усунути УГН у 48 (35,6%) та зменшити стадію УГН у 65 (48,1%) випадках ($3^2 = 20,2$; $p < 0,01$). У 3 пацієнтів після УКС, в зв'язку з розвитком стенозу уретеро-кутанеостомозу, наростанням ретенційних змін ВСШ, виконано зовнішню деривацію сечі за Бріккером.

Аналіз рівня клубочкової фільтрації до та після рятівної цистектомії показав покращення

рівня клубочкової фільтрації з $52,5 \pm 11,6$ до $58,2 \pm 9,4$ мл/хв (t-test; $< 0,01$).

Статистичним аналізом не виявлено достовірної різниці між кількістю пацієнтів з ХНН до та після рятівної цистектомії ($3^2 = 5,37$; $p = 0,06$), хоча нами відмічена позитивна динаміка у зменшенні кількості пацієнтів з ХНН з 72 (46,4%) до 43 (33,6 %) після проведення рятівної цистектомії з деривацією сечі, що дало можливість проведення ад'ювантної ПХТ.

Висновки. Порушення уродинаміки та функції нирок при місцево-поширеному та метастатичному РСМ спостерігається у 62% випадках.

Цистектомія при місцево-поширеному та метастатичному РСМ дозволяє усунути обструкцію ВСШ, покращити функцію нирок, чим створює умови для проведення ад'ювантної ПХТ.

Виконання циторедуктивної цистектомії забезпечує усунення загрозливих для життя ускладнень місцево-поширеного РСМ: профузна кровотеча, уретерогідронефроз та хронічна ниркова недостатність, чим забезпечує умови для проведення комплексного лікування.

ЕПІГЕНЕТИЧНА ГЕТЕРОГЕННІСТЬ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Ф.І. Костєв, Р.В. Бахчієв, Л.І. Красилюк, М.П. Кульбіда, К.В. Літовкін

Одеський національний медичний університет

Вступ. Поняття гетерогенності пухлини має на увазі існування ряду відмінностей клітин у пухлині. Нині показано, що пухлини мають варіабельність по широкому спектру морфологічних і функціональних показників. Гетерогенність пухлинних клітин включає фенотипічні, генетичні та епігенетичні ознаки. Науковий інтерес в онкоурології представляють питання щодо причин гетерогенності пухлин, механізмів її формування, вплив епігенетичних змін на морфогенез пухлинного процесу передміхурової залози. Тому епігенетична гетерогенність раку передміхурової залози вимагає подальшого вивчення і аналізу з позиції вдосконалення методів діагностики і прогнозу.

Мета: вивчити молекулярно-генетичну гетерогенність раку передміхурової залози з позиції визначення епігенетичних змін у вигляді гіперметилування CpG-острівців генів-супресорів пухлинного росту GSTP1, APC і RAR β .

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження 65 хворих на рак передміхурової залози (аденокарцинома) у віці 41–89 років. Серед 65 хворих на РПЗ розподіл по стадіях за міжнародною класифікацією TNM виявлено: I – 7 (10,7%); II – 42 (64,6%); III – 12 (18,4%); IV – 4 (6,1%) хворих. Верифікація діагнозу базувалась на морфологічному дослідженні матеріалу тканин ПЗ, що був отриманий в результаті виконання мультифокальної біопсії простати (МФБ) – 104 втручання, трансуретральної резекції простати (ТУР) – 28 втручань, черезміхурової простатектомії (ЧПЕ) – 9 втручань.

Молекулярно-генетичне дослідження метилування промоторної зони генів GSTP1, APC та RAR β було виконано всім прооперованим хворим.

Для аналізу даних використано методи багатомірного статистичного аналізу (кластерний та дискримінантний).

Результати. Результати кластерного аналізу у просторі 5 показників: об'єм передміхурової залози; рівень ПСА; рівні метилювання 3 генів демонструють, що група хворих на РПЗ є неоднорідною.

Хворі на рак передміхурової залози розподіляються по двох великих кластерах (С та D), що мають суттєві відмінності між собою. Ці кластери практично не розрізняються за середнім об'ємом передміхурової залози та рівнем ПСА, проте чітко розрізняються за середніми рівнями метилювання усіх 3 генів, кожний з яких в свою чергу розпадається, принаймні, на два підкласи. Таким чином, загалом, у когорті пацієнтів, хворих на рак передміхурової залози, можна виділити чотири підкласи із достатньо великими відстанями поміж ними.

Хворі, які об'єднані у кластер С, мають значно вищі рівні метилювання генів, ніж хворі, які увійшли до кластеру D ($C > D$). Ця розбіжність між кластерами особливо виражена для гена RAR β .

Висновки. Доведено, що аденокарцинома передміхурової залози є епігенетично гетерогенною пухлиною, за характером метилювання промоторної ділянки досліджених генів. Усі досліджені хворі розподілились на два великих кластери, тільки за рівнем метилювання. Великі кластери, в свою чергу, розподіляються на підкласи, які між собою теж розрізняються лише за рівнем метилювання. Феномен епігенетичної гетерогенності РПЗ потребує подальшого вивчення, що може дати можливість зрозуміти перебіг цього захворювання та прогноз відносно його прогресування.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

В.М. Лісовий, Г.Г. Хареба, Д.В. Шукін

КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) є одним з найчастіших злоякісних новоутворень у світі. Найбільш поширеним методом радикального лікування РПЗ є радикальна простатектомія (РПЕ) – одна з найбільш часто виконуваних операцій у світі. РПЕ вважається технічно складним хірургічним втручанням, а його виконання може супроводжуватися низкою серйозних ускладнень.

Мета дослідження: оцінити частоту найбільш значущих інтра- та ранніх післяопераційних ускладнень РПЕ.

Матеріали та методи. Проаналізовано ускладнення РПЕ у 513 пацієнтів. Операції виконувалися в КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала», м. Харків в період з 2006 до 2016 року.

Результати дослідження. Усі РПЕ були виконані залобковим доступом. Вік хворих варіював від 45 до 89 років. Основний метод знеболювання – перидуральна анестезія в поєднанні зі штучною вентиляцією легень. Середній рівень ПСА до операції – $16,6 \pm 3,8$ нг/мл. Розподіл оперованих хворих за стадіями РПЗ до операції: T1N0M0 – 27,5% (141 чол.); T2N0M0 – 59,5% (305 чол.); T3N0-XM0 – 13,1% (67 чол.); T4N0-

XM0 – 0%. Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі: $16,1 \pm 1,4$ дня. Катетер з сечового міхура видаляли в середньому на $12,3 \pm 1,3$ добу після операції.

Частота ускладнень, що спостерігалися: смерть під час операції – 1 пацієнт (0,2%); смерть після операції, пов'язана з масивною крововтратою – 1 (0,2%); травма прямої кишки – 5 хворих (1%); травма сечоводу з наступною уретероцистостомією – 1 (0,2%); повторні операції для переустановлення уретрального катетера – 3 (0,6%); повторна операція з метою зупинки кровотечі – 2 (0,4%); операція для повторного накладення міхурово-уретрального анастомозу – 1 (0,2%); значні гематоми післяопераційної рани – 3 (0,6%); частота гемотрансфузій – 88 (17,2%); відкрита операція для дренивання лімфоцеле – 1 (0,2%) тривала (більше 10 діб) лімфорейя після лімфаденектомії – 82 (16%).

Висновки. Рівень основних інтра- та ранніх післяопераційних ускладнень після РПЕ є невисоким. В представленій роботі відзначається більш висока частота гемотрансфузій в порівнянні з даними великих європейських урологічних клінік.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АНГІОМІОЛІПОМИ НИРКИ

*В.М. Лісовий, Д.В. Шукін, І.М. Антонян, В.В. Мегера,
Г.Г. Хареба, В.М. Демченко, А.І. Гарагатий*

*Харківський національний медичний університет
Харківська медична академія післядипломної освіти
КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»*

Вступ. Ангіоміоліпома (АМЛ) є найбільш частою доброякісною мезенхімальною пухлиною нирки, яка в різних пропорціях складається з жирової тканини, патологічно змінених судин і гладких м'язів.

Мета: ретроспективний аналіз досвіду хірургічного лікування ниркової АМЛ за останні вісім років.

Матеріал і методи. З 2008 до 2016 р. в КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала» хірургічне лікування АМЛ нирки проведено 35 пацієнтам. Аналіз операційних характеристик включав вид і тривалість втручання, а також кількість і характер інтра- і післяопераційних ускладнень.

Результати. Вік пацієнтів варіював від 22 до 74 років і досягав у середньому $48,1 \pm 7,8$ року. Співвідношення жінок і чоловіків складало 4:1. Симптомокомплекс туберозного склерозу мав місце у 8 (22,9%) пацієнтів. Множинні двобічні АМЛ без ознак туберозного склерозу були виявлені у 3 хворих (8,6%). Ще в 4 (11,4%) спостереженнях відзначалися множинні АМЛ в одній з нирок. 12 (34,3%) з 35 хворих госпіталізовані у клініку в ургентному порядку з ознаками розриву пухлини. В інших спостереженнях пухлини не проявлялися симптомами і були виявлені випадково. Доопераційний діагноз жировмісної пухлини нирки був встановлений в 33 (94,3%) випадках. Середній розмір АМЛ складав $5,4 \pm 1,8$ см (від 0,5 до 23 см). У одного пацієнта пухлина проникала в нижню порожнисту вену до її інтраперикардіального відділу. Радикальна нефректомія виконана тільки у трьох (8,6%) з 35 пацієнтів, енуклеорезекція пухлини – у 25 (71,4%) пацієнтів, у 7 (20%) спостереженнях виконувалася енуклеація новоутворення. Теплової ішемія використовувалася в 25 (71,4%) спостереженнях. В середньому її час не перевищував $11,2 \pm 3,8$ хвилини (від 5 до 20 хвилин). Об'єм інтраопераційної крововтрати варіював від 150

до 1500 мл (в середньому $540 \pm 75,8$ мл). Одна пацієнтка із туберозним склерозом оперована з обох боків з приводу мимовільних розривів пухлин з інтервалом 24 місяці. Ще у однієї хворої із туберозним склерозом була виконана нефректомія єдиної нирки у зв'язку з її мимовільним розривом. Надалі їй була проведена трансплантація нирки. У пацієнта з внутрішньовенним поширенням АМЛ венакаватромбектомія поєднувалася з енуклеорезекцією пухлини.

Серед післяопераційних ускладнень відмічено формування артеріо-венозної фістули з псевдоаневризмою ниркової артерії у пацієнта з повністю внутрішньонирковою АМЛ. Це ускладнення призвело до необхідності нефректомії внаслідок профузної кровотечі на 8-му добу після енуклеорезекції пухлини. Ще у одного пацієнта відмічено зморщування оперованої нирки через два місяці після органозберігаючої хірургії.

В групі уніфокальних спорадичних АМЛ рецидиву пухлини не було виявлено в жодному з випадків при середньому періоді спостереження 36 місяців. У групі туберозного склерозу і спорадичних мультифокальних пухлин відмічено збільшення новоутворень що залишилися, в середньому на $20 \pm 4,6$ мм.

Патоморфологічне дослідження виявило класичні ознаки АМЛ нирки у 26 (74,3%) з 35 спостережень, у 7 (20%) випадках були виявлені атипові АМЛ (2 – з мінімальним вмістом жиру, 5 – з множинними атиповими мітозами). У 2 (5,7%) пацієнтів зафіксовані епітеліоїдні АМЛ. Ознак віддаленого або регіонального метастазування не було виявлено в жодному із спостережень.

Висновок. Результати цього дослідження продемонстрували високу ефективність органозберігаючої хірургії ниркових АМЛ. У групі туберозного склерозу і спорадичних мультифокальних пухлин переважною хірургічною технікою має бути енуклеація пухлини.

РОДИННА ТРАНСПЛАНТАЦІЯ НИРКИ У ПАЦІЄНТКИ З ПУХЛИНОЮ ПІСЛЯ БІЛАТЕРАЛЬНОЇ НЕФРЕКТОМІЇ

В.М. Лісовий, М.М. Поляков, Н.М. Андон'єва

*Харківський національний медичний університет
Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала*

Нині трансплантація нирки, поряд з хронічним гемодіалізом, є одним з найбільш ефективних методів лікування хворих з термінальною хронічною нирковою недостатністю (ТХНН).

Незважаючи на успіхи, досягнуті в області трансплантації нирки, все ще залишається ряд питань, від правильного вирішення яких залежать найближчі та віддалені результати цієї операції. Одним із таких невирішених питань є трансплантація нирки при урологічних захворюваннях, ускладнених ТХНН. За даними літератури, ТХНН при урологічних захворюваннях зустрічається у 25–30% всіх хворих, які поступають на лікування гемодіалізом та трансплантацію нирки.

Багато клініцистів рекомендують виконання білатеральної нефректомії до трансплантації нирки, яка в цьому випадку протікає з меншим числом ускладнень. Разом з тим відомі випадки трансплантації нирки при пухлинному ураженні обох нирок у реципієнта. Прогноз при наявності пухлини буває більш сприятливий для трансплантації, ніж у пацієнтів з тривалим перебуванням на гемодіалізі, коли перебіг захворювання ускладнюється коморбідним синдромом.

У нашому спостереженні проаналізований випадок спорідненої трансплантації нирки у пацієнтки з ангіоміоліпомою.

Хвора 32 років поступила в ОКЦУН ім. В. І. Шаповала у зв'язку з наявністю кровотечі в заочеревинний простір. В анамнезі у 2012 році лівостороння нефректомія у зв'язку з ангіоміоліпомою. При обстеженні виявлена анемія (еритроцити $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін 87 г/л), підвищення рівня сечовини до 12,3 ммоль/л, креатиніну – до 210,3 мкмоль/л, калію – до

5,6 ммоль/л. У клінічному аналізі сечі – еритроцити на все поле зору. При комп'ютерній томографії виявлено ангіоміоліпому правої нирки розмірами 187x141x261 мм.

Хворій в ургентному порядку виконана операція: ревізія заочеревинного простору і правої нирки. Виявлена гігантська ангіоміоліпома з розривом і розвитком заочеревинної гематоми. Після видалення пухлинних мас життєздатної паренхіми нирки не виявлено, тому операція завершилася нефректомією.

В післяопераційному періоді розпочато лікування програмним гемодіалізом. При імуністохімічному – діагноз ангіоміоліпоми був підтверджений.

При обстеженні матері як потенційного донора була виявлена мішкоподібна аневризма правої ниркової артерії. У зв'язку з ризиком розвитку кровотечі у донора в ургентному порядку через 2 місяці після нефректомії була виконана алотрансплантація нирки від матері з резекцією аневризми і протезуванням донорської ниркової артерії праворуч. Функція трансплантата негайна.

Хвора отримувала стандартну трикомпонентну імуносупресію. На п'яту добу післяопераційного періоду біохімічні показники нормалізувалися. На десяту добу хвора була виписана в задовільному стані із задовільною функцією трансплантата.

Наведене спостереження свідчить про можливість інтеграції спеціалізованої медичної допомоги пацієнтці з пухлиною нирки після білатеральної нефректомії, що дозволило в максимально короткі терміни забезпечити медичну реабілітацію та уникнути фатальних ускладнень після білатеральної нефректомії.

МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ОНКОПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ

В.М. Лісовий, Н.М. Андон'єва, О.А. Гуц, М.Я. Дубовик, Г.В. Лісова, В.М. Демченко

*Харківський національний медичний університет
Харківський обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала*

Взаємозв'язок онкопатології та хронічної ниркової недостатності (ХНН) є однією з проблем урології і нефрології. З одного боку, є істотний зв'язок онкохворих з паранеопластичними нефропатіями, з іншого – доведене збільшення ризику розвитку злоякісних новоутворень у пацієнтів з термінальною уремією.

Давно відома асоціація між термінальною ХНН (тХНН) і новоутвореннями. Stewart et al. показали, що у пацієнтів на замісній нирковій терапії новоутворення виявляються в чотири рази частіше. Серед 21 817 тайваньських пацієнтів з тХНН ракові захворювання сечовидільної системи, печінки і легень зустрічалися на 64% частіше, ніж у загальній популяції. Masconi і співавт. виявили новоутворення у 2,2% 1184 пацієнтів, що знаходилися в листі очікування на трансплантацію нирки (найбільш часті пухлини нирок і щитовидної залози).

Так само як і з тХПН наявність хронічної хвороби нирок (ХХН) на більш ранніх стадіях пов'язане з підвищеним ризиком розвитку ракових захворювань. Wong і співавт. в Австралії протягом 10 років спостерігали за 3654 пацієнтами віком 47–97 років і виявили ракові захворювання у 19,5% з них (711 випадків). Чоловіки з ХХН 3-ї стадії мали підвищений ризик новоутворень, починаючи зі швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) 55 мл/хв (ВР – 1,37). На кожні 10 мл/хв зниження ШКФ ризик новоутворень наростає на 29%, і найбільш частими були пухлини сечовидільної системи і легенів.

Мета роботи: виявити частоту розвитку онкопатології у пацієнтів з термінальною хронічною нирковою недостатністю (тХНН), що перебувають на перитонеальному діалізі. Був про-

ведений ретроспективний аналіз наявності онкопатології у 65 пацієнтів з тХНН, які отримують ниркову замісну терапію (НЗТ) методом перитонеального діалізу (ПД) в нефрологічному відділенні ОКЦУН ім. В.І. Шаповала за 2009–2016 р., середній вік яких склав $56,7 \pm 11,0$ років. Середня тривалість лікування перитонеальним діалізом склала 26,3 міс.

З 65 хворих з термінальною ХНН виявлено 5 хворих зі злоякісними новоутвореннями нирок і передміхурової залози. Діагностика онкопатології проводилася у зв'язку з розвитком білково-енергетичної недостатності, анемії, синдрому прискороеного ШОЕ, підвищення рівня С-реактивного білка до 11 мл/л, зниження Kt/V.

Рак нирки був виявлений у 3 хворих, у двох пацієнтів – рак передміхурової залози. У всіх 3 випадках раку нирки він виявлявся у пацієнтів з полікістозом, був підтверджений гістологічно після білатеральної нефректомії. Рак передміхурової залози був підтверджений результатами біопсії простати, даними комп'ютерної томографії підвищенням рівня PSA до 21 нг/мл. Ці пацієнти були обстежені в зв'язку з розвитком дизуричних явищ аж до гострої затримки сечі. Лікування онкопатології проводилося спільно з онкоурологами на тлі продовження НЗТ методом ПД.

Висновки. Широке використання стандартних методів обстеження дозволяє своєчасно виявити онкопатологію в нирках і передміхуровій залозі і при взаємодії урологів та нефрологів в умовах спеціалізованого центру дозволяє не тільки провести лікування онкологічних захворювань, але і продовжити НЗТ.

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ХІРУРГІЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ З ІНТРАРЕНАЛЬНОЮ ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ

*В.М. Лісовий, Д.В. Шукін, І.А. Гарагатий, І.М. Антонян,
Г.Г. Хареба, М.М. Поляков, А.І. Гарагатий, В.О. Лійченко*

*Харківський національний медичний університет
Харківська медична академія післядипломної освіти
КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»*

Вступ. Найбільш виразною тенденцією останніх років є активне розширення показань до виконання органозберігаючої хірургії пухлин нирок. Нині цей вид оперативного лікування використовується в більшості ситуацій, коли об'єм паренхіми, що залишається, складає не менше 50% незалежно від локалізації, розмірів і навіть стадії пухлини.

Мета: ретроспективний аналіз здійсності і безпеки органозберігаючої хірургії при повністю інтрауренальному розташуванні новоутворень нирки.

Матеріал і методи. Загальне число органозберігаючих операцій, виконаних в клініці до 2017 року склало 680. До дослідження увійшли 28 (4,1%) пацієнтів з повністю інтрауренальними пухлинами (новоутворення не мали жодного екзофітного компонента і були повністю покриті нирковою паренхімою). Для видалення пухлин використовувалася техніка енуклеорезекції або енуклеації. Інтраопераційне УЗД не застосовувалося в жодному зі спостережень. Локалізацію пухлини розраховували за допомогою тривимірної топограми на підставі даних МДКТ. У роботі оцінювалися клініко-морфологічні параметри новоутворень і пацієнтів, інтраопераційні особливості, рівень інтра- та периопераційних ускладнень, а також загальний і вільний від прогресії виживаності. Середній період спостереження за пацієнтами складав $42,4 \pm 5,6$ місяця.

Результати. Серед усіх 28 пацієнтів у 7 (25,0%) випадках мали місце абсолютні імперативні показання до операції (єдина нирка – 5, двобічні новоутворення – 2). У 9 (32,1%) спостереженнях були зафіксовані відносні імперативні показання до хірургії. У 12 (42,9%) хворих хірургічні втручання виконувалися за елективним показанням. У 5 (17,9%) випадках видалення пухлин здійснювалося екстракорпорально з наступною аутотрансплантацією залишку нирки.

Середні розміри пухлин складали $3,8 \pm 0,6$ см (від 1,8 до 5,6 см). Інвазія новоутворення в порожнинну систему мала місце тільки у 3 (10,7%)

пацієнтів, ще у 3 (10,7%) хворих відзначалося проростання в просвіт сегментарної або полярної ниркової вени. Інвазія в жирову клітковину ниркового синуса не була зафіксована в жодному зі спостережень. Гістологічне дослідження виявило нирково-клітинний рак в 25 (89,3%) випадках і ниркову аденому в 3 (10,7%) спостереженнях. Віддалених і регіональних метастазів у пацієнтів виявлено не було.

У 3 (10,7%) пацієнтів була виявлена макрогематурія при госпіталізації, 2 (7,1%) хворих турбували періодичні болі в ділянці нирки, пов'язані з обструкцією порожнинної системи пухлиною. В інших випадках (82,1%) пацієнти не пред'являли будь-яких скарг. Час теплової ішемії складав в середньому $14,2 \pm 3,6$ хвилини. У групі екстракорпоральної хірургії середній час резекції складав $42,6 \pm 7,6$ хвилини, а холодової ішемії – $67,6 \pm 8,4$ хвилини.

Розтин порожнинної системи нирки виконувався в 24 (85,7%) спостереженнях. У трьох (10,7%) пацієнтів для відновлення цілісності порожнинної системи використовували пієлокалікоанастомоз. Інтраопераційна крововтрата в середньому не перевищувала $388 \pm 54,2$ мл. Нефректомія безпосередньо після резекції була здійснена у 2 (7,1%) випадках через кровотечі або малої кількості паренхіми, що залишається. У ранньому післяопераційному періоді серйозних ускладнень, таких як формування артеріо-венозних фістул з вираженими кровотечами не відзначалося. У 4 (16,7%) пацієнтів мали місце помірні паранефральні гематоми, які усувалися консервативно.

Серед пізніх післяопераційних ускладнень у 2 (7,1%) хворих зафіксовано зморщування нирки. У одного пацієнта, який піддався екстракорпоральній резекції з аутотрансплантацією нирки, сформувався стійкий сечовий свищ, що призвело до нефректомії. В інших спостереженнях функція оперованої нирки була збережена.

Віддалені онкологічні результати прослідковані у 22 хворих. За весь період спостереження померло 3 пацієнти, з яких у 2 мали місце відда-

лені метастази. Локарегіональних рецидивів пухлин не було виявлено в жодному зі спостережень. Рівень загальної виживаності упродовж середнього періоду спостереження 42 місяці склав 86,4%, а виживаності, вільній від прогресії пухлини – 90,9%.

Висновок. Наше дослідження продемонструвало, що органозберігаюча хірургія є ефективним і безпечним методом лікування пухлин нирок з повністю інтрауретеральним розташуванням.

КОМБІНОВАНИЙ ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ДОСТУП ПРИ ПУХЛИНАХ НИРКОВОЇ МИСКИ

Р.П. Морару-Бурлеску, К.В. Косьмина

Черкаський обласний онкологічний диспансер

Вступ. Первинні пухлини ниркової миски складають 8–18% від усіх новоутворень сечових шляхів. Більшість з них (82–90 %) представлені перехідно-клітинною карциномою. Враховуючи особливості поширення епітеліальних новоутворень ниркової миски на нижні сечові шляхи, радикальною операцією вважається повне видалення нирки з принирковою клітковиною та всього сечоводу разом зі стінкою сечового міхура у зоні гирла сечоводу на стороні ураження. Зазвичай використовують 2 заочеревинних доступи, окремо виконується нефрэктомія з люмботомічного доступу та резекція сечового міхура доступом за Кеєм.

Мета дослідження: оцінка доцільності виконання комбінованої стандартної лапароскопічної трансперитонеальної нефруретеректомії (СЛТН) при пухлинах ниркової миски.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 25 пацієнтів з раком ниркової миски T1-T3N0M0, яким була виконана нефруретеректомія з резекцією сечового міхура в обласному онкоурологічному центрі ЧООД з 2013 до 2017 р. З них чоловіків – 13 (55,0%), жінок – 12 (48%). Пацієнти були поділені на 2 групи: 1 – 14 (56%) пацієнтів, яким виконувалась нефрэктомія з люмботомічного доступу, з додатковим доступом за Кеєм для резекції сечового міхура, друга – 11 (44%) хворих, яким виконувалась СЛТН з доступом до сечового міхура за Пфанненштїлем, через який видалявся блок препарату. Групи були

співставні за стадією захворювання, віком, ІМТ, стороною ураження. Досліджували час операції, ускладнення, інтраопераційну крововтрату. Інтенсивність больового синдрому після операції оцінювали за візуальною шкалою болю (VAS). Косметичний ефект за шкалою POSAS.

Результати. Середня тривалість операції в 1-й групі склала 110 (90–130) хв, у 2-й групі – 130 (110–150) хв. У всіх випадках досягнуто негативного хірургічного краю резекції. У 1-й групі – середня крововтрата склала 210 ± 40 мл, в основному була зумовлена травматичністю доступу; у 2-й – 90 ± 20 мл. Інтраопераційних ускладнень не було у жодного пацієнта. Перебування пацієнтів 1-ї групи в стаціонарі: 7–12 ліжко-днів (у середньому 9), 2-ї групи – 4–7 ліжко-днів (у середньому 5). Усі пацієнти 2-ї групи на наступний день після операції активізовані, соціальна адаптація значно прискорена. Косметичний ефект у групі комбінованого доступу значно кращий, оскільки основний післяопераційний рубець перебував під лінією плавок. За шкалою болю середній бал в 1-й групі склав 6,8, у другій – 3,6 бала.

Висновки. Дана техніка має порівняну онкологічну ефективність з відкритою методикою, забезпечуючи при цьому кращий косметичний ефект. Комбінована лапароскопічна нефруретеректомія є ефективним методом малоінвазивного хірургічного втручання, при якому використовується підхід, що поєднує в собі кращі аспекти відкритої та стандартної лапароскопічної хірургії.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНА АДРЕНАЛЕКТОМІЯ

Р.П. Морару-Бурлеску, К.В. Косьмина

Черкаський обласний онкологічний диспансер

Вступ. Захворювання наднирникових залоз зустрічаються відносно рідко. Пухлини наднирників мають невеликі розміри та добре диференціюються від оточуючих тканин. Більш того, їх розташування глибоко в заочеревинному просторі вимагає виконання широких хірургічних доступів. Впровадження лапароскопічної адреналектомії усунуло один з найбільш істотних недоліків традиційної порожнинної хірургії, а саме невідповідності між тривалим та травматичним доступом і мінімальними за часом та обсягом втручаннями на самому органі. Тому нині лапароскопічна адреналектомія (ЛАЕ) розглядається як операція вибору при більшості пухлин наднирникових залоз.

Мета дослідження: оцінка ефективності ЛАЕ у лікуванні хворих з пухлинами наднирника.

Матеріали та методи. З 2015 до 2017 р. в обласному онкоурологічному центрі ЧООД ЛАЕ була виконана 9 пацієнтам. Серед них чоловіків було 4, жінок – 5, середній вік пацієнтів склав $66,0 \pm 8,6$ року. Операція праворуч проведена у 6 хворих, ліворуч – у 3. Показаннями до ЛАЕ були первинні та метастатичні пухлини наднирникових залоз.

Результати. У 9 хворих виконані ЛАЕ. Необхідності у виконанні конверсії не було. Післяопераційних ускладнень, а саме, кровотеч, які б вимагали проведення гемотрансфузії та артеріальної гіпотензії, не спостерігали. Середній об'єм крововтрати склав 160 (120–280) мл, середній час операції – 90 (80–130) хв. Знеболення в післяопераційному періоді проводилося протягом 48 год, використовували дексалгін в дозі 2,0 мл внутрішньовенно 2 рази на добу. Середня тривалість госпіталізації склала 4 доби. У 6 (66,6%) пацієнтів гістологічно верифікована аденома, у 1 (11%) – mts меланоми, у 2 (22,4%) – феохромоцитома.

Висновки. ЛАЕ є методом вибору при лікуванні хворих з пухлинами наднирникових залоз. За ефективністю дана операція не поступається відкритій адреналектомії, в той час як тривалість застосування анальгетиків, терміни госпіталізації та реабілітації пацієнта при лапароскопічному доступі порівняно нижче. Косметичний ефект кращий, враховуючи відсутність великих післяопераційних рубців. Сліди від 5–10 мм проколів не порівнюювані з рубцями, що залишаються після традиційних «відкритих» операцій.

МАНУАЛЬНО-АСИСТОВАНА ЛАПАРОСКОПІЧНА НЕФРЕКТОМІЯ ЯК ПЕРЕХІДНИЙ ЕТАП ДО ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ НЕФРЕКТОМІЇ

Р.П. Морару-Бурлеску, К.В. Косьмина

Черкаський обласний онкологічний диспансер

Вступ. У сучасній світовій хірургічній практиці широко застосовуються операції з використанням лапароскопічного доступу при нирково-клітинному раку (НКТ). Проте тривалість оперативного втручання і складність опанування методики перешкоджають його широкому впровадженню. Більш легким у технічному опануванні є метод лапароскопічної мануально-асистованої радикальної нефруретеректомії (ЛАМН). Рациональне використання лімітованої лапаротомії при ЛАМН абсолютно виправдано, оскільки при лапа-

роскопічній нефректомії (ЛАН) вона виконується для вилучення органа.

Мета дослідження: аналіз результатів ЛАМН, виконаних в онкоурологічному центрі ЧООД та оцінка кривої навчання.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 20 пацієнтів, яким в онкоурологічному центрі ЧООД з 2015–2016 р. виконано ЛАМН. Серед хворих було 8 (40%) чоловіків і 12 жінок (60%), середній вік 59,5 року (від 47 до 72 років). У

всіх пацієнтів до операції проводили стандартне клініко-інструментальне обстеження, у тому числі УЗД, СКТ з внутрішньовенним підсиленням. Симультанні лапароскопічні оперативні втручання застосовувалися у 2 (10%) випадках. У одного хворого при наявності жовчнокам'яної хвороби, одночасно з ЛАМН виконали холецистектомію. В іншому випадку через зрощення утвору нирки з капсулою нижнього полюса селезінки, була виконана симультанна лапароскопічна спленектомія.

Результати дослідження. Тривалість операцій у період опанування методики виконання лапароскопічних втручань на нирці у середньому становила $180 \pm 19,7$ хв. У подальшому в період накопичення досвіду тривалість операції склала в середньому 85 ± 20 хв. Больовий синдром не спостерігався уже на першу добу після операції. Адекватне знеболення досягалось введенням ненаркотичних анальгетиків. Всім пацієнтам виконувалися стандартні реабілітаційні

заходи, що дозволяли активізувати їх уже на наступний день. Середній ліжко-день склав $5 \pm 0,45$ днів (від 4 до 11 днів).

Висновок. ЛАМН – ефективний метод малоінвазивного хірургічного втручання, який комбінує відкрити і стандартну лапароскопічну хірургію. Це дозволяє хірургу подолати технічні труднощі, пов'язані з методикою стандартної лапароскопії, такі як втрата тактильної чутливості та просторової орієнтації. Крім того, hand-assistance допомагає локалізувати лапароскопічний інструмент та мінімізує хибні рухи. Мануально-асистоване лапароскопічне втручання може сприяти широкому впровадженню лапароскопічних операцій. Грунтуючись на наших спостереженнях, виходячи з особистого досвіду, 20 мануально-асистованих втручань було достатньо для опанування методики та переходу до стандартної ЛАН. Грунтуючись на наших спостереженнях, крива навчання значно скорочується від 50 стандартних операцій до 20.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ САЛЬВАЖНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ НА СИСТЕМІ ТОМОТЕРАПІЇ. МОЖЛИВІСТЬ ЕСКАЛАЦІЇ ДОЗИ. ОЦІНКА РАННЬОЇ ТОКСИЧНОСТІ

С.П. Одарченко, Н.М. Серьогіна, В.В. Серьогін, А.В. Зінвалюк

Український центр Томотерапії

Вступ. Відомо, що частота виникнення рецидиву після радикальної простатектомії залежить від радикальності проведення операції, суми балів за шкалою Глісон, вихідного рівня простатспецифічного антигену (ПСА).

Досвід хірургічного лікування в стадії Т3 показує, що у 33,5–66% хворих виявляється позитивний хірургічний край і у 7,9–49% – ураження метастазами лімфатичних вузлів. Таким чином, 56–78% пацієнтів, які зазнали хірургічного лікування, в подальшому потребують проведення променевої терапії (ПТ) – ад'ювантної, сальважної (рятівної) або гормональної (ГТ) терапії.

При проведенні сальважної променевої терапії після реєстрації біохімічного рецидиву, рекомендовані дози опромінення повинні складати 68–74 Гр. Ескалація дози на ложе передміхурової залози при проведенні сальважної променевої терапії за даними останніх клінічних

досліджень (EORTC 22911, SWOG S8974, ARO 9602) показує кращий безрецидивний контроль захворювання, але вимагає застосування сучасних технологій променевої терапії для більш безпечного підведення високої дози опромінення.

Мета роботи: оцінити ранню токсичність сальважної ПТ на системі Томотерапії в режимі гіпофракціонування з ескалацією дози.

Матеріали і методи: Було проліковано 3 хворих після радикальної простатектомії. Терміни проведення променевої терапії після хірургічного лікування варіювали від 11 місяців до 8 років. У всіх пацієнтів відзначався стійкий рівень підвищення ПСА з періодом подвоєння 6–11 місяців без клінічних проявів. При обстеженні віддалених метастазів не виявлено. ПТ проводилася на системі Томотерапії методом IMRT (Intensity – Modulated Radiation Therapy) з використанням IGRT (Image-guided Radiation

Therapy) мегавольтної комп'ютерної томографії перед кожним сеансом променевої терапії.

Пацієнти лікувалися за наступним протоколом: ложе пухлини передміхурової залози і сім'яних міхурців РД (разова доза) 2,3 Гр, СОД (сумарна вогнищева доза) 69 Гр, що відповідає біологічно ефективній дозі 74,9 Гр (при коефіцієнті α/β 1,5). Обсяг опромінення виділявся згідно з рекомендаціями RTOG 0534. Період спостереження склав до 6 місяців.

Результати. Метод планування IMRT забезпечив рівномірне покриття обсягу опромі-

нення і відповідав вимогам захисту органів ризику. Генітоурінальна токсичність у всіх пацієнтів була на рівні G1, гастроінтестиціальна токсичність у двох пацієнтів була на рівні G1, у одного пацієнта на рівні G2 згідно з СТСАЕ 4.03.

Висновки. Таким чином, лікування пацієнтів на системі Томотерапії надає можливість підведення високої дози опромінення при низькому рівні ранніх променевих реакцій. Віддалені результати лікування будуть контролюватися в подальших дослідженнях.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ НИРКИ УСКЛАДНЕНОГО ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

С.М. Пасічник¹, Е.О. Стаховський², О.Я. Мирка³

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Національний інститут раку

³ КЗ ЛОР Львівська обласна лікарня відновного лікування

Досить часто наявність хронічної ниркової недостатності (ХНН) у хворих на РН може ускладнити перебіг онкологічної патології та призвести до смерті хворого. З метою запобігання розвитку або уповільненню прогресування вже існуючої ХНН зростає необхідність у проведенні адекватного комплексного реабілітаційного лікування такого контингенту хворих. Серед найбільш ефективних методів нефармакологічної профілактики та лікування даної патології, є різноманітні методики використання мінеральних вод. У клініці урології ЛОКЛ розроблено методику санаторно-курортного лікування (СКЛ) хворих, на курорті Східниця після алотрансплантації нирки. З метою зниження ризику таких ускладнень, як розвиток та прогресія вже існуючої ХНН, у хворих на РН, нами було розроблено та вивчено нову методику комплексного реабілітаційного лікування із застосуванням мінеральних вод Східницького регіону.

Мета: провести аналіз результатів комплексного післяопераційного лікування РН із застосуванням мінеральних вод Східницького регіону.

Матеріали та методи. Опрацьовано 101 історію хвороби пацієнтів РН із супутньою ХНН. З лікувальною метою всім хворим було проведено резекцію нирки. Всі пацієнти були розді-

лені на дві групи. I група – 63 пацієнти, які в післяопераційному періоді не проходили СКЛ. II група – 38 хворих, яким проводилось СКЛ із використанням лікувальної води «Нафтуся» за схемою. Термін спостереження становив 24 місяці, кратність відвідування курорту – кожні півроку, загалом 4 курси СКЛ, тривалість кожного курсу – $17,5 \pm 2,3$ днів. У динаміці проводилась оцінка рівня креатиніну та швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) у обох групах.

Результати дослідження. Середні значення рівня креатиніну сироватки крові на початку дослідження у групі I та групі II становили $83,1 \pm 2,5$ мкмоль/л, та $85,8 \pm 3,8$ мкмоль/л відповідно, $p > 0,05$. Середні показники ШКФ у групі I та групі II становили $72,3 \pm 5,8$ мл/хв/1,73 м², та $74,5 \pm 4,7$ мл/хв/1,73 м² відповідно, $p > 0,05$. Протягом 24 місяців спостереження рівень креатиніну в загальному підвищився на $27,7 \pm 5,1$ ммоль/л в I групі хворих. Протягом 24 місяців спостереження ШКФ на $19,7 \pm 3,4$ мл/хв/1,73 м² була нижчою в I групі хворих.

Висновок. Рівень креатиніну протягом 24 місяців спостереження в середньому був вищим на $27,7 \pm 5,1$ мкмоль/л у групі хворих, які не отримували реабілітаційне СКЛ після проведеного хірургічного лікування з приводу РН. ШКФ, протягом 24 місяців спостереження була

нижчою на $10,8 \pm 1,3$ мл/хв/ $1,73$ м² у групі хворих, які не отримували реабілітаційне СКЛ

після проведеного хірургічного лікування з приводу РН.

ДОЦЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ ПРИ РАКУ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

*Е.О. Стаховський, О.Е. Стаховський, Ю.В. Вітрук,
О.А. Кононенко, О.А. Войленко, М.В. Пікуль*

Національний інститут раку

Вступ. Резекція нирки раку верхніх сечових шляхів є технічно найбільш складним оперативним втручанням та в світовій практиці виконується лише у випадках вираженої ниркової недостатності.

Метою роботи було визначення віддалених функціональних та онкологічних результатів резекції нирки при пухлинах верхніх сечових шляхів.

Матеріали та методи. Ретроспективному аналізу підлягали 87 пацієнтів, котрим проводилось хірургічне лікування з приводу рВСШ з 2008 до 2017 року. Середній вік склав $66,3 \pm 5,4$ року. Співвідношення чоловіків до жінок – 68 (78%) / 19 (22%). Органозберігаючому лікуванню підлягали 24 (27,5%) хворих, серед яких у 6 (6,8%) випадках, враховуючи задовільною функцію унілатеральної нирки, проведено її резекцію.

Результати. Середній період спостереження склав $28,4 \pm 18,2$ місяці. У всіх випадках у пацієнтів було діагностовано локалізовані пухлини з площею ураження порожнистої системи нирки, що не перевищувала 50% від загальної. На доопераційному етапі проводився підрахунок очікуваної залишкової паренхіми нирки згідно з даними комп'ютерної томографії. Утворення нижньої групи чашечок діагностовано у 3 хворих, середньої – у одного, верхньої – у двох. Згідно з даними динамічної реносцинтиграфії функція ураженої нирки перед оперативним втручанням в середньому склала $19,6 \pm 5,2$ ml/min. Рівень сироваткового креатиніну – $1,16 \pm 0,26$ mg/dl. Всі пацієнти підлягали резекції ура-

женого сегмента нирки. Інтраопераційно проводилось уточнення локалізації пухлини з використанням гнучкого уретеропієлоскопа, котрий заводився через розріз в ділянці ниркової миски. При резекції верхнього сегмента проводилось ушивання порожнистої системи, у випадках ураження середньо-нижнього сегмента, після видалення пухлини виконувалась реконструкція пієлоуретрального сегмента або накладався уретерокуалікоанастомоз. Усі втручання проводились без використання центральної ішемії. Середня інтраопераційна крововтрата склала 564 ± 178 мл. Ранній післяопераційний період протікав без ускладнень.

Згідно з даними динамічної реносцинтиграфії через 3 місяці після оперативного втручання отримано зниження функції ураженої нирки до $15,8 \pm 4,8$ ml/min ($p = 0,68$). Середній рівень сироваткового креатиніну коливався на рівні $1,21 \pm 0,21$ mg/dl ($p = 0,43$).

Випадків появи локального рецидиву чи рецидиву в сечовому міхурі не було відмічено. У 1 випадку відмічено вторинне зморщення нирки зі зниженням клубочкової фільтрації нижче 10 ml/min.

Висновки. Резекція нирки при уротеліальному раку є технічно складним оперативним втручанням у окремо обраних пацієнтів, забезпечуючи збереження унілатеральної та загальної клубочкової фільтрації. Раннє виявлення утворень порожнистої системи нирки може вплинути на віддалені функціональні результати органозберігаючого лікування.

СПОНТАННИЙ РОЗРИВ НИРКИ У ПАЦІЄНТА З МЕТАСТАТИЧНИМ РАКОМ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Д.О. Попов¹, С.О. Філіппов², В.В. Лисенко¹, О.М. Слинко²,
А.В. Марковський², К.Б. Малік², С.Ю. Ілющенко¹, А.О. Савельєв¹

¹ Одеський національний медичний університет

² Одеський обласний онкологічний диспансер

Вступ. У багатьох країнах рак передміхурової залози (РПЗ) займає перше місце в структурі онкоурологічних захворювань у чоловіків. За даними літератури, є ймовірність захворіти РПЗ у кожного шостого чоловіка старше 50 років. Симптоматика захворювання частіше складається з порушення сечовипускання, симптомів метастазування та росту пухлини. Симптоми порушення уродинаміки верхніх сечових шляхів (ВСШ) зустрічаються значно рідше.

У світовій літературі опубліковано понад 1000 спостережень спонтанного розриву нирки. Це ускладнення може спостерігатися при новоутвореннях нирок, полікістозі, значно рідше при гідроуретеронефрозі, і т.ін. У зв'язку з малою кількістю випадків досі відсутня єдина діагностична та лікувальна тактика при спонтанному розриві нирки.

Матеріали та методи. Клінічне спостереження: Пацієнт К., 39 років, поступив до ОООНД 06.09.16 у стані середньої важкості зі скаргами на виражений біль в поперековій ділянці справа, що посилювався при вдиху, кашлі, странгурію, ніктурію, загальну слабкість. Гемодинамічні показники були задовільними. З анамнезу хвороби відомо: симптоми нижніх сечових шляхів з тенденцією до прогресування зазначав більше року.

Результати досліджень. Пальцьове ректальне дослідження: передміхурова залоза збільшена, неоднорідна, з наявністю вузлів підвищеної щільності в товщі правої долі, зі згладженою міждолевою борозною, слизова прямої кишки без змін.

Виконана СКТ сечовидільної системи: сечовід справа нерівномірно розширений 5–12 мм, після введення контрастної речовини виз-

начається екстравазація контрастної речовини з середньої групи чашок правої нирки, з поширенням контрастної речовини по ходу листків фасції Герота, що характерно для КТ-картини порушення цілісності сечовивідних шляхів на рівні синуса правої нирки. Поширена, виражена черевна і клубова правобічна лімфаденопатія. PSA загальний – 1108 нг/мл.

Пацієнту була проведена трансректальна сектантна біопсія передміхурової залози під ТРУЗД контролем. ПМЗ: у всіх біоптатах G2 АК дрібноацинарної будови, за Глісоном 3 + 4 = 7.

Лікувальні заходи. У зв'язку з гемодинамічною стабільністю пацієнта, враховуючи наявність екстравазації контрастної речовини на КТ, компресію правого сечоводу, правобічний уретерогідронефроз пацієнту проведена ЧПНС справа з антеградною піелоуретероцистографією під контролем ЕОП. Після встановлення нефростоми стан пацієнта з поліпшенням.

Пацієнт отримував гормонотерапію в режимі МАБ. Нефростома знята через 3 місяці після відновлення пасажу сечі із ВСШ. Пацієнт продовжує отримувати спеціальне лікування.

Висновки. Випадок виявлення раку передміхурової залози на пізній стадії у пацієнта нижче скринінгового віку залишає відкритим питання про доцільність скринінгу у чоловіків молодше 40 років. Розрив нирки при уретерогідронефрозі є рідкісним ускладненням перебігу метастатичного раку передміхурової залози. Можливе використання малоінвазивних методик, таких як ЧПНС в лікуванні спонтанного розриву нирки на фоні гідронефрозу за умови гемодинамічної стабільності пацієнта і відсутності симптомів триваючої кровотечі.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ РАКУ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

*Е.О. Стаховський, О.Е. Стаховський, Ю.В. Вітрук,
О.А. Кононенко, О.А. Войленко, М.В. Пікуль*

Національний інститут раку

Вступ. Рак верхніх сечових шляхів (рВСШ) на момент постановки діагнозу часто асоціюється зі зниженням функції нирки на стороні ураження. Органозберігаючі хірургічні втручання при рВСШ можливі лише у високо селективних пацієнтів, проте не існує доказів на користь функціональної ефективності обраного методу лікування.

Метою роботи було визначення віддалених функціональних результатів органозберігаючого лікування при рВСШ.

Матеріали та методи. Ретроспективному аналізу підлягали 87 пацієнтів, котрим проводилось хірургічне лікування з приводу рВСШ з 2008 до 2017 року. Середній вік склав $64,2 \pm 5,4$ року. Співвідношення чоловіків до жінок – 66 (78,5%) / 18 (21,5%). Після проведення комплексного обстеження було виділено групу з 24 (28,5%) хворих, котрі підлягали органозберігаючому лікуванню та стали об'єктом подальшого аналізу.

Результати. Середній період спостереження склав $30,2 \pm 21,3$ місяці. У всіх випадках у пацієнтів було діагностовано локалізовані пухлини верхніх сечових шляхів. У 19 (79%) випадках рВСШ локалізувався в сечоводі, у 5 (21%) – в порожнистій системі нирки. Унілатеральний уретерогідронефроз зі зниженням функції нирки відмічено у 21 (87,5%) пацієнта. Згідно з даними динамічної реносцинтиграфії функція ураженої нирки перед оперативним втру-

чанням в середньому складала $18,6 \pm 7,2$ ml/min. Рівень сироваткового креатиніну – $1,40 \pm 0,36$ mg/dl. Всі пацієнти підлягали органозберігаючому лікуванню з наступним пластичним відновленням прохідності ВСШ. Тип пластики залежав від локалізації пухлини та включав: уретероцистонеостомію (37,5%), уретро-уретероанастомоз (16,6%), кишкову пластику сечоводу (12,5%), пластику мисково-сечовідного сегмента (12,5%), резекцію нирки (20,9%).

Згідно з даними динамічної реносцинтиграфії через рік після оперативного втручання отримано покращення функції ураженої нирки до $21,4 \pm 8,4$ ml/min ($p = 0,068$). Середній рівень сироваткового креатиніну знизився до $1,14 \pm 0,28$ mg/dl ($p = 0,043$).

У одному випадку розвиток стріктури ураженого сечоводу та термінальні зміни нирки через 6 місяців після оперативного втручання потребували проведення нефруретеректомії. Випадків появи локального рецидиву не було відмічено. Рецидив пухлини в сечовому міхурі діагностовано у 4 (16,6%) хворих, прогресію до метастатичної хвороби у 2 (8,3%).

Висновки. Органозберігаюче лікування забезпечує хороші функціональні результати у обраних пацієнтів з рВСШ. Покращення функції нирок у цих випадках може впливати на загальну виживаність та можливість проведення хіміотерапії.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМУ НА ШВИДКІСТЬ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА НИРКАХ

В.М. Григоренко¹, С.В. Байдо², С.І. Приндюк^{1,2}

¹ Інститут урології АМН України

² LISOD Лікарня Ізраїльської онкології

Під час безгазової лапароскопії інтраабдомінальний простір створюється за допомо-

гою ендоліфтів, без створення напруженого карбоксиперитонеуму (НКП), додаткова агресія

якого у пацієнтів з тяжкою серцево-легеневою патологією стає клінічно значимою.

Мета: провести порівняльний аналіз показників ниркової функції (ШКФ) у пацієнтів, яким виконувалась лапароскопічна нефректомія (ЛНЕ) або резекція нирки (ЛРН) з використанням НКП, ендоліфтингу або їх комбінації.

Матеріали і методи. В роботу включено 50 хворих (дослідна група), що прооперовані із застосуванням спірального лапароліфта (СЛ): ЛНЕ проведена у 35 осіб, ЛРН – у 15; 50 хворих (група контролю), у яких оперативне втручання виконано із застосуванням НКП (ЛНЕ – 31, ЛРН – 19) та 30 пацієнтів (комбінована група), яким поєднували застосування мінімального КП (до 8 мм рт. ст.) та СЛ (19 – ЛНЕ, 11 – ЛРН).

В роботі була використана оригінальна модель СЛ (Пат. № 69135, Пристрій для безгазової лапароскопії). При виконанні лапароскопічного втручання після накладання «мінімального» КП (до 8 мм рт. ст.) під відеоскопічним контролем робоча частина СЛ вводиться в черевну порожнину в точці на рівні пупка по середньоключичній лінії поступово-ввертальним рухом. Лапароліфт фіксується на підйомно-утримуючому пристрої із кріпленням на стелі та проводиться десуфляція.

Для порівняння показників ШКФ використовували дані динамічної нефросцинтиграфії, що виконувалась за допомогою гамма-камери «Variscan» до операції, на наступну добу та через 3 міс після оперативного втручання.

Результати. Час встановлення ендоліфта складав в середньому $82,4 \pm 4,83$ сек, що більше лише на $26,7 \pm 1,03$ сек за час створення НКП. Середня тривалість операцій із застосуванням СЛ лише на $1,6 \pm 0,7$ хв. більше, ніж в умовах

НКП, тоді як в комбінованій групі цей показник був на $19,13 \pm 5,8$ хв. меншим, ніж в групі контролю. При застосуванні лапароліфта не спостерігалось периопераційних ускладнень, а також виявлено статистично значиме зменшення тривалості лікування на $1,3 \pm 0,4$ ліжко-дня, а в комбінованій групі на $1,8 \pm 0,5$ ліжко-дня в порівнянні з контрольною.

Проведення ЛНЕ/ЛРН за допомогою СЛ має менш негативний вплив на фільтраційну здатність нирок (зниження лише на $25,4 \pm 4,2$ мл/хв на наступну добу після операції) в порівнянні з НКП (на $28,6 \pm 4,6$ мл/хв), в т. ч. в комбінованій групі (на $28,3 \pm 3,9$ мл/хв). Тоді як відновлення функціональної здатності нирок, аналізуючи показники ШКФ через 3 міс після операції, швидше відбувалось в комбінованій (збільшення на $12,9 \pm 4,8$ мл/хв) та дослідній (на $8,8 \pm 3,7$ мл/хв) групах в порівнянні з контрольною (на $6,5 \pm 5,0$ мл/хв).

Таким чином, відновлення фільтраційної здатності нирок в ранньому післяопераційному періоді та реабілітація мали кращий перебіг у хворих дослідної та комбінованої груп. Онкологічні результати операцій у хворих після ЛНЕ/ЛРН не поступались таким при відкритому втручанні при середньому терміні спостереження $35,5 \pm 8,1$ та $36,5 \pm 8,0$ місяців у дослідній та контрольній групах відповідно.

Висновки. Використання СЛ розширює можливості виконання лапароскопічних операцій на нирці (нефректомія, резекція тощо) у хворих з супутньою патологією, дозволяє зменшити негативний вплив НКП на фільтраційну здатність, а також дозволяє запобігти розвитку ряду ускладнень.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПАРЦІАЛЬНОЇ АПАРАТНОЇ КАВАПЛІКАЦІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ, УСКЛАДНЕНОГО ПУХЛИННОЮ ВЕНОЗНОЮ ІНВАЗІЄЮ

В.І. Русин, В.В. Корсак, С.О. Бойко, Я.М. Попович

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Вступ. Пацієнти онкоурологічного профілю, які піддаються хірургічному лікуванню становлять потенційну групу з високим ризиком виникнення венозної тромбоемболії. Цей ризик стає ще вищим у групі пацієнтів з нирково-клітинним раком (НКТ), ускладненим пухлин-

ним тромбозом нижньої порожнистої вени (НПВ), адже єдиним ефективним методом лікування даної когорти хворих є тромбектомія з НПВ та нефректомія. Тромбоемболічні ускладнення можуть виникати як під час операції, так і у післяопераційному періоді. Тому впровадження в клінічну прак-

тику засобів профілактики тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) є актуальним завданням для хірургії пухлинного тромбозу НПВ.

Мета. Вивчити віддалені результати парціальної апаратної каваплікації під час виконання венакаватромбектомії у хворих з НКР.

Матеріали та методи дослідження. Нами проаналізовано віддалені результати хірургічного лікування 37 хворих з НКР, ускладненим пухлинною інвазією НПВ, які були проліковані в хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака у 2005–2016 рр. Вік пацієнтів був від 30 до 75 років (середній – 56 років). Чоловіків було 23 (62,2%), жінок – 14 (37,8%). Згідно з класифікацією клініки Мейо, хворі мали наступні рівні поширення пухлинного венозного тромбу у НПВ: 0-рівень виявлено у 6 випадках; I-рівень – у 5; II-рівень – у 10; III-рівень – у 13; IV-рівень – у 3. У 6 хворих, поряд з пухлинним венозним тромбозом, мав місце розвиток справжнього масивного тромбозу НПВ та спільних клубових вен. Всі хворі були піддані хірургічному лікуванню, об'єм якого складався з тромбектомії з НПВ, нефректотомії та апаратної каваплікації.

Парціальна апаратна плікація НПВ за зробленою нами методикою застосована у всіх пацієнтів за допомогою апарата «УКБ 25». Виконання методики забезпечується апаратом «УКБ 25», у якому танталові скоби розміщуються вертикально у позиції «одна через три», за рахунок цього створюється триканальний провіт НПВ з діаметром каналів 5–8 мм. У 24 (64,9%) випадках вона виконана нижче рівня впадіння ниркових вен у НПВ, у 12 (32,4%) – вище рівня впадіння ниркових вен у НПВ і у 1 (2,7%) – вище рівня впадіння головних печінкових вен у

НПВ. У 3 (8,1%) хворих було виконане протезування НПВ протезами Gog-tex, а у 10 (27%) пацієнтів було застосоване часткове висічення скомпрометованої пухлинним тромбом стінки НПВ.

Під час операції використовували загальнохірургічні та судинні інструменти. Методи допоміжного і штучного кровообігу та тимчасових шунтів не використовували.

Усі хворі в післяопераційному періоді отримували низькомолекулярні гепарини згідно зі стандартами та протоколами лікування пацієнтів із злоякісними пухлинами. В якості моніторингу за хворими, в післяопераційному періоді була застосована ультразвукова діагностика з доплерографією НПВ – у 100% випадків, каваграфія – у 16,2%. Термін спостереження за хворими становив від 8 до 60 місяців.

Результати. Серед прооперованих хворих ми не спостерігали випадків летальності від ТЕЛА у найближчі та віддалені терміни після лікування. На контрольних каваграмах в ділянці плікації спостерігався повністю відновлений діаметр НПВ. За даними ультразвукового дослідження – відновлення попереднього просвіту НПВ вже спостерігається на 12-му місяці і триває до 36 місяців. Вимірювання венозного спектра кровоплину в НПВ після апаратної каваплікації продемонструвало відновлення максимальної лінійної швидкості току крові і в середньому становить $52,1 \pm 3,5$ см/сек.

Висновки. Застосування парціальної апаратної каваплікації є ефективним засобом профілактики ТЕЛА під час хірургічного лікування НКР, ускладненого пухлинною венозною інвазією, після якого настає повне відновлення об'єму НПВ та лінійної швидкості току крові.

ДИСЕМІНОВАНІ ПУХЛИННІ КЛІТИНИ В КІСТКОВОМУ МОЗКУ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.С. Сакало, Ю.В. Жильчук, А.В. Сакало, О.А. Черниченко

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. У хворих на локалізований рак передміхурової залози (РПЗ) нерідко спостерігають рецидиви після простатектомії. Вважають, що причиною рецидивів і метастазів є дисеміновані пухлинні клітини (ДПК), які можуть перебувати тривалий час в «неактивному» стані. До факторів, які сприяють переходу ДПК в ак-

тивну фазу, відносять експресію цитокінів і активацію ангиогенезу.

Мета: вивчити корелятивний зв'язок між ДПК і біохімічним рецидивом у хворих на локалізований РПЗ.

Матеріали і методи. Протягом 2014–2015 рр. спостерігали 52 хворих на РПЗ віком

від 56 до 74 років (в середньому 62,3 року). Всім хворим під час радикальної простатектомії проводили стерильну пункцію для ідентифікації ДПК. 29 (55,8%) хворим виконана відкрита, у 23 (44,2%) лапароскопічна простатектомія. У 32 (61,5%) хворих з рівнем ПСА >10 нг/мл також проведена стандартна тазова лімфодисекція. За біохімічний рецидив вважали підвищення рівня ПСА > 2 нг/мл. Рівень ПСА після операції досліджували щомісячно. ДПК виявляли імуноцитохімічним методом: антитіла до панцитокератинів AE1/AE3 (DAKO, Німеччина).

Результати. Стадія pT₂ була у 38 (73,1%), стадія pT₃ – у 14 (26,9%) хворих. Початковий рівень ПСА від 3 до 48 нг/мл (середній 8,2 нг/мл). Біохімічний рецидив виявили у 13 (25%) і метастази в лімфовузлах – у 3 (5,8%) хворих. ДПК в кістковому мозку діагностовано у 31 (59,6%) хворого. Не виявили кореляції між наявністю ДПК і стадією, числом Глісона, рівнем ПСА. В той же час частота рецидивів в ДПК-позитивній групі була 35,5% (11 хворих), в ДПК-негативній тільки 9,5% (2 хворих) (p<0,01).

Висновки. Наявність ДПК у хворих на локалізований РПЗ варто оцінювати як маркер несприятливого прогнозу перебігу РПЗ.

ВИЗНАЧЕННЯ МЕЖ ВІДСТУПУ БЕЗПЕКИ НА ПОХИБКУ ЛІКУВАЛЬНОЇ УКЛАДКИ ПРИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПІД КОНТРОЛЕМ ЗОБРАЖЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

О.В. Сафронова

КЛ «Феофанія» ДУС

Всеукраїнський центр радіохірургії

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) відноситься до радіорезистентних пухлин, тому для лікувального ефекту необхідно підведення великої сумарної осередкової дози (СОД). Через рухливість передміхурової залози (ПЗ) виникає ризик недоопромінення пухлини та збільшення дозового навантаження на сечовий міхур та пряму кишку. З появою високотехнологічної дистанційної променевої терапії (ДПТ) та реалізації променевої терапії під контролем зображення (IGRT) з'явилась можливість підведення більшої СОД при зменшенні дозового навантаження на здорові оточуючі органи за рахунок гарантії підведення дози.

Метою даної роботи було визначення меж відступу безпеки на похибку лікувальної укладки за рахунок рухливості органів малого таза при реалізації IGRT з проведенням комп'ютерної томографії конусним пучком (СВСТ).

Матеріали та методи. Нами був проведений аналіз лікування 110 пацієнтів хворих на РПЗ II–III (T2b–3bN0–1M0) стадій із використанням променевої терапії з модуляцією інтенсивності дози (IMRT) та 3D–конформної про-

меневої терапії (3D–КПТ). Всім пацієнтам проводився однаковий алгоритм лікувального процесу: ретельне обстеження для визначення ступеня поширеності пухлинного процесу; передпроменева топографічна підготовка на комп'ютерному томографі; контурінг запланованого об'єму опромінення та здорових оточуючих органів; індивідуальне планування та лікування. При застосуванні IMRT для перевірки точності лікувальної укладки перед кожним сеансом опромінення проводилась СВСТ для оцінки положення ПЗ в режимі реального часу. Зміщення проводили по контурах м'яких тканин залежно від наповнення порожнистих органів малого таза. При застосуванні 3D–КПТ робили портальні кіловольтні чи мегавольтні знімки у двох взаємно перпендикулярних проекціях (прямій та боковій). Зміщення пацієнта проводили по положенню кісткових орієнтирів. Відступ безпеки розраховували за рівнянням van Herk ($2.5\sigma + 0.7\sigma$).

Результати. Нами було проаналізовано 2603 даних СВСТ. Середні зміщення ПЗ склали $0,50 \pm 0,31$ см в передньо-задньому (AP) на-

прямку, $0,55\pm 0,20$ см – в краніо-каудальному (CC) напрямку та $0,54\pm 0,14$ см в – боковому напрямку (LL). При проведенні рентгенівських знімків зміщення склали в AP – $1,14\pm 0,24$ см, в CC – $1,19\pm 0,22$, в LL – $1,02\pm 0,18$ см. При розрахунку відступу безпеки за рівнянням van Herk, безпечні відступи PTV від CTV з щоденною верифікацією мають складати 0,84 см, 0,76 см та 0,72 мм (відповідно в AP, CC, LL), без щоденної верифікації – 1,24 см, 1,16 см та 1,18 см (відповідно в AP, CC, LL).

Висновки. За результатами нашого дослідження, залежно від наповнення порожнистих органів малого таза положення передміхурової залози може коливатись в межах 1,2 см. Реалізація IGRT з щоденною верифікацією положення простати в режимі реального часу створює можливість зменшення відступів PTV від CTV до 0,8 см залежно від наповнення органів малого таза. Проведення променевої терапії під контролем зображення гарантує якість підведення дози та зменшує променеве навантаження на оточуючі органи.

АНАЛІЗ ВИКОНАНИХ РАДИКАЛЬНИХ ЦИСТЕКТОМІЙ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА 5 РОКІВ (2012–2016 РР.)

В.П. Стусь, В.М. Краснов, М.Ю. Поліон, І.А. Осінній, С.А. Дяговець

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова»*

Більш ніж у 120 000 людей у 28 країнах Європейського союзу (ЄС) щорічно діагностується рак сечового міхура (РСМ). Від нього помирає більше 40 000 людей кожен рік та він є шостою причиною смертності. Рак сечового міхура коштував ЄС 4,9 мільярда за 2012 рік, при цьому вартість послуг охорони здоров'я склала 2,9 мільярда (59%), складаючи собою 5% від усіх витрат на онкологічну допомогу. На рак сечового міхура у 2012 році витрачено 3% усієї вартості онкологічних захворювань у ЄС (143 мільярди).

Покази до цистектомії (ЦЕ):

- стандартна операція при м'язово-інвазивному РСМ;
- при рецидивах після органозберігаючого лікування;
- при неперехідно-клітинних пухлинах;
- з паліативною метою при кровотечі з сечового міхура;
- при розпаді пухлини;
- при пухлинних норицях.

Деривація сечі при ЦЕ залежить від онкологічного статусу хворого, стану верхніх сечових шляхів та кишківника, самопочуття пацієнта, досвіду та уподобань хірурга. При інконтинентних дериваціях у нашій клініці виконували уретерокутанеостомію та операцію Бріккера, а у

якості континентних дериваціях – операцію Штудера.

За 5 років спостереження (2012–2016 рр.) у нашій клініці виконано 193 цистектомії, з них операцій Бріккера – 12, а операцій Штудера – 21, тобто відсоток уретерокутанеостомій склав 82,9% ($n=160$). Наші показники ми порівнювали з Національним інститутом раку, де цей показник склав 8%. Проте у порівняльному аспекті відсоток уретерокутанеостомій нашої клініки зменшився з 88,6% у 2012 році до 57,9% у 2016 році, а кількість операцій Штудера та Бріккера, відповідно, зросла в 3,7 рази (з 11,4% до 42,1%).

Кількість ускладнень за шкалою Clavien при виконанні уретерокутанеостомій: II – 145 (90,6%), III – 12 (7,5%), IV – 2 (1,3%), V – 1 (0,6%), при інших видах операцій: II – 31 (93,9%), III – 2 (6,1%). Середній бал за Карновським для уретерокутанеостомії – $68,1\pm 0,6$, для операції Бріккера – $72,5\pm 2,2$ ($p<0,05$ порівняно з уретерокутанеостомією), для операції Штудера – $81,4\pm 1,7$ ($p<0,001$).

Таким чином, порівняння власних результатів з провідними установами країни є дуже важливим елементом удосконалення роботи і, як наслідок, це дозволило збільшити кількість операцій Штудера та Бріккера майже у 4 рази за 5 років.

РЕНОПРОТЕКТОРНА ДІЯ КВЕРТУЛІНУ У ЩУРІВ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ЦИТОСТАТИКА ЦИКЛОФОСФАНА

*О.С. Федорук, В.Т. Степан, В.І. Зайцев, І.І. Ілюк,
К.А. Владиченко, В.В. Візнюк, М.С. Степанченко*

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Хіміотерапія злоякісних пухлин здійснюється з використанням цитостатичних препаратів, одним з яких є циклофосфан (Cyclophosphamide), що відноситься до фармакотерапевтичної групи антінеопластичних алкілюючих сполук. Відомо, що за умов передозування циклофосфану можливі ускладнення з боку паренхіматозних органів, в тому числі, і нирок.

В патогенезі ниркових уражень значне місце посідає мікробний фактор за рахунок зростання чисельності умовно патогених бактерій (дисбіоз), що завжди має місце за умов імунодефіциту. Відомо, що останній завжди розвивається під дією цитостатиків.

Одним з найбільш ефективних антидисбіотичних засобів є вітчизняний препарат Квертулін, до складу якого входять біофлавоноїд кверцетин, пребіотик інулін і цитрат кальцію. Квертулін має дозвіл МОЗУ на використання в якості профілактичного засобу.

Метою нашої роботи стало дослідження лікувально-профілактичної дії Квертуліну на стан нирок щурів, які отримували циклофосфан (внутрішньочеревно в дозі 45 мг/кг на 1-й і 3-й дні досліджу). Квертулін вводили per os в дозах 125, 250 і 375 мг/кг. Тривалість досліджу –

7 діб. У гомогенаті нирок визначали активність уреаз (маркер мікробного обсіменіння), лізоцима (показчик неспецифічного імунітету), еластази (маркер запалення) та вміст малонового діальдегіду (МДА), який також є маркером запалення та перекисного окислення ліпідів.

Встановлено, що у щурів, які отримували циклофосфан, розвивається лейкопенія і знижується суттєво активність лізоциму сироватки крові.

В нирках значно (в 6 разів) збільшується активність уреаз, що свідчить про зростання мікробного обсіменіння, при цьому майже в 2 рази знижується активність лізоциму. Під дією циклофосфану достовірно зростає рівень маркерів запалення: еластази і МДА.

Застосування Квертуліну дозозалежно знижує активність уреаз та маркерів запалення та проявляє тенденцію до підвищення активності лізоциму.

Таким чином, нами встановлена ренопротекторна дія Квертуліну за умов токсичного впливу на нирки циклофосфану, що дає підстави рекомендувати його застосування для профілактики ниркових уражень при хіміотерапії злоякісних пухлин.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ АДРЕНАЛЕКТОМІЯ ТА РЕЗЕКЦІЯ НАДНИРНИКА: ДОСВІД ОДНОГО ВІДДІЛЕННЯ

*С.П. Стьопушкін¹, М.І. Брежнев², Р.В. Соколенко¹, І.В. Тютюнов²,
В.П. Чайковський¹, В.А. Черниловський¹, Е.О. Яцуба²*

¹ Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4

² Дніпропетровський міський ендокринологічний центр

Вступ. Кістозні ураження, доброякісні пухлини до 3 см та двосторонні ураження є показаннями до органозберігаючої операції наднирників.

Мета: порівняння хірургічних та функціональних результатів лапароскопічних адреналектомії та резекції наднирника.

Матеріали і методи. В урологічному відділенні №1 було проведено 43 операції на наднирниках у період з 2010 до грудня 2016 року. За поточний період було зроблено 27 лапароскопічних адреналектомій (ЛАЕ), 4 відкритих адреналектомії (ВАЕ) та 12 лапароскопічних резекцій наднирників (ЛРН). Спра-

ва – 25 (58%), зліва – 18 (42%). Середній вік пацієнтів складав 63 ± 12 років. Чоловіків – 14 (32%), жінок – 29 (68%). Первинні злоякісні пухлини наднирників більше 6 см та ретрокавально розташовані пухлини були показаннями до ВАЕ. Показанням до лапароскопічної операції був розмір пухлин 2–13 см. ЛРН проводили з приводу доброякісних пухлин від 1,5 до 3 см та кіст розміром до 8 см. Серед 36 доброякісних пухлин 22 (61%) були гормонпродукуючими пухлинами, 14 (39%) негормонпродукуючими. Всі лапароскопічні втручання були виконані трансабдомінально.

Результати. Патоморфологічне дослідження виявило 7 (16,2%) злоякісних пухлин, у тому числі 5 метастатичних пухлин (4 випадки – метастази пухлин легень і 1 випадок – метастазування пухлини матки). Із доброякісних пухлин виявлено 23 (53%) аденоми, 7 (16,2%) феохромоцитом, 4 (9,3%) кісти та 2 гангліоневроми. Патоморфологічне дослідження після ЛРН: 5 аденом, 1 феохромоцитом і 4 кісти, 2 гангліоневроми. Середня тривалість лапароскопічних операцій склала 70 хвилин. Не було ніяких істотних відмінностей у тривалості операції між ЛАЕ

та ЛРН ($p > 0,8$). Середня крововтрата була 80 мл (50–250 мл) у ЛАЕ та 50 мл (20–80 мл) у ЛРН ($p > 0,05$). Зафіксовано одне післяопераційне ускладнення – кровотеча після ЛАЕ, яка була зупинена ендоскопічно. Тривалість застосування анальгетиків була 12–24 годин після лапароскопічних втручань. Ентеральне харчування починалось через 10 годин після лапароскопічної хірургії. Тривалість перебування в стаціонарі склала в середньому 4 (3–6) днів після лапароскопічної хірургії. Аналогічні дані зафіксовані для ЛРН. Симптоми гіпокортицизму були зафіксовані у одного пацієнта після тотальної адреналектомії, вирішено консервативно. Після ЛРН жодних ускладнень не зафіксовано. За час спостереження не зафіксовано жодного локального рецидиву (4–47 місяців).

Висновки. ЛРН відкриває нові стандарти для лікування доброякісних пухлин наднирників, надаючи можливість зберегти функціональну тканину надниркових залоз та запобігти розвитку гіпокортицизму в післяопераційному періоді. Це є особливо важливим у випадках із двостороннім поширенням процесу.

ЕКСТРЕНА ЕМБОЛІЗАЦІЯ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ НИРКИ І СЕЛЕКТИВНА ЕМБОЛІЗАЦІЯ КРОВОТЕЧІ З АРТЕРІАЛЬНОЇ КУКСИ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ З ПРИВОДУ РАКУ

М.І. Ухаль, О.М. Семанів, І.П. Пустовойт, Ю.М. Лунга

Одеський національний університет

Вступ. Відомо, що профузна кровотеча у хворих з місцево-поширеним раком нирок є нерідким ускладненням. Медикаментозні методи лікування при профузній кровотечі у цих хворих не завжди ефективні, а інвазивне оперативне втручання вкрай ризиковане. Разом з тим, використання екстреної емболізації ниркових артерій, як рятівного малоінвазивного оперативного втручання, застосовується рідко і в одиничних випадках. Крім того, в літературі практично відсутні дані про застосування селективної емболізації при пізніх профузних кровотечах з кукс артерій після резекції нирки з приводу раку.

Мета дослідження. Визначити ефективність екстреної емболізації ниркових артерій у хворих з місцево-поширеним раком нирки, ускладненим гематурією і анемією і селективної

емболізації артеріальної кукси у пацієнтів з профузною кровотечею після резекції нирки з приводу раку.

Матеріали та методи. Робота ґрунтується на результатах застосування екстреної емболізації ниркових артерій у 11 хворих з місцево-поширеним раком нирки, ускладненим профузною нирковою кровотечею і анемією і у 2 пацієнтів з повторними профузними кровотечами з кукси артерії у віддалені терміни (через 1,5 і 3 місяці відповідно) після резекції нирки з приводу раку. Вік хворих коливався від 50 до 70 років. Катетеризація ниркових артерій здійснювалася трансфеморальним доступом за методикою Сельдінгера. У хворих з місцево-поширеним раком нирки проводили хіміо-емболізацію шляхом введення в загальну ниркову

артерію 96%-вого етанолу в кількості від 12 до 16 мл. У хворих з резекцією нирки з приводу раку і профузною кровотечею з артеріальної кукси, емболізація проводилася шляхом селективної катетеризації артеріальної кукси з введенням в її просвіт спеціальної мікроспіралі.

Результати: У хворих з місцево-поширеним раком нирки у 100% випадків ми домоглися повної оклюзії ниркової артерії і зупинки профузної кровотечі. Через 72 години у всіх цих хворих відзначалося зменшення розмірів пухлин на 10–12%, а незначне кровопостачання пухлин зберігалось через колатералі (за даними доплерографії) у 5 хворих. До 3 місяців вижили всі хворі. До цього часу розміри пухлин у 7 з 11 хворих зменшилися на 18–20%, і у 4 з них виконана нефректомія. До 6 місяців вижило 9 з 11 хворих, а до року – 6 хворих, в тому числі всі хворі після нефректомії.

У хворих з резекцією нирки з приводу раку і кровотечею з артеріальної кукси, емболізація і оклюзія артеріальної кукси досягнута в обох випадках із зупинкою кровотечі. Рецидиву кровотечі у цих хворих не відмічалось.

Висновки. Екстрена селективна хіміо-емболізація ниркових артерій при профузній нирковій кровотечі у хворих з місцево-поширеним раком нирки є ефективним малоінвазивним методом зупинки кровотечі, сприяє уповільненню росту пухлини і дозволяє виконати у ряді хворих видалення ураженої пухлиною нирки.

Селективна емболізація артеріальної кукси у хворих з резекцією нирки з приводу раку і кровотечею у віддалені терміни після операції з артеріальної кукси дозволяє зупинити кровотечу і зберегти нирку після резекції.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКОВОЇ АТИПОВОЇ МЕТАПЛАЗІЇ ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО ШАРУ СЕЧОВОГО МІХУРА

М.І. Ухаль, О.М. Ухаль, І.П. Пустовойт

Одеський національний медичний університет

Вступ. Відомо, що в розвитку злоякісної пухлини сечового міхура важливу роль відіграють попередні передракові захворювання. До них відносяться: цистит різної етіології, лейкоплакія, перехідно-клітинна папілома, аденома, ендометріоз. У так званій сприятливій гуморальній фазі початку запального процесу має місце підвищена секреція клітинами уротелія захисного слизу, секреторного імуноглобуліну А та ряду інших факторів. У міру хронізації запального процесу різко зменшується захисна секреторна функція покривного епітелію, відбувається атрофія епітеліального шару сечового міхура з частим розвитком в цій фазі патологічного процесу перехідно - клітинних папілом або поліпів. Прогресування епітеліальної метаплазії призводить до осередкового клітинного ороговіння званим за рахунок характерного кольору лейкоплакією. При цьому лейкоплакія є найбільш частим передраковим захворюванням сечового міхура. За особливостями морфологічних проявів виділяють наступні форми лейкоплакії: плоскоклітинна; веррукозна (бородавчаста) та ерозивна. При всіх цих формах показана біопсія змінених ділянок. Виявлення при біопсії атипії базальних клітин і

базально-клітинна гіперактивність, свідчать про можливість злоякісної трансформації лейкоплакії. Ці зміни також супроводжуються вираженою детрузорною гіперактивністю та больовим синдромом. Цим хворим показано видалення метаплазованого епітеліального шару.

Мета дослідження: оцінка ефективності комплексного лікування хворих на хронічний цистит, ускладнений розвитком лейкоплакії з різним ступенем атипії зміненого епітеліального шару шляхом коагуляції гольмієвим лазером метаплазованого епітелію в поєднанні з медикаментозною відновною патогенетичною терапією в післяопераційному періоді.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 16 жінок хворих на хронічний цистит, ускладнений різними формами лейкоплакії і атипії базальних клітин сечового міхура. У всіх цих хворих мала місце детрузорна гіперактивність і больовий синдром. Вік хворих коливався від 28 до 65 років. Тривалість захворювання від 3 до 6 років. Вибір для коагуляції метаплазованого епітеліального шару (лекоплакії) гольмієвого лазера пов'язаний з тим, що генеровані гольмієвим лазером випромінювання

поглинається тканиною на глибину менше 0,5 мм, що вкрай важливо, оскільки при цьому не зачіпається власна пластинка і м'язовий шар. Лазерну коагуляцію виконували контактним методом в безперервному або імпульсному режимі з потужністю від 10 до 16 Вт. Торець світловода підводили до ділянки зміненого епітеліального шару сечового міхура та виконували коагуляцію всієї зміненої клітинної ланки.

При виборі алгоритму комплексного медикаментозного лікування, після лазерної коагуляції метаплазованого епітелію, виходили з необхідності стимуляції відновлення нормального епітеліального шару, блокада патологічного гіперзбудження нервових волокон в субуретеліальному просторі та зняття спастичного компонента уретральної уродинаміки. З цією метою для стимуляції регенерації нормального уретеля, починаючи з третього дня після лазерної коагуляції хворим призначали інстиляцію в сечовий міхур розчину Цистогіала (0,1% – 50 мл 4–5 інстиляцій). Для зняття гіперрефлексії призначали блокатори М-холінорецепторів (Везікар по 5 мг на добу 30 діб); для зняття ірратативної уретральної обструкції призначали блокатор альфа-один адренорецепторів Урорек (по 8 мг один раз на добу 30 днів).

Результати та їх обговорення. При цистоскопії підтверджено, що метаплазія епітеліального шару (лейкоплакія) в основному локалізувалися в шийці сечового міхура і в області трикутника Л2 с. За даними біопсії плоскоклітинна епітеліальна лейкоплакія підтверджена у 68,8% хворих, верукозна лейкоплакія – у 18,7% і ерозивно – у 12,5%.

При цитологічному і гістологічному дослідженні біоптатів із зон лейкоплакії помірна

атипія базальних клітин виявлена у 81,3% хворих і виражена – у 18,7% пацієнтів.

Під час лазерної коагуляції метаплазованого епітеліального шару (лейкоплакії) і в ранньому післяопераційному періоді нами не було відзначено ускладнень. Тривалість операції залежала від площі зміненого епітеліального шару і коливалася від 10 до 15 хв. Середній післяопераційний ліжко-день складав $3,7 \pm 2,3$ доби. Через 10 діб після операції у більшості хворих зменшувався больовий синдром та детрузорна гіперактивність. Через 60 днів після операції 87,5% хворих скарг на больовий синдром та детрузорну гіперактивність не пред'являли. При контрольній цистоскопії у цих хворих епітеліальний шар в зоні лазерної коагуляції блідо-рожевого кольору з помірним судинним малюнком. Фрагментів метаплазії епітеліального шару в ці терміни дослідження не визначалося. У решти 12,5% пацієнток також відзначалося значне зменшення больового синдрому та детрузорної гіперактивності. При цистоскопії в зоні лазерної коагуляції у цих хворих залишалися помірно виражені вогнища гіперемії з відсутністю видимих ad oculus ознак рецидиву лейкоплакії.

Висновок. Комплексне лікування хворих на хронічний цистит, ускладнений розвитком лейкоплакії та атипії базальних клітин шляхом коагуляції гольмієвим лазером зміненого епітеліального шару в поєднанні з медикаментозною патогенетичною терапією в післяопераційному періоді, є ефективним способом відновлення нормального епітеліального захисного шару, що супроводжується ліквідацією детрузорної гіперактивності і больового синдрому.

АБЛАСТИЧНИЙ СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ДИВЕРТИКУЛА СЕЧОВОГО МІХУРА

М.І. Ухаль, І.П. Пустовойт, О.М. Семанів, М.М. Зотов

Одеський національний медичний університет

Вступ. Дивертикули сечового міхура зустрічаються у клінічній практиці досить часто. Відомі два види дивертикулів – вроджені і набуті. Найбільш частим ускладненням дивертикулів сечового міхура вважається цистит. Він розвивається внаслідок застою сечі в порожнині дивертикула. З тієї ж причини може розвиватися і сечокам'яна хвороба. Також в літера-

турі описані випадки, коли в дивертикулі розвивалася злоякісна пухлина. У більшості випадків дивертикул сечового міхура вимагає оперативного лікування. До нині відкриті оперативні втручання, спрямовані на видалення дивертикула сечового міхура, залишаються основними методами лікування даного захворювання. При виконанні оперативного лікування

набутого дивертикула, в обов'язковому порядку, повинна бути усунена причина, яка, власне, і спровокувала його розвиток. При лікуванні раку дивертикула сечового міхура вкрай важливим також є застосування принципу абластики з метою запобігання розвитку пухлини в сечовому міхурі або в оточуючих дивертикул тканинах.

Метою повідомлення є наш досвід використання модифікованого нами способу абластичного оперативного лікування раку дивертикула сечового міхура.

Матеріал і метод лікування. Хворий Н., 58 років, поступив в урологічне відділення КУ ООКЛ м. Одеса зі скаргами на слабкість, помірні болі над лоном, домішки крові в сечі, відходження згустків крові з сечею. Діагноз дивертикула сечового міхура і наявність в дивертикулі пухлини встановлено за допомогою УЗД, КТ і цистоскопії.

При УЗД сечового міхура стінки не потовщені. До зовнішньої поверхні лівої стінки сечового міхура тісно прилягає пухлина 68x40 мм. Передміхурова залоза 55x48x51 мм. Контури передміхурової залози чіткі, рівні.

КТ органів малого таза: об'ємний утвір малого таза зліва від стінки сечового міхура.

Цистоскопія: об'єм сечового міхура 300 мл, епітеліальний шар блідно-рожевий, вічка сечоводів щілиноподібні в звичайному місці. На лівій стінці сечового міхура з вічка дивертикула виглядає край папілярної пухлини.

Для абластичного видалення раку дивертикула сечового міхура в просвіт дивертикула введений дистальний кінець катетера Фолі. При наповненні балона катетера Фолі пухлина занурена в просвіт дивертикула. Відступивши 1 см від входу в дивертикул, накладено кісетний шов, який затягнутий над входом. Цим прийомом досягнуто відокремлення просвіту дивертикула

з пухлиною від порожнини сечового міхура. Для попередження пошкодження лівого сечоводу в його просвіт проведено сечовідний катетер. Відступивши на 1 см від кісетного шва, проведено круговий розріз стінки сечового міхура. Підтягуючи катетер Фолі в просвіт сечового міхура, нами поступово відділений від навколишніх тканин дивертикул і видалений. Рана стінки сечового міхура зашита дворядним вікріловим швом. За час виділення та видалення дивертикула контакт пухлини зі стінкою сечового міхура і навколишніми тканинами був виключений, що гарантувало абластичність оперативного втручання і дозволяло швидко і атравматично провести оперативне втручання.

Після дивертикулектомії, традиційним способом вилучені гіперплазовані тканини передміхурової залози, як причина розвитку дивертикула. Післяопераційний період протікав гладко. На 9-ту добу після операції хворий виписаний на амбулаторне лікування.

Гістологічне дослідження пухлини дивертикула сечового міхура: помірно диференційований \ G2 \ папілярний уротеліальний рак \ 4 см \, з поверхневою виразкою, слабкою імунною реакцією в стромі, без поширення за межі стінки дивертикула і в край резекції стінки сечового міхура. В стінці сечового міхура хронічний проліферативний цистит. У видалених гіперплазованих тканинах передміхурової залози злоякісного пухлинного росту не виявлено.

Висновок. Використання модифікованого нами способу оперативного лікування раку дивертикула сечового міхура дозволило досягти абластичності і малої травматичності виконання оперативного втручання, а також провести, без ризику інвазії пухлинного процесу, видалення гіперплазованих тканин передміхурової залози.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*Е.О. Стаховський, М.В. Чепурнатий, Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, П.С. Вукалович,
О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко, О.В. Буйвол, М.В. Пікуль, М.В. Мариниченко*

Національний інститут раку

Вступ. Плоскоклітинний рак сечового міхура зустрічається у 5% хворих із злоякісними утвореннями сечового міхура та є рідкісною високо-агресивною пухлиною, що визначає низький досвід у діагностиці та лікуванні даної

патології. Основні етапи діагностики нозології, визначені загальноприйнятими стандартами для перехідно-клітинної карциноми.

Мета роботи: аналіз особливостей діагностики плоскоклітинного раку сечового міхура.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 917 хворих із пухлинами сечового міхура, які проходили обстеження та лікування в клініці з 2008 до 2017 року. Клінічний аналіз ґрунтувався на оцінці скарг хворих, наявності гематурії, дизуричних проявів, даних інструментальних та морфологічних методів обстеження. В роботі виділено групу з 67 (7,3%) хворих (чоловіків 61, жінок 6) у яких при морфологічному дослідженні, діагностовано плоскоклітинну карциному, або перехідно-клітинний рак сечового міхура з плоскоклітинною метаплазією, яка стала предметом дослідження.

Результати. Основними скаргами хворих були: гематурія у 41 (61,2%), дизуричні прояви у 42 (62,7%), та болі внизу живота пред'являли 25 (37,32%) хворих. За даними анамнезу 15 (22,4%) хворих до надходження в клініку отримували хірургічне лікування, із них резекція стінки сечового міхура виконана у 5 (7,7%), трансуретральна резекція сечового міхура у 6 (8,9%), накладання цистостоми з приводу гострої затримки сечі у 1 (1,5%), пункційна нефростомія в 3 (8,1%) випадках. Неoadьювантну хімотерапію отримали 22 (32,9%) хворих, доопера-

ційну променеви терапію проведено у 7 (10,4%) випадках. В ході комплексного обстеження в досліджуваній групі, захворювання в стадії T1 діагностовано у 11 (16,4%) випадках, T2 – 20 (29,9%), T3 – 19 (28,4%), T4 – 17 (25,4%). Уретерогідронефроз виявлено у 22 (32,8%) хворих, із них у 13 (19,4%) – двосторонній, і як наслідок хронічна ниркова недостатність проявилась у 23 (34,3%) випадках.

Згідно з даними патоморфологічного дослідження плоскоклітинний рак сечового міхура діагностовано у 27 (40,3%) пацієнтів, низькодиференційований плоскоклітинний рак у 35 (52,2%) та перехідно-клітинну карциному з плоскоклітинною метаплазією – у 5 (7,5%) пацієнтів.

Висновки. У 54,4% хворих плоскоклітинний рак сечового міхура діагностується на пізніх стадіях, що унеможливує проведення радикального лікування даної категорії хворих, і як наслідок знижуються показники виживаності. Морфологічна форма характеризується високою агресивністю та схильністю до рецидивування. Враховуючи перебіг захворювання, плоскоклітинний рак сечового міхура потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.

АНАТОМО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ПРИ РОЗВИТКУ МІКРОЦИСТА

Е.О. Стаховський, М.В. Чепурнатий, Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, П.С. Вукалович, О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко, О.В. Буйвол, М.В. Пікуль, М.В. Мариниченко

Національний інститут раку

Вступ. Рак сечового міхура займає дев'яте місце в структурі онкологічних захворювань, та понад 380 000 нових випадків захворювання реєструється в світі щорічно. Прогресування даного захворювання, застосування широкого арсеналу нерадикальних методів лікування, приводять до розвитку мікроциста, що втягує за собою ряд незворотних змін у верхніх сечових шляхах.

Актуальною залишається проблема розвитку ускладнень після лікування раку сечового міхура, внаслідок чого, якість життя хворих значно знижується, а інвалідизація та смертність – зростають.

Мета роботи: проаналізувати анатомо-функціональні зміни верхніх сечових шляхів внаслідок розвитку мікроциста – як результат лікування раку сечового міхура.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 32 хворих з раком сечового міхура, у яких розвинувся мікроцист. Хворі перебували на обстеженні та лікуванні в клініці впродовж 1996–2017 років. Вік хворих становив від 29 до 72 років (51,2±4,8). Чоловіків – 21 (75%), жінок – 11 (25%). Для визначення анатомо-функціональних змін сечовивідних шляхів в алгоритм обстеження входили: загальноклінічні лабораторні дослідження; ультра-звукова діагностика для визначення максимального об'єму сечового міхура, наявності уретерогідронефрозу; радіологічні та рентгенологічні методи обстеження: динамічна реносцинтиграфія, урографія, уретроцистографія, комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія.

Результати. За даними анамнезу 28 (87,5%) хворих, у яких розвинувся мікроцист,

до поступлення в клініку отримували спеціалізоване лікування: повторні трансуретральні резекції сечового міхура виконано 11 (34,4%) хворим; відкрита резекція сечового міхура була виконана в 11 (34,4%) випадках, променево-терапію отримали 6 (18,7%) хворих. Підвищення рівнів сечовини та креатиніну сироватки крові відмічено у 25 (78,1%) хворих. Максимальний об'єм сечового міхура знаходився в межах від 19 до 70 мл, середній об'єм становив $31,4 \pm 4,8$ мл. Уретерогідронефроз (УГН) діагностовано у 30 (93,7%) хворих, із них: двосторонній – у 21 (65,6%), односторонній – у 6 (18,7%), УГН єдиної нирки – у 3 (9,4%) хворих, у 2 (6,3%) випадках УГН не спостерігався. За стадіями розвитку УГН отримано наступні дані: УГН I та

II стадій не виявлено, III стадію УГН відмічено у 19 хворих (59,4%), IV стадію – у 8 (25%), V стадію – у 3 (9,4%) випадках. Порушення ниркової функції мало місце у 27 (84,4%) хворих з мікроцистом, із них латентна ниркова недостатність – 9 (28,1%), компенсована – 15 (46,9%), інтермітуюча – 3 (9,4%) випадків.

Висновки. У 84% хворих із раком сечового міхура, внаслідок розвитку мікроциста в патологічний процес залучаються інтрамуральні відділи сечоводів, що приводить до порушення уродинаміки верхніх сечових шляхів, розвитку уретерогідронефрозу, обструктивного пієлонефриту, хронічної ниркової недостатності та втра-ти функції нирок, що є результатом зниження показників загальної виживаності.

ЗАГАЛЬНИЙ ПСА КРОВІ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ, ЧИ Є СТАТИСТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК?

С.С. Шаталюк, Ю.Н. Дехтяр, С.В. Богацький

Одеський національний медичний університет

Пухлини передміхурової залози і метаболічний синдром (МС) часто розвиваються одночасно, у середньому та похилому віці чоловіків. Більшість пацієнтів, що звертаються до уролога з приводу новоутворень простати, мають серцево-судинні захворювання, та на них витрачається істотно більше коштів. Негативний вплив МС на післяопераційний період таких пацієнтів є очевидним. Останнім часом стало відомо про негативний вплив МС, завдяки притаманній відносній чи абсолютній гіпоандрогенії, на ранне виникнення новоутворень простати, більш маніфестній клініці ДГПЗ та прискорених темпах прогресії цієї андрогензалежної нозології. Це підтверджують й дані власних попередніх досліджень. Існують літературні дані про наявність асоційованих зв'язків метаболічного синдрому, гіпогонадізму, раку простати та ДГПЗ.

Метою дослідження стало встановити існування статистичного зв'язку між рівнем ПСА крові та компонентами МС у чоловіків середнього та похилого віку.

Нами обстежено 143 відносно здорових чоловіків середнього та похилого віку. Обчис-

лювався індекс маси тіла (ІМТ), перевірявся стан ліпідного, вуглеводного обміну, встановлювалася концентрація загального ПСА, тестостерону, виконувалось ТРУЗД простати.

Результати. МС, за критеріями АТР, встановлений у 73 чоловіків (51%). Середній рівень тестостерону склав: $18,8 \pm 4,8$ нмоль/л у чоловіків неускладнених МС, та $12,8 \pm 3,4$ у чоловіків з МС. Середній рівень загального ПСА у чоловіків із МС становив $2,90 \pm 1,09$ нг/мл, у той час, як у чоловіків неускладнених МС – $2,55 \pm 1,41$. На підставі проведеного кореляційного аналізу, окрім очікуваної значної залежності між рівнем ПСА та об'ємом передміхурової залози, віком пацієнтів, відмічається помірний та слабкий, статистично значущий, кореляційний зв'язок між ПСА та ІМТ (0,340), С-реактивним протеїном (0,293), концентрацією сечової кислоти (0,186), глюкозою крові (0,137).

Висновки. Отримані дані свідчать про існування опосередкованого зв'язку між рівнем ПСА та компонентами МС. Припускається ймовірний вплив МС не перебіг раку простати та ДГПЗ завдяки гіпоандрогенії.

ПЕРШИЙ ДОСВІД НЕОАД'ЮВАНТНОГО ВИКОРИСТАННЯ ТАРГЕТНОГО ХІМІОПРЕПАРАТУ ПАЗОПАНІБ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО НЕМЕТАСТАТИЧНОГО СВІТЛО-КЛІТИННОГО РАКУ НИРКИ

П.Г. Яковлев ¹, С.В. Сливка ², О.В. Пономарева ³, Р.І. Верещако ³, С.П. Пасечников ¹

¹ Кафедра урології НМУ ім. О. Богомольця

² ККЛ ЗТ №3 ПАТ філії «Укрзалізниці»

³ Кафедра онкології НМУ ім. О. Богомольця

Хірургічне лікування місцево-поширеного світло-клітинного раку нирки не може вважатися радикальним з огляду на ризики місцевого рецидиву після операції або розвитку метастатичної форми хвороби в ранньому післяопераційному періоді. Проте в світових клінічних настановах (National Comprehensive Cancer Network (NCCN Version 2.2017), та European Association of Urology (EAU, Version 2016)) використання неоад'ювантної системної терапії при місцево-поширеному раку нирки або взагалі не розглядається (NCCN), або пропонується лише в рамках клінічних випробувань (EAU). У той же час в клінічних настановах EAU наведена відсутність клінічної користі від ад'ювантного призначення таргетних препаратів сорафеніб та сунітініб для онкологічної виживаності у хворих з місцево-поширеним раком нирки. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги при раку нирки (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2016 № 247) припускає проведення таргетної неоад'ювантної терапії, що може призвести до зменшення стадії пухлинного процесу та уможливити виконання радикального лікування. Пазопаніб, інгібітор протеїнкінази, що належить до групи таргетних хіміопрепаратів інгібіторів неоангіогенезу, внесений до клінічних настанов NCCN як ад'ювантний хіміопрепарат, або як препарат вибору при лікуванні нерезектабельного раку нирки стадії IV. Клінічні настанови EAU відносять пазопаніб до першої лінії терапії метастатичного раку нирки як препарат, що надає переваги виживаності при мінімальному профілі токсичності. Проте широкого власного досвіду використання цього препарату в лікуванні хворих на рак нирки в стадії IV у нас не було.

Мета роботи: оцінити перші результати використання таргетного препарату пазопаніб в неоад'ювантному режимі у хворих з місцево-поширеним світло-клітинним раком нирки.

Матеріали та методи. За період 2016–2017 рр. нами було проліковано трьох хворих на рак нирки, у яких за даними передопераційної комп'ютерної томографії (КТ) з контрастним підсиленням визначено місцеве поширення раку на поперековий м'яз, фасцію Герота при двобічному ураженні нирок, або печінку з явищами місцевої інвазії (стадія cT4) при значно великих розмірах первинного пухлинного осередку, в середньому 16 см в найбільшому вимірі (розподіл: 12–18 см). Вказане місцеве поширення пухлини нами вважалось таким, що унеможливило технічне виконання радикальної нефректомії, тому в передопераційному періоді було призначено лікування препаратом пазопаніб 800 мг один раз на добу протягом двох місяців з подальшим контролем КТ органів черевної та грудної клітини. Жодний з хворих не мав даних за віддалені метастази.

Результати та обговорення. Ефективність неоад'ювантного таргетного лікування ми оцінювали за даними контрольного КТ дослідження та інтраопераційної оцінки стану первинної пухлини. В усіх випадках лікування препаратом пазопаніб супроводжувалося розвитком печінкової недостатності, яке виявлялося шляхом підвищення печінкових трансаміназ в 6–8 разів вище верхньої межі норми, що потребувало тимчасової корекції дози шляхом її зменшення, або завершення курсу лікування через півтора місяці від початку лікування (у одного хворого). За даними контрольної КТ спостерігалось зменшення первинного осередку на 5–20% в найбільшому вимірі в усіх трьох випадках, зменшення явищ інвазії оточуючих структур. Зокрема, в одному випадку пухлина набула рис органолокалізованого процесу, що дозволило виконати резекцію нирки. Під час операції в усіх випадках звертала на себе увагу значна збіднілість малюнка поверхневої васкуляризації пухлини та колатеральної мережі судин, що зазвичай спос-

терігається у випадках світло-клітинного раку, та блідо-рожево-фіолетова поверхнева дисколорація самої пухлини, що також може бути проявом зміни васкуляризації пухлини. Згадані фізикальні зміни пухлини сприяли зменшенню інтраопераційної крововтрати. В жодному з трьох випадків інтраопераційно явищ місцевого поширення пухлин на суміжні структури з вищеописаних виявлено не було, що дозволило виконати операцію радикально та з мінімальною крововтратою. За даними патогістологічного дослідження у всіх випадках був виявлений світло-клітинний нирково-клітинний рак нирки, ступінь клітинної атипії за Фурманом 2–3, без ознак поширення за капсулу нирки (стадія pT2). Таким чином, ми спостерігали феномен зменшення стадії пухлинного процесу у хворих на світло-клітинний рак нирки за даними візуалізаційного дослідження (КТ з контрастним

підсиленням) на тлі двомісячного прийому таргетного хіміотерапевтичного лікування препаратом пазопаніб в дозі 800 мг раз на добу. Термін післяопераційного спостереження за хворими складає в середньому 12 місяців (від 6 до 16 місяців).

Висновок. Неоад'ювантна таргетна хіміотерапія препаратом пазопаніб в дозі 800 мг протягом 2 місяців у хворих на місцево-поширений світло-клітинний рак нирки призводить до зменшення стадії пухлинного процесу шляхом впливу на ангиогенез пухлини до стадії органолокалізованого процесу. Даний патоморфоз уможливає виконання радикальної нефректомії або резекції нирки у хворих, яким за даними первинної комп'ютерної томографії був встановлений місцево-поширений світло-клітинний рак нирки, та зменшує вірогідність крововтрати під час хірургічного лікування.

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИЙ ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ ПУХЛИН НИРКОВОЇ МИСКИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

П.Г. Яковлев ¹, С.В. Сливка ², І.М. Горбатюк ³

¹ НМУ ім. О. Богомольця

² ККЛ ЗТ №3 ПАТ філії «Укрзалізниці»

³ КНП «КДЦ»

Вступ. Рак ниркової миски є доволі рідкою патологією. В Україні в 2015 році діагностований 81 випадок раку цієї локалізації. Стандартом лікування раку ниркової миски є нефруретеректомія з резекцією вічка сечоводу. При ураженні ниркової миски папілярною неінвазивною пухлиною дрібних розмірів, або у хворих з єдиною ниркою, допускається фульгурація поверхневих пухлин. Проте іноді в клінічній практиці зустрічаються випадки, що змушують замислитися про найкращу можливу лікувальну тактику в певному сценарії.

Мета: представити власний досвід лікування хворого з пухлиною великих розмірів екстраренальної ниркової миски, коли ми обрали метод органозберігаючого лікування.

Матеріали та методи. По допомогу звернувся чоловік 65 років, працюючий, нормостенічної тілобудови та задовільного соматичного статусу. Протягом півмісяця відмічає наявність крові в сечі, іноді зі згортками. Ніяких інших симптомів, локальних або системних виявлено не було. Показники крові – в межах норми. Виконано КТ органів грудної, черевної порожнини

та малого таза. Згідно з даними передопераційного КТ, не було виявлено жодних даних за порушення функції ниркової паренхіми, що змусило нас замислитися над лікувальною тактикою. Незважаючи на те, що стандартами лікування хворих на рак ниркової миски є нефруретеректомія з резекцією вічка іпсилатерального сечоводу, нами була обрана інша тактика з урахуванням вищенаведених фактів про повноцінно збережену ниркову паренхіму. Передопераційна цистоскопія та уретероскопія на боці ураження підтвердила дані передопераційного КТ про відсутність мультифокального ураження уретелію верхніх та нижніх сечовидільних шляхів.

23.08.2016 р. була виконана операція: люмботомія зліва, резекція верхньої стінки миски лівої нирки з пухлиною. Ушивання дефекту ниркової миски на стенті Фр8. Дренування заочеревинного простору. Під час операції була виявлена папілярна уретеліальна пухлина верхньої стінки ниркової миски на широкій основі протяжністю 3 см, що повністю виповнювала просвіт миски, яка не поширювалася за межі миски, зовнішній шар ниркової миски в місці розта-

шування пухлини лише мав підсилений судинний малюнок у порівнянні з іншими ділянками органа. Післяопераційний період був без ускладнень. На 6-й післяопераційний день хворий виписаний. Через півтора місяці після операції стент був видалений.

Патогістологічний висновок – уротеліальна папілярна карцинома G-2 з інвазією власної пластинки слизової оболонки. Діагноз хворого при виписці: рак ниркової миски pT1NxM0 стадія 1, клінічна група 3.

При обстеженні хворого 6 місяців після операції скарг з боку сечовипускання, гематурії, болей немає. При УЗД обстеженні даних за уретерогідронефроз оперованої нирки немає. При

КТ обстеженні функція паренхіми нирки на боці операції не порушена, даних за гідронефроз, порушення прохідності верхніх сечовидільних шляхів на боці операції не виявлено, даних за місцевий рецидив або метастази немає. Показники крові в межах норми.

Висновок. Органозберігаючий підхід в лікуванні великих за розміром уротеліальних пухлин ниркової миски має право на існування. За наявності технічних умов виконання операції абластично, при онкологічній доцільності та зі збереженням інтактної ниркової паренхіми як в наведеному випадку, всі заходи мають бути вжиті для виконання нирково-зберігаючої операції.

LAPOROSCOPIC APPROACH FOR CORRECTION OF EXTENDED URETERAL DAMAGE

V.V. Lysenko, D.N. Osadchii, R.S. Chystiakov, A.D. Melenevskii

University clinic of Odessa National Medical University

Introduction. Reconstruction of the upper urinary tract with extended ureteral defects and posttraumatic strictures is not a frequent, but a complex problem. Before the cause of this pathology was extensive surgery for pelvic and retroperitoneal tumors, currently posttraumatic strictures occur more frequent after the application of minimally invasive treatment of urolithiasis and X-ray endovascular intervention. Due to the anatomic location of the ureter and changes of its position after injury a wide dissection of the abdominal wall is required for identification and mobilization of the ureter during reconstruction. Such surgical approach leads to a long recovery time and cosmetic defect. Laparoscopic approach creates opportunities for identification and mobilization of the ureter from the renal pelvis to the intramural segment and can be more useful in such cases for more delicate surgery.

Objective. The aim was to study the technical capabilities, perioperative, postoperative and long-term functional outcomes of the laparoscopic reconstructive ureteral surgery after its injury.

Materials and methods. During last two years 5 laparoscopic reconstructions of extensive ureteral strictures were performed in the surgical department of the University Clinic of Odessa National Medical University. The age of the patients was 51.6 ± 4.5 years. The time of the operation, blood loss, features of the postoperative period, long-term functional outcomes were evaluated. The average follow-up time

is 15 months. The main causes of ureteral strictures were: in two cases - multiple extracorporeal SWL of the upper ureteral stones, in one case – rigid URS and intracorporeal lithotripsy that results in ureteral rupture in the distal segment near the bladder, in one case - embolization of the uterine artery due to minimally invasive treatment of gynecological pathology. In one case ureteral reconstruction was performed due to the tumor invasion by squamous cells rectal cancer. Laparoscopic ureteral reimplantation by Boari with a psoas hitch was performed in two cases and in another two cases were performed right laparoscopic ureteral reconstruction by renal pelvis flap. In patient with ureteral rupture laparoscopy assisted ileal substitution of the left ureter was done to replace an extended 20 cm length defect.

Results. The average operative time was 250 ± 125.6 min. The blood loss was 180 ± 45.5 ml. There were no wound complications. The postoperative hospital stay was 5 ± 1 days. Repeated surgical intervention was required for one patient with extensive stricture of upper ureter who had short length recurrent stenosis in the anastomosis region 6 months after surgery. All patients have at present recovered the kidney function and urodynamic, there are no any case of persistent urinary tract infection.

Conclusion. Laparoscopy allows to perform revision and mobilization of the damaged ureter

with minimal trauma and to perform any kinds of ureteral reconstruction with comparable perioperative and functional results for open surgery. Laparoscopy

promotes the rapid patients recovery and preserves of the prestige of the minimally invasive methods of the treatment.

SEARCHING FOR NEW METHODS OF CORRECTING STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN MODELED CHRONIC PROSTATITIS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

A.I. Mysak, V.V. Tverdokhlib, V.Ya. Khorosh, S.O. Nesteruk

SHEI "I. Ya. Horbachevsky Ternopil state medical university of Ministry of Public Health of Ukraine"

Introduction. Searching for the effective tools and methods for treatment of patients with chronic prostatitis (CP) and benign prostatic hyperplasia (BPH) is the urgent problem nowadays. In this case the issues of development and implementation of informative objective methods for monitoring the effectiveness of treatment of the indicated disease acquire special significance.

Purpose. To detect the morphological changes in the prostate gland after the therapeutic correction of toxic damage through the experiment.

Materials and methods. Pathological process as CP and BPH was modeled in organisms of male albino rats. Latter all male albino rats were castrated and in the same moment they were injected subcutaneously with ampoule testosterone in doses of 0.1 mg/kg during 21 days and additionally – standardized toxic aqueous extract of thermally denatured (was injected subcutaneously twice with 3 days intervals at a dose of 1 ml/kg).

To perform immune tolerant correction of structural and functional changes in target organs of laboratory animals tablets were used, which were made of minced cryodried pig skin substrate, in particular in the form of dietary supplement "Ksenoderm". Since 21st day all animals of experimental group (30) were given an experimental course of therapy: "Ksenoderm" – the dose was calculated with the help of the formula: 0.5 g per 1 kg of rat mass on starch (orally).

Results. Morphological changes as the result of the impact, that corrects, in experimental laboratory animals with CP and BPH was performed at 1 and 2 weeks. Less severe pathological signs of organs' degradation were determined histologically on the 7th day from the start of the experimental therapy

under conditions of the correction the lesions of the substrate of cryodried pig skin, caused by toxic extract. Structural changes in the prostate gland of animals, which were given the correction the lesions of the substrate of cryodried pig skin, caused by toxic extract, were less expressed on the 14th day from the start of observation in comparison to similar symptoms in animals, that were not give the therapy. End-secretory departments were formed by round shaped glandulocytes with well-defined basophilic nuclei. The size of acini was small, they had the tendention to branch out and in their lumen was small amount of secret. Narrow concentric muscle fibers were clearly defined around the final sections. Excretory ducts had moderate lumen, their wall was covered with an epithelial layer, stromal connective tissue was with no signs of edema and leukocyte infiltration was undistinguished. In this period normalization of the vasculature of prostate gland was observed. The arteries and arterioles had a well-dafined structure of membranes, moderate adventitia, clear-cut muscle cells.

Conclusions. Thus, the usage of cryodried pig skin substrate, in the form of component of "Kseroderm", to correct severe impact of a toxic factor on the formation and progress of CP and BPH in structural components of laboratory animals' prostate gland has noticeable protective effect. In particular, vascular disorders were less expressed and the structure of stromal components had minor violations, the level of damage of secretory departments and excretory ducts was reduced. These features reflect the general trend towards improving the functional state of the prostate gland, as a result of the impact of cryodried pig skin substrate factor, that corrects it.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СПОСОБУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПРОСТАТИ ЗА Е.О. СТАХОВСЬКИМ

Р.Р. Антонів¹, А.І. Федорів²

¹ ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

² Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня

Вступ: Основним методом лікування доброякісної гіперплазії простати є оперативний. Попри широке використання трансуретральних ендоскопічних методик відкрита хірургія аденоми простати не втрачає своєї актуальності. Відома значна кількість способів оперативного лікування гіперплазії простати (черезміхурова, позадулонна та ін.), а також різні види гемостазу після аденомектомії. Проте той чи інший метод хірургічного лікування характеризується розвитком ускладнень у післяопераційному періоді більшою чи меншою мірою. Професором Стаховським Е.О. запропоновано новий метод хірургічного лікування доброякісної гіперплазії простати. В основу методу покладено накладання на шийку сечового міхура зйомного кисетного шва, кінці якого виводять на передню черевну стінку, де їх фіксують і натягують за допомогою системи фіксаційних поліхлорвінілових трубок, та активне трансуретральне дренивання ложа простати. Дана методика передбачає зменшення післяопераційних інфекційних ускладнень та можливість скорочення післяопераційного ліжко-дня.

Метою даної роботи є оцінка ефективності впровадженого методу хірургічного лікування доброякісної гіперплазії простати за Е.О. Стаховським у порівнянні з прийнятими в нашій клініці методиками.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 127 пацієнтів, які оперовані з приводу доброякісної гіперплазії простати в урологічному відділенні Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні з 2009 до 2016 року. Середній вік пацієнтів склав 68,9 року. Об'єм

простати у пацієнтів в середньому склав 92,6 см³. У процесі аналізу пацієнти поділені на дві групи. Першу групу склали 103 пацієнти, яким проводилась черезміхурова простатектомія з накладанням П-подібних гемостатичних швів на шийку сечового міхура. Іншу групу склали 24 пацієнти, що оперовані з приводу доброякісної гіперплазії простати за методикою Е.О. Стаховського. Оцінювали частоту виникнення в післяопераційному періоді інфекційно-запальних ускладнень, час реабілітації пацієнтів, час відновлення самостійного сечовипускання та післяопераційний ліжко-день.

Результати. У результаті аналізу, в I групі виявили, що гострий епідидиміт в післяопераційному періоді виникав у 19 (18,4%), з них 8 (42%) була потреба у додатковому оперативному втручанні. Самостійне сечовипускання після видалення дренажів, в середньому відновлювалося на 15,7 дня. Післяопераційний ліжко-день склав відповідно 20,4 дня.

У II групі за час спостереження у 1 (4,2%) пацієнта виник гострий епідидиміт, який потребував оперативного лікування. Час відновлення самостійного сечовипускання склав 6,23 дня. Післяопераційний ліжко-день склав 10,4 дня.

Висновки. Власний досвід використання способу хірургічного лікування доброякісної гіперплазії простати за Е.О. Стаховським доводить його ефективність. Використання даної методики дозволяє зменшити частоту інфекційно-запальних ускладнень, прискорити реабілітацію пацієнтів за рахунок раннього відновлення самостійного сечовипускання. Особливості методики вимагають ретельного відбору пацієнтів.

ЗМІНИ КРОВООБІГУ У ЧОЛОВІКІВ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЯВИЩ ПАТОСПЕРМІЇ

І.М. Антонян, Т.В. Березна

*Харківська медична академія післядипломної освіти лікарів
Харківська клініка допоміжної медицини ім. В.І. Грищенка*

Вступ. Удосконалення апаратів ультразвукового дослідження дозволяє оптимізувати діагностичний та лікувальний алгоритм в багатьох галузях медицини. Зокрема, при визначенні змін в статевих органах чоловіків з патоспермією згідно з протоколами обстеження, почали широко використовувати ультразвукове дослідження, а для оцінки гемодинаміки яєчок – кольорове доплерівське картування.

Мета дослідження. Визначення можливостей кольорового ультразвукового доплерівського картування та імпульсної доплерографії в діагностиці та ефективності комплексної терапії чоловіків з патоспермією на тлі МС.

Матеріали та методи дослідження. У 2012–2015 рр. в клініці репродуктивної медицини ім. акад. В.І. Грищенка на лікуванні та під спостереженням перебували 67 чоловіків з олігоастенотератозооспермією (ОАТЗ) на тлі МС з ІМТ 30–35 кг/м². Середній вік пацієнтів становив 32,7±3,6 року (від 29 до 45 років), тривалість захворювання від 10 місяців до 5 років (в середньому 3,9±1,2 року). Усім хворим виконували ультрасонографічне дослідження передміхурової залози та органів калитки.

Пацієнти були розподілені на дві групи. До першої увійшли 32 чоловіки, що отримували комплексне лікування, а саме: рекомендації щодо зниження ваги, судинні препарати (пентоксифілін ретард 600 мг/добу, екстракт гінко білоба 40 мг 4 рази/добу), статіни (розувастатин 20 мг/добу). Пацієнтам другої групи (n=35) вищезгадана терапія була доповнена ХГЛ з метою покращення ендокринної функції яєчок (1500 МО 1 раз кожні 4 доби). Результати лікування оцінювали через 12 тижнів. Контрольну групу склали 30 здорових чоловіків, що були донорами сперми.

Ультразвукове доплерівське дослідження чоловіків проводилося на апараті ВК MEDICALG 60 S з датчиком частотою 5–10 МГц. У режимі кольорового доплерівського картування, а також в імпульсно-хвильовому режимі, досліджували характер кровообігу, структуру судинного дерева яєчок з наступним гра-

фічним зображенням спектра доплерівського зсуву частот та швидкостей у обраній судині паренхіми яєчка. Якісними показниками гемодинаміки вважалися пікова систолічна швидкість (ПСШ), кінцева діастолічна швидкість (КДШ) та як об'єктивний критерій стану внутрішньоорганної гемодинаміки використовували індекс резистивності – ІР, який визначали за формулою $IP = \frac{ПСШ - КДШ}{ПСШ}$.

Результати. При аналізі артеріального кровотоку в систолічній фазі, а саме пікової систолічної швидкості у пацієнтів 1-ї групи, цей показник у правому яєчку дорівнював 7,2±0,25 см/с до лікування та 7,6±0,25 см/с – після лікування. Аналогічний швидкісний приріст відбувся ліворуч, до лікування – 7,7±0,24 см/с, після лікування – 8,2±0,24 см/с. Більш виражене збільшення ПСШ продемонстровано в 2-й групі. Якщо до початку дослідження показник дорівнював праворуч 6,5±0,28 см/с, а ліворуч – 7,4±0,33 см/с, то після 12 тижнів лікування він збільшився праворуч до 8,0±0,44 см/с, а ліворуч – до 8,7±0,35 см/с. КДШ у пацієнтів 1-ї групи у лівому яєчку зафіксована на рівні 3,2±0,32 см/с до лікування та 3,4±0,25 см/с після лікування, праворуч – склала 3,1±0,28 см/с до лікування та 3,5±0,35 см/с після лікування. Подібна тенденція відмічена в зростанні показника КДШ у 2-й групі. Якщо стартовий показник складав праворуч 3,3±0,35 см/с, а ліворуч – 3,2±0,41 см/с, то після 12 тижнів лікування він збільшився праворуч до 4,6±0,33 см/с, а ліворуч – до 4,2±0,25 см/с (p<0,05). У відсотковому значенні збільшення ПСШ у 1-й групі досягло 5,5% праворуч та 6,5% – ліворуч. Але у 2-й групі підсумковий приріст ПСШ був більш вираженим і дорівнював у правому яєчку 23,1%, у лівому – 17,6%. Таку саму тенденцію зафіксували по відношенню до показника КДШ: у 1-й групі праворуч – 12,9%, ліворуч – 6,2%. Так саме збільшення показника КДШ у 2-й групі праворуч – 39,4%, ліворуч – 31,2%.

Висновки. Таким чином, аналіз зміни показників кровообігу за допомогою кольорового

доплерівського картування демонструє перспективну методику контролю, що дозволяє провести і вивчити ефективність і результативність

рекомендованої патогенетичної терапії у пацієнтів з патоспермією на тлі метаболічного синдрому з підвищеним індексом маси тіла.

ПЕРЕДОЧЕРЕВИННА ПЛАСТИКА ПАХВИННИХ ГРИЖ ПРИ ВИКОНАННІ ЗАЛОННОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

*І.В. Барало, В.І. Горовий, О.Л. Кобзін, О.М. Капшук,
Ю.Б. Потеха, Б.І. Барало, О.В. Горовий*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова*

Вступ. За даними літератури, пахвинну грижу виявляють у 2–8% хворих на доброякісну гіперплазію простати, а тому можливість одномоментної симультанної герніопластики при виконанні простатектомії є актуальним питанням як абдомінальної хірургії, так і урології. Сьогодні передочеревинну пластику задньої стінки пахвинного каналу із застосуванням синтетичного сітчастого протеза виконують як відкритим, так і лапароскопічним доступом. Висока ймовірність інфікування передміхурового простору при виконанні черезміхурової простатектомії через потрапляння сечі у рану змусила нас виконувати симультанну герніопластику при залонній простатектомії, при якій інфікування значно зменшується завдяки встановленню перед початком операції уретрального катетера у сечовий міхур та відсутності розсічення передньої стінки сечового міхура.

Мета. Оцінити безпосередні та віддалені результати передочеревинної пластики пахвинних гриж при виконанні залонної простатектомії.

Матеріал та методи дослідження. Передочеревинну пластику пахвинної грижі під час одномоментної залонної простатектомії було виконано 11 хворим на доброякісну гіперплазію простати віком від 62 до 74 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в урологічно-

му відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні в 2000–2016 рр. При цьому, у 2 хворих була виконана грижопластика з обох боків. Розміри грижових воріт (поверхневого пахвинного кільця) перед операцією коливались від 2,5 до 3,5 см, прямих гриж було 6, косих – 7. Клубово-лобковий тяж із аркою поперечного м'яза живота зшивали лавсановими чи шовковими лігатурами (№ 4). У 6 пацієнтів передочеревинну грижопластику виконували перед залонною простатектомією, у 5 інших – після простатектомії через можливість послаблення накладених швів при розтягуванні рани гачками. Віддалені результати пластики гриж оцінювали за допомогою анкетування.

Результати. У ранньому післяопераційному періоді (до виписки хворого із клініки) рецидиву гриж не спостерігали. У віддаленому післяопераційному періоді рецидив грижі виник у 2 (18,2%) хворих, у яких поверхнєве пахвинне кільце перевищувало 3 см. Лише один із цих хворих переніс повторну грижопластику із пахвинного доступу із застосуванням сітчастого протеза.

Висновки. Передочеревинна пластика пахвинних гриж із невеликими (до 3 см) грижовими воротами під час виконання одномоментної залонної простатектомії дозволяє покращити якість життя хворих після операції та уникнути зайвого хірургічного втручання.

ОДНОМОМЕНТНА ПЛАСТИКА ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ОЛЕОГРАНУЛЬОМИ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА І КАЛИТКИ ТА ДВОХЕТАПНА ПРОСТАТЕКТОМІЯ У ХВОРОГО НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ (ДГПЗ) З ГОСТРОЮ ЗАТРИМКОЮ СЕЧІ (ГЗС) ТА НЕКРОЗОМ ШКІРИ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

І.В. Барало, Б.І. Барало, О.Р. Балацький

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Олеогранульоми статевого члена та калитки виникають у чоловіків, які вводять собі під крайню шкірочку статевого члена різні олійні речовини. Гранульоматозний процес часто поширюється зі шкіри статевого члена на калитку, в деяких хворих хронічний запальний процес ускладнюється нагноєнням або некрозом. Пацієнти, яким проводиться лікування з приводу олеогранульом, є переважно людьми молодого та середнього віку. Хірургічне лікування інколи обмежується круговим висіченням крайньої шкірочки при обмеженому патологічному процесі цієї зони, а інколи проводиться повне скальпування статевого члена, з частковою резекцією калитки та двохетапною пластикою шкірою калитки за методикою Райха.

Мета. Описати досвід лікування пацієнта, який мав ГЗС на ґрунті ДГПЗ і некроз олеогранульоми статевого члена, яка поширювалась на калитку.

Матеріал та методи дослідження. Пацієнт Б., 60 років, був госпіталізований до урологічного відділення Вінницької обласної лікарні ім.

М.І. Пирогова, яке є базою урологічної клініки Вінницького медичного університету ім. М.І. Пирогова, 05.01.2017 року з ГЗС на ґрунті ДГПЗ та олеогранульомою статевого члена і калитки з некротичними змінами крайньої шкірочки.

Результати. Хворому після проведення обов'язкових клінічних, лабораторних, ультразвукового (об'єм простати склав 205 см³), рентге-

нологічного, інструментального (при встановленні уретрального катетера виділилось 1500 мл сечі), ЕКГ досліджень виконана 06.01.2017 року операція: епіцистостомія, видалення олеогранульоми з некротизованою шкірою статевого члена і калитки. Пластика дефекту шкіри проведена одноментно прямокутними клаптями шкіри, висіченими з обох половин калитки в поперечному напрямку, якими закрито стовбур статевого члена до вінцевої борозни. Дефект шкіри калитки відновлений в поздовжньому напрямку. Післяопераційний період перебігав без ускладнень: на 9-ту добу хворому знято шви, і наступного дня він виписаний додому. Поступив повторно у відділення через місяць із задовільним косметичним станом статевих органів після пластики. Проведено другий етап черезміхурової простатектомії. Після відновлення сечовипускання природним шляхом на 14-ту добу виписаний додому.

Висновки. Некротичні зміни у чоловіків з олеогранульомами статевих органів можуть виникати через декілька десятків років після введення вазеліну під шкіру статевого члена. Ці зміни при наявності ДГПЗ можуть співпасти з виникненням ГЗС. у разі некрозу шкіри одноментно простатектомія протипоказана. Виконання епіцистостомії з видаленням олеогранульоми та одноментною пластикою дефекту шкірою калитки може бути успішним, що і підтверджує описаний нами клінічний випадок.

ЗАСТОСУВАННЯ ПОРТАТИВНОЇ ТА МАЛОІНВАЗИВНОЇ УРОДИНАМІЧНОЇ СИСТЕМИ GYNESARE MONITORR ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

В.І. Горовий, І.В. Барало, Б.І. Барало, О.В. Горовий

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова*

Вступ. Проблема розладів сечовипускання у жінок в останні роки стає все більш актуальною і серед цих розладів найбільш частим захворюванням є нетримання сечі (НС). За даними літератури, кожна 3–4 жінка страждає на НС. Для визначення функціонального стану нижніх сечовивідних шляхів, діагностики порушень сечовипускання та різних видів НС, а також вибору відповідного лікування велике значення мають уродинамічні дослідження.

Мета. Клініко-уродинамічна діагностика різних видів НС у жінок за допомогою уродинамічної системи Gynecare MoniToorr (Johnson & Johnson).

Матеріали та методи дослідження. Проведено клініко-уродинамічне обстеження 105 жінок віком від 32 до 74 років із НС, яким попередньо за даними опитувальника Пирогова В.О. (1999) встановлено стресове (58), змішане (35) та імперативне (12) НС. Уродинамічні дослідження проводили в 2006–2015 рр. за допомогою портативної уродинамічної системи Gynecare MoniToorr (Johnson & Johnson) згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства з вивчення утримання сечі (ICS).

Результати. У хворих I групи (58 жінок) із стресовим НС при об'єктивному обстеженні виявлена позитивна кашльова проба. За даними уродинамічного дослідження показники цистометрії наповнення знаходились в межах норми. Хворі зі змішаним нетриманням сечі за даними опитувальника Пирогова В.О. (1999) (35 жінок) відмічали симптоми гіперактивного сечового міхура (ГСМ), при об'єктивному обстеженні демонстрували нетримання сечі при кашльовій пробі. За даними уродинамічного дослідження у 19 (54,3%) жінок відмічена гіперчутливість детрузора (перше відчуття наповнення сечового міхура жінки відмічали при введенні менше

80 мл стерильного фізіологічного розчину, звичний поклик до сечовипускання – менше 150 мл, сильний – менше 250 мл) та спонтанне підвищення внутрішньоміхурового тиску більше 15 см вод. ст. у вигляді фазової чи термінальної гіперактивності детрузора. Ці жінки відмічали випадки нетримання сечі як при фізичному напруженні, так і при імперативному поклику до сечовипускання. У 16 (45,7%) жінок при цілеспрямованому опитуванні виявлено, що симптоми ГСМ у них не супроводжувались імперативним нетриманням сечі. При уродинамічному обстеженні у 5 із 16 жінок виявлена лише гіперчутливість детрузора, а в 11 – гіперчутливість та спонтанна гіперактивність детрузора. А тому ці 16 хворих були віднесені до групи пацієток із стресовим НС. Серед хворих із імперативним нетриманням сечі (12 жінок) при об'єктивному обстеженні 6 пацієток продемонстрували виділення сечі при кашльовій пробі, а при уродинамічному дослідженні у них виявлена гіперчутливість та гіперактивність детрузора. Всі вони відмічали випадки нетримання сечі як при імперативному поклику до сечовипускання, так і при фізичному напруженні. Тому вони були віднесені до хворих із змішаним НС. У інших 6 хворих із імперативним НС при уродинамічному дослідженні виявлена гіперчутливість та гіперактивність детрузора, але лише у 3 – виділення сечі із уретри при виконанні цистометрії наповнення в результаті гіперактивності детрузора.

Висновки. Клініко-уродинамічні дослідження у жінок із нетриманням сечі за допомогою системи Gynecare MoniToorr (Johnson & Johnson) дозволили встановити, що стресове НС зустрічається у 74 (70,5%) пацієток із НС, із них у 16 (15,2%) хворих поєднується із симптомами гіперактивного сечового міхура; змішане – 15 (23,8%) жінок та імперативне – 6 (5,7%).

СЛІНГОВІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ

М.А. Довбиш, Г.В. Бачурін, А.О. Попович, А.Б. Унгурян, Ш.М. Довбиш

Запорізький медичний університет

Вступ. Пролапс статевих органів, асоційований з нетриманням сечі, зустрічається у 30% жінок, а в 50 років – у 40% (В.І. Краснопільський та ін., 2013). В постменопаузний період частота інконтиненції зростає до 40% жінок (Пушкарь Д.Ю., 2013). Розвиток нетримання сечі погіршує якість життя хворих і потребує розробки ефективних методів лікування.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування стресового нетримання сечі.

Матеріал і методи. Спостерігали 92 хворих з нетриманням сечі віком 38 ± 11 років. У 55 (59,7%) випадках було стресове нетримання сечі, у 20 (21,7%) – ургентне та у 17 (18,5%) жінок змішана форма. Проводили загальні аналізи крові та сечі, біохімічні аналізи, цистоскопію, сфінктерометрію, цистографію, проводилась кашльова проба.

Результати дослідження. Тонус lissosphinctera по Ingelmann-Sundberg при стресовому нетриманні сечі сягав 23 ± 3 мм рт. ст. (норма 50 ± 5 мм рт. ст.) Тонус rhabdosphinctera – 50 ± 4 мм рт. ст. (норма 73 ± 6 мм рт. ст.) Кашльова проба була позитивна у всіх випадках. При цистоскопічному огляді сечового міхура патологічних змін не спостерігалось. При ургентній та змішаній формі інконтиненції сечі слизова оболонка була тьмяною, судини розширені, біля

вічка невеликі фолікулярні висипи, частіше вони спостерігались при ургентному нетриманні сечі.

Всім хворим із стресовою формою інконтиненції проведена операція методом TVT-О синтетичною петлюю. Використовували титанові провідники та поліпропіленові сітки, які моделювали самостійно. Техніка операції була стандартною. Після проведення петлі інтраопераційно проводили сфінктерометрію. Натягнення петлі проводили, щоб тонус lissosphinctera був не нижче 45 мм. рт. ст. та проводили кашльову пробу. В сечовий міхур вводили катетер Фолея № 18, рану стінки піхви та шкіру зашивали вікрилом, призначали антибіотики, нітрофурани. Катетер видаляли через 2–3 доби.

В післяопераційному періоді у 14 (15%) осіб спостерігалось болісне сечовипускання протягом 2 діб. У однієї хворої (1,1%) – пошкодження сечового міхура. В 1-му (1,1%) випадку виникла затримка сечі яка, ліквідувалась за допомогою бужування.

Висновки. Трансобтураторні слінгові операції при стресовому нетриманні сечі є високо-ефективними методами лікування, для чого натягнення слінгової петлі потрібно проводити до досягнення тонуса lissosphinctera не нижче 45 мм рт. ст.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КИШКОВОЇ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОДІВ

*Е.О. Стаховський, П.С. Вукалович, О.А. Войленко, О.Е. Стаховський,
Ю.В. Вітрук, М.В. Пікуль, О.А. Кононенко*

Національний інститут раку

Втілення нових методів лікування – лапароскопічних, ендоскопічних, ріст онкологічної захворюваності та розширення показань до оперативного і комбінованого лікування сприяють зростанню кількості ятрогенних пошкоджень сечоводів, що є однією з причин збільшення кількості нефректоній. Існують різні захворювання такі як рецидивна обструкція сечоводу, ретроперитоніальний фіброз, пухлини сечоводу,

при яких кишкова пластика використовується в якості останнього методу в комплексній реконструкції сечовивідних шляхів.

Мета дослідження. Визначити показання і оцінити результати різних варіантів кишкової пластики сечоводів.

Матеріали та методи. Клінічному аналізу підлягали 175 пацієнтів (224 уражених сечоводів), яким проведено обстеження та оперативне ліку-

вання із заміщенням сечоводу ізольованим сегментом тонкої кишки в різних модифікаціях.

Однобічний уретерогідронефроз (УГН) діагностовано у 126 (72 %) пацієнтів (УГН єдиної нирки – 11), двобічний УГН – 49 (28 %).

Хворим проведено комплексне обстеження з вивчення анатомо-функціональних змін сечовидільної системи та функції нирок, як до так і після операції, що включало: лабораторні аналізи, УЗД, екскреторну урографію, антеградну пієлоуретерографію, цистографію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, кліренс-тести ендогенного креатиніну, динамічну реносцинтиграфію, урофлоуметрію.

Вік пацієнтів коливався в межах від 18 до 69 років і в середньому становив $56,1 \pm 8,3$ року. Чоловіків – 79 (45,1%), жінок – 96 (54,9%).

Віддалені результати вивчені у 136 (77,7%) хворих, в термін від 3 міс до 25 років. Оцінка ефективності оперативного лікування виконувалася за 4-бальною шкалою.

Результати. Показанням до виконання кишкової пластики сечоводів були: ятрогенне пошкодження сечоводу – 54 (30,9%) пацієнти; мегауретер з втратою скоротливої активності (діаметр сечоводу > 2,5 см) – 48 (27,4%); рецидивна обструкція верхніх сечових шляхів (ВСШ) – 46 (26,3%); заочеревинний фіброз – 16 (9,1%); уротеліальний рак сечоводу – 8 (4,6%), туберкульоз сечоводу – 3 (1,7%).

Сегментарна кишкова пластика сечоводів виконана 27 (15,4%) хворим, субтотальна – 45 (25,7%), тотальна – 54 (30,9%). У 49 (28%) хворих виконана двобічна уретероілеопластика. При двобічній кишковій пластичі сечоводів використовувався один кишковий трансплантат, що розташовувався ізоперистальтично. Середня довжина тонкої кишки, що використовувалась для заміщення сечоводу, складала $21,6 \pm 3,7$ см. Анастомоз сечоводів у кишку накладали кінець в бік. Кишковий трансплантат розміщували в черевній порожнині, а анастомози екстраперитонеально.

З метою запобігання міхурово-кишкового рефлюксу проводили моделювання дистального відділу кишкового трансплантату. У 109 (62,3%) хворих проводили вивертання 2–3 см дистального відділу слизової кишки з формуванням манжетки. У 66 (37,7%) хворих антирефлюксну манжетку доповнювали її моделюванням за методикою інтраілеальної пластики проф. Е.О. Стаховського, що передбачало формування в місці кишково-міхурового анастомозу двох окремих каналів.

Віддалені ускладнення включали: стриктура сечовідно-кишкового анастомозу у 3 (2,2%) пацієнтів, стриктура кишково-міхурового анастомозу – 6 (4,4%), втрата функції нирки – 5 (3,7%), метаболічний ацидоз – 4 (2,9%).

Проведення інтраілеальної пластики дозволило знизити кількість міхурово-кишкового рефлюксу до 7 (15,6%), у порівнянні з стандартною методикою манжетки, при якій рефлюкс спостерігався у 34 (37,4%) випадках, ($p=0,03$; $\chi^2=6,8$).

В якості додаткового антирефлюксного захисту, у 18 (10,3%) пацієнтів виконували плікацію по зовнішньому краю трансплантата, що забезпечило його гофрування та вирівнювання.

Аналіз згідно з критеріями оцінки ефективності лікування показав, що у 36 (26,5%) пацієнтів результат був відмінний, 52 (38,2%) – добрий, 25 (18,4%) – задовільний, 23 (16,9%) – незадовільний.

Висновки. Кишкова пластика сечоводів є високоефективною реконструктивною операцією, що дає можливість зберегти нирку, зменшити кількість хворих з хронічною нирковою недостатністю і довічною сечовою стоєю, і тим самим знизити показники інвалідності.

З метою запобігання міхурово-кишковому рефлюксу ефективно застосування інтраілеальної пластики з формуванням у дистальному відділі кишкового трансплантата двох окремих каналів.

ДОСВІД У ЛІКУВАННІ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

Є.А. Литвинець, О.Р. Вінтонів

ВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Нетримання сечі – це свого роду патологічний стан сечовидільної системи, при якому людина не може утримувати сечу в сечовому міхурі.

Як наслідок, виникає мимовільне сечовипускання. За статистикою на цю недугу частіше страждають жінки, ніж чоловіки.

Проблема нетримання сечі досить поширена, оскільки мимовільне сечовипускання може виникати як у дорослих жінок, так і у молодих дівчат. Все залежить від конкретної причини, що викликає нетримання.

Нетримання сечі можна розділити на наступні види: стресорне, ургентне (імперативне) нетримання сечі, нічне нетримання (енурез) і змішане нетримання сечі. Існують і більш рідкісні види даної патології. Наприклад, постійне нетримання сечі або нетримання при статевому акті. Причин, що викликають нетримання сечі, може бути безліч. Однак найчастіше мимовільне сечовипускання спостерігається після різкої зміни гормонального фону, наприклад, під час вагітності або після пологів, а також у період менопаузи. У 99% випадків урологи стикаються з ургентними, стресовим і змішаним нетриманням сечі.

Нами обстежено 78 пацієток віком від 35–45 років зі стресовим нетриманням сечі. У всіх був присутній позитивний «кашльовий реф-

лекс» (нетримання сечі при напруженні м'язів черевної стінки).

Під контролем уретроцистоскопії даним пацієнткам проведена трансуретральна ін'єкція гіалуронової кислоти. Гель вводився під слизову оболонку на рівні проксимальної частини сечівника. Для досягнення достатнього прилягання слизової оболонки препарат вводився у 2–4 точки по колу (по годинниковій стрілці 3, 6, 9 і 12 годин). Для досягнення задовільного результату кількість препарату коливалася від 3 до 6 мл.

Серед побічних наслідків у 11(14%) пацієток була короткотривала гематурія. У 23 пацієток (29%) – дискомфорт при сечовипусканні, який також мав короткотривалий характер.

Через один місяць після проведеної інтрауретральної ін'єкції гіалуронової кислоти, позитивний ефект спостерігався у 71 пацієтки (91%). Таким чином, дана методика лікування нетримання сечі є ефективною, малоінвазивною і дає можливість повернутися до звичного способу життя.

ВМІСТ КОЛАГЕНІВ У ТКАНИНАХ НИРКИ ТА МИСКОВО-СЕЧОВІДНОГО СЕГМЕНТА У ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ З УРАХУВАННЯМ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

В.М. Лісовий, В.І. Савенков, І.В. Сорокіна, А.В. Савенков, А.І. Гарагатий

Харківський національний медичний університет

Вступ. Наявність рецидивів у оперованих хворих на гідронефроз, що зумовлений стриктурою мисково-сечовідного сегмента (МСС), потребує визначення етіопатогенетичних механізмів їх розвитку на підставі морфологічних досліджень.

Мета. Визначити рівні основних колагенів сполучної тканини нирки та стриктур МСС у оперованих хворих на гідронефроз, що був обумовлений обструкцією МСС, з урахуванням етіології та перебігу.

Матеріали та методи дослідження. Досліджувалося:

I група (n = 10) – група порівняння (секційний матеріал, що був одержаний через 5–6 годин після смерті пацієнтів без ниркової патології);

II група (n = 20) – матеріал від хворих на гідронефроз на тлі аномалій розвитку сечовидільної системи (СВС), у яких після оператив-

ного втручання не було рецидиву стриктури МСС протягом 4,5 років (первинний перебіг);

III група (n = 21) – матеріал від хворих з гідронефрозом на тлі вроджених вад СВС і рецидивним перебігом;

IV група (n = 20) – матеріал від хворих на гідронефроз, що був обумовлений набутими обструкціями МСС та мав первинний перебіг;

V група (n = 19) – матеріал від хворих на гідронефроз, що був обумовлений набутими обструкціями МСС та мав рецидивний перебіг.

Колагени типували моноклональними антитілами до колагенів I, III і IV типів (Novocastra Laboratories Ltd.). Статистичні дослідження були виконані за допомогою пакета Statistica 6.0.

Результати. При гідронефрозі, обумовленому стриктурами на тлі вроджених аномалій СВС, визначається зменшення співвідношення вмісту колагену I і III типів у стромі нирок (первинний перебіг – $0,70 \pm 0,08$, рецидивуючий – $0,52 \pm$

0,07) і в стінці МСС (первинний перебіг – $0,73 \pm 0,08$, рецидивуючий – $0,58 \pm 0,06$) за рахунок збільшення вмісту колагену III типу, а при набутих причинах обструкції – збільшення співвідношення як у нирках (первинний перебіг – $2,08 \pm 0,04$, рецидивуючий – $2,35 \pm 0,06$), так і в стінці МСС (первинний перебіг – $1,47 \pm 0,03$, рецидивуючий – $1,40 \pm 0,03$) як наслідок гіперпродукції колагену I типу. У хворих на гідронефроз на тлі вроджених аномалій СВС у базальних мембранах судин нирки спостерігається дефіцит колагену IV типу ($p < 0,05$) і з'являється нехарактерний для них колаген III типу; при набутих причинах обструкції – надмірне нако-

пичення колагену IV типу в нирках ($p < 0,05$) і МСС ($p < 0,05$). Зазначені порушення максимально виражені у хворих з рецидивуючим перебігом.

Запропоновано коефіцієнт дисбалансу колагенів і шкалу його використання, що дозволяє визначити ймовірність генетично зумовлених порушень сполучнотканинного обміну.

Висновки. У оперованих хворих на гідронефроз, що зумовлений обструкцією, спостерігаються різні типи порушення вмісту колагенів залежно від етіології і визначають перебіг захворювання і тому відповідну лікувальну тактику.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ ПУНКЦІЙНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ В УМОВАХ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ ОНМЕДУ

О.В. Лук'яничук, О.М. Чайка, Д.М. Осадчий, А.Д. Меленевський

Центр реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ

До числа найбільш частих захворювань сечовидільної системи відноситься уролітіаз, поширеність якого у світі в останні роки зростає (з 3,25% у кінці 80-х років ХХ століття до 5,64% у 2015 році). В Україні уролітіаз становить 30–40% всіх урологічних захворювань і є однією з основних причин оперативних втручань.

Метою дослідження була оцінка досвіду застосування черезшкірної пункційної нефролітотрипсії в умовах Університетської клініки.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на базі Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетської клініки) ОНМедУ (м. Одеса) з серпня 2016 року. Черезшкірна пункційна нефролітотрипсія (ЧПНЛ) виконана 34 пацієнтам з нефролітіазом, в тому числі 73,5% – з простими і 26,5% – зі складними (множинними) конкрементами чашково-мискової системи (ЧМС).

Результати власних досліджень. При вивченні анамнезу встановлено, що 15 пацієнтів мали прояви ниркової кольки, з них у 4 відзначалися явища макрогематурії. У зв'язку з обструктивним пієлонефритом в одному випадку встановлено стент внутрішнього дренивання верхніх сечових шляхів, у двох випадках – черезшкірна пункційна нефростомія. Цим хворим проводилася стандартна медикаментозна терапія. Після купірування гострого запального процесу верхніх сечових шляхів у плановому порядку виконувалася ЧПНЛ.

У хворих з простими конкрементами ЧМС, середній розмір конкремента склав $17,8 \pm 1,1$ мм. Складні конкременти виявлені у 26,5% пацієнтів, середній розмір каменя склав $30,8 \pm 1,4$ мм. У 8,8% реєструвалися коралоподібні конкременти розмірами від 35 до 47 мм.

При виконанні ЧПНЛ у 5,8% пацієнтів з простими конкрементами інтраопераційно відзначалася перфорація ЧМС, у зв'язку з чим нефростомічний дренаж видаляли на 7-му–10-ту добу після виконання контрольної пієлоуретерографії та оцінки цілісності ЧМС. У 8,8% пацієнтів зі складними конкрементами нирки спостерігались ускладнення: в ранньому післяопераційному періоді у двох пацієнтів розвинувся гострий пієлонефрит, що вимагало проведення стандартного стаціонарного медикаментозного лікування. В одному випадку інтраопераційно при формуванні нефростомічного ходу розвинулась форнікальна кровотеча, у зв'язку з чим було прийнято рішення про завершення оперативного лікування, встановлення нефростомічного дренажу.

Тривалість ендоскопічної операції складала при простих конкрементах $82,1 \pm 1,2$ хв; при складних конкрементах $112,0 \pm 1,8$ хв. Середній об'єм інтраопераційної крововтрати при простих конкрементах склав $30,9 \pm 4,0$ мл, при складних конкрементах – $60,3 \pm 5,6$ мл. Частота виявлення резидуальних конкрементів при простих каменях складала 8,0%, при складних каменях – 11,1%.

Висновки. Таким чином, нами показано, що в умовах університетської клініки можуть з успіхом виконуватися такі малоінвазивні урологічні втручання лікування нефролітазу

верхніх сечових шляхів різного ступеня важкості як черезшкірна пункційна нефроліто-трипсія, при якій можливе видалення конкрементів.

ОБОРОТНІСТЬ ГІДРОНЕФРОЗУ ПРИ СТРИКТУРАХ ПІЄЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

В.П. Стусь, М.М. Моїсеєнко, Н.В. Дубовська

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Обструкція пієлоуретерального сегмента (ПУС) проявляється гідронефрозом. Його частота серед урологічних хворих складає 7% [2]. Обструкція пієлоуретерального сегмента носить як вроджений, так і набутий характер. З усіх випадків ПУС, до 68% припадає на уроджені стриктури.

Головним завданням при лікуванні стриктур ПУС є відновлення функції нирки і збереження її, як органа.

Нирка – високоорганізований орган і регенерація відбувається шляхом відновлення функції, а не морфологічної структури. Важливу роль відіграють наступні процеси:

1. Нирка в умовах тривало існуючої обструкції здатна підтримати кровопостачання на рівні органної життєдіяльності. Навіть при повній обструкції сеча продовжує виділятися і коли внутрішньо мисковий тиск досягає фільтраційного, а клубочкова фільтрація припиняється, відбувається підвищення проникності слизової оболонки в самому слабкому місці ЧЛС – склепіннях ниркових чашечок. У результаті сеча просочується з миски в інтерстиціальну тканину нирки, де всмоктується в лімфатичну систему, що встановлено шляхом введення фенолсульфонфталеїну. Внутрішньомисковий тиск при цьому падає, і клубочкова фільтрація поновлюється. Завдяки цьому захисному механізму нирка продовжує функціонувати навіть при вираженому гідронефрозі [1].

Експериментально було доведено важливість лімфатичної системи нирки при гідронефрозі. Так, при перев'язці тільки сечоводу і формування гідронефрозу, функція нирки відновлюється після зняття лігатури з сечоводу. При перев'язці ж сечоводу і лімфатичних судин, функція нирки втрачалася [4].

2. Від термінальних змін нирку оберігає осередковий характер атрофії. Оскільки всі гілки ниркової артерії – судини кінцевого типу, в першу чергу атрофуються ділянки паренхіми,

найбільш віддалені від міждолькових артерій. У міру прогресування паренхіми навколо великих артерій нирка зберігає здатність функціонувати навіть при тривалій обструкції. Після усунення останньої загибель частини нефрона компенсується гіперплазією нефронів в місцях, найменш схильних до компресії та ішемії [1].

3. На особливу увагу заслуговує будова ЧЛС – переважно позаниркове розташування миски у переважній більшості хворих стенозом ЛМС і гідронефрозом. Навіть в умовах гігантського розширення екстрауретеральної миски функція нирки тривалий час може бути компенсована, у той час як при помірному розширенні змішаної або інтрауретеральної миски в нирці розвиваються глибокі структурні і функціональні зміни. Великі екстрауретеральні миски більше розтягуються і діють подібно до амортизаторів, перешкоджаючи різкому підвищенню тиску в ЧЛС і частим розривам форнікс, що сприяє більш тривалому збереженню ниркової паренхіми [1, 4].

4. Фактор, що перешкоджає швидкій атрофії ниркової паренхіми при гідронефрозі, – компенсаторна гіперфункція контралатеральної нирки. Клінічно адаптаційна реакція протилежної нирки у хворих гідронефрозом проявляється збільшенням розмірів органа, товщини паренхіми і помірною пієлоектазією у відповідь на збільшення функціонального навантаження на здоровий орган з огляду на компенсаторне посилення процесів фільтрації [1, 4].

У нирці закладений регенераторний потенціал, який дозволяє відновити функцію (повну або часткову) після ліквідації непрохідності пієлоуретерального сегмента, про що свідчить наш досвід лікування.

Клінічний випадок. Хвора М., 30 років, госпіталізована у відділення урології № 1 ОКЛ ім. І.І. Мечникова (19.12.10) зі скаргами на біль у ділянці нирок, підвищення температури тіла до 37,5 °С.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворою протягом 10 років, коли були діагностовані стриктури пієлоуретерального сегмента по обидва боки. Від оперативного лікування раніше відмовлялася.

Об'єктивно: астеничної статури, шкірні покриви чисті, блідо-рожеві. Видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Тони серця приглушені, ритм правильний, ЧСС 76 в хв., АТ – 130/85 мм рт. ст. Дихання везикулярне, хрипів немає, ЧД 17 в хв. Язик вологий, вкритий білим нальотом. Живіт м'який, безболісний, симптом Щоткіна–Блюмберга негативний.

Сечостатева система: область нирок візуально не змінена, нирки не пальпуються, симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Зовнішні статеві органи без особливостей. Сечовипускання вільне, безболісне.

УЗД: права нирка – розширення порожнинної системи, каменів немає; ліва нирка – розширення порожнинної системи, каменів немає. Сечовий міхур без особливостей.

Оглядова урографія: каменів немає.

Екскреторна урографія: функції обох нирок різко знижені, визначається розширення порожнинних систем обох нирок, у пієлоуретеральних сегментах – звуження.

Аналіз крові: еритроцити – 3,88 г/л; гемоглобін – 106 г/л; лейкоцити – 6,1 г/л; паличкоядерні – 4%; сегментоядерні – 64%; ШОЕ – 50 мм/год; загальний білок – 65 г/л; загальний білірубін – 13,4 мкмоль/л; сечовина – 5,5 ммоль/л; креатинін – 84 мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) – 82 мл/хв.

Аналіз сечі: питома вага 1010; рН – кислота; цукор – у нормі; білок – 0,73 г/л; лейкоцити – 25–30 у полі зору; еритроцити – 4–7 у полі зору.

У клініці урології ДМА проведено купірування запального процесу. Проведена пластика пієлоуретерального сегмента праворуч за Ан-

дерсеном–Хайнсом правого сечоводу і пункційна нефростомія ліворуч. Через 6 місяців – резекція нижнього краю лівої нирки, ренефростомія, інтубація сечоводу, пластика мискового сечовідного сегмента за Finger; через 9 місяців нефростома ліворуч була видалена.

Віддалені результати лікування. З моменту операції минуло 5 років, пацієнтка була запрошена в клініку. Через 1,5 року після операції народила здорову дитину.

На даний момент пред'являє скарги на стомлюваність.

Об'єктивно: астеничної статури. Шкірні покриви і видимі слизові чисті, блідо-рожеві. Тони серця приглушені, ритм правильний, ЧСС – 74 в хв., АТ – 120/80 мм рт. ст. Дихання везикулярне, хрипів немає, ЧД – 16 в хв. Живіт м'який, безболісний.

Сечостатева система: область нирок візуально не змінена, нирки не пальпуються, симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, безболісне. Зовнішні статеві органи без особливостей.

УЗД: права нирка 124x72 мм, ЧЛС – розширена до 24 мм, чашечки – 13–18 мм; ліва нирка – 150x89 мм, ЧЛС – розширена (миска – 48 мм).

Креатинін крові – 66 мкмоль/л, сечовина – 4,8 ммоль/л, СКФ – 100 мл/хв.

Висновки. Для відновлення функції нирки після усунення обструкції пієлоуретерального сегмента важливу роль відіграють: екстраренальний тип будови миски, вікарна гіпертрофія протилежної нирки, лімфатична система нирки і пієлоренальні рефлюкси, осередковий характер атрофії ниркової паренхіми.

Паренхіма нирки відновлюється шляхом гіпертрофії збережених нефронів, які тривалий час перебували в умовах мінімального метаболізму, котрого вистачало лише для підтримки життєдіяльності нефронів, які залишилися.

ВПЛИВ ОДНОБІЧНОГО УРАЖЕННЯ НИРОК НА СТАН КРОВОТОКУ ЇХ ПАРЕНХІМИ

В.П. Стусь, К.С. Бараннік

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Певні патологічні стани (стенозування, гострий тромбоз ниркової артерії та ін.) спричинюють стійке порушення ниркового кровообігу, яке веде не тільки до значного пору-

шення функції нирки, а навіть до її загибелі. Обструктивна уропатія будь-якої етіології виникає, як правило, або у навколomisковому, або у навколomіхуровому відділі сечоводу. Клінічні

наслідки її відповідають рівню обструкції. Проте обструкція на рівні мисково-сечоводного сегмента є найбільш агресивною. Особливо у випадках із внутрішньо нирковим розташуванням миски. Цьому сприяє сумісне розташування ниркових судин і чашково-мискової системи на обмеженому просторі синуса нирки. Існує пряма залежність між строком обструкції та відновленням функції нирок після ліквідації перешкоди. Гостре порушення відтоку сечі спричинює стійке порушення ниркового кровообігу, яке значно порушує функції нирки і навіть до її загибелі. Зміни стосуються також і функції протилежної нирки. Термін виникнення в ній компенсаторно-приспосовних змін та динаміка їх перебігу під час гострого порушення уродинаміки однієї з нирок нині недостатньо з'ясовані. Тому визначення змін кровотоку паренхіми обох нирок у цих випадках є актуальним і має певне практичне значення.

Мета дослідження. Вивчити експериментальні порушення кровотоку в паренхімі нирки в умовах стійкої ішемії або обструктивної уропатії та визначити компенсаторні можливості протилежної нирки.

Матеріал і методи дослідження. Експеримент проводили на 80 експериментальних тваринах (статевозрілі шури лінії Вістар), які були розподілені на 2 групи по 40 тварин. У першій групі створювали постійну ішемію лівої нирки фіксованим перегинанням її артерії за власно розробленою методикою. У другій групі – гостре порушення уродинаміки лівої нирки фіксованим перетинанням її сечоводу на рівні в/з. Стан кровотоку у паренхімі обох нирок визначали за рівнем омичного супротиву методом реографії протягом першої години після гострого порушення уродинаміки через 15, 30, 60 хвилин інтраопераційно, а також перкутанно через 1, 3, 5, 7, 10, 14 діб, і через 1, 2, 4, 6 місяців. Усі оперативні втручання, експериментальні дослідження та вихід з експерименту тварин здійснювали за умов адекватного знеболення, не завдаючи страждань останнім.

Результати дослідження та їх обговорення. Створення експериментальної перешкоди кровотоку в дослідній нирці призводило до динамічних змін омичного супротиву її паренхіми в бік поступового збільшення. Так, через 15 хвилин омичний супротив перебільшував початковий рівень на $+63 \pm 8,3\%$, через 30 хвилин – на $+33,3 \pm 5,1\%$, через 60 хвилин – на $+41,4 \pm 3,8\%$. Таке коливання показника може свідчити про зміни ємності судинного русла дослідної нирки стосовно до зменшеної кількості крові, яка по-

трапляє до органа. Зміни омичного супротиву паренхіми контралатеральної нирки мають аналогічні коливання. Через 15 хвилин показник омичного супротиву збільшувався на $+31,3 \pm 2,1\%$, через 30 хвилин – $+26,4 \pm 1,3\%$, а через 60 хвилин – $+21,3 \pm 2,0\%$. Тобто, через рено-ренальний рефлекс відбуваються порушення кровотоку і у контралатеральній нирці в бік зменшення його інтенсивності, що не може одразу компенсувати порушену функцію дослідної нирки.

Аналогічні зміни відбувалися і при створенні експериментального гострого порушення уродинаміки. Так, у дослідній нирці це призводило до динамічних змін омичного супротиву її паренхіми в бік поступового збільшення. Через 15 хвилин омичний супротив перебільшував початковий рівень на $+43 \pm 8,3\%$, через 30 хвилин – на $+23,1 \pm 4,1\%$, через 60 хвилин – на $+38,4 \pm 3,8\%$. Таке коливання показника може свідчити про зміни ємності судинного русла дослідної нирки щодо зменшеної кількості крові, яка потрапляє до органа. Зміни омичного супротиву паренхіми контралатеральної нирки мають аналогічні коливання. Так, через 15 хвилин показник омичного супротиву збільшувався на $+21,3 \pm 2,1\%$, через 30 хвилин – $+18,4 \pm 1,4\%$, а через 60 хвилин – $+16,3 \pm 2,1\%$. Проте отримані дані свідчили про більш сприятливий перебіг змін. В умовах гострого порушення уродинаміки зберігається кровоток крові у паренхімі, а зростаючий внутрішньомисковий тиск лише поступово порушує кровообіг у паренхімі, при цьому більше страждає відтік венозної крові.

Дослідження кровотоку в обох нирках після створення моделі постійної ішемії правої нирки протягом наступних 14 діб показало такі зміни. Так, омичний супротив паренхіми дослідної нирки через 1 добу перебільшував висхідний показник на $+48,3 \pm 2,4\%$, через 3 доби – на $+42,2 \pm 2,1\%$, через 5 діб – на $+40,3 \pm 3,1\%$, через 7 діб – на $+39,1 \pm 1,8\%$, через 10 діб – на $+28,3 \pm 1,6\%$, через 14 діб – на $+27,3 \pm 1,9\%$. Отже, відзначається поступова стабілізація кровообігу в умовах недостатності кровопостачання. Зміни омичного супротиву паренхіми контралатеральної нирки за цей же період були наступні. Так, через 1 добу показник перебільшував висхідний на $+28,2 \pm 2,1\%$, через 3 доби – на $+22,5 \pm 2,6\%$, через 5 діб – на $+12,4 \pm 4,1\%$, через 7 діб – показник дорівнював висхідному, а починаючи з 10-ї доби навіть був менший за висхідний і складав ($-21,0 \pm 3,1\%$), а через 14 діб – ($-34,2 \pm 2,7\%$). Зміни кровотоку у контралатеральній нирці свідчать про компенсаторно-приспосовний характер реакцій судинного компо-

нента, який починає компенсувати порушену функцію, починаючи із 7-ї доби.

Дослідження кровотоку в обох нирках після створення моделі постійного гострого порушення уродинаміки лівої нирки протягом наступних 14 діб показало наступні зміни. Так, омичний супротив паренхіми дослідної нирки через 1 добу перебільшував висхідний показник на $+58,3 \pm 2,4\%$, через 3 доби – на $+64,2 \pm 2,8\%$, але через 5 діб відбувалося різке його зниження, що свідчило про значні порушення кровообігу (його припинення) – $+70,3 \pm 3,1\%$, через 7 діб – на $+79,1 \pm 1,8\%$, через 10 діб – на $+98,3 \pm 4,6\%$, через 14 діб – на $+97,3 \pm 3,9\%$. Отже, відзначається поступове припинення кровообігу. Зміни омичного супротиву паренхіми контралатеральної нирки за цей же період були наступні. Так, через 1 добу показник перебільшував висхідний на $+38,2 \pm 2,2\%$, через 3 доби – на $+26,5 \pm 1,6\%$, через 5 діб – на $+22,4 \pm 4,1\%$, через 7 діб – показник складав – $+20,1 \pm 3,4\%$, а починаючи з 10-ї доби дорівнював висхідному, і через 14 діб складав – $-34,2 \pm 2,7\%$. Повне припинення кровотоку в паренхімі дослідної нирки і через це припинення її функції надавало більшого впливу на стан кровотоку у протилежній нирці, що збільшувало термін компенсації. На нашу думку, зміни кровотоку у контралатеральній нирці мали компенсаторно-присосовний характер реакцій судинного компонента, який починав компенсувати порушену функцію, починаючи із 10-ї доби.

Динамічне дослідження рівня кровотоку в обох нирках в умовах стійкої однобічної ішемії у віддалений період дало такі результати. Омичний супротив паренхіми дослідної нирки через 1 місяць складав $+12,3 \pm 3,4\%$, через 2 місяці – $+4,1 \pm 2,4\%$, через 4 місяці – $+3,9 \pm 1,4\%$, через 6 місяців – $+3,8 \pm 1,3\%$. Тобто, визначалися ознаки стабілізації процесу зі стабільним зниженням рівня кровотоку. Контралатеральна нирка також визначала завершення процесу компенсації із наступними показниками омичного супротиву паренхіми. Через 1 місяць показник складав $(-10,2 \pm 2,1\%)$, через 2 місяці – $(-8,3 \pm 1,1\%)$, через 4 місяці – $(-7,9 \pm 0,8\%)$, через 6 місяців –

$(-7,7 \pm 1,3\%)$. Незначне збільшення кровотоку у контралатеральній нирці компенсувало недостатку кровопостачання дослідної нирки.

Динамічне дослідження рівня кровотоку в контралатеральній нирці в умовах повного виключення функції дослідної нирки у віддалений період дав такі результати. Через 1 місяць показник складав $(-22,1 \pm 2,1\%)$, через 2 місяці – $(-21,3 \pm 1,1\%)$, через 4 місяці – $(-18,9 \pm 0,8\%)$, через 6 місяців – $(-17,7 \pm 1,1\%)$. Збільшення кровотоку у контралатеральній нирці компенсує втрату кровопостачання і функцію дослідної нирки, але постійне навантаження свідчить про напруження пристосовно-компенсаторних змін кровообігу.

Висновки. Експериментальне однобічне порушення функції нирок в умовах стійкої ішемії або порушення уродинаміки негативно впливає на кровопостачання паренхіми нирок. У паренхімі дослідної нирки воно призводить до зменшення кровотоку, яке відбувається хвилеподібно із коливаннями в бік збільшення омичного супротиву паренхіми органа. Ці порушення відбуваються найбільш виразно протягом перших 5 діб із наступним припиненням його в умовах гострого порушення уродинаміки, починаючи з 7-ї–10-ї доби. У другій групі тварин визначення омичного супротиву паренхіми дослідної нирки у віддалені строки (до 6 місяців) свідчило про повне виключення кровотоку та функціонування органа. Зміни кровотоку у контралатеральній нирці показали, що протягом першої години і навіть 3-ї доби вони недостатньо забезпечують компенсацію порушеної функції дослідної. Пристосовно-компенсаторні зміни кровотоку дають позитивний ефект, починаючи із 7-ї–10-ї доби із повною компенсацією на 14-ту добу. Гостре порушення уродинаміки завдає більш агресивного впливу не тільки на уражений орган, але і на компенсаторні можливості протилежної нирки. Починаючи із першого місяця після створення гострого порушення уродинаміки дослідної нирки, у контралатеральній нирці рівень кровотоку також стабілізується на показниках відносної компенсації втраченої функції дослідної.

СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМУ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян^{1,2}

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Вступ. Перелом статевого члена (ПСЧ) є одним з невідкладних станів в урології і, за даними різних авторів, становить від 2,2 до 10,3% всіх пошкоджень статевого члена. Характеризується розривом білкової оболонки кавернозних тіл, який виникає внаслідок безпосереднього впливу на статевий член під час ерекції. За даними різних авторів, у 10–25% випадків перелом статевого члена супроводжується пошкодженням сечівника (L. Koifman і співавт., 2010; L.O. Reis і співавт., 2014). Етіологія перелому статевого члена різноманітна, але частіше за все настає при грубому статевому акті, коли статевий член, вислизавши з піхви, пошкоджується в результаті швидкого та інтенсивного перегину ерегтованого статевого члена при упиранні об лобкові кістки жінки або промежину. Клініка ПСЧ характерна – чутний уривчастий звук (хрускіт), біль у статевому члені, припинення ерекції, гематома і деформація статевого члена. При пошкодженні уретри – уретрорагія, гематурія, дизурія, затримка сечі. Діагностика проводиться на підставі клінічних даних, ультразвукове дослідження з доплерівським наведенням (УЗД ДГ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), при необхідності – кавернозографія, ретроградна уретрографія. Основним методом лікування є невідкладне хірургічне втручання – ушивання білкової оболонки і уретри (при пошкодженні уретри). Несвоєчасне оперативне лікування призводить до різних ускладнень, таких як хворобливі ерекції, еректильна дисфункція, викривлення статевого члена, нестабільність статевого члена, стриктура уретри, розвинення артеріовенозної нориці, які вимагають відстрочених операцій.

Метою нашого дослідження є порівняльна оцінка результатів консервативного і оперативного лікування хворих при переломі статевого члена.

Матеріали та методи дослідження. З 2007 до 2017 р. у клініці урології Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова проліковано 26 пацієнтів з переломом статевого члена віком від 27 до 58 років (середній вік $39,34 \pm 14,24$). Хворі були розділені на дві групи: 1-ша група – хворі, госпіталізовані в клініку

до 10 днів після травми (20 хворих (76,92%), 2-га група – хворі, які надходили в клініку понад 10 днів (від 14 днів до 4 міс.), після проведеної консервативної терапії за місцем проживання (6 хворих (23,1%). Виконували стандартне обстеження, яке включало вивчення скарг, анамнезу та фізикального обстеження хворих, УЗД ДГ статевого члена, МРТ (за показаннями), ретроградна уретрографія (за показаннями), анкетування за шкалою МІЕФ-5.

Результати дослідження та обговорення. У 7 (26,92%) хворих діагностовано розрив уретри. У 2-й групі переважали наступні скарги: болі в області статевого члена при ерекції (у 5 хворих (83,3%), зниження адекватних ерекцій (анкети МІЕФ – $19,2 \pm 5,4$ бала) (у 3 хворих (50%), викривлення статевого члена (у 3 хворих (50%), нестабільність статевого члена у 1 пацієнта (16,7%), утруднення сечовиділення у 2 хворих (33,3%). Середній кут викривлення склав 30 ± 12 ($15-40^\circ$). Оперовано 18 хворих (69,23%), проведено консервативне лікування 6 хворих (23,1%), відмовилися від оперативного лікування 2 хворих (7,7%). 2 пацієнти лікувалися з приводу ПСЧ двічі (різні роки). Хворі з пошкодженням уретри: в 1-й групі (4 хворих) накладали на уретру первинні шви на уретральному катетері (видаляли катетер на 10-ту добу), у 2-й групі (3 хворих) – 1 хворому виконана замісна пластика уретри шкірою статевого члена через 4 міс., 1 хворому – анастоматична пластика уретри (протяжність стриктури 3 мм), 1 хворому накладені троакальні епіцистостоми з подальшою консервативною терапією. У 2-й групі – 1 хворому висічено кавернозний фіброз із корпоропластикою широкою фасцією стегна, 1 хворому виконано висічення кавернозного фіброзу і ушивання білкової оболонки кавернозних тіл, 1 хворий відмовився від оперативного лікування.

У всіх хворих у 1-й групі відновлені адекватна ерекція і сечовипускання. Викривлення статевого члена не було. У 3 хворих до 2 місяців зберігалися болі в статевому члені при ерекції, які пройшли після консервативної терапії. У 2-й групі, у хворих після видалення фіброзної тканини з ушиванням білкової оболонки ка-

вернозних тіл і корпоропластики, досягнуто коригування деформації статевого члена без укорочення розмірів статевого члена і відновлена копулятивна функція. У хворих після пластики уретри відновлено адекватне сечовипускання.

Висновки. Таким чином, хворі з переломом статевого члена потребують нагального

оперативного лікування. Оперативне лікування сприяє одужанню хворих. Необгрунтоване консервативне лікування призводить до різних ускладнень, еректильної дисфункції і зниження якості життя. Корекція ускладнень вимагає додаткового оперативного лікування.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ПРОФІЛАКТИКА ВІДДАЛЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

О.С. Федорук, М.С. Степанченко, К.А. Владиченко, В.Т. Степан, В.В. Візнюк

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Вступ. У багатьох урологічних стаціонарах великий об'єм хірургічної допомоги займає лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) та інших видів інфравезикальної обструкції. Всі ці захворювання на певному етапі потребують хірургічного втручання — трансуретральної резекції простати, трансуретральної простатектомії (ТУПЕ), чи резекції шийки сечового міхура.

Мета дослідження. Провести аналіз віддалених ускладнень після ТУПЕ з приводу ДГПЗ.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням за період з 2012 до 2016 року знаходилось 411 хворих на ДГПЗ віком від 54 до 82 років, яким виконана ТУПЕ резектоскопом фірми «Karl Storz». З них 236 хворих отримували з метою профілактики ускладнень периопераційно тамсулозин 0,4 мг 1 р/д та цефіксим 400 мг 1 р/д, інші 175 хворих отримували стандартну антибіотикопрфілактику цефтріаксоном (1 г 2 р/д). Всім хворим у доопераційному періоді проводили комплексне урологічне обстеження, яке включало оцінку скарг хворих за шкалою IPSS, визначення індексу якості життя, загальноклінічні методи, пальцеве ректальне дослідження, УЗД передміхурової залози з визначенням кількості залишкової сечі.

Результати. Виявлено, що із 411 хворих, оперованих з приводу ДГПЗ, віддалені ускладнення виникли у 59 (14,4%). З них у першій групі відсоток ускладнень склав 8,9%, коли в контрольній групі — 21,7%. Інфекційно-алергічні ускладнення, які проявляються ознаками хронічного рецидивного пієлонефриту і циститу, спостерігали в 3,8% хворих першої групи та 8,6% — в групі порівняння. У 8,5% виникли функціональні ускладнення. З них: 5,1% у першій групі, 13,1% — в групі порівняння. Вони проявлялися порушенням сечовипускання без ознак запального процесу й анатомічних змін. Характер цієї дизурії дозволяє називати її післяопераційною цисталгією, лікування якої супроводжується значними труднощами, але комплексом засобів (інстиляція лікарських препаратів, фізіотерапія, автотренінг) вдається ліквідувати дизурію у більшості хворих.

Висновки. Найбільш частими віддаленими ускладненнями ТУПЕ є інфекційно-алергічні та функціональні. Незадовільні результати ТУПЕ з виникненням віддалених післяопераційних ускладнень здебільшого є результатом недостатньої периопераційної медикаментозної терапії. Показано, що периопераційне призначення тамсулозину 0,4 мг 1 р/д та цефіксиму 400 мг 1 р/д знижує ризик розвитку віддалених ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИРАЖЕНІСТЬ СИМПТОМІВ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*О.С. Федорук, В.І. Зайцев, В.В. Візнюк, К.А. Владиченко,
В.Т. Степан, М.С. Степанченко, І.І. Люк*

Буковинський державний медичний університет

У хворих на доброякісну гіперплазію простати в I–II ст. у більшості випадків діагностується початковий період розвитку ХНН, але яскравої клінічної симптоматики немає, оскільки пасаж сечі залежить від скоротливої спроможності детрузора сечового міхура. В цей період хворі скаржаться на слабкість, зниження апетиту, порушення сну, втрату працездатності, що може спостерігатися і при інших захворюваннях. Проте, виявлення анемії, дизурії, ніктурії повинно насторожувати у відношенні можливого захворювання нирок і ХНН у хворих на доброякісну гіперплазію простати I–II ст. Вирішальне значення в даний період належить лабораторним методам дослідження: відносній густині сечі (спостерігається ізостенурія) і креатинінемії (оскільки рівень креатиніну в сироватці мало залежить від характеру харчування, білкового катаболізму, тому об'єктивно відображає азотвільну функцію нирок). В діагностиці ХНН певне значення мають методи рентгенологічного і ультразвукового дослідження нирок. Досить чутливим методом раннього виявлення зниження функції нирок є радіоізотопна ренографія (при ХНН ренографічні криві виглядають плоскими та витягнутими).

При прогресуванні гіперплазії передміхурової залози, прогресує і ХНН, тому на фоні

клінічних ознак основного захворювання нарастає симптоматика ХНН. Клінічна картина стає більш яскравою: посилюються слабкість, сонливість, апатія, втомлюваність (уремічна енцефалопатія), виникає м'язова слабкість, м'язові пошмикування, біль в кістках. Із затримкою «уремічних токсинів» зв'язані свербіння шкіри, парестезії, кровоточивість (з ясен, шлунково-кишкові, кровотечі), можливий розвиток «уремічної подагри» (біль в суглобах, тофуси при затримці сечової кислоти). Яскравими ознаками уремії є розвиток диспептичного синдрому (нудота, блювота, гикавка, втрата апетиту, проноси, стоматит, глосит); синдрому ураження серцево-судинної системи (затримка натрію приводить до гіпертензії, часто з ознаками злоякісності, ретинопатії. Гіпертензія, анемія, електролітні порушення приводять до важкого ураження серця з аритміями, застійною серцевою недостатністю. В термінальній стадії можливий розвиток перикардиту), посилення неврологічної симптоматики. Можливе часте загострення хронічних циститів, пієлонефритів. Характерні численні ендокринні порушення, в тому числі імпотенція, аменорея, тощо.

Таким чином, зростання клінічної симптоматики та погіршення лабораторних показників важкості ХНН прямопропорційні ступеню інфравезикальної обструкції при ДГП.

УДОСКОНАЛЕННЯ АЛГОРИТМУ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ, ЩО ЗУМОВЛЕНИЙ СТРИКТУРОЮ МИСКОВО-СЕЧОВІДНОГО СЕГМЕНТУ

В.М. Лісовий, В.І. Савенков, А.В. Савенков, А.І. Гарагатий

Харківський національний медичний університет

Вступ. У хворих на гідронефроз, що зумовлений стриктурою мисково-сечовідного сегменту (МСС), незалежно від хірургічної тактики у 18–22% випадках спостерігається рецидив стрикту-

ри, і кожна наступна операція проводиться у більш складних умовах та не гарантує відсутність рецидивів. Актуальним є удосконалення алгоритму обстеження хворих, що дозволить визна-

чити ймовірність розвитку рецидиву, лікувальну тактику та її ефективність.

Мета: підвищення ефективності діагностики гідронефрозу шляхом оптимізації алгоритму обстеження.

Матеріали та методи. Для визначення ефективності удосконаленого алгоритму обстеження хворих на гідронефроз 178 пацієнтів були розподілені на терапевтичні групи. У I групі (80 осіб) використовувався алгоритм, що включав додаткове визначення діагностичного паренхіматозно-стромального коефіцієнту (ПСК) при морфологічному дослідженні інтраопераційного матеріалу і коефіцієнту ризику розвитку рецидивів (КРР) у крові. Зазначені коефіцієнти були розроблені на підставі попередніх власних досліджень. У II групі застосовувався стандартний алгоритм обстеження (98 пацієнтів). Статистичні дослідження були виконані за допомогою пакету Statistica 6.0.

Результати. У хворих I групи для діагностики генезу розвитку гідронефрозу та прогнозування рецидиву стриктури МСС використовувався ПСК. Він розраховувався як відношення питомого об'єму м'язової тканини до суми питомих об'ємів сполучної тканини і судин. При значенні цього ПСК до 0,6 (включно) передбачали високу ймовірність вродженої аномалії СВС та рецидив стриктури; від 0,6 до 0,8 (включно) – високу ймовірність вроджених аномалій СВС, але низьку ймовірність рецидиву стриктури; від 0,8 до 1,0 (включно) – набутий характер обструкції та високу ймовірність рецидиву стриктури; від 1,0 до 1,6 – набутий характер обструкції, але низьку ймовірність рецидиву

стриктури. У хворих з високою ймовірністю рецидивів на 2–3-й день після оперативного втручання призначався метод профілактики рецидивів стриктур. У хворих, що мали низьку ймовірність рецидивів, на 21-й день після оперативного лікування досліджувався КРР, що обчислювався за формулою: $KPP = (ПЗОП/ВОП) / (ПЗОПк/ВОПк) - 0,3 * ((ФНПб/ІЛ-10) / (ФНПбк/ІЛ-10к)) + 0,3 * (ІЛ-17/ІЛ-17к)$, де ПЗОП – пептидзв'язаний оксипролін, ВОП – вільний оксипролін, індекс «к» вказує на показник групи контролю. При значенні КРР меншому 1,4 констатували низьку ймовірність розвитку рецидиву. При КРР від 1,4 до 2,5 діагностували середню ймовірність. Значення КРР понад 2,5 свідчило про високу ймовірність рецидиву стриктури. Хворим із середньою і високою ймовірністю рецидивів також призначали метод профілактики рецидивів. Через місяць в усіх хворих, що отримували профілактичну терапію, досліджувався КРР, рівень якого характеризував ефективність терапії.

Використання оптимізованого алгоритму дозволило у 98,3% хворих I групи визначити характер перебігу захворювання, ймовірність ускладнень і призначити відповідну лікувальну тактику, що було достовірно вище, ніж у пацієнтів II групи (72,4%).

Висновки. Додаткове введення використання ПСК і КРР до алгоритму обстеження хворих на гідронефроз, що зумовлений стриктурою МСС, дозволяє об'єктивізувати ризик розвитку рецидиву стриктури, вчасно призначити протирецидивне лікування та оцінити його ефективність.

КОМБІНОВАНЕ ВИКОРИСТАННЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЇ І ВУЗЬКОСПЕКТРАЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЙ В ХІРУРГІЇ РАКА СЕЧОВОГО МІХУРА

Р.М. Молчанов^{1,2}, Л.Г. Хитько², В.О. Новіков²

¹ ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² Клініка «Гарвіс», м. Дніпро

Вступ. Резекція сечового міхура є привабливою опцією лікування хворих на м'язово-інвазивний рак, особливо у літніх пацієнтів з обмеженими можливостями проведення радикальної цистектомії. Важливим моментом резекції сечового міхура є точна ідентифікація меж пухлинного

ураження, а також регіонарних лімфатичних вузлів, що підлягають видаленню.

Мета дослідження: оцінка ефективності застосування вузькоспектральної візуалізації та інтраопераційної флуоресценції в оперативному лікуванні раку сечового міхура.

Матеріали та методи. Цистоскопію і біопсію здійснювали з використанням платформи Image 1 SPIES (Karl Storz), що забезпечує освітлення в режимах білого світла, Spectra A і B (вузькоспектральна візуалізація (ВВ)). Відкриту резекцію сечового міхура виконували після внутрішньовенного введення 2,5 мл 10 % водного розчину флуоресцеїну натрію. Видалення регіонарних лімфатичних вузлів проводили після підслизової ін'єкції 1 мл 10%-вого водного розчину флуоресцеїну натрію.

Результати. У 29 хворих на рак сечового міхура ($T_{1-2}N_0M_0$) під час цистоскопії крім основних пухлин, виявлено 20 підозрілих ділянок, додатково ідентифікованих з використанням режимів ВВ. Дані ділянки характеризувалися підвищеною васкуляризацією, характерною для пухлинного ураження уротелію, чіткістю і рельєфністю країв. Під час гістологічного дослідження в 13 випадках встановлено наявність змін пухлинного характеру (12 – перехідно-клітинний рак, 1 – перехідно-клітинна папілома), в інших 7 випадках виявлені зміни запального характеру з них 2 – з елементами дисплазії.

Таким чином, позитивна прогностична значимість дослідження склала 65%.

8 хворим проведено відкриту резекцію сечового міхура. Внутрішньовенне введення 2,5 мл 10%-вого водного розчину флуоресцеїну натрію обумовило флуоресценцію пухлини з чіткою візуалізацією її розповсюдження в стінці сечового міхура. Через 20 хвилин після ін'єкції 1 мл 10%-вого водного розчину флуоресцеїну натрію під слизову оболонку сечового міхура спостерігали флуоресценцію груп регіонарних сторожових лімфатичних вузлів, що дозволило ефективно провести лімфаденектомію.

Висновки

1. Використання вузькоспектральної візуалізації забезпечує додаткове виявлення осередків рака сечового міхура з позитивною прогностичною значимістю 65%.

2. Додаткове введення 10%-вого водного розчину флуоресцеїну натрію внутрішньовенно і під слизову оболонку сечового міхура підвищує ефективність візуалізації пухлини та сторожових лімфатичних вузлів.