

МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ
АСОЦІАЦІЇ УРОЛОГІВ УКРАЇНИ,
м. Київ, 21–23 квітня 2016 р.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ
ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ
НА МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИЙ РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ
ЗАЛОЗИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СХЕМИ
ГОРМОНОТЕРАПІЇ

С.О. Возіанов¹, О.А. Чернichenko¹, А.В. Сакало¹, В.В. Мрачковський²,
А.В. Кондратенко², П.Г. Яковлев², Ю.В. Жильчук¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Одним з основних методів лікування раку передміхурової залози (РПЗ) є призначення агоністів ЛГ-РГ або виконання двобічної орхіектомії та застосуванням антиандрогенів. Ускладненням гормонотерапії є зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МШКТ), що призводить до остеопенії та остеопорозу. Значно більше остеопоротичних переломів спостерігається у хворих на РПЗ, які отримували андроген-деприваційну терапію (АДТ) (19,4%), ніж у тих, хто не отримував (4,5%, p<0,001). Тому доцільно дослідити побічну дію на МШКТ деяких препаратів АДТ, що ефективно застосовуються у лікуванні РПЗ.

Мета дослідження: порівняти впливу монотерапії бікалутамідом у дозі 150 мг/добу, агоністів ЛГ-РГ, двобічної орхіектомії на МШКТ у хворих на РПЗ.

Матеріали і методи дослідження. Для оцінки МШКТ у хворих на РПЗ використовують можливості рентгенівської остеоденситометрії (DXA). Для визначення остеопорозу у чоловіків віком 50 років і старших методом DXA ВООЗ рекомендує використовувати класифікації МШКТ на основі Т-критерію вимірювань числа стандартних відхилень МШКТ вище або нижче середнього для показників молодих дорослих. Значення Т поперекового відділу хребта, шийки стегна або стегна ≤ -2,5 визначається як остеопороз, значення Т від -1,0 до -2,5 – низька кісткова щільність (остеопенія).

Проводили аналіз результатів обстеження та лікування 70 хворих на РПЗ в стадіях T₃₋₄N₀₋₁M₀. Середній вік пацієнтів – 63±12,2 року.

Залежно від схеми АДТ хворі були розподілені на 3 групи: у I групі (20 хворих) в якості АДТ застосували двобічну орхіектомію + флутамід, у II групі (30 осіб) – диферелін + флутамід, у III групі (20 осіб) – бікалутамід у дозі 150 мг/добу. З метою оцінки МШКТ хворим проводили DXA поперекового відділу хребта та проксимальних відділів стегнових кісток та визначення рівня загального тестостерону, естрадіолу сироватки крові перед початком АДТ та через 12±2,2 місяця.

Результати. До початку лікування у I групі у 3 хворих на РПЗ було виявлено зниження МШКТ: 2 мали остеопенію і 1 – остеопороз, у II групі – 3 хворих мали остеопенію і 1 – остеопороз і у III групі – 2 мали остеопенію і 1 – остеопороз. Основними клінічними симптомами зниження МШКТ були м'язово-суглобові болі, біль у хребті, особливо в поперековому відділі і прогресуюче обмеження рухової активності хребта. Прогресування порушень МШКТ відзначено в I і II групах, що проявлялося посиленням характерних болів, зниженням показників МШКТ, появою нових випадків остеопенії та остеопорозу. Через 12 міс. кількість хворих з остеопенією в I групі збільшилася з 2 до 10, остеопорозом – до 2 хворих. У I групі порушення МШКТ визначено у 12 хворих (проти 3 до початку лікування). В II групі кількість хворих з остеопенією збільшилася з 3 до 11, з остеопорозом – без змін (1 хворий). Всього в II групі порушення МШКТ відмічено у 12 хворих (проти 4 на початку лікування). В III групі кількість хворих з остеопенією зменшилась до 2.

АДТ у вигляді хіургічної кастрації та призначення агоністів ЛГ-РГ призводить до зниження МШКТ і збільшення випадків ос-теопенії та остеопорозу однаковою мірою в I і II групах. Позитивні результати отримані у III групі, де спостерігали покращення МШКТ. Середнє значення сироваткової концентрації тестостерону знизилося на $87 \pm 0,3\%$ в I групі, на $96 \pm 2,4\%$ – у II групі і збільшилося на $17 \pm 1,3\%$ в III групі ($p < 0,05$). Концентрація естрадіолу знизилася на $67 \pm 2,9\%$ в I групі, на

$77 \pm 2,6\%$ в II групі і збільшилася на $16,3 \pm 1,6\%$ в III групі ($p < 0,05$).

Висновки

1. Рентгенівська остеоденситометрія – важливий метод діагностики порушення мінеральної щільності кісток у хворих на РПЗ, що отримують андроген-деприваційну терапію.

2. Монотерапія бікалутамідом забезпечує підтримку щільності кісткової тканини у хворих на місцево-поширеній РПЗ, на відміну від двобічної орхіектомії та лікування аналогами ЛГ-РЛ.

Адреса для листування

В.С. Сакало

E-mail: valerii.sakalo.si@gmail.com

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ПОЧКИ

*С.А. Возианов¹, С.Н. Шамраев^{1,2}, А.И. Бойко¹,
В.Д. Васильева³, Д.Н. Шамраева⁴, А.Ю. Гурженко¹*

¹ ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

² ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии

им. В.К. Гусака НАМН Украины»

³ Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

⁴ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель работы: провести сравнительный анализ результатов и частоты осложнений нефронахраниющих операций (НСО), произведенных по поводу почечно-клеточного рака (ПКР) из открытого люмбального и лапароскопического доступов.

Материалы и методы исследования. Из 867 пациентов с клиническим диагнозом ПКР cT1b-2N0M0, оперированных в период с января 2001 по январь 2014 г., НСО выполнены в 285 (32,9%) наблюдениях. При этом, под наблюдением как минимум 12 мес. находились 154 пациента. 25 (16,2%) выполнена лапароскопическая резекция, 129 (83,8%) – открытая резекция) – ниже это количество пациентов применено в расчетах послеоперационных осложнений. Пациенты обследованы согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МЗ Украины № 554). В 2001–2005 гг. выполнено 8 (5,2%) НСО, в 2006–2009 гг. – 37 (24,0%), в 2010–2013 гг. – 109 (70,1%) резекций почки. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel.

Результаты. Симультанно 67 (43,5%) пациентам выполнены: пиелолитотомии – 12, кистэктомии – 16, нефропексии – 17, адреналэктомии – 14, регионарные лимфаденэктомии (ЛАЭ) – 15. Период наблюдения составил в среднем $39,1 \pm 2,4$ мес. (от 3 до 140 мес.). Возраст больных варьировал от 41 до 80 лет (в среднем $54,8 \pm 0,2$ года). Мужчин было 71 (46,1%), женщин – 83 (53,9%). По абсолютным показаниям оперированы – 7 (4,5%) пациентов: диагностирован двусторонний асинхронный рак почки в двух наблюдениях (контрапатеральная почка удалена по поводу ПКР от 4 до 7 лет назад), в четырех – имелась опухоль единственной почки и в одном – двусторонний синхронный ПКР. По относительным – 74 (48,1%), по элективным – 73 (47,4%). Распределение пациентов по стадиям: pT0 – 14 (9,1%), pT1a – 66 (42,9%), pT1b – 56 (36,4%), pT2 – 10 (6,5%), pT3a – 8 (5,2%). Метастаз в регионарные лимфоузлы отмечен у одного (6,7%) из 15 (9,7%) пациентов, которым выполнена ЛАЭ. Категория M1 выявлена в 3 (1,9%) наблюдениях (больные умерли от продолжения онкопроцесса). Резекция правой почки выполнена 83 (53,9%) пациентам, левой – 71

(46,1%). Локализация опухоли в верхнем и верхушечном сегментах почки была у 39 (25,3%), в переднем – у 27 (17,5%), заднем – у 31 (20,1%), нижнем – у 57 (37,1%) больных. Диаметр опухоли в наибольшем и наименьшем измерении в среднем составил $43,6 \pm 1,3$ мм и $38,0 \pm 1,1$ мм, соответственно. Объем опухолевого узла – $42,5 \pm 3,9$ мл, в 67 (43,5%) наблюдениях его размер превышал 4 см. Экстравенальных опухолей (>75% опухоли расположено за пределами почки) было 54 (35,1%), интравенальных (>75% опухоли в пределах почки) – 25 (16,2%) экстра- и интравенальных – 75 (48,7%). По виду НСО распределились следующим образом: клиновидных резекций почки было 38 (24,7%), плоскостных – 40 (25,9%), энуклеорезекций – 76 (49,4%). Без ишемии выполнено 20 (13,0%) резекций почки, с пережатием почечной артерии (время ишемии (ВИ) $27,5 \pm 0,6$ мин.) – 44 (28,6%), с пережатием вены и артерии (ВИ $28,0 \pm 0,6$ мин.) – 90 (48,6%), с ушиванием ЧЛС (ВИ $30,4 \pm 0,8$ мин.) – 37 (22,8%). После проведения НСО дефект паренхимы и ложа удаленной опухоли у 22 (14,6%) больных ушивали в один ряд одиночными узловыми швами, у 127 (82,5%) – 2-рядным швом (1-й ряд – на дно резекции горизонтальные П-образные швы с усилением кусочками губки Суджицел (Этикон), 2-й ряд – обивной вертикальный шов на корковое вещество почки), у 5 (3,2%) – гемостаз раны почки осуществлен пластииной Тахокомба. Среди гистологических форм саркома была в одном (0,6%) наблюдении, онкоцитома – в 7 (4,5%), ангиомиолипома – в 3 (1,9%), ксанторанулематозный пиелонефрит – в 4 (2,6%) (категория pT0). Диагноз ПКР установлен у 108 (94,7%) пациентов: светлоклеточный вариант – 133 (86,4%), темноклеточный – 6 (3,9%). Хирургический край у 3 (1,9%) больных был положителен (все пациенты живы, период наблюдения 11, 14 и 17 мес). Интраоперационно массивная кровопотеря отмечена у 33 (21,4%) больных, что требовало гемотрансфузий в адекватном объеме (Clavien-Dindo IIb), в среднем – $280,9 \pm 14,6$ мл

(эритромассы и компонентов плазмы крови). Кровопотеря в среднем составила 319 ± 17 мл и варьировалась от 50 до 1200 мл. В раннем послеоперационном периоде у 16 (10,4%) пациентов диагностирован мочевой свищ: его закрытие достигнуто стентированием мочеточника (Clavien-Dindo IIb) у 13 (81,2%) пациентов и у 3 (18,8%) – выполнением чрескожной нефростомии (Clavien-Dindo IIIa). Эти пациенты имели достоверно большую длительность послеоперационной госпитализации ($16,2 \pm 1,3$ сут) против больных без фистулы – $10,1 \pm 0,3$ сут. ($p < 0,05$). Еще одной пациентке (0,8%) через 6 месяцев выполнена ревизия раны с иссечением некротизированных мягких тканей (Clavien-Dindo IVa). Периоперационной летальности (Clavien-Dindo V), поздних кровотечений, гнойного воспаления резецированной почки, требовавших бы нефрэктомии (Clavien-Dindo IVb), прогрессирования ХПН с проведением программного гемодиализа (Clavien-Dindo IVa), а также местного рецидива ПКР не отмечено. Пять (3,2%) пациентов с двусторонним синхронным ПКР умерли от prolongation morbi через 31, 34, 14, 37 и 50 мес. от начала лечения (последовательно проведены нефрэктомия и резекция почки), в среднем прожив $33,2 \pm 7,9$ мес. после НСО. Канцер-специфическая выживаемость (КСВ) составила 96,8%.

Выводы. У большинства пациентов, перенесших НСО, выявлен ПКР (86,4%), у каждого одиннадцатого – доброкачественные опухоли почки (9,1%). Различий в конечном гемостазе после применяемых техник ушивания раны почки не отмечено. Ни одно из осложнений не привело к последующей нефрэктомии. Соблюдение принципов НСО позволяет расширить показания к ним при размерах опухоли более 4 см (43,5% наблюдений) с достижением хороших онкологических (КСВ – 96,8%) и функциональных результатов без увеличения частоты осложнений (не утрачено ни одного органа, у 89,6% пациентов период госпитализации после НСО составил 10–11 суток).

Адреса для листування

С.Н. Шамраев
E-mail: shamrayev@gmail.com

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ С ВЫСОКИМ ОПУХОЛЕВЫМ ТРОМБОЗОМ

С.А. Возианов¹, Ю.В. Думанский², С.Н. Шамраев^{1,3}

¹ ГУ «Інститут урології НАМН України»

² Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

³ ГУ «Інститут неотложної і восстановительной хирургии ім. В.К. Гусака НАМН України»

Цель работы: оценить результаты хирургической техники радикальной трансабдоминальной нефрэктомии и каво-атриальной тромбэктомии с применением искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты лечения 573 больных ПКР за период 2004–2013 гг., из которых 43 (7,3%) составили пациенты раком почки в сочетании с опухолевым тромбозом крупных магистральных сосудов и правого предсердия (ПП). Мужчин было 25 (58,1%), женщин – 18 (41,9%), (соотношение 1,4:1). Согласно отсутствию или наличию опухолевой инвазии ПП больные разделены на 1-ю и 2-ю группы: 27 (62,8%) и 16 (37,2%) больных, соответственно. Пациенты обследованы согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МЗ Украины № 554). Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel.

Результаты исследования. Средний период наблюдения составил $54,6 \pm 5,3$ мес. Пациенты 1-й группы имели патологическую стадию ПКР T3bN0-1M0-1V+G1-4. Пациенты 2-й группы – T3c-4N0-1M0-1V+G2-4. Хирургическое лечение выполнено всем больным 1-й группы и 12 (75,0%) во 2-й группе: четверо больных воздержались от предложененной тактики лечения и в ближайшее время погибли на фоне prolongatio morbi (через 3–6 мес. динамического наблюде-

ния). Периоперационные данные больных исследуемых групп не отличались по объему удаленной опухоли почки, клинико-лабораторным показателям, частоте гемотрансфузий, ранних осложнений и медиане выживания. В свою очередь, средний возраст пациентов – $57,7 \pm 1,6$ и $50,2 \pm 4,7$ года, время операции – $134,8 \pm 3,8$ мин. и 350 ± 67 мин., объем кровопотери – 570 ± 106 и 720 ± 60 мл, – восстановление общего состояния больного ($1,5 \pm 0,5$ и $3,7 \pm 1,1$ сут., соответственно) и длительность послеоперационного койко-дня ($12,5 \pm 0,4$ и $14,2 \pm 3,4$ сут., соответственно) – были недостоверно лучше в 1-й группе, $p > 0,05$. В четырех (9,3%) наблюдениях инфильтрация опухолевым тромбом НПВ требовала резекции ее стенки. Периоперационная летальность в 1-й группе отсутствовала, во 2-й группе среди оперированных пациентов составила 25%: причиной смерти послужило развитие острого синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (1), ТЭЛА (1) и диссеминация онкопроцесса (1). Морфологическое исследование подтвердило во всех случаях наличие опухолевой ткани внутри тромба.

Выводы. Применение агрессивной хирургической техники радикальной трансабдоминальной нефрэктомии и каво-атриальной тромбэктомии с ИК является эффективным лечением больных с ПКР и III уровнем интракавальной опухолевой инвазии. При успешности его выполнения прогноз заболевания у пациентов зависит от степени агрессивности онкопроцесса в почке.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев
E-mail: shamrayev@gmail.com

РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.А. Возианов¹, С.Н. Шамраев^{1,2}, В.Д. Васильева³

¹ ГУ «Інститут урології НАМН України»

² ГУ «Інститут неотложної і відновлювальної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України»

³ Національний медичинський університет імені А.А. Богомольца

Введение. Радикальная цистэктомия (РЦЭ) – это метод лечения различных врожденных и приобретенных патологий мочевого пузыря, как функциональных, так и органических. Данная операция является «золотым стандартом» в лечении инвазивных и рецидивирующих форм рака мочевого пузыря (РМП), при этом остается наиболее травматичным и технически сложным оперативным вмешательством. По распространенности среди органов мочевой системы рак мочевого пузыря (РМП) занимает второе место и четвертое среди всех злокачественных новообразований в мире [2]. В Украине ежегодно заболевают РМП 4000–4400 мужчин и 800–900 женщин, умирают до 2500 человек, при этом, у 30% больных при первичном обращении выявляется инвазия опухоли в мышечный слой [5]. Согласно мнению ряда авторов частота мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (МИРМП) значительно занижается из-за погрешностей в диагностике и стадировании. Фактически при первичном обращении примерно у 60% больных РМП уже имеется мышечная инвазия [3]. Цистэктомия – это единственный эффективный и радикальный метод лечения РМП. Выбор оптимального объема операции основывается на информации о локализации, морфологическом строении опухоли, распространенности опухолевого процесса и соматическом состоянии больного. Стандартное выполнение радикальной цистэктомии (РЦЭ) предполагает эвисцерацию органов малого таза у женщин и удаление мочевого пузыря единым блоком с предстательной железой, семенными пузырьками и регионарными лимфоузлами у мужчин, что позволяет не только полностью удалить опухоль в пределах здоровых тканей, но и делает возможным устранение потенциально возможных источников возникновения новых рецидивов. Основным аргументом в пользу такого объема вмешательства являются результаты морфологических исследований, которые демонстрируют наличие первично-множественного рака мочевого пузыря и простаты у 20–48%

пациентов, перенесших РЦЭ [1,4]. На сегодняшний день нет ни одного рандомизированного исследования, показавшего преимущество какого-либо альтернативного метода лечения в сравнении с радикальной интервенцией.

Цель работы: оценка послеоперационных результатов лечения у пациентов, перенесших РЦЭ.

Материалы и методы исследования. В основу данного исследования положены материалы обследования и лечения 76 пациентов, перенесших РЦЭ по поводу инвазивного и рецидивирующего неинвазивного рака МП, его экстрофии и некроза вследствие лучевой терапии. Возраст варьировал от 19 лет до 81 года (в среднем $59,4 \pm 1,4$ года). Для оценки общей выживаемости (ОВ) после РЦЭ с учетом послеоперационных осложнений пациенты были условно разделены на три группы: в первую вошел 41 (54%) пациент, перенесший послеоперационный период без осложнений; вторую группу составило 18 (24%) пациентов, у которых развились осложнения I и II степеней тяжести; у 17 (22%) пациентов, составляющих третью группу, развились осложнения III и V степеней тяжести (Clavien-Dindo, 2007). Рецидивный РМП был выявлен у 21 (28%) пациента, всем им ранее в других клиниках в разные сроки была проведена трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря. Семь из них вошли в первую группу, девять – во вторую и пятеро – в третью группу. Пятерым из них, в дальнейшем, была выполнена резекция МП: трое из них вошли во вторую группу и по одному пациенту из первой и третьей групп послеоперационных осложнений. Всем пациентам были выполнены клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МЗ Украины № 554). Клиническая и патологическая стадии РМП определялись согласно системе TNM в редакции 2002 г. Степень дифференцировки устанавливалась по 3-ступенчатой системе гистоградации согласно системе ВОЗ. Статистическая обработка результатов проводилась на пер-

соナルном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel.

Результаты исследований. Анамнез заболевания варьировал от 1 до 204 месяцев и в среднем составил $38,0 \pm 7,2$ месяца. Течение основного заболевания было осложнено у 76% больных. Хроническая почечная недостаточность была выявлена у 21 (28%) пациента, односторонняя и двусторонняя пиелоэктазия наблюдалась у 34 (45%), анемия, развившаяся на фоне макрогематурии, – у 24 (32%), хронический пиелонефрит – у 16 (21%). Сопутствующие интеркуррентные заболевания имели 29 (38%) пациентов. Чаще всего диагностировались: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка, желчекаменная болезнь, нефролитиаз и гиперплазия предстательной железы. Средняя продолжительность операции составила в первой группе больных $6,1 \pm 0,4$ часа, $6,5 \pm 0,6$ часа у пациентов второй группы и $6,6 \pm 0,5$ часа в третьей. Кровопотеря соответственно составила $653 \pm 72,1$ мл, $1237 \pm 106,3$ мл и $1184 \pm 313,5$ мл. Лимфаденэктомия в объеме стандартной выполнена 51 (67%) пациенту и в объеме расширенной – 22 (33%). Метастатическое поражение регионарных ЛУ было выявлено у 18 (24%) пациентов, отдаленные метастазы – у одного пациента. Послеоперационный койко-день в первой группе был $26,1 \pm 1,6$ дня, во второй – $27,13 \pm 2,3$ дня и $35,4 \pm 4,1$ дня в третьей группе. При гистологическом исследовании операционного материала у 70 (92%) пациентов диагностирован переходноклеточный РМП, у двоих – (2,6%) полиморфноклеточный и в одном (1,3%) случае – adenокарцинома. Превалировал рак высокой степени злокачественности G3 – у 53 (69,7%) пациентов; у 17 пациентов (22,4%) был выявлен низкодифференцированный рак G2; высокодифференцированная опухоль G1 была выявлена у троих (4%) пациентов. По способам деривации мочи пациенты распределились следующим образом: 12 (16%) пациентам была выполнена уретерокутанеостомия с У-У анастомозом, шесть (50%) из них вошли в первую группу, четверо (33%) – во вторую и двое (17%) – в третью. Неконтинентное отведение мочи по методике Bricker было осуществлено 33 (43,4%) пациентам: 22 (67%) пациентам из первой группы, пятым (15%) из второй и шестерым (18%) из третьей групп. Наружное отведение мочи с формированием континентной стомы в модификации Indiana выполнено 7 (9,2%) пациентам. Во второй и тре-

тьей группах таких пациентов было по трое (42,8%) соответственно и один (14,3%) пациент вошел в первую группу. Ортоптическая цистопластика по Studer была произведена 24 (31,6%) пациентам: 12 (50%) пациентам из первой группы и шестерым (25%) пациентам во второй и третьей группах, соответственно. Были отмечены статистически значимые различия средних значений длительности операции, объема кровопотери и продолжительности послеоперационного восстановления у пациентов с различными методами деривации мочи. Так, длительность РЦЭ с формированием ортоптического МП в 1,9 раза больше операций с неконтинентной деривацией мочи ($t=2,3$, $p<0,05$) при этом максимальный объем кровопотери наблюдался у пациентов с У-У анастомозом, а длительность восстановления после данной операции в среднем была меньше чем у пациентов с ортоптической цистопластикой по Studer ($t=2,5$, $p=0,007$). У 46% пациентов развились послеоперационные осложнения, которые были разделены по степени тяжести согласно классификации Clavien-Dindo. Во 2-й группе пациентов к осложнениям II степени тяжести были отнесены: гемотрансфузия – у 11 (61,1%) пациентов, пневмония – у 2 (11,1%), обострения хронического пиелонефрита – у 4 (22,2%) и лимфорея у одного (5,5%) пациента. В 3-й группе к осложнениям III степени были отнесены: репозиция уретрального катетера под рентген контролем, консервативное закрытие мочепузырного свища (МПС) и острый флеботромбоз вен голени – по одному (5,8%) наблюдению. Нагноение послеоперационной раны выявлено у двоих (11,6%) пациентов. Осложнения III степени требовали оперативного вмешательства с применением общего наркоза: ушивание кишечного свища было выполнено троим (17,6%) пациентам, эвакуация гематомы полости малого таза – у одного (5,8%) пациента. У 5 (29,4%) пациентов – несостоятельность кишечного анастомоза и у двоих (11,6%) пациентов развилась толстокишечная непроходимость с последующей релапаротомией, ревизией брюшной полости и ушиванием дефекта анастомозов. Осложнение V степени (летальный исход) отмечено у двоих (11,6%) пациентов. Корреляционный анализ не установил наличия зависимости развития peri-операционных осложнений от кровопотери, метода деривации мочи и длительности операции на уровне значимости $p>0,05$. Статистически значимая прямая связь ($r = +0,4$) была обнаружена между возрастом пациентов и наличием послеоперационных осложнений. Наличие одно-

и двусторонней пиелоэктазии в анамнезе также является предиктором развития осложнений в послеоперационном периоде, что подтверждается наличием прямой, хотя и слабой, корреляционной связи ($r=0,26$) на уровне значимости $p<0,05$. В свою очередь, обратная корреляционная связь была выявлена между степенью тяжести послеоперационных осложнений и трехлетней ОВ ($r = -0,42$) на уровне значимости $p<0,05$. Анализ общей выживаемости (ОВ) в общей когорте пациентов показал следующие результаты: однолетняя ОВ – 87,1%, трехлетняя ОВ – 48,6%, пятилетняя ОВ – 41,4%.

Выводы. В 76% ОРЦЭ с различными видами деривации мочи выполняется у пациентов с интеркуррентной патологией и сопровожда-

ется развитием значительного числа «малых» (23,7%) и «больших» (22%) послеоперационных осложнений. На результаты лечения могут влиять факторы со стороны пациента (тенденция к ухудшению послеоперационных результатов у пациентов старше 65 лет) и хирурга (опыт менее 15 РЦЭ в год), что должно учитываться перед выполнением хирургического вмешательства. Увеличению риска послеоперационной летальности способствует развитие хирургических осложнений различной степени тяжести, что подтверждается наличием обратной корреляционной зависимости между степенью тяжести осложнений и трехлетней ОВ. Своевременная коррекция осложнений позволяет уменьшить риск поздней и отдаленной летальности.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

АНАЛИЗ РАННИХ РЕЗУЛЬТАТОВ І ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕРИВАЦІИ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЇ ЦИСТЕКТОМІИ

С.А. Возианов¹, С.Н. Шамраев^{1, 2}, И.Д. Генбач³, В.Д. Васильєва⁴

¹ ГУ «Інститут урології НАМН України»

² ГУ «Інститут неотложної і восстановительної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України»

³ Донецький національний медичинський університет ім. М. Горького

⁴ Національний медичинський університет імені А.А. Богомольца

Введение. Функциональные и органические патологии мочевого пузыря (МП) – достаточно частое явление. И при некоторых из них радикальная цистэктомия (РЦЭ) является «золотым стандартом» лечения. Основное показание для этой операции – мышечно-инвазивный рак МП. По данным ВОЗ, в структуре онкологических патологий он составляет 3% и 70% от онкоурологических заболеваний, обуславливая 3% смертей от злокачественных новообразований человека, занимая 9-е место в мире среди всех злокачественных образований. Показаниями к РЦЭ также являются осложненная нейрогенная дисфункция МП, не купируемая консервативно, его экстrophyя и вторичное сморщивание. Ключевой вопрос после РЦЭ – восстановление естественного пассажа мочи и выбор способа ее отведения наружу или в мочевые резервуары, что влияет на качество дальнейшей жизни пациента.

Цель работы: оценить periоперационные данные различных методов деривации мочи после радикальных цистэктомий и обосновать их выбор на основе полученных статистических данных.

Материал и методы исследования. Ретроспективно анализированы результаты применения различных способов деривации мочи у 31 пациента, перенесших РЦЭ за период 1999–2013 гг. на базах кафедры урологии (ДОКТМО и ГУ «ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН України»). Критериями сравнения методов деривации мочи были: величина кровопотери, длительность хирургического вмешательства, возраст пациентов, количество и степень тяжести осложнений РЦЭ с деривацией мочи (пять степеней хирургических осложнений по унифицированной системе P.A.Clavien, 2009). Статистическую обработку проводили с использованием лицензионных пакетов MedStat и STATISTICA 8.0.

Результаты. Средний возраст оперированных пациентов составил – $55,7 \pm 1,9$ лет. Все пациенты вошли в три возрастные группы: молодые – 19–45 лет (10%), среднего возраста – 45–59 лет (61%) и пациенты пожилого возраста – 60–75 лет (29%). Преобладали мужчины – 28 (90,4%). Показаниями к РЦЭ были низкодифференцированный переходно-клеточный рак мочевого пузыря (90,5%) – мышечно-инвазивная форма в 96% наблюдений, экстрофия мочевого пузыря – 2 (6,5%) и вторично-сморщеный МП – одно (3,0%) наблюдение.

В клинике были задействованы следующие варианты цистопластики и деривации мочи: ортотопическая операция Studer – 5 (16,1%); гетеротопическая континентная по методике университета штата Индиана (Indiana pouch) – 8 (25,8%) и по Hautmann – 2 (6,5%), наружная неконтинентная по Bricker – 10 (32,3%) и уретерокутанеостомы с уретеро-уретеральным анастомозом (УКС с У-У АС) – 6 (19,4%).

При изучении данных выборки в зависимости от возраста больных отмечено, что, выбирая тот или иной способ отведения мочи после РЦЭ у молодых пациентов, – хирург отдавал предпочтение цистопластике по Studer – 67%. Менее часто встречалась операция по Bricker – 33%. У пациентов среднего возраста преобладали операции по Bricker – 42% и Indiana – 32%, далее в порядке убывания – по Hautmann (11%), УКС с У-У АС (10%) и операция по Studer (5%). У пожилых пациентов наиболее часто примененный способ деривации мочи явилась УКС с У-У анастомозом – 44%, реже осуществляли методики Studer – 23%, Indiana – 22% и Bricker – 11%.

После анализа состава выборки по ключевым параметрам сравнения методик деривации мочи было осуществлено обоснование рациональности выбора конкретных способов деривации в данной категории больных. Сравнивая между собой средние величины объема кровопотери и длительности времени операций, обнаружено, что фактически их средние величины значительно разнятся.

Так, объем кровопотери максимальен при операции с наложением УКС с У-У анастомозом, при этом время данной операции минимально. В то же время, длительность РЦЭ с реконструкцией МП по Hautman или Studer в среднем в 1,56 раза больше,

а кровопотеря при данных операциях в 1,82 раза меньше. Статистически значимые различия средних величин наблюдались в трех парах сравнения, а именно, – при сравнении времени операции УКС с У-У АС с операцией Indiana ($t=2,7$, $p=0,017$), с операцией по Studer ($t=2,49$, $p=0,032$) и с операцией по Hautmann ($t=2,3$, $p=0,025$). Полученные результаты подтверждают данные литературы о том, что основной объем кровопотери имеет место во время основного этапа РЦЭ с реконструкцией нижних мочевых путей – собственно удаление органокомплекса с опухолью МП, тогда как длительность всего хирургического вмешательства напрямую зависит от продолжительности ее второго этапа – выполнения кишечной цистопластики или уретерокутанеостомии.

При сравнении хирургических осложнений по классификации Clavien–Dindo для различных вариантов деривации после РЦЭ определено, что в группах пациентов, которым была произведена УКС с У-У АС, операции по Bricker и по Studer присутствовали осложнения I, II и III степеней. При операции по Indiana-pouch ни у одного пациента не встречались осложнения I (легкой) степени, а после Hautmann встречались осложнения IIIa и IIIb степеней. Однако математически связь вероятности возникновения осложнений данных степеней с выбором варианта деривации выявлена не была.

Выводы. Наиболее частое показание к РЦЭ (в наших наблюдениях – 90,5%) – низкодифференцированный переходно-клеточный рак МП, чаще мышечно-инвазивный (96%). В большей степени подвержены риску заболевания – люди среднего возраста. Объем кровопотери достоверно не зависит от выбора метода деривации, так как данный показатель характерен для первого этапа операции РЦЭ. Длительность хирургического вмешательства зависит от второго этапа и достоверно отличается лишь в сравнении уретерокутанеостом с ортотопическими и континентными резервуарами.

Имеющиеся данные по Донецкой области говорят о необходимости более активного внедрения современных методов деривации мочи – уретерокутанеостомии продолжают составлять 19,4% наблюдений. Реконструкцию МП как метод выбора отведения мочи после РЦЭ обоснованно чаще применяли у пациентов молодого и среднего возраста.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев
E-mail: shamrayev@gmail.com

ОТКРЫТАЯ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

С.Н. Шамраев^{1,2}, А.Ю. Гурженко¹, А.С. Возианов¹, А.Н. Леоненко¹

¹ ГУ «Інститут урології НАН України»

² ГУ «Інститут неотложної і восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака НАН України»

Цель исследования: провести оценку непосредственных результатов открытой (ОПП) и лапароскопической пиелопластики (ЛПП).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ (2006–2014 гг.) клинических данных 148 пациентов, перенесших различные виды пиелопластики на базах кафедры урологии (ДОКТМО и ГУ «ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины») и отдела эндоурологии и литотрипсии ГУ «Институт урологии НАН Украины». Пациентам 1-й группы (36 (24,3%)) выполнена открытая коррекция пиелоуретерального сегмента (ОПП). 112 (75,7%) – лапароскопическая коррекция (ЛПП, 2-я группа). Мужчин было 86 (58,1%). Пациенты обследованы согласно стандартам урологической помощи (Приказ МЗ Украины № 330). В послеоперационном периоде больные получали антибиотикотерапию согласно данным посева мочи. Дренажи удаляли по достижению дебита менее 25 мл. Через 1 мес. после операции обследованы 90 (70,3%) пациентов, через 6 мес. – 61 (47,7%), через 1 год – 43 (33,6%). Хорошим результатом операции считали – отсутствие обструкции верхних мочевых путей на стороне пиелопластики ($RI > 0,7$), нормальный уровень креатинина плазмы крови, отсутствие обострения хронического пиелонефрита. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel.

Результаты исследования. Достоверные различия в группах отмечены по следующим показателям: интраоперационная кровопотеря в 1-й группе составила 188 ± 13 мл против 97 ± 6 мл во 2-й группе ($p < 0,05$); длительность послеоперационной госпитализации во 2-й группе была на

40% меньше по сравнению с 1-й группой ($10,1 \pm 0,4$ против $14,2 \pm 1$ сут.) ($p < 0,01$). Вместе с тем, длительность операции была достоверно больше в группе ЛПП (192 ± 5 мин против 123 ± 6 мин), как и разобщающая модификация пиелопластики: 88,9% и 65,2%, для 1-й и 2-й групп соответственно. Уровень послеоперационных осложнений во второй группе был на 19,7% меньше по сравнению с первой (7,1% против 8,3%), однако не достиг достоверных отличий. Хороший результат у пациентов ЛПП достигнут в 96,2% наблюдений, что на 4,5% превышает клиническую эффективность коррекции суправезикальной обструкции у пациентов ОПП – 91,7% ($p > 0,05$). Полученные данные соответствуют современным данным литературы. Так, например, Janechek et al. (2013) доложил о ретроспективном анализе 8 исследований (case-control) с общим числом наблюдений 1060 (за период с 2005 по 2011 г.): время операций составляло от 105 до 246 мин (в среднем 157 ± 29 мин), кровопотеря – от 50 до 150 мл (в среднем 47 ± 22 мл), рецидив стеноза пиелоуретерального сегмента (за период наблюдения 7,1–64 мес.) – от 3,9% до 15,8% (в среднем $5,8 \pm 4,5\%$ – при первичной ЛСК пластике и $15,0 \pm 3,3\%$ – при повторной ЛСК ПП), уровень конверсий варьировал от 0 до 1,2% (в среднем $0,4 \pm 0,3\%$), а общая частота «малых» и «больших» осложнений в среднем составила, соответственно, $7,3 \pm 2,5\%$ и $3,1 \pm 1,5\%$. При этом, у 364 (34,3%) пациентов выполнена ретроперитонеоскопическая пиелопластика, у 696 (65,7%) – лапароскопическая.

Выводы. ОПП и ЛПП имеют высокую и сопоставимую эффективность в коррекции структур пиело-уретерального соустья – 91,7% и 96,2%, соответственно, при более ранней реконвалесценции и меньшей инвазии ЛПП.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев
E-mail: shamrayev@gmail.com

ТЕХНИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ

С.Н. Шамраев^{1,2}, А.Ю. Гурженко¹, В.А. Черноус³

¹ ГУ «Інститут урології НАМН України»

² ГУ «Інститут неотложної і восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака НАМН України»

³ Донецький національний медичинський університет ім. М. Горького

Цель исследования: оценить трехлетние результаты лапароскопической пиелолитотомии в сравнении с открытым вмешательством.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ клинических данных 171 пациента, перенесших пиелолитотомии на базах кафедры урологии (ДОКТМО и ГУ «ИНВХ им. В.К.Гусака НАМН Украины») и отдела эндоурологии и литотрипсии ГУ «Институт урологии НАМН Украины». За период 2008–2014 гг. выполнена 45 (26,3%) открытая пиелолитотомия (ОПЛТ) – 1-я группа пациентов и 126 (73,7%) – лапароскопическая пиелолитотомия (ЛПЛТ) – 2-я группа. Мужчин было 80 (46,8%), женщин – 91 (53,2%). Пациенты обследованы согласно стандартам урологической помощи (Приказ МЗ Украины № 330). В послеоперационном периоде больные получали антибиотикотерапию согласно данным посева мочи. Дренажи удаляли по достижению дебита менее 25 мл. Через 6 мес. после операции обследован 101 (59,1%) пациент, через 1 год – 91 (53,2%), через 3 года – 79 (46,2%). Осложнения оценивали по унифицированной системе хирургических осложнений (Clavien-Dindo, 2007). Хорошим результатом операции считали – отсутствие de novo камнеобразования в лоханке оперированной почки, отсутствие обструкции верхних мочевых путей на стороне удаленного камня ($RI > 0,7$), нормальный уровень креатинина плазмы крови, отсутствие обострений хронического пиелонефрита. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованной пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel.

Результаты. У всех пациентов группы лапароскопии применяли трансабдоминальный доступ, при открытом вмешательстве – забрюшинный люмботомический доступ. У 30 (23,8%) пациентов второй группы ЛПЛТ комбинировали с чресстроакарной эндопиелолитоэкстракцией с помощью гибкого нефроцистоскопа 14 Ch. Достоверные различия исследуемых групп от-

мечены по следующим показателям: интраоперационная кровопотеря в 1-й группе составила 270 ± 12 мл против 50 ± 10 мл во 2-й группе; длительность послеоперационной госпитализации и уровень послеоперационных осложнений во 2-й группе был на 60% и 62% меньше по сравнению с 1-й группой, соответственно, $4,8 \pm 0,9$ против 12 ± 2 сут. ($p < 0,05$), и 4% против 66% ($p < 0,01$). Хороший результат у пациентов 2-й гр. (ЛПЛТ) достигнут в 97% наблюдений, что на 61% превышает данный показатель 1-й гр. (ОПЛТ) – 36%. Полученные данные соответствуют современным данным литературы. Так, например, Janechek et al. (2013) доложил о ретроспективном анализе 26 исследований (case-control) с общим числом наблюдений 248 (за период с 1998 по 2011 г.): размеры удаленных камней лоханки варьировали от 13 до 55 мм, время операций – от 90 до 145 мин, кровопотеря – от 50 до 150 мл (в среднем 77 ± 42 мл), Stone-Free-Rate – от 71 до 100% (в среднем $93 \pm 8\%$). При этом, у 64 (25,8%) пациентов выполнена лапароскопическая (ЛСК) нефролитотомия, у 52 (21,0%) – сочетание доступа к камню в виде нефро- и пиелолитотомии, в оставшихся 132 (53,2%) наблюдениях – ЛСК пиелолитотомия.

Выводы. ЛПЛТ, при меньшем количестве осложнений (4%) по сравнению с ОПЛТ (66%), технически выполнима в условиях оснащенного урологического отделения, отвечает требованиям современной функциональной хирургии и должна рассматриваться в первую очередь перед открытым хирургическим вмешательством, если пациент не подлежит эндоскопическому лечению по поводу МКБ. ЛПЛТ может рассматриваться в редких клинических случаях, когда перкутанская нефролитолапаксия, дистанционная литотрипсия или ретроградная интрапочечная хирургия конкрементов – ожидаемо будет малоэффективна за одну процедуру. Современными показаниями могут быть случаи сложной анатомии (камень в переднем дивертикуле почки, необходимость резекции полюса почки, тазовая дистопия почки, солитарный коралловид-

ный konkrement I-II степеней, большая экстрапаренхиматозная лоханка почки) или необходимости сопутствующей коррекции пиело-уретрального сегмента, аномалий скелета у пациента с нефролитиазом, сочетании нефролитиаза с ХПН II-III степенями, а также при неуспехе предыдущего эндоскопического пособия или нежелании пациента ему подвергнуться. Особым

показанием к ЛПЛТ может служить социо-экономическая необходимость, требующая разрешения клинической проблемы за одну лечебную сессию. Обязательным этапом ЛПЛТ следует считать чрестроакарную эндопиелоскопию с возможной литотэкстракцией для достижения большого послеоперационного Stone-free уровня.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев
E-mail: shamrayev@gmail.com

ПОЗАДИЛОБКОВАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ: АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

C.Н. Шамраев^{1, 2}, A.C. Возианов¹, A.H. Леоненко¹,
A.YU. Гурженко¹, A.H. Кнышенко³

¹ ГУ «Інститут урології НАМН України»

² ГУ «Інститут неотложної і восстановительної хірургії
ім. В.К. Гусака НАМН України»

³ Донецький національний медичинський університет ім. М. Горького

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) – наиболее опасная болезнь, с угрозой для жизни и существенным ухудшением ее качества, среди остальных заболеваний предстательной железы и остается важной медико-социальной проблемой в урологии. В развитых странах распространенность РПЖ колеблется от 114 до 125 на 100 000 мужчин, а 5-летняя общая выживаемость для всех стадий – 55,7%, с уменьшением этого показателя при наблюдении 10, 15 и 20 лет, соответственно, до 37%, 27% и 21% [1]. В Украине соответствующие показатели составляли в 2006 г. 122,4 и 34,3%, а в 2012 – 206,5 и 39,5% [2]. Приведенные выше данные свидетельствуют об увеличении количества больных РПЖ, которые нуждаются в специализированной медицинской помощи.

Цель исследования: оценка опыта выполнения открытой радикальной простатэктомии у пациентов с локальным и местно-распространенным раком предстательной железы позадиленным доступом, путем определения частоты и тяжести ранних и поздних осложнений.

Материалы и методы исследования. За период 2000–2013 гг. на базах кафедры урологии (ДОКТМО и ГУ «ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН Украины») и в отделе эндоурологии и литотрипсии ГУ «Інститут урології НАМН Україн

и» выполнено 163 ОРПЭ, однако полные perioperационные данные и наблюдение в период от 6 до 120 месяцев имели 96 пациентов (ниже это количество пациентов применено в расчетах послеоперационных осложнений). Предоперационное обследование и выбор ОРПЭ как варианта лечебной тактики осуществляли с рекомендациями Европейской ассоциации урологов, и с учетом приказов МЗ Украины № 330 от 15.06.2007 (Об усовершенствовании оказания урологической помощи населению Украины) и № 554 от 17.09.2007 (Об утверждении протоколов предоставления медицинской помощи по специальности «онкология»). Статус больного оценивали по классификации Восточной Кооперативной Группы по Онкологии (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG) [3], perioperative риск оценивали по системе Американского общества анестезиологов (American Society of Anaesthesiologists, ASA) [4], клиническую стадию РПЖ устанавливали по TNM (2009) классификации [5]. У всех пациентов был установлен диагноз РПЖ в клинической стадии T1b-3bN0M0. Осложнения распределяли по степени тяжести, согласно модифицированной стандартной системе P.A. Clavien и соавт. (2009). Ранними считали те осложнения, которые возникали в течение первого месяца после позадиленной

ОРПЭ, поздними – те, что возникали после 3 месяцев, промежуточными – от 1 до 3 месяцев наблюдения. Выявление уровня общего ПСА более 0,2 нг/мл дважды после операции в течение 8–12 недель считали проявлением биохимического рецидива РПЖ. Полученные данные ретроспективно оценивали с помощью вариационной статистики с применением t-теста Стьюдента, F-критерия Фишера, коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Графическое отражение результатов осуществлено с помощью ПК Intel Core 2 Duo CPU.

Результаты. Всего выявлено 99 осложнений у **53/163 (32,5%)** больных. Превалирующие среди них были генитоуринарные осложнения – 68 (68,7%), кровотечение, которое требовало гемотрансфузий – 14 (14,1%), и инфекционные – 19 (19,2%). У 24 (25,0%) больных было два и более осложнений. При этом только у 21 (21,9%) пациента объем предстательной железы составил >80 см³, у 38 (39,6%) – 40–80 см³, у 37 (38,5%) <40 см³. Достоверно выявлена очень слабая связь между количеством осложнений и объемом предстательной железы $r=0,12$ ($p <0,05$). Мы не наблюдали летальных случаев в течение 3 месяцев после позадилонной РПЭ (5-я степень осложнений по унифицированной системе PA Clavien, 2009). 13 (13,5%) пациентов имели 1-ю степень, 16 (16,7%) – 2-ю степень, 22 (22,9%) – 3-ю степень и два (2,1%) – 4-ю степень осложнений. Повторные хирургические вмешательства выполнены 16 (16,7%) больным: двум – реоперация под общей анестезией по поводу кровотечения (одному – из везикоуретрального анастомоза, второму – из поврежденной обтураторной артерии); двум – накладывали вторичные швы на рану; одному – пластика мочеточника с ЧПНС; одному – эндопротезирование уретры стентом «Мемокант» по поводу облитерации ВУА; пяти – TVT-О по поводу недержания мочи; шести – выполняли внутреннюю оптическую уретротомию (ВОУТ) по поводу структуры уретроцистоанастомоза, при этом у 2 пациентов – дважды, в 3 случаях также были сняты лигатурные камни; шести – выполняли трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря (ТУР ШМП) по поводу структуры уретроцистоанастомоза. Два пациента с 4-й степенью осложнений (тромбоэмболия легочной артерии и остановка сердечной деятельности – реанимация была успешной) нуждались в нахождении в отделении интенсивной терапии под наблюдением кардиологов в течение 10 суток. Относительно травмы прямой кишки – это осложнение (3-й степени) у больного было

ликвидировано интраоперационно, путем наложения двухрядного шва на прямую кишку (Викрил 3/0) с укреплением линии швов биоколлагеновым комплексом «Collost». Пациент принимал антибиотики с уретральным дренированием мочевого пузыря в течение 18 суток, энтеральное питание было начато лишь на шесть сутки в результате развития динамической кишечной непроходимости. У больного также отмечена лимфорея, за счет чего дренирование малого таза осуществляли в течение 23 суток. Шесть (6,3%) пациентов страдали острым эпидидимитом в течение первого месяца после позадилонной РПЭ, из которых – в двух случаях это осложнение ассоциировалось с недостаточностью везикоуретрального анастомоза (мочевой свищ) и продленным дренированием мочевого пузыря и малого таза, а в одном – с субвезикальной гематомой. Комплекс терапевтических мероприятий (антибактериальная, антиагрегантная, лимфотропная терапия с использованием блокады и супспензория мошонки) обеспечили адекватное лечение в течение 2 недель, и ни один из этих больных не нуждался в хирургическом вмешательстве. Периферическая невропатия за счет коксплексита имела место в двух (2,1%) наблюдениях. Больные жаловались на слабость и парестезии в нижних конечностях, но это осложнение было ликвидировано в течение месяца благодаря фармакофизиотерапии. Следует отметить, что пациенты не имели неврологической симптоматики до операции, но оба страдали ожирением 3-й степени, один имел пролапс межпозвоночных лумбальных дисков.

У пациентов с осложнениями уретральное дренирование и срок госпитализации составили $12,6 \pm 0,5$ и $14,0 \pm 0,5$ суток против больных с неосложненным послеоперационным течением – $10,4 \pm 0,4$ и $14,2 \pm 0,7$ суток, соответственно. Выявлена слабая связь между количеством осложнений и временем пребывания в стационаре $r=0,2$ ($p >0,05$) и средней силы связь между количеством осложнений и длительностью уретрального дренирования $r=0,55$ ($p <0,05$).

Кроме того, больные, требующие хирургической коррекции поздних осложнений (16,7% наблюдений), нуждались в повторной госпитализации. Нами не найдено какой-либо связи между особенностями выполнения позадилонной РПЭ, клиническими характеристиками опухоли предстательной железы, ее объемом, оперирующем урологом и уровнем осложнений. Вероятно, это обусловлено малой выборкой (менее 200 РПЭ). Но следует отметить, что 14 (8,6%) больных с осложнениями Clavien III–IV на-

блудали в первые 5 лет (2000–2004), в течение которых выполнено 35/163 (21,5%) РПЭ.

Оперированные больные в 46,9% наблюдений имели высоко- или среднедифференцированный РПЖ (сумма Глисона 2–4 и 5–6 баллов), что соответствовало местному распространению, то есть имели хороший прогноз по классификации D'Amico – менее 25% вероятности рецидива РПЖ в течение следующих 5 лет. Это вполне соответствует местному распространению опухоли предстательной железы – около половины больных имела патологическую стадию pT1a-2a (44,8%), чуть более трети – pT2b-3a (38,5%), каждый шестой – pT3b-4a (16,7%), положительные регионарные лимфоузлы – 12 (12,5%) наблюдений.

Выводы. При выполнении более 20 ОРПЭ одним урологом – уровень всех осложнений значительно снижается (в наших наблюдениях – почти в два раза). Необходимо выполнять рутинное сонографическое исследование в ближайшем послеоперационном периоде всем больным, с целью ранней диагностики нарушения герметичности везико-уретрального сегмента, что является фактором риска формирования мочевой фистулы, структуры анастомоза, недержания мочи или задержки мочеиспускания. С целью унифицированного сопоставления уровня осложнений РПЭ разных авторов, следует применять в клинической практике стандартизированную классификацию Clavien с соавт. (2009) с их градацией на большие и маленькие, ранние и отдаленные.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСЕМІНОВАНИХ ПУХЛИННИХ КЛІТИН У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

Ю.В. Жильчук¹, В.С. Сакало¹, Ю.Й. Кудрявець³, В.М. Григоренко¹,
Р.О. Данилець¹, В.В. Мрачковський², А.В. Кондратенко²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

³ ІЕПОР ім. Р.Є.Кавецького

Вступ. Незважаючи на певні успіхи, що досягнуті в проблемі діагностики та лікування ряду солідних пухлин, та, в першу чергу, це стосується такого поняття як «мінімальної залишкової хвороби», чинники, котрі визначають та впливають на тривалість латентного періоду від початку дисемінації пухлинних клітин (ДПК) до клінічної маніфестації метастазів, поки що не до кінця відомі. Метастази в кістковий мозок (КМ) зустрічаються у хворих різних локалізацій, однак найбільш властиво це для раку передміхурової залози, молочної залози, легені, підшлункової залози. Рак передміхурової залози (РПЗ) залишається головною причиною смерті чоловіків похилого віку від злокісних новоутворень у всьому світі. Серед прогностичних факторів у хворих на РПЗ домінуючими залишаються початковий рівень ПСА, клінічна

стадія та градація за Gleason (Damico et al., 1998). І хоча досягнуті суттєві успіхи в хірургічній техніці та ад'юvantній системній терапії, високий рівень біохімічних рецидивів (БР) – збільшення рівня ПСА після радикальної простатектомії (РПЕ) досягає 20–30%, виникає в перші 5 років. Однак може виникати через 10–15 років після операції, що вказує на зберігання пухлинних клітин у стані спокою до метастатичної прогресії. Численні дослідження довели здатність виявляти пухлинні клітини в крові та КМ, але клінічна значимість їх не була однозначною. Клітини РПЗ здатні поширюватись від первинної пухлини, проте доказів між прогресією захворювання та наявністю їх дисемінації обмежено невеликою кількістю експериментальних досліджень, крім цього існує мало відомостей про прогностичну значимість цих клітин після РПЕ.

Мета дослідження: проаналізувати корелятивний зв'язок між наявністю ДПК в кістковому мозку та клінічним статусом хворих на РПЗ після проведеного радикального хірургічного лікування.

Матеріали та методи дослідження. Клінічні, рентгенологічні, гістологічні, статистичні методи дослідження було проведено під час лікування 60 хворих на РПЗ в стадії захворювання $T_{2-3} N_{0-1}$. Зразки КМ отримували шляхом проведеннястернальної пункції до початку лікування. Імуноцитохімічні дослідження ДПК в КМ проводились з використанням моноклональних антитіл (МКАТ) проти панцитокератину людини (клон AE₁/AE3, Dako, Німеччина). Рівень ПСА в сироватці крові визначали за допомогою хемолюмінесцентного методу.

Результати та їх обговорення. Радикальне хірургічне лікування проведено 60 хворим: 27 використана лапароскопічна простатектомія, 33 – відкрита операція – радикальна простатектомія із стандартною лімфодисекцією. У стадії pT₂ – 41 (73%), pT₃ – 15 (25%), pT₄ – 1 (2%) хворих. Середній вік пацієнтів складав 66 років (52–82 роки). Поширення метастатичного

процесу на регіонарні лімфовузли було у 3 хворих (5,8%). При патоморфологічній характеристиці у 19 пацієнтів рівень ініціального ПСА в сироватці крові коливався від 1 до 48 нг/мл ($8,2 \pm 0,4$ нг/мл), моніторинг проводився щомісячно після операції. Медіана спостереження склала 13 місяців. Підвищення рівня ПСА (БР) спостерігалось в 16 випадках (26,7%), при цьому варто зауважити, що ДПК в КМ мали місце у 16 хворих (26,7%). Не виявлено кореляції між наявністю ДПК в КМ та стадією захворювання, градацією за Gleason, передопераційним рівнем ПСА. Разом з тим, мала місце статистично достовірна залежність між частотою виявлення ДПК в КМ та виникненням БР: 11 випадків (35,5%) в ДПК – позитивної групи і 2 (9,5%) в ДПК – негативної групи хворих ($p < 0,05$).

Висновки. Наявність ДПК в КМ вказує на несприятливий перебіг захворювання у хворих на РПЗ. Вірогідність БР вища у пацієнтів з виявленими ДПК в КМ. Майбутні дослідження біологічної природи ДПК в КМ можуть відкрити нові можливості щодо прогнозування, запобігання ймовірного раннього метастазування та індивідуального підходу до лікування хворих на РПЗ.

Адреса для листування

В.С. Сакало

E-mail: valerii.sakalo.si@gmail.com

ЗНАЧЕННЯ РЕНТГЕНІВСЬКОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

B.C. Сакало¹, O.A. Черниченко¹, A.B. Сакало¹, P.G. Яковлев², Ю.Ю. Куранов²,
Я.В. Левчишин², Ю.В. Жильчук¹, П.М. Салій², Д.М. Клюшин³

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

³ КНУ ім. Т.Г. Шевченка

Вступ. Рентгенівська остеоденситометрія (DXA), як «золотий стандарт» діагностики ос-теопорозу, оцінює мінеральну щільність кісткової тканини (МШКТ), візуалізуючи попереко-вий відділ хребта та проксимальний відділ стегна, куди метастазує рак передміхурової залози (РПЗ). DXA може давати важливу інформацію щодо кісткових метастазів, для якої не впроваджені діагностичні критерії.

Мета дослідження: визначення ролі ден-ситометрії у візуалізації окремих кісткових

структур поперекового відділу хребта або про-ксимального відділу стегна з підвищеною МШКТ у комплексній діагностиці кісткових метастазів РПЗ.

Матеріали та методи дослідження. 22 пер-винним пацієнтам з ініціальним значенням ПСА ≥ 20 нг/мл та гістологічним підтвердже-ним діагнозом адено карцинома передміхурової залози за допомогою остеосцинтиграфії (ОСГ) візуалізували поодинокі вогнища підвищеного накопичення радіофармпрепарату ($\geq 150\%$) в по-

перековому відділі хребта ($n=18$) або у проксимальному відділі стегна ($n=4$). У зв'язку з цим проводили визначення стандартного квадратичного відхилення (s) Т-критерію МШКТ хребців поперекового відділу хребта або проксимального відділу стегна для побудови моделі ймовірності діагностики метастатичного ураження за допомогою рентгенографії, ОСГ та МРТ. Специфічність, чутливість та діагностичну точність моделі діагностики метастатичного ураження поперекового відділу хребта та проксимального відділу стегна оцінювали шляхом ROC-аналізу та логістичної регресії. Статистичну значущість визначали за допомогою критерію Вальда і Лагранжа, прогностичну якість моделі – за допомогою показника AUC.

Результати. На МРТ сканах патологічні зміни, характерні для метастатичного ураження поперекового відділу хребта або проксимального відділу стегна, були виявлені у 15 пацієнтів у кісткових структурах підвищеної МШКТ та гіперфіксації РФП (14 хворих – поперековий відділ хребта, один – проксимальний метафіз правого стегна). За результатами оглядової рентгенографії поперекового відділу хребта та проксимального відділу стегна заключення на підозрілі ділянки метастатичного характеру у поперековому відділі хребта та проксимальному відділі стегна встановлено у 13 з 22 хворих. За результатами ОСГ у 17 хворих патологічні зміни в кістках досліджуваних ділянок (хребці поперекового відділу хребта, проксимальні відділи стегон) розцінено як метастази.

На основі показника « s » розроблена математична модель логістичної регресії з використанням методу ROC-аналізу і показника AUC

для кожного окремого методу діагностики (рентгенографія, ОСГ та МРТ). Імовірність метастазів для рентгенографії = $1/(1+\exp(-(52,476-27,404*s)))$, де s – середнє квадратичне відхилення Т-критерію МШКТ для кожного окремого хворого. Точність моделі для рентгенографії: наявність метастазів правильно діагностується в 92,31%, відсутність метастазів – в 100,0%. Загальна точність моделі дорівнює 95,45% ($p=0,239$). Імовірність метастазів для ОСГ = $=1/(1+\exp(-(11,76-7,27*s)))$. Наявність метастазів на сцинтиграмах правильно діагностується в 94,12%, відсутність метастазів – в 80,0%. Загальна точність моделі дорівнює 90,91% ($p=0,121$). Імовірність метастазів для МРТ = $=1/(1+\exp(-(5,337-3,377*s)))$. Точність моделі: наявність метастазів правильно діагностується в 93,7%, відсутність метастазів – 83,3%. Загальна точність моделі дорівнює 95,45% ($p_{\text{Вальда}}=0,043$), що відповідає статистичній достовірності.

Висновки

1. Чутливість запропонованої моделі діагностики кісткових метастазів поперекового відділу хребта або проксимального відділу стегна для МРТ з урахуванням МШКТ та гіперфіксації РФП $\geq 150\%$ уражених кісткових структур дорівнювала 93,7%, специфічність 83,3% ($p_{\text{Вальда}}=0,043$; AUC=0,885).

2. Модель визначення ймовірності метастатичного ураження поперекового відділу хребта та проксимального відділу стегна для МРТ з врахуванням середнього квадратичного відхилення Т-критерію МШКТ на DXA може сприяти диференційній діагностиці між кістковими метастазами РПЗ та доброкісно-запальними захворюваннями кісткової системи.

Адреса для листування

В.С. Сакало

E-mail: valerii.sakalo.si@gmail.com

ЛІКУВАННЯ ЧОЛОВІКІВ З ЕКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧНИМ БЕЗПЛІДДЯМ

В.П. Стусь ¹, Ю.М. Поліон ², М.Ю. Поліон ¹

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром ДОР»

Вступ. Фертильністю називається здатність зачати плід або викликати вагітність. Термін «безплідність» використовується в тих випад-

ках, коли вагітність не виникає при регулярному статевому житті пари (без контрацепції) протягом одного року. На чоловічу безплідність при-

падає половина випадків [Э.Нишлаг, Г.М.Бере, 2005]. На сьогоднішній день близько 10–15% подружніх пар є неплідними [А.М. Гаврилюк та співавт., 2011]. За даними ВООЗ критичним рівнем є 15%, тому очевидна важливість виправлення цієї ситуації. Причини чоловічої безплідності можуть локалізуватися на різних рівнях. Можуть бути пошкодженими самі яєчки, сім'явивідні протоки чи додаткові статеві залози та механізми сім'явиверження, але патологія може критися і в центральних структурах – гіпоталамусі та гіпофізі, а також і в органах-мішенях андрогенів. Другий принцип класифікації порушень чоловічої фертильності – природа причини, тобто ендокринна, генетична, запальна і ін. [Э.Нишлаг, Г.М.Бере, 2005]. В Україні використовується така класифікація чоловічої безплідності: аутоімунне, дизкореляційне, відносне, секреторно-токсичне, секреторно-ендокринне, поєднане, екскреторно-токсичне та секреторно-обтураційне [А.В. Люлько, 1994].

Предметом нашого дослідження стало екскреторно-токсичне безпліддя (ЕТБ) – найпоширеніше серед популяції. Причиною цього є висока, майже епідемічна, розповсюдженість захворювань, що викликаються сечостатевими інфекціями. ЕТБ найчастіше є одним з наслідків запального процесу в органах чоловічої статевої сфери. Найчастішою причиною, що призводить до ЕТБ є хронічний простатит та його ускладнення. ЕТБ є ускладненням 40–60% запальних захворювань статевих органів у чоловіків. Причини розвитку ЕТБ при хронічному простатиті: вплив токсинів бактерій та слизу; зміна pH еякуляту в лужний бік; зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-гонадній осі; порушення метаболізму тестостерону в передміхуровій залозі; аутоімунізація; зниження рівня лимонної кислоти та фруктози; порушення ферментного та ізоферментного спектра еякуляту [И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, 2014]. Найпоширенішими інфекціями є хламідійна, уреплазматична, вірусна та трихомонадна в поєднанні з бактеріальною флорою. Але моноінфекції дуже рідкі. В більшості варіантів – це змішаний протозойно-бактеріальний процес [И.И. Чернявская, 2015]. Крім того, хронічні простатити часто ускладнюються поширенням інфекції (везикуліт, орхоеопідідиміт, колікуліт та ін.) [И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, 2013]. Наявність мікс-інфікування потребує створення високих концентрацій антибіотика в органах-мішенях та тривалої дії для забезпечення ерадикації збудника. Така форма терапії сама по собі є фактором, що пошкоджує сперматогенез [И.И. Чернявская, 2015]. Таким

чином, лікування чоловіків з ЕТБ є малоефективним. Нині продовжується пошук безпечних препаратів, методів для відновлення сперматогенезу.

Матеріали та методи дослідження. При лікуванні хронічного простатиту, ускладненого ЕТБ, виконувався весь комплекс індивідуально підібраних лікувальних заходів: антибактеріальне, протизапальне лікування, фізіотерапія. В подальшому, при позитивному результаті контрольних аналізів на вилікованість від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), проводилась сперматогенезстимулююча терапія протягом 2–3 місяців. Для цього використовували простатилен, виготовлений з тканини передміхурової залози великої рогатої худоби. Простатилен, що входить до ректальних супозиторіїв, чинить органотропну дію на передміхурову залозу, протизапальну дію, зменшує набряк та лейкоцитарну інфільтрацію залози, поліпшує процеси мікроциркуляції та тромбоцитарно-судинний гомеостаз, позитивно впливає на функціональну активність сперматозоїдів. Стимулює активність гуморальної ланки імунітету, впливає на тонус м'язів сечового міхура, включаючи тонус детрузора. Супозиторій містить 0,03 простатилену, допоміжні речовини: полісорбат 80, олія насіння гарбуза, вода очищена, твердий жир.

Крім детального розпитування анамнезу, заповнення опитувальників (І-РСС, ХР-СХТБ), загального огляду та фізикального обстеження статевих органів проводилось лабораторно-інструментальне обстеження: спермограма (до та після лікування); бактеріологічне дослідження еякуляту (до та після лікування); аналіз крові на гепатити В і С, РПГА; біохімічний аналіз крові; загальні аналізи крові та сечі; УЗД передміхурової залози та органів калитки; аналіз секрету передміхурової залози (при відсутності противоказів до та після лікування); мазок із уретри за Грамом (до та після лікування); дослідження зскібків із уретри (ПІФ) на хламідії, трихомонади, мікоплазми, уреаплазми, ВПГ, ЦМВ, гонокок Нейсера (до та після лікування).

Результати. Нами оцінені зміни в показниках спермограм 60 пацієнтів, розділених на 2 групи: дослідна група з 30 пацієнтів, які в якості відновлюальної, сперматогенезстимулюючої терапії отримували «Простекс» (дослідна група) та контрольна група 30 пацієнтів, що отримали лише антибактеріальну, протизапальну терапію та комплекс полівітамінів. Вік пацієнтів складав від 26 до 39 років. Пацієнти до проведення відновлюальної терапії спостерігались по 4–6 місяців з контрольними аналі-

зами еякуляту та аналізами на вилікування від ІПСШ.

Висновок. Небажаних явищ при застосуванні «Простекс» зареєстровано не було. Отримано достовірне поліпшення якісних показ-

ників спермограми у пацієнтів дослідної групи, що дозволяє рекомендувати до застосування препарат «Простекс» в комплексному лікуванні екскреторно-токсичної бесплідності у чоловіків.

Адреса для листування

В.П. Стусь
E-mail: viktor.stus@gmail.com

ЭМФИЗЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

В.П. Стусь, Н.Н. Моисеенко, Н.В. Дубовская

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Эмфизематозный пиелонефрит – острый инфекционно-воспалительный процесс в паренхиме почек и окружающих тканях, обусловленный попаданием в паренхиму почки микроорганизмов, которые вызывают некротизирующее воспаление и газообразование. Эмфизематозный пиелонефрит протекает тяжело, сопровождается интоксикацией организма и высокой летальностью.

Лидирующую роль среди возбудителей занимает *E. coli*, до 70% всех случаев эмфизематозного пиелонефрита. В других случаях возбудителями являются иные факультативные анаэробы, такие как *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Значительно реже эмфизематозный пиелонефрит вызывают истинные анаэробы – *Clostridium septicum*, *Bacteroides fragilis* и др.

Как правило, анаэробная инфекция развивается на фоне нарушения оттока из почки – обструкция мочеточника на различном уровне.

В 95% случаев эмфизематозный пиелонефрит встречается у больных сахарным диабетом. Группой риска служат пациенты с употреблением алкоголя, наркотических средств в анамнезе, обструкцией мочевыводящих путей, аномалией развития мочевых путей, нейрогенным мочевым пузырем.

Диагностику эмфизематозного пиелонефрита проводят на основании клинических данных и данных инструментальных методов обследования, а именно компьютерной томографии органов брюшной полости (КТ ОБП).

В настоящее время на основании данных компьютерной томографии разработано несколько классификаций. Наиболее приемлемая для усло-

вий клиники является классификация Huang and Tseng. Данная классификация отображает степень распространения патологического процесса в паренхиме почки и околопочечной клетчатке.

Благодаря данной классификации была предложена тактика лечения эмфизематозного пиелонефрита. Так, перкутанное дренирование почки на фоне мощной антибиотикотерапии приемлемо в случае, если газ не выходит за пределы паренхимы почки или ее собирающей системы. При распространении патологического процесса за пределы почки следует начинать с нефрэктомии.

В клинике урологии КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» за 5 лет – с 2011 года по 2015 год наблюдалось 19 больных с эмфизематозным пиелонефритом. У 16 (85%) больных эмфизематозный пиелонефрит был на фоне сахарного диабета. Для диагностики заболевания использовали данные компьютерной томографии органов брюшной полости. Всем больным в ургентном порядке была выполнена нефрэктомия, дренирование послеоперационной раны, а также проводилась антибиотикотерапия.

Антибактериальные препараты изначально назначались эмпирически, а затем на основании посева из операционной раны и чувствительности возбудителя к препаратуре. Следует отметить, что у 16 пациентов (85%) была выделена *E. coli*. Еще у 3 (15%) пациентов посев роста не дал. Следует отметить, что у данных больных в анамнезе не было сахарного диабета. Отделяемое из раны у данных пациентов отличалось от такового у пациентов с верифицированным возбудителем, оно было более обильным, носило

зловонный специфический запах. Клинически у них можно было заподозрить наличие истинной анаэробной флоры.

Выздоровели 15 (79%) пациентов, 4 (21%) пациента умерли. В случаях с летальным исходом обращение пациентов в клинику было несвоевременным. Пациенты поступали в стадии септического шока, с выраженной полиорганной недостаточностью.

Эмфизематозный пиелонефрит – тяжелое заболевание, сопровождающееся высокой летальностью. Возбудителями могут служить как факультативные анаэробы, так и истинные ана-

эробы (*Clostridium septicum*, *Bacteroides fragilis* и др.). Лидирующее место среди возбудителей занимает *E. coli*. Эмфизематозный пиелонефрит, вызванный истинными анаэробами отличается особо тяжелым течением, выраженной полиорганной недостаточностью.

Своевременно выполненное оперативное вмешательство – залог успешного лечения эмфизематозного пиелонефрита. Органосохраняющие вмешательства, такие как перкутанное дренирование, приемлемы только в тех случаях, когда патологический процесс не выходит за пределы паренхимы почки.

Адреса для листування

В.П. Стусь
E-mail: viktor.stus@gmail.com

НИРКОВИЙ ТА БІЛЯНИРКОВИЙ АБСЦЕС: ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

*М.В. Зеляк¹, О.В. Фофанов¹, І.В. Білищук², М.В. Сенютович², А.М. Серна²,
О.Е. Скоропад³, І.В. Білик³, Б.М. Зіняк⁴, Б.Д. Баб'як⁴, А.Д. Доценко⁴, А.Ф. Салоха⁴*

¹ *Івано-Франківський національний медичний університет*

² *Івано-Франківська обласна клінічна лікарня*

³ *Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня*

⁴ *Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня*

Вступ. Інфекції сечових шляхів за своєю частотою мають провідне місце. Динаміка поширення інфекційно-запальних хвороб нирок протягом останніх років свідчить про невпинне збільшення кількості хворих в Україні та світі [1]. Безконтрольне і нерациональне застосування антибіотиків, вплив чинників, які знижують природну резистентність організму, привели до збільшення кількості тяжких, ускладнених форм піелонефриту до 74–76% [1, 7–11, 14].

Мета дослідження. Оцінка власних результатів лікування хворих з нирковим та білянірковим абсцесом та порівняння з літературними даними.

Матеріали і методи дослідження. Пролікували, переглянули та проаналізували історії хвороб 54 послідовних пацієнтів віком 9 років 2 місяці – 61 рік (в середньому 41,3 року), які перебували під нашим спостереженням у 2005–2015 pp.

Результати та їх обговорення. Діагностику абсцесу нирки у всіх пацієнтів проводили за допомогою клінічно-лабораторного обстеження, видільної урографії, КТ з внутрішньовенним

контрастуванням, УЗД. Консервативне лікування було ефективним у 9 пацієнтів, 5 хворим провели черезшкірну пункцию та дренування абсцесу під контролем ультразвуку або КТ, іншим хворим зробили операційне розкриття та дренування абсцесу.

Термін «нирковий абсцес» включає широкий спектр абсцесів, які утворились навколо нирки. Внутрішньонирковий абсцес – це абсцес, локалізований у нирковій тканині або на нирковій капсулі між нирковою тканиною та капсулярною артерією. Периренальний абсцес походить з фасції Герота (ниркової) ззовні в параренальному просторі. Тривала значуча хворобливість пов’язана з млявим хворобливим процесом. Розуміння анатомії позаочеревинного простору невід’ємне для класифікації, вчасних діагностики та лікування ниркових та позаниркових абсцесів [8]. Позаочеревинний простір обмежений задньою парієтальною очеревиною та трансверсальною фасцією. Його розділено наperi- та параренальній простори. Периренальний простір оточує ниркова капсула.

Ниркові та біляниркові абсцеси є рідкісними клінічними станами, що створює значущу діагностичну трудність. Неспецифічні прояви та симптоми нерідко призводять до запізнілих діагностики та лікування. В ранніх повідомленнях наведено летальність близько 50%. У теперішніх серіях із застосуванням покращених діагностичних зображень, коли можливі ранні розпізнавання та лікування, відмічено зниження частоти смерті до <15% [8]. Серед наших хворих з абсцесом нирки померла лише одна пацієнта 56 років з цукровим діабетом II типу середньої тяжкості.

Діагностика ниркових і позаниркових абсцесів, за нашими та літературними даними, потребує значущої підозрільності, оскільки типово вони проявляються мляво (безбарвно), неспецифічними ознаками та симптомами. Фізикальні дані часто-густо не корелюють з тяжкістю хвороби. Численні сучасні дослідження показали, що лише у третини пацієнтів їх вірно діагностують під час госпіталізації, а середнє запізнення при встановленні діагнозу складає 3–4 дні [8]. Наявні симптоми можуть включати будь-яку комбінацію лихоманки, ознобу, болю в животі або в боці, подразнення під час сечопуску, нудоти, блювоти, летаргії чи схуднення. Пацієнти з нирковими чи позаочеревинними абсцесами частіше мають більшу тривалість симптомів порівняно з хворими на пієлонефрит. Більшість пацієнтів, в яких діагностовано ниркові чи позаочеревинні процеси, мають деякі медичні стани, які цьому сприяють: цукровий діабет, сечові камені, попередні урологічні операції, обструкцію сечового тракту, полікістозну хворобу нирок і імунодепресію.

Комп'ютерна томографія (КТ) живота та тазу з внутрішньовенним контрастуванням залишаються радіографічним дослідженням вибору, яке може точно виявити та локалізувати абсцес за розміром < 2 см, визначаючи таким чином тип інтервенції та її анатомічний доступ. Присутність газу в ураженні патогномонічна для абсцесу. Додаткові КТ риси, характерні для абсцесу включають: масу з низькою щільністю та кільцевим підсиленням стінки абсцесу після введення РКР, облітерацію тканинних прошарків і зміщення навколоишніх структур. Інші дослідження, що можуть бути використані, включають: УЗД чи магнітно-резонансну томографію (МРТ).

Нирковий чи позаочеревинний абсцес в цілому летальний, якщо його не лікувати. На наш погляд, справедливе твердження, що за клінічними проявами у хворого неможливо пе-

редбачити вид збудника, а сепсис належить до поліетіологічних інфекцій: визначити вид і кількість збудника не видається можливим [6].

Terапевтичні опції включають: самостійну антимікробну терапію чи в комбінації з черезшкірним катетерним дренажем, антимікробну терапію в комбінації з відкритим хірургічним дренажем [2–5]. Нефректомію типово резервують для тих пацієнтів, що мають «нефункціонуючі» нирки. Якщо перинефральний абсцес є наслідком тривалої обструкції та немає «функціонуючої» тканини нирки, нефректомія під час дренування абсцесу теоретично є вправданою. Як правило, нефректомію слід провести в кінці. Пацієнти нерідко дуже ослаблені для тривалого загального знеболення та хірургічної операції. Після дренування абсцесу, видалення обструкції та позначення належної антимікробної терапії, багато нирок мати достатню функцію, щоб уникнути подальшої нефректомії. Якщо ж нефректомія показана, її можна провести через стандартний доступ для простої відкритої нефректомії або ж субкапсульної нефректомії. Малий нирковий абсцес, локалізований в полюсі нирки, можна лікувати шляхом часткової нефректомії. Якщо ж інфекція поширюється нижче видимої лінії очищення, суттєвим є видалення інфекції, тому лінія висічення повинна поширюватись у здорову тканину. Якщо є численні абсцеси, а внутрішній дренаж важкий, може знадобитись нефректомія [8–13].

Антимікробна терапія повинна бути призначена після забарвлення сечі за Грамом та отримання посівів крові та сечі. На основі підозрюваного діагнозу та патогену слід призначити антибіотики широкого спектра дії. Віддають перевагу цефалоспоринам 3-го покоління та аміноглікозидам для грамнегативних паличок і аміноглікозидам для грампозитивних коків. Внутрішньовенно при нирковій недостатності може бути призначений піперацилін/азобактам. Бажане анаеробне прикриття таким антибіотиком як кліндаміцин, коли зафарбування за Грамом виявило полімікробну флору чи тоді, коли підозрюють джерело абсцесу в сечостатевому тракті. Якщо джерелом абсцесу вважають стафілококову природу, необхідно додати такий пеніцилін–резистентний антибіотик як нафциклін. Антимікробну терапію слід переоцінити після отримання посіву та чутливості. На жаль, посіви крові та сечі часто-густо стерильні, а емпірична терапія повинна бути модифікована на основі клінічної відповіді та змінах у результатах дослідження зображення.

Висновок. Ефективне лікування внутрішньо- та біляніркового абсцесу можливе при

певній настороженості, наявності сучасного обладнання та розсудливих лікарів.

Адреса для листування

М.В. Зеляк
E-mail: zelyak.n@i.ua

ФАРМАКОТЕРАПІЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

A.B. Руденко, P.B. Савчук

Одеський національний медичний університет

Вступ. Останнім часом лікарі багатьох спеціальностей дуже часто зустрічають у своїй практиці болові синдроми малого тазу, а саме синдром хронічного тазового болю (СХТБ). За даними різних авторів у популяції частота зустрічаемості даного захворювання становить від 5% до 16%. Від 30% до 58% чоловіків, частіше віком від 20 до 40 років страждають на СХТБ. Молодий та середній вік хворих, зниження в частині з них не лише копулятивної, але й репродуктивної функції, тривалий перебіг, торпідність до лікування й часті рецидиви надають цьому захворюванню не тільки медичне, але й велике соціальне значення. Багаторазові й найчастіше малоєфективні курси лікування, які проходять дані пацієнти, є причиною зниження їх працездатності, що веде також до економічних втрат.

Мета дослідження. Оцінити та порівняти вплив лікарських засобів із міорелаксантною дією центрального й периферичного ефектів, міолітичною і нейротропною діями, на стан біологічних тканин в умовах експерименту на тваринах з ушкодженням статевого нерва (пудендопатія).

Матеріали та методи дослідження. В експерименті на 120 білих безпорідних крисах-самцях чотиримісячного віку було виконано пошкодження крижового сплетіння шляхом перев'язування сідничного нерва, що можна вважати предиктором пудендопатії й адекватний клінічному прототипу метод експериментального моделювання. Через 1 міс. після моделювання патології експериментальним тваринам вводили препарати з міорелаксантною дією центрального й периферичного ефектів, міолітичною та нейротропною дією. Порівняльну оцінку лікарських препаратів проводили через 3,5 міс. шляхом

морфологічного дослідження м'язів тазового дна й сечового міхура, а також біохімічного дослідження крові, гомогенатів м'язів тазового дна й сечового міхура, де оцінювали активність α_2 -макроглобуліну, креатинфосфокіназу і лактатдегідрогеназу.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження показали, що нейропатія статевого нерва в експерименті супроводжується вираженими змінами в структурі сечового міхура, м'язів тазового дна, нервових утворень ділянки малого тазу, а також гіпоксією, протеолізом і їх деструкцією. А введення лікарських засобів експериментальним тваринам з відтвореною пудендопатією виявило різну ефективність у відновленні структури детрузора й м'язів тазового дна залежно від лікарського препарату. Так, при ішемії детрузора достовірна ефективність виявлена у міорелаксанта центральної дії та міолітичного засобу, при ішемії м'язів тазового дна ефективний тільки нейротропний засіб. Деструктивні зміни детрузора пов'язані з нейропатією статевого нерва, знижуються при призначенні міорелаксанта центральної дії, міолітичного та нейротропного засобів, а зменшення деструкції м'язів тазового дна відмічалось при призначенні міорелаксантів центральної та периферичної дії та міолітичного засобу. Однак слід зауважити, що міорелаксант периферичної дії важко переносився експериментальними тваринами.

Висновки. Таким чином, результати експериментального дослідження підтверджують ефективність лікарських засобів із міорелаксантною дією центрального й периферичного ефектів, міолітичною та нейротропною діями при лікуванні СХТБ, а саме пудендопатії. Однак при

клінічному застосуванні перелічених засобів слід враховувати різну ефективність їх залежно від

локалізації болю або застосовувати комбінований прийом.

Адреса для листування

А.В. Руденко
E-mail: rudenko_a_v@mail.ru

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ IMAGE 1 SPIES (KARL STORZ) У ТРАНСУРЕТРАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА

P.M. Молчанов^{1, 2}, Л.Г. Хитко², В.О. Новіков²

¹ ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² Клініка «Гарвіс», м. Дніпропетровськ

Вступ. Стандартом освітлення в ендоскопії є використання джерел білого світла, які забезпечують якісну передачу кольору. Незважаючи на постійне вдосконалення джерел освітлення, візуалізація раку *in situ*, непапілярних пухлин та інших мінімально виражених патологічних процесів як і раніше представляють діагностичну проблему.

Мета дослідження: визначення ефективності застосування вузькоспектральної візуалізації в лікуванні раку сечового міхура.

Матеріали та методи дослідження. Інтраопераційну візуалізацію здійснювали з використанням платформи Image 1 SPIES (Karl Storz), що забезпечує освітлення в режимах білого світла, Spectra A і B. 29 хворим віком від 35 до 78 років (середній вік $61,9 \pm 13,2$ (М±Г) року), проведено трансуретральну резекцію сечового міхура з висіченням пухлин у межах здорових тканин ($T_{1-2}N_0M_0$), зокрема ділянок слизової оболонки зі змінами, що виявлені з використанням ВВ в режимах Spectra A і B.

Результати. У 29 хворих з пухлинами сечового міхура під час трансуретральної резекції

видалено 55 пухлиноподібних утворень, і 20 підозрілих ділянок, ідентифікованих з використанням режимів Spectra A і B. Дані ділянки характеризувалися підвищеною васкуляризацією, характерною для пухлинного ураження уретеллю, чіткістю і рельєфністю країв. Під час гістологічного дослідження в 13 випадках встановлено наявність змін пухлинного характеру (12 – перехідно-клітинний рак, 1 – перехідно-клітинної папіломи), в інших 7 випадках виявлені зміни запального характеру з них 2 – з елементами дисплазії. Таким чином, позитивна прогностична значимість дослідження склала 65%.

Висновки

1. Використання вузькоспектральної візуалізації забезпечує більш точну діагностику поверхневих пухлин сечового міхура та їх рецидивів з позитивною прогностичною значимістю 65%.

2. Використання режимів Spectra A і B Image 1 SPIES (Karl Storz) потребує стандартизації критеріїв та оцінки ефективності в ран-домізованих багатоцентрових дослідженнях.

Адреса для листування

Р.Н. Молчанов
E-mail: rob_molch@yahoo.com

СТРУКТУРИЗАЦІЯ УСКЛАДНЕНЬ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МОДИФІКОВАНОЇ ШКАЛИ CLAVIEN–DINDO

А.Ц. Боржієвський¹, М.М. Чапля¹, О.І. Слабий², Р.І. Паюк²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Львівська обласна клінічна лікарня

Вступ. Черезшкірна нефроліtotripsія є загальноприйнятим світовим стандартом сучасного лікування нефролітіазу з розміром конкременту більше 1,5 см. Неважаючи на свою малоінvasiveльність, для неї, як і для будь-якого іншого оперативного втручання, характерні деякі ускладнення. Протягом тривалого часу в літературі були відсутні класифікації ускладнень хірургічних втручань, що ускладнювало їх систематизацію та статистичну обробку. Проте у 1992 році Clavien P.A. та інші запропонували класифікацію ускладнень, стосовно спочатку для холецистектомії, яка була доопрацьована Dindo D. З часом різні автори модифікували цю класифікацію для інших хірургічних втручань, у тому числі і для ЧШНЛ.

Мета дослідження: структуризувати ускладнення черезшкірної нефроліtotripsії при лікуванні пацієнтів із сечокам'яною хворобою, використовуючи модифіковану шкалу Clavien–Dindo.

Матеріали та методи дослідження. Для проведення даного дослідження проаналізовано результати виконання 2223 черезшкірних нефроліtotripsій, виконаних на базі урологічної клініки Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького при лікуванні сечокам'яної хвороби. Ступінь важкості ускладнень внаслідок ЧШНЛ класифікувався нами за модифікованою міжнародною шкалою Clavien–Dindo.

Результати. Ускладнення черезшкірної нефроліtotripsії спостерігались у 507 (22,8%) випадках. Згідно з модифікованою шкалою Clavien–Dindo у нашому дослідженні ускладнення I групи становили 178 випадків (8,0%). До них належали: перsistуюча лихоманка – 63 (2,8%), перsistуючий бальовий синдром з боку операції нирки 51 (2,3%), тимчасове підвищення рівня креатиніну >10% від початкового – 64 (2,9%). Ускладнення II групи Clavien–Dindo спо-

стерігались у 174 (7,8%) випадках: ниркові кровотечі, які вимагали лише гемотрансфузії – 49 (2,2%), інфекція сечових шляхів, що потребувала додаткової антибактеріальної терапії, окрім профілактичної – 101 (4,5%), екстравазація сечі з місця пункциї тривалістю < 12 год. – 19 (0,9%), ілеус – 2 (0,1%), пневмонія – 2 (0,1%), транзиторна ішемічна атака – 1 (0,04). У 145 випадках виявлено ускладнення III групи Clavien–Dindo. Серед них були: абсцес нирки, паранефральний абсцес, паранефрит – 6 (0,3%), нагноєння дренажу – 5 (0,2%), пневмоторакс/гідроторакс – 5 (0,2%), екстравазація сечі чи загострення пілонефриту на ґрунті гідронефрозу, що вимагали цистоскопії та встановлення сечовідного стенту – 100 (4,5%), загострення пілонефриту на ґрунті гідронефрозу, що вимагало встановлення черезшкірної нефростомії – 3 (0,1%), перфорація кишківника – 1 (0,04%), уретероскопія з видаленням резидуальних фрагментів – 15 (0,7%), перфорація кишківника – 1 (0,04%), ниркові кровотечі, які потребували емболізації – 9 (0,4%). До ускладнень IV групи Clavien–Dindo належали ниркові кровотечі, що вимагали нефректомії – 5 (0,2%) випадків та сепсис – 2 (0,1%) випадки. Смерть належить до останньої – V групи ускладнень, що в нашому дослідженні мала місце у 3 (0,1%) випадках.

Висновки

1. Модифікована шкала Clavien–Dindo є інформативною для структуризації ступеня важкості ускладнень черезшкірної нефроліtotripsії.

2. Ускладнення черезшкірної нефроліtotripsії спостерігаються у 22,8% випадках.

3. Найчастішими ускладненнями згідно з модифікованою шкалою Clavien–Dindo є ускладнення I та II груп та становлять – 13,8%.

4. Найнебезпечнішим ускладненням черезшкірної нефроліtotripsії є ниркові кровотечі, які у 0,2% випадках призводять до нефректомії.

Адреса для листування

А.Ц. Боржієвський

E-mail: borzhievsky_a@yahoo.com

ЧЕРЕЗШКІРНА НЕФРОЛІТОТРИПСІЯ В ЛІКУВАННІ РЕЦИДИВНОГО НЕФРОЛІТАЗУ

А.Ц. Боржієвський, В.В. Дмитрієнко, А.Й. Коваль, М.М. Чапля

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Об'єкт дослідження – історії 43 хворих (76,8%) з рецидивним нефролітіазом лікованих монометодом черезшкірної нефроліто-трипсії. У 13 хворих (23,2%) черезшкірна нефроліто-трипсія доповнювалася методом екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії.

Мета дослідження: проаналізувати і покращити результати лікування хворих на рецидивний нефролітіаз шляхом проведення порівняльного аналізу існуючих черезшкірних та відкритих методів видалення коралоподібних і великих каменів нирок.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз та статистична обробка архівних матеріалів; загально-клінічне обстеження хворих.

Результати. Об'єктом дослідження стали 56 хворих на рецидивний коралоподібний і великий нефролітіаз, 485 – звичайний коралоподібний і великий нефролітіаз (контрольна група) і 147 хворих на коралоподібний нефролітіаз, операціях відкритими операціями (контрольна група). Використані стандартні загально-клінічні, лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні та радіологічні методи обстеження. Лікування проводилося з використанням нефроскопу фірми «Karl Storz» та ультразвукового і пневматичного методу контактної літотрипсії. Максимальна дезінтеграція рецидивних коралоподібних і великих каменів після ЧШНЛ досягнута у 43 (76,8%) хворих. У 13 хворих (23,2%) залишилися фрагменти, які були зруйновані методом ЕУХЛ у 10 (76,9%) хворих. Звільнені від каменів 53 хворих (94,6%). Серед інтраопераційних ускладнень зустрічались: перфорація порожнистої системи нирки у 3,6%; кровотечі, які вимагали гемотрасфузії – 3,6%; кровотечі під час доступу – 1,8%; втрата каменя в паранефрії – 1,8%. У післяоператійному періоді: у 14,3% – загострення піелонефриту; у 8,9% – обструкція сечовидільних шляхів; у 7,1% – кровотечі; у 1,8% – субкапсулярна гематома; у 1,8% – сепсис. Таким чином, ускладнення зустрічалися в

3 рази частіше, ніж при звичайному нефролітіазі. Перебування пацієнтів у стаціонарі коливалось від 5 до 30 діб. Летальних випадків не було. Оптимальні результати за своєю ефективністю наближаються до результатів, отриманих ЧШНЛ при звичайному нефролітіазі. Завдяки своїй малій інвазивності ЧШНЛ складає альтернативу відкритій хірургії.

Висновки

1. Черезшкірна нефроліто-трипсія є високо-ефективним та малоінвазивним методом лікування коралоподібного та великого нефролітіазу, який дозволяє в більшості випадків вирішити завдання відкритого оперативного втручання. Використання комбінації черезшкірної нефроліто-трипсії і екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії підвищує ефективність лікування і становить 85,4%.

2. Санаторно-курортна реабілітація з застосуванням мінеральних вод типу «Нафтуся» є важливим етапом комплексного лікування хворих уре-теролітіазом. Динаміка відновних процесів більш виражена у групі хворих, лікованих комбінованою методикою в порівнянні з групою хворих, які не проходили санаторно-курортної реабілітації.

3. Показами для лікування методом черезшкірної нефроліто-трипсії є: наявність коралоподібних та великих за розміром каменів (більше 20 мм) нирки; ускладнення нефролітіазу (часті загострення піелонефриту, рецидив, хронічна ниркова недостатність, гіпертензія); бажання хвортого швидко звільнитися від каменя. Протипоказами до проведення черезшкірної нефроліто-трипсії є: коагулопатії, які не піддаються медикаментозній терапії; анатомічні зміни сечовидільної системи; загострення піелонефриту; великі розміри каменів із складною стереометричною будовою; вагітність; нефросклероз.

4. Досвід показав, що правильний вибір методу літотрипсії з наступним лікуванням хворих у поліклініці, диспансеризація хворих на СКХ на протягом 5–7 років – найважливіші умови підвищення ефективності лікування цієї категорії хворих.

Адреса для листування

А.Ц. Боржієвський
E-mail: borzhievsky_a@yahoo.com

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ЧОЛОВІКІВ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Г.Л. Пустовойт, С.М. Панасенко, Л.П. Саричев

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Збільшення тривалості та підвищення якості життя чоловічого населення повинно стати одним з пріоритетних напрямків медицини ХХІ століття. Старіння – процес неминучий, але детермінованості процесів вікової перебудови організму можна протиставити превентивні механізми. Виходячи з нейроендокринної теорії, зниження вмісту гормонів відбувається не тому, що ми старімо, а навпаки, старіння є результатом зниження продукції гормонів. У першу чергу це стосується статевого гормону – тестостерону. Доля вільного тестостерону не перевищує 2–3%. Але саме він забезпечує регуляцію біохімічних процесів в організмі. Доведено, що у чоловіків з нормальним рівнем тестостерону спостерігається нижча смертність.

Мета дослідження: вивчення гормонального балансу за показниками рівня загального та вільного тестостерону у чоловіків різних вікових груп, які не виказували скарг з боку серцево-судинної системи, не мали порушень обміну глюкози та психо-емоційних розладів.

Матеріали та методи дослідження. Групи спостереження формували методом випадкової вибірки. До I групи увійшли 23 особи середнього віку (45–59 років). До II групи увійшли 26 осіб похилого і старечого віку (≥ 60 років). Концентрацію загального та вільного (біодос-

тупного) тестостерону визначали імуноферментним методом (система Хема, Іспанія). Отримані дані порівнювали з відповідними віковими нормами зазначених показників.

Результати. За результатами дослідження, у 4 чоловіків (17,4%), що увійшли до I групи спостереження, було виявлено зниження рівня як загального так і вільного тестостерону, у 1 чоловіка (4,3%) – зниження рівня тільки загального тестостерону, тоді як рівень вільного тестостерону залишався у межах вікової норми.

У 7 чоловіків (26,9%), що увійшли до II групи спостереження, було виявлено зниження рівня як загального, так і вільного тестостерону, у 2 чоловіків (7,7%) – зниження рівня тільки загального тестостерону.

Висновок. Таким чином, у чоловіків старших вікових груп більше ніж у 1,5 рази частіше спостерігалось зниження рівня тестостерону порівняно з особами середнього віку. Враховуючи, що низький рівень тестостерону є предиктором серцево-судинних подій та розвитку інсульнорезистентності ще до клінічних проявів захворювання, визначення рівня загального тестостерону можна вважати маркером включення пацієнтів до груп ризику з наступною корекцією гормонального статусу.

Адреса для листування

Г.Л. Пустовойт
E-mail: pustovoyit@i.ua

ДИНАМІКА РЕГІОНАЛЬНОГО МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ У ПАЦІЄНТІВ УРОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Я.В. Саричев, Г.Л. Пустовойт, Л.П. Саричев

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Проблема антибіотикорезистентності є однією з найважливіших у ХХІ столітті. За умови відсутності нових препаратів у світовій фармакопеї єдиним способом стримати розвиток бакте-

ріальної резистентності залишається зміна режимів застосування антибіотиків, особливо емпіричного.

Мета дослідження: з'ясування динаміки змін регіонального мікробного пейзажу у

пацієнтів урологічного стаціонару для вибору оптимального режиму емпіричної антибіотико-профілактики та антибіотикотерапії з подоланням антибіотикорезистентності.

Матеріали та методи дослідження. Масив дослідження склав 360 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні у 2010–2011 (І група) та 2014–2015 (ІІ група) роках. До масиву увійшли 245 пацієнтів без дренажів (68,1%), 115 пацієнтів з дренажами (31,9%). При бактеріологічному дослідженні сечі більше 2 інфекційних збудників виділені у 79 пацієнтів (21,9%). При цьому у 309 пацієнтів (85,8%) бактеріальне число перевищувало 10^4 КУО/мл. У мікробному пейзажі у пацієнтів І групи превалювала *E. coli*, друге місце посіла *Kl. pneumoniae*, третє – бактерії роду *Proteus*, у меншого відсотка пацієнтів виділяли *E. faecalis* і *Ps. aeruginosa*. У пацієнтів ІІ групи перше місце посів *E. faecalis*, друге – *Kl. pneumoniae*, третє – *E. coli*, у меншого відсотка виділені бактерії пологів *Proteus* і *Enterobacter*, а також *Ps. aeruginosa*.

Адреса для листування

Я.В. Саричев
E-mail: yarsa@i.ua

ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ

Б.М. Зіняк, Ю.Р. Доценко, Б.Д. Баб'як, А.Ф. Салоха, В.В. Ковалев

Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня

Вступ. Чисельність та висока розповсюдженість, важкість ускладнень, та нерідко, фатальна приреченість дітей з вродженими вадами органів сечовидільної системи (СВС), заставляють розглядати дану проблему, як дуже актуальну. Збільшення в останні роки кількості новонароджених дітей з вадами СВС спонукає шукати нові методи діагностики і лікування. Несвоєчасно виявлене та неадекватно ліковане захворювання сприяє ранній хронізації та інвалідизації дітей, що становить медико-соціальну проблему. Однією з вроджених та набутих вад органів СВС є рефлюкс-патологія, а точніше міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР). МСР – це переміщення сечового міхура в ретроградно-

Результати. Заслуговує на увагу той факт, що лише 72% мікроорганізмів у пацієнтів ІІ групи виявилися чутливими до карбапенемів, фосфоміцину та препаратів нітрофурантоїнового ряду, близько половини – до напівсинтетичних пеніцілінів, цефалоспоринів III покоління, аміноглікозидів і тільки 1/3 – до препаратів фторхінолонового ряду. За результатами дослідження найбільша стійкість до антибактеріальних препаратів виявлена у *Ps. aeruginosa* і *Enterococcus faecalis*.

Звертає на себе увагу той факт, що при повторному бактеріологічному дослідженні на 3-тю–4-ту добу після госпіталізації до стаціонару у одного і того ж пацієнта відбувається заміщення негоспітального збудника (*E. coli*) на госпітальні штами (*E. faecalis*, *E. faecium*, *K. pneumoniae*, *Ps. aeruginosa*).

Висновок. Таким чином, визначення регіонального мікробного пейзажу у пацієнтів урологічного стаціонару є вкрай важливим для раціональної антибіотикотерапії, що дозволяє уникнути невиправданого призначення неефективного антибактеріального препарату та антибіотикорезистентності в подальшому.

му напрямку, що є нефізіологічним. МСР є структурно-функціональною аномалією міхурово-сечовідного з'єднання, з порушенням його замикаючого апарату. Виникає МСР внаслідок генетично детермінованого порушення розвитку інtramурального відділу сечоводу, найчастіше його вкорочення, або внаслідок нейрогенних розладів сечового міхура, та після перенесеного запалення. Зазвичай виділяють 5 ступенів хвороби. У лікуванні недуги, поряд з відкритими методиками активно використовують малоінвазивне лікування, що полягає у ендоскопічному трансуретральному введенні різного роду речовин під власну пластинку підслизового шару вічка рефлюксуючого сечоводу.

Мета роботи. Показати можливості і переваги ендоскопічного втручання та наш досвід лікування міхурово-сечовідного рефлюксу у дітей.

Матеріали та методи дослідження. Починаючи з 2000 року, у нашій клініці розпочато виконання ендоскопічної операції STING (subureteric transurethral injection). До 2005 року для ін'єкції використовували автокров (34 пацієнти). З 2005 до 2015 року використовували синтетичні полімерні сполуки – Акваліфт та Нубіплант – у 270 дітей (322 сечоводи). Вік дітей коливався від 2 місяців до 17 років. І ст. діагностовано у 5 дітей, ІІ ст. – у 180, ІІІ ст. – у 106, ІV–V ст. – у 31 дитини. На ін'єкцію використовували від 1,5 до 3,5 мл гідрогелю.

Результати дослідження. Можливо, новизна методу або невдало підібраний матеріал для ін'єкції (автокров) сприяли виникненню рецидиву рефлюксу у 20 (58,8%) дітей. Натомість, при використанні синтетичних гелів, після однократного введення рецидив спостерігали у 93

(29%) пацієнтів – переважно у хворих з ІІ–ІV ст. Це вимагало повторних ін'єкцій (інколи 5), після чого ефективність склала 90,6%. Рецидиви МСР пов'язуємо із гіпертензією у сечовому міхурі, явищами хронічного циститу, латералізацією вічок сечоводу. У 7 дітей, після численних невдалих спроб ендоскопічного лікування, проведено відкрите оперативне втручання.

Висновки

1. Ендоскопічна операція STING дозволяє досягти ефективності лікування у 90,6% випадків;

2. Високий ступінь рефлюксу, нейрогенні розлади сечового міхура, хронічний цистит та анатомічні особливості міхурово-сечовідного з'єднання підвищують частоту рецидивування недуги та вимагають повторних втручань.

3. Малоінвазивність, дешевизна, висока ефективність, можливість із легкістю проводити повторні та багаторазові втручання надає методиці переваги, у порівнянні із відкритими способами лікування.

Адреса для листування

Б.М. Зіняк

E-mail: cysmacigor@gmail.com

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ЛАПАРОЛІФТИНГУ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА НИРЦІ І ВЕРХНІХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХАХ

B.M. Григоренко¹, C.B. Байдо², C.I. Приндюк^{1,2}

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Лікарня Ізраїльської Онкології «ЛіСОД»

Вступ. Лапароскопічна нефректомія (ЛНЕ) та резекція нирки (ЛРН) – ефективний малоінвазивний метод лікування хворих з пухлинами нирки. Під час безгазової лапароскопії інтраабдомінальний простір створюється за допомогою ендоліфтів, без створення карбоксиперитонеуму, додаткова агресія якого у пацієнтів з тяжкою супутньою патологією серцево-судинної та легеневої систем стає клінічно значимою.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз використання карбоксиперитонеуму та ендоліфтингу під час лапароскопічних операцій на нирці.

Матеріали і методи дослідження. В роботу включено 25 пацієнтів (дослідна група), прооперованих із застосуванням спірального лапароліф-

та (21 – ЛНЕ, 4 – ЛРН) та контрольна група з 50 хворих (29 – ЛНЕ, 21 – ЛРН) після операції із застосуванням напруженого карбоксиперитонеуму (НКП). Групи порівняння були репрезентативні за віком, статтю та кількістю супутніх хвороб. У роботі була використана оригінальна модель спірального лапароліфта (Пат. № 69135. 25.04.2012, Бюл. №8), робоча частина якого після накладання «мінімального» карбоксиперитонеуму вводиться в черевну порожнину поступово-ввертальним рухом та фіксується на підйомно-утримуючому пристрої із кріпленням на стелі та проводиться десуфляція.

Результати. Час встановлення ендоліфта складав в середньому $82,3 \pm 2,1$ секунди, що більше лише на $26,8 \pm 2,1$ секунди за час створення НКП;

середня тривалість операцій із застосуванням спірального лапароліфта – $135 \pm 7,3$ хв.: достовірно не відрізнялась від тривалості таких операцій в умовах НКП – $127 \pm 6,4$ хв. У результаті порівняльного аналізу інтра- та післяопераційних показників не виявлено достовірної різниці в тривалості лікування (післяопераційний ліжкодень $6,53 \pm 0,32$ дня та $6,94 \pm 0,48$ дня), інтенсивності бальового синдрому, наявності периопераційних ускладнень, pH крові. Разом з цим, при застосуванні спірального лапароліфта спостері-

гається більш швидка активізація пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді, рідше відмічався еметичний синдром, нижче рівень PaCO₂ крові.

Висновки. Використання спірального ендоЛіфта розширює можливості виконання лапароскопічних операцій на нирці у хворих із супутньою патологією, не обмежує свободи екстракорпоральних рухів рукояток робочих інструментів, а також дозволяє запобігти розвитку ускладнень.

Адреса для листування

В.М. Григоренко
E-mail: grygorenkosl@gmail.com

РАННЯ ДІАГНОСТИКА РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ: КРИТЕРІЙ ВІДБОРУ ХВОРИХ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ БІОПСІЇ

В.М. Григоренко, Н.В. Бровко, М.В. Вікарчук, С.С. Волков

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Збільшення захворюваності на рак передміхурової залози (РПЗ) та широке впровадження в практику визначення рівня сироваткового ПСА та УЗД викликають необхідність розробки доступної та простої моделі ранньої діагностики патології та її диференційної діагностики із доброкісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ).

Мета дослідження: визначити найбільш інформативні та прогностично значимі методи обстеження для диференційної діагностики РПЗ і ДГПЗ та показання до проведення біопсії передміхурової залози (ПЗ).

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективне вивчення даних обстеження 177 чоловіків, яким було виконано трансректальну мультифокальну біопсію ПЗ з приводу підозри на наявність злюкісної пухлини. Аналізувались вік пацієнтів та результати клінічних обстежень, що включали: дані пальцевого ректального дослідження (ПРД), рівень загального та вільного ПСА, індекси співвідношення відсотка вільного ПСА

(%f-ПСА) і щільноті ПСА (ПСА D), три лінійні розміри ПЗ, одержані при УЗД.

Результати. Морфологічно верифіковано діагноз РПЗ у 105 випадках і ДГПЗ – у 72. У переважній більшості хворих – у 94 (89,5%) диференціація пухлини за Глісоном становила 6 балів і менше, у 11 пацієнтів – визначалась низько диференційована аденокарцинома. У кожного четвертого пацієнта із верифікованим РПЗ, використання ПРД не дозволило запідозрити наявність пухлини, що підтверджує сумнівність методу для виявлення ранніх форм захворювання.

Асимптомічна значимість (двообічна) виявилась вірогідною для чотирьох змінних: загальний ПСА, об'єм ПЗ, %f-ПСА та ПСА-D.

Висновки. Найбільш інформативнішими та прогностично значимими показниками, які можуть бути використані для ранньої діагностики РПЗ та диференційної діагностики із ДГПЗ стали загальний ПСА, об'єм ПЗ, %f-ПСА та ПСА-D, що дозволяє їх застосувати для побудови прогностичної моделі.

Адреса для листування

В.М. Григоренко
E-mail: grygorenkosl@gmail.com

ОПТИМІЗАЦІЯ ВІДБОРУ ХВОРИХ КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНИМ РАКОМ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

В.М. Григоренко, Р.О. Данилець, М.В. Вікарчук, Н.В. Бровко, С.С. Волков

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Питання доцільності та визначення критеріїв відбору кандидатів до проведення радикальної простатектомії (РПЕ) у хворих на місцево-розповсюджений рак передміхурової залози (РПЗ) залишається дискутабельним.

Мета дослідження: провести порівняльну оцінку онкологічних результатів РПЕ у хворих на місцево-розповсюджений та локалізований РПЗ високого ризику та визначити критерії відбору до операції хворих клінічно місцево-розповсюдженим РПЗ.

Матеріали та методи дослідження. За період із серпня 2002 до лютого 2015 року на базі ДУ «Інститут урології НАМН України», РПЕ була проведена 403 хворим на РПЗ, із них до операції стадія сT3 встановлена у 101 (25,1%). Групу порівняння склали 103 хворих на клінічно локалізований РПЗ високого ризику за D'Amico. Середній термін спостереження склав $50,6 \pm 9,4$ (12–129) міс.

Результати. Завищенння клінічної стадії по результатах патоморфологічного дослідження (pT2) виявлено у 15,8% хворих клінічно розповсюдженим РПЗ, у той же час у 31,1% хворих зі стадією сT2 високого ризику було констатовано наявність місцево-розповсюдженого РПЗ. Ад'ювантне лікування було проведено 59,4% хворим дослідної та 44,7% – групи контролю. Біохімічний рецидив констатовано у 47 (46,5%) хворих зі стадією сT3 та у 46 (44,7%) – сT2 високого ризику ($p > 0,05$). 5-річна загальна ви-

живаність у досліджуваній та контрольній групах склали відповідно 88,6 та 93,4%, 5-річна канцерспецифічна – 90,9 та 94,7%, 5-річна безрецидивна – 37,3 та 52,1%. Статистично значими негативними клінічними факторами прогнозу в обох групах були показник Глісона, рівень доопераційного ПСА, показник щільності ПСА, патоморфологічними – позитивний хірургічний край, наявність периневральної інвазії пухлини та метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

Висновки. Міграція стадій РПЗ свідчить про недосконалість клінічної діагностики. РПЕ у хворих місцево-розповсюдженим РПЗ дозволяє досягти задовільного як радикального, так і циторедуктивного ефекту, про що говорять результати загальної та канцерспецифічної виживаності. Онкологічні результати РПЕ при клінічно встановленій стадії Т3 наближаються до таких у хворих локалізованим РПЗ високого ризику за D'Amico. РПЕ є методом вибору у лікуванні хворих із відсутністю даних за розповсюдження пухлини на сім'яні міхурці, доопераційним ПСА < 20 нг/мл, показником Глісона dH6. Для визначення необхідності проведення ад'ювантного лікування необхідно орієнтуватись на патоморфологічні характеристики пухлини. Хворим з очікуваною тривалістю життя більше 10 років з несприятливими клінічними та патоморфологічними характеристиками РПЗ, РПЕ є методом вибору, як перший етап мультимодального лікування.

Адреса для листування

В.М. Григоренко
E-mail: grygorenkosl@gmail.com

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В КРОВИ И МОЧЕ БОЛЬНЫХ С АКТИВНО ПРОТЕКАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ

Сами Хаддад, А.В. Борисов

Одесский национальный медицинский университет

Целью исследования было изучение состояния прооксидантно-антиоксидантного баланса и уровень медиаторов воспаления у больных с активным хроническим калькулезным пиелонефритом при традиционном лечении и при включении в схему терапии препарата Лорноксикам.

Обследование было проведено у 47 больных с активно протекающим хроническим пиелонефритом и мочекаменной болезнью в возрасте от 19 до 55 лет. При исследовании крови больных выявлены нарушения процессов оксидации и пероксидации (активация НАДФН-оксидазы, накопление продуктов перекисного окисления липидов – МДА и диеновых конъюгатов), отмечалось снижение тиолового статуса (снижение уровня восстановленного глутатиона и тиоловых групп белков на фоне повышения уровня окисленной формы глутатиона и дисульфидных групп белков), а также значительное увеличение продукции простагландинов Е₂ и лейкотриена В₄, обладающих выраженным противовоспалительным действием. При исследовании

мочи наблюдаемых пациентов выявлено снижение тиолового статуса и существенное увеличение содержания простагландинов Е₂ и лейкотриена В₄. Следует отметить повышенную экскрецию лизосомального фермента N-ацетил-І-D-глюкозаминидазы с мочой, который является ранним маркером канальцевого повреждения почек.

При традиционном лечении отмечалась тенденция к нормализации отмеченных метаболических нарушений и снижение уровня маркеров развития воспалительных процессов, однако, при сравнении данных до и после лечения достоверных различий между полученными результатами не выявлено.

Применение препарата лорноксикама в комплексном лечении, действие которого основано на ингибиции синтеза простагландинов, угнетении активности фермента циклооксигеназ, показало более выраженный противовоспалительный эффект и нормализующее действие на процессы пероксидации и оксидации, что коррелировало с выраженной позитивной клинической динамикой.

Адреса для листування

Сами Хаддад
E-mail: sami_haddad@mail.ru

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАРУРЕЗА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

М.В. Шостак, Ю.Ю. Петровский, Р.В. Савчук

Одесский национальный медицинский университет

Введение. Парурез (Paruresis, застенчивое мочеиспускание) – патология, разновидность социофобии, при которой заболевший отмечает

затрудненное мочеиспускание либо невозможность мочеиспуска в общественных туалетах и/или присутствии других лиц. Вариабельность

клиники этой патологии может проявляться от легкой формы, когда существует продолжительное ожидание начала мочеиспускания, до тяжелой формы, когда пациент в состоянии мочиться только один и дома. По данным различных оценок, частота этой проблемы составляет 12–17%, с примерно равным вовлечением мужчин и женщин. Масштабных эпидемиологических исследований паруреза до сих пор не проводилось.

Цель исследования: определение частоты проявлений паруреза у больных хроническим простатитом (ХП), а также степени влияния его проявлений на качество жизни, связанное со здоровьем.

Материалы и методы исследования. Для реализации цели нами проведено анкетирование 94 пациентов (средний возраст – 32,3 года), проходящих лечение по поводу ХП категории III в ГКБ №10 г. Одесса и на кафедре урологии ОНМедУ, а также анализ копинг-поведения и качества жизни больных с дальнейшей оценкой доменов и субдоменов опросника SF-36 у пациентов ХП с парурезом в сопоставлении с аналогичными показателями больных ХП без паруреза.

Результаты. По данным анкетирования, проявления паруреза отмечены у 32 (34%) больных ХП, при этом легкая форма заболевания отмечена у 15 (15,9%), средней тяжести – у 10 (10,6%), а тяжелая – у 7 (7,4%), двое из больных

с тяжелой формой ранее переносили катетеризацию мочевого пузыря в связи с невозможностью мочеиспускания вне дома.

Среди всех больных ХП с парурезом, нами отмечены выявленные проявления адаптивного копинг-поведения, в т.ч. обязательное определение больным локализации и доступности туалетов во всех посещаемых местах в 30 (93,7%), ограничение приема жидкости в 28 (87,5%), ограничение длительных поездок в 26(81,2%) и пользования общественным транспортом в 16 (50%) случаев. Интересно, что 80% больных ХП со средней и 100% с тяжелой формой паруреза никуда не выезжали за пределы города проживания за последние пять лет. Нарушения взаимоотношений с членами семьи отмечены у 20 (62,5%), а проявления социальной изоляции – у 19 (59,4%) больных. Кроме того, среди пациентов с ХП и парурезом, 9 (28,1%) имели избыточную массу тела. По данным SF-36, парурез является причиной ухудшения показателей физического здоровья на 36,2%, а психического – на 38,4%.

Вывод. Впервые проведен анализ частоты паруреза и степени его воздействия на качество жизни и копинг-поведение больных ХП. Высокая распространенность и значительное негативное влияние данной патологии на все аспекты физической, социальной и психической жизни больных обязательно должны учитываться в ведении пациентов данной категории.

Адреса для листування

Р.В. Савчук
E-mail: rudenko_a_v@mail.ru

БЕЗДРЕНАЖНАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЭНДОХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА

А.И. Сагалевич, С.А. Возианов, Б.В. Джурган, В.В. Когут

*Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П.Л. Шупика*

Введение. Традиционная установка нефростомического дренажа при завершении перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) является стандартной методикой. Тем не менее, потребность в размещении нефростомы, в ряде случаев, ставится под сомнение многими авторами.

Цель исследования: установить показания к выполнению бездренажной ПНЛ, основываясь на собственных наблюдениях, определить потенциальных пациентов для этих вариантов лечения и особенностей выполнения бездренажной ПНЛ.

Материалы и методы исследования. Среди выполненных нами 245 мини-ПНЛ за период 2014–2016 гг. операция заканчивалась установкой нефростомического дренажа в 224 (91,4%) случаях, а в 21 (8,6%) случае без установки перкутанного дренажа. В последних случаях, операция завершалась антеградной установкой мочеточникового JJ–стента как по антеградно (перкутанно) заведенной струне в мочеточник (9 случаев), так и ретроградно выведенной струне, из мочеточникового катетера через нефроскоп, перкутанно (12 случаев). Критерием исключения для бездренажной мини-ПНЛ служило интраоперационное кровотечение, исходные конкременты почки более 30 мм, продолжительность операции более 60 мин., выполнение более одного чрескожного доступа, перфорация ЧЛС почки, наличие резидуальных фрагментов, аномалии почек и ВМП, выраженная инфра-везикальная обструкция (ДГПЖ), большой объем ЧЛС (на фоне исходного гидroneфроза). Больные в раннем послеоперационном периоде подвергались обязательному УЗИ осмотру.

Адреса для листування

А.И. Сагалевич
E-mail: sagalevich@mail.ru

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОРИПСИЯ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО НА СПИНЕ – В ЧЕМ ОСОБЕННОСТЬ?

А.И. Сагалевич, С.А. Возианов, Б.В. Джурин, В.В. Когут

*Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П.Л. Шупика*

Введение. Укладка больного на живот в сочетании с эндотрахеальным наркозом является наиболее часто используемая комбинация при выполнении перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ). Однако среди пациентов группы высокого анестезиологического риска, этот подход может приводить к гемодинамическим и респираторным осложнениям. Выполнение ПНЛ в положении больного на спине может минимизировать риски этих осложнений, а применение эпидуральной анестезии способствует более безопасному и комфортному интра- и постоперационному периоду.

Результаты. Все бездренажные ПНЛ были выполнены без значимых осложнений — ни у одного из пациентов не было выявлено урограматомы или послеоперационного кровотечения. Мочеточниковые JJ–стенты удалялись на 2–7-е сутки (в ряде случаев — в амбулаторном режиме). Отмечено, что в послеоперационном периоде больные без нефролитотрипсии дренажа вдвое меньше нуждались в обезболивании (особенно, когда перкутанный доступ имел место в межреберье или непосредственно под 12-м ребром). Средние сроки пребывания больных в стационаре после бездренажной ПНЛ составили 3,5 сут., в отличие от больных с перкутанным послеоперационным дренажем, где данный показатель составил 7,2 сут.

Выводы. Бездренажная ПНЛ является безопасной процедурой, однако должна выполняться опытным хирургом, с соблюдением всех требований и критериев перкутанной хирургии почек. Данная методика позволяет снизить болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, сократить применение обезболивающих препаратов и сократить послеоперационные сроки пребывания больных в стационаре.

Цель исследования: оценка целесообразности выполнения ПНЛ в положении больного на спине.

Материалы и методы исследования. За период 2014–2016 гг. выполнено 245 мини-ПНЛ по стандартной методике, где в 228 (93,1%) случаях операция проводилась в стандартном положении больного на животе, а в 17 (6,9%) случаях выбрано положение на спине, чему послужили различные сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой или дыхательной системы, с высоким анестезиологическим риском. Размер конкрементов почек варьировал от

1,5 до 3,5 см. Доступ в полостную систему почки производился с обязательным УЗИ и Роконтролем. Операции проводились под региональной эпидуральной анестезией в 91,4% (224) случаях, а в 8,6% (21) под эндотрахиальным наркозом.

Результаты исследования. В результате работы мы не отметили значительной разницы в исследуемых группах между интраоперационными осложнениями, такими как кровотечение (до 6,9%), травма соседних органов (0%) и перфорация ЧЛС (0,8%). Различия не были отмечены и в результатах ПНЛ – состояние «stone free» достигало 92% в обеих группах. Однако при выполнении ПНЛ в положении больного на спине отмечено уменьшение времени продолжительности операции (нет

необходимости в укладке больного на живот), и в ряде случаев существует возможность проводить симультанные эндоскопические вмешательства (трансуретрально и перкутанно).

Выводы. Положение пациента на спине, во время выполнения ПНЛ, в комплексе с применением региональной (эпидуральной) анестезией является сравнительно безопасной методикой, особенно в руках опытного хирурга. Гемодинамические и расшираторные параметры легко контролируемы интраоперационно, что имеет ряд преимуществ для пациентов, урологов и анестезиологов. А осложнения и результаты лечения сопоставимы с таковыми как и при выполнении ПНЛ в стандартном положении пациента на животе.

Адреса для листування

А.И. Сагалевич
E-mail: sagalevich@mail.ru

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МОЛЕКУЛЯРНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА НІРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

В.М. Григоренко, Г.В. Панасенко, Л.В. Перета, А.П. Онищук, Р.О. Данилець

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Нирково-клітинний рак (НКР) – широко розповсюджене онкоурологічне захворювання зі стійкою тенденцією до його зростання. Сучасний стан методик променевої діагностики дозволяє виявляти малі ниркові новоутворення і провести органозберігаюче лікування. Проте рання, доклінічна, діагностика потребує подальшого вивчення різних механізмів канцерогенезу і пошуку нових молекулярних онкомаркерів.

Мета дослідження: визначення рівнів експресії мікроРНК-30с та мікроРНК-138 у плазмі хворих зі світлоклітинною формою НКР до оперативного втручання як можливих генетичних маркерів пухлини.

Матеріали і методи дослідження. В дослідницьку групу увійшли 32 пацієнти, яким було проведено обстеження та лікування з приводу НКР за період з лютого 2014 до червня 2015 року (органозберігаюче лікування – 22, нефректомія – 10). Середній вік хворих – $55,0 \pm 1,4$ року (26–77).

Результати. Всі хворі були обстеженні згідно з клінічними рекомендаціями, з ураху-

ванням класифікації TNM та проліковані (оперативне втручання) згідно з локальними протоколами. За патогістологічним заключенням у всіх пацієнтів була виявлена світлоклітинна форма НКР.

Середній період спостереження становив $23 \pm 3,5$ міс. За час спостереження рецидивів або поширення НКР виявлено не було.

До оперативного втручання пацієнтам була набрана кров для виявлення рівнів експресії досліджуваних мікроРНК. Після виділення плазми з крові хворого, поетапно, згідно з міжнародними протоколами, виділялася мікроРНК, проводилася реакція ревертазної транскрипції та визначалася концентрація генетичних маркерів за допомогою ПЛР у реальному часі у порівнянні із нормуючою мікроРНК U6. Нормуючі мікроРНК визначаються в біологічних рідинах у хворих і здорових осіб в одинакових концентраціях. Проведені дослідження вказують на високі рівні експресії мікроРНК-30с та мікроРНК-138 у хворих із світлоклітинною формою НКР. Для уточнення специфічності можливих онко-

маркерів на даний момент виконуються дослідження референтних значень експресії досліджуваних мікроРНК в умовно здорових осіб у порівнянні із нормуючою мікроРНК U6 (на етапі завершення).

Адреса для листування

В.М. Григоренко
E-mail: grygorenkosl@gmail.com

Висновки. Проведені дослідження свідчать про перспективність мікроРНК-30с та мікроРНК-138 як можливих генетичних онкомаркерів світлоклітинної форми НКР, виявлені дані потребують подальших досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ З ВНУТРІШНЬОВЕННИМ ПОШИРЕНИЯМ

В.М. Лісовий, Д.В. Щукін, І.А. Гарагатий, Г.Г. Хареба, М.М. Поляков

Харківський національний медичний університет

Вступ. Ми провели ретроспективну оцінку результатів хірургічного лікування пацієнтів з внутрішньовенозним поширенням нирково-клітинного раку, яким проводилася нефректомія з тромбектомією.

Матеріали та методи дослідження. Група нефректомії з тромбектомією включала 132 пацієнти, серед яких чоловіків було 74 (56,1%), а жінок – 58 (43,9%). Їхній вік варіював від 33 до 80 років і складав у середньому $58,6 \pm 12,8$ року. Пухлини правої нирки спостерігалися в 61 (46,2%) випадку, тоді як лівобічні новоутворення мали місце у 71 (53,8%) хворого. Розміри патологічних вогнищ в нирці коливалися від 35 мм до 198 мм і в середньому досягали $87 \pm 18,4$ мм. Гістологічна структура новоутворень відповідала світлоклітинному НКР в усіх спостереженнях.

Відповідно до рівнів локалізації дистального кінця інтралюмінальної пухлини в НПВ переважали тромби підпечінкового сегмента порожнистої вени (18,9%). Проте, загальна частота так званих «високих» тромбів (ретропечінковий, супрадіафрагмальний сегмент НПВ і праве передсердя) досягала 19,0%.

Інвазія основної пухлини в паранефральну клітковину або клітковину ниркового синусу була виявлена у 66 (50%) пацієнтів, проростання новоутворення в порожнину систему нирки зафіксоване в 21 (15,9%) спостереженні. Віддалені і регіональні метастази мали місце у 29 (21,9%) хворих (віддалені – у 25 (18,9%), лімфатичні – у 12 (9,1%)). Поєднання віддалені-

них і лімфатичних метастазів відзначалося в 7 (5,3%) випадках.

Доопераційне дослідження пацієнтів включало клінічне обстеження та лабораторні аналізи. Усім хворим проводилося ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і зачревного простору, комп’ютерна томографія легенів, органів черевної порожнини і тазу. В усіх 132 спостереженнях використовувався хірургічний доступ «шеврон».

Результати. Середня тривалість госпіталізації усіх 132 пацієнтів склала $18,0 \pm 3,8$ доби, а середня тривалість операції – $186,3 \pm 38,8$ хв. Загальний рівень периопераційних ускладнень досягав 56,8% (75 з 132 пацієнтів). Інтраопераційні ускладнення були зафіксовані у 59 (44,7%) хворих, післяопераційні – у 36 (27,3%). Периопераційна летальність зафіксована в 10 (7,6%) випадках. Більшість смертей відзначалася під час операції – 7 (5,3%). В ранньому післяоперативному періоді (до 30 діб) померли 3 (2,3%) пацієнти.

У групі пацієнтів з пухлинними тромбами тільки ниркової вени летальність не була зафіксована. Отже, загальний показник смертності серед 69 хворих з тромбами НПВ складав (14,5%). Цей параметр мав найбільші значення в групі супрадіафрагмального поширення раку і достовірно відрізнявся при порівнянні результатів хірургії «високих» (супрадіафрагмальних і ретропечінкових) пухлинних тромбів і тромбів нижчої локалізації ($p < 0,05$).

Післяопераційні ускладнення також достовірно рідше зустрічалися у пацієнтів з тром-

бами, обмеженими тільки нирковою веною (12,7% – 8 з 63 спостережень) у порівнянні з групою кавального поширення ($p<0,038$). Це стосувалось як легких, так і важких ускладнень.

Середній період спостереження за усіма пацієнтами, що увійшли до аналізу виживаності, складав $30,6 \pm 5,6$ міс. Медіана загальної виживаності в усій групі досягала 48,0 місяців ($Me=48$; $Q_{25-75}=30-60$), а медіана виживаності без прогресії – 30,0 місяців ($Me=30$; $Q_{25-75}=18-48$). Загальна 2- і 5-річна виживаність пацієнтів без метастазів не перевищувала 83,8% і 36,9% відповідно, а вільна від рецидиву виживаність – 73,3% і 13,5%. Прогресія пухлини була виявлена у 63 (64,3%) пацієнтів у середньому через 25,8 ± 4,6 міс. Від неопластичної прогресії померло 38 (38,8%) хворих.

Аналіз онкологічних результатів залежно від рівня поширення пухлинного тромбу показав, що прогресія захворювання була зафіксована у 34 (64,2%) з 53 хворих з тромбами ниркової вени і у 29 (64,4%) з 45 пацієнтів з тромбами НПВ ($p>0,426$). Медіани загальної виживаності та виживаності без прогресії в обох групах достовірно не відрізнялися. Статистичних відмінностей від рівнів загальної виживаності або виживаності без прогресії у пацієнтів цих груп (ниркова вена/НПВ) також виявлено не було.

Стосовно впливу рівня поширення тромбу в НПВ на тривалість життя, необхідно відміти, що достовірно гірші параметри загальної ви-

живаності були зафіксовані в групі тромбів ретропечінкового відділу НПВ ($p<0,016$ при порівнянні з тромбами каворенального, $p<0,036$ – підпечінкового і $p<0,025$ – супрадіафрагмального відділу НПВ).

При дослідженні прогностичного значення деяких клініко-морфологічних параметрів пухлини за допомогою універалантного аналізу було виявлено, що виживаність оперованих пацієнтів залежить від їх загального стану (статус за шкалою ECOG 1-2), гістологічної градації пухлини (градація 3-4/градація 1-2), інвазії пухлини в стінку НПВ і рівня тромбу в НПВ (ретропечінковий відділ НПВ і вище/нижче за ретропечінковий відділ НПВ).

Такі фактори, як присутність симптомів, розмір пухлини, інвазія новоутворення в живу клітковину, консистенція тромбу і наявність тромбу в НПВ не були статистично значущими. Проте, при використанні мультиваріантного аналізу було виявлено, що достовірне прогностичне значення мав тільки такий параметр, як локалізація верхівки пухлинного тромбу на рівні ретропечінкового відділу НПВ і вище ($p<0,0474$).

Висновки. Наша робота продемонструвала відсутність відмінностей показників виживаності у пацієнтів з тромбами ниркової вени і тромбами НПВ. Згідно з даними мультиваріантного аналізу статистичне значення мав тільки рівень тромбу в НПВ.

Адреса для листування

Д.В. Щукін

E-mail: urology.edu.ua@gmail.com

ПРОФІЛАКТИКА РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЧЕРЕЗМІХУРОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ З ГОСТРОЮ ЗАТРИМКОЮ СЕЧІ, ІНФІКОВАНИХ TRICHOMONAS VAGINALIS

C.P. Пасечніков^{1,2}, C.B. Нашеда²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

Мета дослідження: покращити результати черезміхурової простатектомії у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), ускладнену гострою затрим-

кою сечі (ГЗС), інфікованих Trichomonas vaginalis, шляхом застосування етіотропної профілактики ранніх післяопераційних ускладнень (РПУ).

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 153 хворих на ДГПЗ, яким було виконано черезміхурову простатектомію. І група – 63 пацієнти в ранньому післяопераційному періоді отримували левофлоксацин, II група – 84 пацієнти, у яких при виявленні *Trichomonas vaginalis*, за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, або культуральним методом (тест система InPouch™ TV/TVC) у зіскрібку із сечівника, секреті передміхурової залози і в інтраоперативно видаленій тканині передміхурової залози, додатково призначався орнідазол.

Результати. За даними наших досліджень загальна частота ранніх післяопераційних ускладнень була достовірно вищою в I групі –

$52,2 \pm 6,0\%$ у порівнянні з II групою – $23,8 \pm 4,6\%$ ($p < 0,001$). Зокрема, інфекційно-запальні ускладнення відмічено в I групі у $36,2 \pm 5,8\%$ хворих і у $17,9 \pm 4,2\%$ ($p < 0,02$) в II групі, а довготривала (більше 7 діб) або профузна макрогематурія – у $17,4 \pm 4,6\%$ та $6,0 \pm 2,6\%$ ($p < 0,05$) відповідно.

Висновки. Застосування у якості етіотропної профілактики ранніх післяопераційних ускладнень комбінованої терапії левофлоксацин + орнідазол у хворих на ДГПЗ з гострою затримкою сечі, інфікованих *Trichomonas vaginalis*, сприяє покращенню результатів оперативного лікування. Загальна кількість ускладнень зменшилась у 2,2 разу, інфекційно-запальних – у 2 рази, довготривала (більше 7 діб) або профузна макрогематурія – у 2,9 разу.

Адреса для листування

С.В. Нашеда

E-mail: Sergey_NSD@mail.ru

МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦІКЛ, ЯК ФАКТОР ОЦІНКИ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІGU ГОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПІЕЛОНЕФРИTU У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

С.П. Пасечніков^{1, 2}, Н.О. Сайдакова², В.І. Гродзінський³, П.О. Самчук¹

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

³ Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

Вступ. Відомо, що фактори гормональної регуляції оваріально-менструального циклу (ОМЦ) відіграють суттєву роль в патогенезі гострого піелонефриту. Разом з тим, вплив ОМЦ на важкість перебігу гострого необструктивного піелонефриту (ГНП) залишається невизначенім.

Мета дослідження: вивчити роль оваріально-менструального циклу, як фактора ризику розвитку несприятливого перебігу ГНП у жінок репродуктивного віку (ЖРВ).

Матеріали і методи. Проведено аналіз даних 70 історій хвороб жінок репродуктивного віку, госпіталізованих з приводу ГНП. У 48 жінок (І група) початок захворювання припав на період з 20-го по 5-й день ОМЦ, у 22 жінок (ІІ група) – на період з 6-го по 19-й день. Розраховувався нормативно-інтенсивний показник

(НІП) (по мет. О.М. Голяченко, А.М. Сердюк, О.О. Приходський, 1997 р.), ключовим елементом якого були результати математичного аналізу найбільш важомих факторів та обрахована мінімальна (<5,26 одиниць) і максимальна (>8,97 одиниць) вірогідність несприятливого перебігу ГНП, проміжок між якими віднесено до категорії підвищеної уваги.

Результати. НІП > 8,97 одиниць відмічено у 100% хворих І групи, проти $18,2 \pm 8,2\%$ – ІІ групи ($p < 0,001$). НІП від 5,26 до 8,97 одиниць відмічено у $81,8 \pm 8,2\%$ хворих ІІ групи, проти 0% – І групи ($p < 0,001$).

Висновки. Максимальний ризик несприятливого перебігу ГНП у жінок репродуктивного віку виникає при початку захворювання у період з 20-го по 5-й день ОМЦ, що свідчить про потребу лікування в умовах стаціонару. Роз-

виток ГНП з 6-го по 19-й день ОМЦ зменшує ризик розвитку несприятливого перебігу захворювання, лікування якого може проводитись в амбулаторних умовах під динамічним контролем

уролога або лікаря загальної практики/сімейного. Отримані дані дозволяють обґрунтувати показання до госпіталізації та по-новому оцінити принципи профілактики ГНП у ЖРВ.

Адреса для листування

П.О. Самчук
E-mail: doctorspa@ukr.net