

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

**ДИСТАНЦІЙНА ЛІТОТРИПСІЯ
ПРИ ДИСТОПРОВАНІЙ НИРЦІ**

М.А. Довбиш, А.О. Губар, І.М. Довбиш, О.М. Міщенко, С.А. Дюдюн

Запорізький державний медичний університет

Аномалії розвитку органів сечостатевої системи в урологічних хворих зустрічаються 3–5,5% (Возіанов О. Ф. та співав., 2001) і посідають перше місце серед вад розвитку різних внутрішніх органів. Підковоподібна нирка зустрічається у 1 випадку на 400–500 новонароджених, тазова дистопія у 1 на 1000, а перехресна дистопія діагностується у 0,16 випадках на 1000 новонароджених. Особливістю вад нирок є часті різноманітні ускладнення протягом всього життя (Давидов М.І. та співав., 2015). Найчастіше, за даними різних авторів (Возіанов О.Ф. та співав., 2001; Паршенкова І.Г. та співав., 2015) у 44–82% випадків виникає гострий або хронічний пієлонефрит. Серед ускладнень друге місце посідає уролітіаз, який спостерігається у 15–35% осіб (Возіанов О.Ф. та співав., 2001). Золотим стандартом лікування сечокам'яної хвороби на сьогодні є різні методи літотрипсії. Однак різні вади розвитку мають свої особливості відносно розвитку, уродинаміки, кровопостачання та характеру ускладнень, особливості анатомічного розташування нирки відносно інших органів, що потребує необхідним індивідуалізувати підхід до застосування методів лікування. Зазвичай, загальним правилом є сумарна оцінка результатів застосування дистанційної ударно-хвильової літотрипсії (ДУХЛ) без урахування особливостей вад органів сечової системи.

Мета дослідження: встановити особливості дистанційної літотрипсії (ДЛТ) при тазовій дистопії нирки, що ускладнилась уролітіазом.

Протягом 10 років спостерігали 4505 хворих на сечокам'яну хворобу (СКХ), яким проводилась ДЛТ, середній вік пацієнтів становив $51,4 \pm 12,4$ року. У 38 (0,84%) випадках конкре-

менти миски виникли в нирці з тазовою дистопією. Жінок було 24, чоловіків – 14 осіб. У 4 випадках була перехресна тазова дистопія, а у 34 – однобічна дистопія. Використовували загально клінічні, біохімічні, мікробіологічні методи дослідження, ультразвукове дослідження нирок, внутрішньовенну урографію, спіральну КТ нирок. У всіх випадках були поодинокі камені миски, середня довжина конкремента складала $1,95 \pm 0,37$ см, а його поперековий розмір сягав $0,95 \pm 0,16$ см. Щільність каменів за Хаусфільдом становила 1020 ± 150 од. Ну.

СКХ при тазовій однобічній дистопії нирки визначала вибір лікувальної тактики в бік дистанційної літотрипсії. 24 пацієнтам виконувалось внутрішнє дренивання за допомогою сечовідного стента модельованого відносно конкретного анатомічного розташування у даного хворого і у 14 випадках встановлювався сечовідний катетер.

ДУХЛ виконувалась на літотриптері «Lithostar-Plus» в стандартному положенні хворого на спині з невеликим нахилом тулуба. Протягом літотрипсії застосовувався рентгеноскопічний контроль суміщення фокусної зони апарата щодо розташування конкремента. Після одного сеансу фрагментація каменя виникла у 88,7% випадків з наступним активним відходженням фрагментів каменя.

Отримані результати дозволили нам рахувати, що для формування фрагментів розмірами, які сприяють їх фізіологічній міграції по сечових шляхах в середньому необхідно провести $1,4 \pm 0,47$ сеанса дроблення та 2566 ± 124 ударно-хвильових імпульсів. Враховуючи сумісну вад розвитку нирки з аномалією її кровопостачан-

ня, розташування поряд з ниркою сечового міхура з різним ступенем його наповнення сечею та кишківника ми не вважали за необхідне застосовувати високоенергетичні режими генерації ударних хвиль і обмежувались рівнями енергії не вище 17 кВ (в середньому $16,6 \pm 0,46$ кВ). Однак для більш ефективної і швидкої фрагментації каменя кількість імпульсів та їх режим розраховували згідно з рекомендаціями та ступенем щільності каменя (Патент України № 86276). У 28 випадках ДЛТ при тазовій дистопії нирки супроводжувався внутрішнім дронуванням миски перед та після сеансів.

При проведенні сеансів літотрипсії каменів у пацієнтів з тазовою дистопією нирки виявилися деякі особливості, на які вкрай необхідно звертати увагу: по-перше, нирка знаходиться поряд з сечовим міхуром, який в процесі сеансу має різну ступінь наповнення і заважає літотрипсії. Дистопірована нирка має розсипний тип кровопостачання і поряд з мискою нирки проходить значна кількість артеріальних та венозних судин, поряд з ниркою знаходяться петлі кишківника, що потрібно брати до уваги при виборі режимів сеансів літотрипсії, коректному фокусуванні ударної хвилі.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕТОЧНИКА, А ВОЗМОЖЕН ЛИ ОН? ЭКСТРАВАЗАЦИЯ МОЧИ В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.М. Фридберг ¹, Э.А. Светличный ²

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

В 2003 г. в журнале «Урология» № 4 была опубликована статья профессора А.В. Люлько о патогенезе экстравазации мочи и пиелоренального рефлюкса в условиях острого и хронического нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Термин «экстравазация мочи (экстра + vas сосуд — накопление серозно-геморрагического экссудата или небольшого количества крови около кровеносного сосуда) необходимо пересмотреть. Впервые на проникновение мочи за пределы чашечно-лоханочной системы на экскреторных урограммах при «почечной колике» обратил внимание Fuchs. И с этого момента урологи очень часто отмечали при экскреторных исследованиях случаи экстравазации контрастного вещества за пределы полостной системы почки на фоне «почечной колики».

Возникновение такой специальности, как диапевтика позволяет во многих случаях отказаться от старых оперативных способов лечения в урологической практике. В 1993 г. в монографии под редакцией А.В. Морозова «Диапевтика в урологии (чрескожная инструментальная)» впервые в СССР прозвучал тезис, что «Жидкостное объемное образование» — обозначение патологического процесса, который характеризуется скоплением жидкого содержимого (гноя,

крови, мочи, лимфы) в ограниченном пространстве, образовавшемся интра- или параренально. Являясь общепринятой характеристикой таких поражений, как киста, абсцесс, гематома, пионефроз и др., термин «жидкостное образование одновременно подразумевает, что по отношению к этим видам поражения может быть применено «катетерное» лечение — пункция, эвакуация содержимого, дренирование патологической полости, введение (при необходимости) антисептического или склерозирующего препарата.

Последние пять лет нами были выявлены конкретные случаи, когда при «почечной колике» выполнялась литокинетическая терапия, на изгнание мочевого конкремента небольших размеров (от 3 до 6 мм) из мочеточника. Так называемое состояние, когда наши коллеги трактуют, как: «Камень мочеточника, с тенденцией к самоотхождению». В международной классификации такого диагноза нет. При этом клинически, болевой синдром легко купируется, сохраняется нормотермия, общий анализ крови остается «спокойным», т.е. никаких признаков катастрофического процесса в течение 5–6 суток наблюдения. Но при контрольной экскреторной пиелографии или при выполнении СКТ с болюсным введением контрастного вещества

определялось объемное жидкостное образование в забрюшинном пространстве и особенно в области почечного синуса или переуретерально. Мы были свидетелями, когда однозначно устанавливался диагноз: «Спонтанный разрыв мочеточника или лоханки. Мочевой затек». Традиционное решение вопроса, это «открытое оперативное вмешательство — люмботомия на стороне поражения», давало провальный результат. Так, перфорационное отверстие или место разрыва, при явном «мочевом затеке», обнаружить не удавалось. Таких случаев мы наблюдали 4 и такой мочевой затек мы стали называть «экстравазат». Во всех 4 случаях больным выполнялось «традиционное» оперативное вмешательство, которое завершалось уретеролитотомией, нефростомией и дренированием забрюшинного пространства. Послеоперационный койко-день традиционно составлял в среднем 12–16. Диспансерное наблюдение за подобной группой больных показало, что в результате проведенного лечения возникали изменения в забрюшинной клетчатке, в виде перинефрита, переуретерита, как результат рассечения тканей. В последующем это проявлялось и клинически: «панцирный» перинефрит, стриктура мочеточника.

Для решения подобной проблемы мы перестали прибегать в этой ситуации к люмботомии. В этом случае мы стали выполнять пунк-

ционную нефростомию полостной системы почки и дополнительно устанавливать второй дренаж *rig tail* в полость «экстравазата». После нормализации состояния пациента, а это в среднем 21 сутки амбулаторного лечения, мы выполняем контактную литотрипсию камня мочеточника и экстракцию его осколков (при необходимости стентирование, сроком до 1 месяца). Таких случаев за последние три года у нас было 19, осложнений в этой ситуации мы пока не наблюдали, все случаи взяты на диспансерное наблюдение в клинике.

Выводы:

1. С нашей точки зрения, проведение литокINETической терапии должно выполняться при тщательном наблюдении за пациентом, ежедневный ультразвуковой контроль, тщательная термометрия, общий анализ крови, при показаниях СКТ с болюсным введением контрастного вещества.

2. Порой субъективное «хорошее» состояние пациента при экстравазации мочи в паранефральную клетчатку может завершиться острым гнойным процессом.

3. С нашей точки зрения, пациенты с острозастойными процессами в почке подлежат почасовому наблюдению, т.к. вопрос дальнейшей тактики может радикально измениться в любую минуту.

НОМЕНКЛАТУРНИЙ ПРОФІЛЬ ЗБУДНИКІВ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КРИПТОСПОРИДІОЗУ ТА ЇХ ПРИРОДНА ПОШИРЕНІСТЬ В АРЕАЛІ

*С.І. Похил, І.І. Торяник, О.М. Тимченко, Н.А. Чигиринська,
І.А. Костира, М.І. Грищенко, В.М. Кривенко*

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»
Харківський національний медичний університет МОЗ України*

Криптоспоридіоз людини (A07.2 криптоспоридіоз, МКХ-10) — маловивчена (емерджентна) протозойна хвороба, спричинена найпростішими роду *Cryptosporidium*, які мають здатність до інвазії, розмноження і паразитування в епітелії ворсинок слизової оболонки деяких внутрішніх органів, у тому числі, сечостатевої системи, породжуючи специфічний інфекційний процес із характерними клінічними проявами та широким спектром варіацій тяжкості перебігу хвороби від самообмежуючих гострих субклінічних і легких (у імунокомпетентних осіб) до хронічних, тяжких захворювань із летальним

наслідком (у осіб з імуноними порушеннями). Криптоспоридії — найпростіші еукаріоти (назва роду *Cryptosporidium* грецькою означає «прихована спора»), які належать до типу *Apicomplexa* (спорозоїти мають характерні апікальні комплекси) і утворюють самостійну групу *criptosporidiaz* родинною *Cryptosporidiidae*. За філогенетичною спорідненістю найбільш близькими до криптоспоридій є грегарини, а більш віддаленими — представники груп гематозої, кокцидій. Криптоспоридії є надзвичайно різноманітними і поширеними у природі облігатними протозойними паразитами,

які вражають 152 види ссавців, більш ніж 30 видів домашньої і дикої птиці, велику кількість різновидів рептилій та риб. Знання видів збудників, які обумовлюють захворювання в конкретному регіоні, має не лише загаль-

нотеоретичне, але й важливе практичне значення при обґрунтуванні і здійсненні адекватних заходів діагностики захворювань сечо-статевої системи, власне лікування криптоспоридіозу, профілактики безпліддя.

РОЛЬ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗНАХІДОК У ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

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

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Радикальна простатектомія (РПЕ) у хворих місцево-розповсюдженим раком передміхурової залози (РПЗ) характеризується високою частотою виявлення несприятливих патоморфологічних знахідок та біохімічних рецидивів. Доцільність проведення РПЕ у таких хворих залишається предметом дискусій.

Мета: визначити частоту виявлення несприятливих патоморфологічних знахідок та їх вплив на онкологічні результати РПЕ у хворих клінічно місцево-розповсюдженим РПЗ.

Із вересня 2003 по червень 2015 р., РПЕ була проведена 106 хворим з доопераційною стадією cT3N0M0 РПЗ. Середній час спостереження склав $55,7 \pm 3,2$ міс. Позитивний хірургічний край (ПХК) виявлено у 37 (34,9%), периневральна інвазія пухлини (ПНІ) – у 52 (49,1%), метастази в регіонарні лімфатичні вузли – у 21 (19,8%), показник Глісона в операційному матеріалі ≥ 8 – у 27 (25,5%) хворих. Ту чи іншу несприятливу патоморфологічну знахідку мав 71 (67,0%) хворий (в 27 (25,5%) випадках – одна, в 25 (23,6%) – дві, в 14 (13,2%) – три, в 5

(4,7%) – чотири). Біохімічний рецидив за час спостереження констатовано у 55 (51,9%) хворих.

Наявність ПХК підвищувала ризик біохімічного рецидиву в 6,0 (95% ДІ 2,4–15,1), ПНІ – в 8,7 (95% ДІ 3,6–20,9), метастазів в регіонарні лімфовузли – в 1,3 (95% ДІ 0,5–3,4), показника Глісона ≥ 8 – в 3,6 рази (95% ДІ – 1,4–9,5). За відсутності несприятливих патоморфологічних факторів рецидив виявлено лише у 14,3% хворих, за наявності одного фактора – у 48,1% (ОР 5,6; 95% ДІ 1,7–18,7), двох – у 68,0% (ОР 12,8; 95% ДІ 3,6–45,2), трьох – у 85,7% (ОР 36,0; 95% ДІ 6,1–211,6), чотирьох – у 100% (ОР 30,0; 95% ДІ 2,9–313,5).

РПЕ при клінічно місцево-розповсюдженому РПЗ характеризується високою частотою біохімічних рецидивів. Виявлення несприятливих патоморфологічних ознак значно погіршує онкологічні результати операції. При виявленні двох і більше несприятливих факторів, усім хворим повинна призначатись ад'ювантна терапія, через високий ризик прогресії захворювання.

МАКРОМІКРОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ (ЗА ДАНИМИ БІОПСІЙ)

І.І. Торяник, М.І. Грищенко, В.М. Кривенко, В.М. Грищенко

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»
Харківський національний медичний університет МОЗ України
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
КЗОЗ «Богодучівська центральна районна лікарня»*

Збудником епідемічного паротиту є од-
ноийменний вірус зі стабільною антигенною
структурою та невідомими сероваріантами. Хво-
рюють на епідемічний паротит, як правило, особи
від 5 до 30-35 років, переважно чоловіки. Зара-
ження відбувається виключно від хворих чи
вірусоносіїв, головним чином, за рахунок повітря-
но-крапельного шляху передачі. Паротит вини-
кає як у вигляді групових спалахів (найчастіше
дитячі садочки, молодші класи шкіл), так і спо-
радичних випадків. За спостереженнями фахівців
первинні зміни за умов розвитку епідемічного
паротиту стосуються органів дихальної системи.
Доброякісний перебіг інфекції та сучасний
рівень розвитку морфологічних методів дослід-
ження не дають змогу дослідити в деталях струк-
турно-морфологічний генез хвороби. Як наслідок
лімфо- та гематогенної генералізації інфекції з
розвитком гострих запальних реакцій з'являється
сіалоаденіт (з переважним ураженням навко-
лоушної слинної залози – паротит). Згодом
функціональні розлади свідчать на користь уш-
коджень внутрішніх статевих органів (яєчки),
центральної нервової системи, подекуди печін-
ки, щитоподібної, підшлункової та навіть молоч-
ної залоз. Макроскопічні зміни слинних залоз у
разі розвитку епідемічного паротиту є відомим
фактом (мегалія, виразна гіперемія, гіперплазія
з інфільтративною, проліферативною та ексу-
дативною реакціями). Ще однією особливістю па-
ротиту вважають розвиток генералізованого про-
цесу (іноді навіть без уражень слинних залоз).

Морфологічно досліджували структурні
зміни у яєчках та передміхуровій залозі (біоло-
гічний матеріал) осіб чоловічої статі, що заги-
нули у разі дорожньо-транспортних пригод та
мали в анамнезі діагноз епідемічний паротит.
Забір матеріалу відбувався на секційному столі,
верифікацію проводили шляхом застосування
відповідних лабораторних методів дослідження
та оглядового аналізу типових для цієї інфекції
таргетних органів. Фіксацію матеріалу проводи-
ли за стандартним алгоритмом. Шматочки

органів розмірами $0,5 \times 0,5 \times 0,5$ см піддавали
фіксації у 12%-вому формаліні на фосфатно-
сольовому буфері (рН= 7,0-7,2), постфіксували,
зневоднювали у спиртах зростаючої концентрації
(від 30° до 96°), заливали у смоли (парафін). Із
отриманих блоків виготовляли гістологічні зрізи,
що забарвлювали гематоксиліном та еозином, за
Ван-Гізеном, Браше. Аналіз морфологічних змін
відбувався у світлооптичному мікроскопі ЛОМО,
Санкт-Петербург, Російська Федерація (x600;
x1350). За наявності ідентичних змін їхню ха-
рактеристику узагальнювали. Гістологічному ана-
лізу передували макромікроскопічні досліджен-
ня органів. Анамнестично увага акцентувалась
на питання, що стосувались безпліддя та змін у
сексуальній поведінці осіб.

У результаті дослідження було встановлено,
що макромікроскопічні зміни у передбачених орга-
нах-мішенях та органах-верифікантах містили
окремі ознаки давно перенесеної інфекції (дист-
рофічні зміни, подекуди склероз. Відразу наголо-
симо на тому, що у роботі звертали увагу на три-
валість постморбідного періоду, його відтерміно-
ваність). Віддаленість спалаху хвороби звісним
чином гасив яскравість та гостроту її морфологіч-
ної картини. Однак позначені атрофічні, склеро-
тичні зміни каналців, спалі кровоносні судини,
подекуди розлади мікроциркуляції на тлі задав-
нених процесів свідчили на їх користь. Очікуваних
та характерних для запального сценарію з бурх-
ливим розвитком набряку, периваскулярної
лімфоїдної інфільтрації, вогнищевих крововиливів
не спостерігали. У окремих препаратах було вст-
ановлено наявність фібринозних утворень (відно-
сно спірний генез, закупорка каналців). Будова ен-
дотеліального шару характеризувалась метамор-
фозом клітин у бік збільшення ядерного компо-
ненту на тлі марганалізації цитоплазми, його
схильність до десквамації. Можливо, що такі фак-
ти сприяли суттєвим змінам мікрооточення стате-
вих клітин, впливали на їх адаптаційний потенціал,
спонукали цитологічним змінам/розладам, пере-
шкоджали перспективі структурного відновлення.

ПОРІВНЯННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ТА ЛОКАЛІЗОВАНИМ ВИСОКОГО РИЗИКУ РАКОМ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.М. Григоренко, М.В. Вікарчук, Р.О. Данилець, Н.В. Бровко, О.О. Банас

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Радикальна простатектомія (РПЕ) у хворих раком передміхурової залози (РПЗ) високого ризику характеризується високою частотою біохімічної та клінічної прогресії. В той час, як для локалізованого РПЗ високого ризику РПЕ є найбільш частим методом вибору лікування, доцільність її проведення на стадії cT3N0M0 залишається дискусійною.

Мета: порівняти онкологічні результати РПЕ у хворих клінічно місцево-розповсюдженим та локалізованим високого ризику РПЗ.

Із вересня 2003 по червень 2015 р., РПЕ була проведена 106 хворим з доопераційною стадією cT3N0M0 РПЗ. Групу контролю склали 107 хворих із стадією cT2N0M0. Групи не відрізнялись за віком, вихідним рівнем ПСА, показником Глісона при біопсії. Середній час спостереження склав в основній групі 55,7±3,2 міс., в контрольній – 57,7±3,3 міс.

У хворих з місцево-розповсюдженим РПЗ статистично достовірно частіше зустрічались по-

зитивний хірургічний край та периневральна інвазія пухлини. Частота виявлення позитивних лімфатичних вузлів, показника Глісона в операційному матеріалі ≥8, між групами не відрізнялись. Ад'ювантну гормональну та/або променеву терапію отримували 48,1% хворих досліджуваної та 33,6% контрольної групи. Біохімічний рецидив констатовано у 51,9% хворих досліджуваної та 47,7% контрольної групи (p=0,329). Канцер-специфічна смертність в контрольній та досліджуваній групі склали відповідно 15,1% та 9,3% (p=0,739).

РПЕ при місцево-розповсюдженому РПЗ характеризується вищою, порівняно із локалізованим РПЗ високого ризику, частотою виявлення позитивного хірургічного краю та периневральної інвазії. За застосування мульти-модального підходу, онкологічні результати РПЕ при клінічно місцево-розповсюдженому РПЗ та локалізованому РПЗ високого ризику подібні.

СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ ІМУНОМОРФОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОГО НЕФРИТУ

І.І. Торяник

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»
Харківський національний медичний університет МОЗ України
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

Морфологічний супровід хронічного пієлонефриту відбувається стадійно та полягає у появі характерних структурно-функціональних змін, що деталізують динаміку розвитку хвороби, поліпшують діагностику та сприяють оптимізації терапевтичної тактики цього захворювання. Класичним варіантом було визначення чотирьох послідовних стадій (Nakao M., 1985;

A.V. Цинзерлінг, 1993; 2005), що у подальшому зорієнтувало погляди імуноморфологів на патогенез інтерстиціального нефриту (Е.К. Балантидина, 1985, 1993) та сприяло остаточному з'ясуванню його морфологічного сценарію. Згодом окремими дослідниками висувались інші теорії, однак вони не знайшли потужної підтримки серед фахівців. Сучасні погляди на морфологіч-

ну специфіку розвитку цієї небезпечної хвороби базуються на класифікації, що долучає також чотири варіанти, сутність останніх полягає у наступному. Перший варіант пов'язаний із гіперчутливістю негайного типу та визначається дифузною лімфоцитарною, іноді еозинофільною інфільтрацією. Зазначена стадія характеризується позначеною дистрофією епітелію каналців. Другий варіант позначається появою лімфоцитів, макрофагів, плазмоцитів та наявністю IgG в базальних мембранах каналців. (Окремими авторами зазначена реакція пояснюється

я появою та впливом на організм циркулюючих імунних комплексів). У відповідності до третього типу-варіанта спостерігається макрофагально-нейтрофільна інфільтрація на тлі виразних дистрофічних та некробіотичних змін нефротелія. У разі розвитку інтерстиціального нефриту за четвертим варіантом стимулюючим патологічним фактором стає гіперчутливість уповільненого типу. Морфологічна картина такого процесу характеризується наявністю лімфоцитів з домішками фіброцитів та/або макрофагів.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ НЕСТЕРОЇДНИМ АНТИАНДРОГЕНОМ ТА В РЕЖИМІ НИЗЬКОДОЗОВОЇ ЕСТРОГЕН-АНТИАНДРОГЕННОЇ ТЕРАПІЇ

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

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Індивідуалізований підхід до застосування гормональної терапії (ГТ) для лікування раку передміхурової залози (РПЗ) забезпечує задовільні онкологічні результати та позитивно впливає на якість життя хворих.

Мета: покращити якість надання спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ з урахуванням ефективності проведеної ГТ.

В дослідження увійшли 135 хворих з локалізованим та розповсюдженим РПЗ, які отримували ГТ за допомогою нестероїдного антиандрогену та естрогену в субтерапевтичній дозі за період з 1998 до 2011 р. Було сформовано 2 групи. В досліджувану групу увійшли 47 хворих, лікування яких здійснювалося за запропонованою та обґрунтованою комбінованою схемою – флутамід (по 250 мг х 3 рази/день) в сполученні з сублінгвальним прийомом хлортрианізену в субтерапевтичних дозах (0,006 г х 2 рази/добу). Контрольна група представлена 88 хворими, які отримували монотерапію флутамідом у стандартній схемі (по 250 мг х 3 рази/добу). Вивченню підлягали суб'єктивні (скарги) та об'єктивні дані (ПРД, УЗД, УФМ, ПСА) в динаміці через 3, 6 міс. Віддалені результати оцінювались за показниками загальної та канцерспецифічної виживаності. Середній

час спостереження склав по групах: $69,19 \pm 5,77\%$ та $68,21 \pm 10,0$ відповідно.

В обох групах відмічено помітне покращення самопочуття хворих, зменшення середніх розмірів ПЗ, зростання урофлоуметричних показників та зниження рівня ПСА, при чому в групі комбінованого лікування вдалося досягти більш інтенсивного зниження цього показника.

У хворих в досліджуваній групі вдалося досягти достовірного зменшення частоти побічних проявів. При оцінці віддалених результатів – загальної та канцерспецифічної виживаності, достовірної різниці між групами виявлено не було ($p > 0,05$).

Розроблена схема лікування розширяє можливості надання спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ, забезпечує індивідуалізований вибір тактики ведення пацієнта, а також може стати методом вибору при дотриманні необхідної послідовності та при тривалому застосуванні лікарських засобів. Комбіноване застосування флутаміду в режимі низькодозової естроген-антиандрогенної терапії дозволяє досягти суттєвого терапевтичного ефекту в короткі строки з менш вираженими побічними реакціями, покращити виживаність та якість життя хворого.

КАНДИДОЗНИЙ КОЛЬПІТ. МОРФОЛОГІЧНА СПЕЦИФІКА ПЕРЕБИГУ

І.І. Торяник

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

Традиційний кандидоз посідає провідне місце серед широкого спектра захворювань, які викликаються грибами класу Deuteromycetes. Серед його морфологічних особливостей виділяють відсутність типового міцелію у їх представників та формування псевдоміцелію (гриби роду Candida) як явище загально відоме та добре досліджене. Молоді форми грибів інтенсивно забарвлює аніліновий фіалковий, зрілі або відмираючі характеризуються частковою грам-негативністю (з огляду на тривалість утримання грам-позитивного забарвлення капсули). Відоме якісне забарвлення цих грибів за допомогою ШИК-реакції та за допомогою гематоксиліну-еозину. У представленому дослідженні вивчали морфологічну специфіку кандидозного кольпіту (n= 37), що розвивався на тлі хронічних інфекційних процесів статевих органів, метапластичних реакцій, імунодепресивних явищ. Досліджен-

ню піддавали жінок віком від 21 до 76 років. Біологічний матеріал відбирали за умов стаціонару у суворій відповідності до вимог та положень біомедичної етики. Забарвлення проводили традиційними методами. У результаті було встановлено, що клітини грибів роду Candida були круглої та овоїдної форми від 2 до 5 мкм. У епітеліальній тканині піхви спостерігали чисельні, різні за довжиною стрічки псевдоміцелію (частота локусів їхнього розвитку пояснювалась саме глікогенофілією та залежністю від гормонального циклу, який визначався вмістом глікогену у слизовій оболонці). У окремих випадках (виразного прогресування кандидозу) спостерігали характерне розшарування поверхневих ділянок з поступовим проростанням до підслизової оболонки, іноді кровеносних судин. Запальна реакція виявлялась слабо виразною, у разі обтяжень – помірно лейкоцитарною/лімфо-макрофагальною.

РЕЗЕКЦІЯ ПІДКОВОПОДІБНОЇ НИРКИ З ПРИВОДУ ПУХЛИНИ ПЕРЕШІЙКА ТА НИЖНІХ ПОЛЮСІВ ОБОХ ПОЛОВИН: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

В.М. Григоренко¹, Р.О. Данилець¹, В.П. Закордонць², В.М. Торак², О.О. Банас¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова

Вступ. Підковоподібна нирка (ППН) – одна із найбільш поширених аномалій розвитку сечовидільної системи. Хірургічне лікування з приводу пухлинних новоутворень великих розмірів при даній аномалії – складні клінічні випадки, що не дуже широко висвітлені в літературі.

Клінічний випадок. Чоловік, 50 років, звернувся зі скаргами на періодичні болі в попереку справа та макрогематурію. На КТ з внутрішньовенним контрастуванням діагностовано підковоподібну нирку з пухлиною до 10 см, що розташована в перешійку та нижніх полюсах обох половин підковоподібної нирки.

Було виконано селективну артеріографію для оцінки особливостей кровопостачання нирки та

пухлини, за даними якої ліва та права ниркові артерії кровопостачали відповідні половини ППН, серединна артерія, що відходила із супраренального відділу аорти, роздвоювалась та кровопостачала перешійок з пухлиною. Перед хірургічним втручанням було встановлено сечовідні стенти для інтраопераційної ідентифікації сечоводів. Виконано резекцію нижніх полюсів обох половин та перешійка ППН з пухлинним утворенням. Хірургічне втручання тривало 196 хв., крововтрата становила 450 мл. Видалено новоутворення розміром 7,0 x 9,5 x 8,5 см з вираженою капсулою, на розрізі від жовтуватого-коричневого до коричневого кольору. Патогістологічне дослідження засвідчило наявність світло-клітинного нирково-клітинного раку, 3 сту-

пеня ядерної атипії за Фурманом. За 12 місяців післяопераційного спостереження рецидиву захворювання не виявлено, обидві половини роз'єднаної підковоподібної нирки функціонують задовільно.

Висновок. Пухлини підковоподібної нирки є складними клінічними випадками в онкоурології та вимагають ретельного доопераційного обстеження та злагодженої роботи хірургічної бригади.

ДІАГНОСТИКА ЗОНИ ПАРАУРЕТРАЛЬНИХ ЗАЛОЗ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

В.М. Григоренко, О.В. Ромащенко, В.В. Білоголовська, С.М. Мельников, М.О. Косюхно

ДУ «Інстит урології НАМН України»

Останнім часом відмічено зростання частоти ураження парауретральних залоз запальним процесом, як незалежно, так і у поєднанні із запаленням органів малого тазу та сечовивідної системи. Тому дослідження анатомічної структури та функціональної активності парауретральних залоз в умовах сьогодення привертає увагу наукової урологічної спільноти, зберігаючи перелік суперечливих та не уточнених моментів щодо функціональних характеристик даної анатомічної структури. У 2002 р. Федеративний міжнародний комітет з анатомічної термінології (FICAT) офіційно перейменував парауретральні залози в жіночу передміхурову залозу, включивши термін «жіноча передміхурова залоза» до переліку анатомічних структур.

Мета: оптимізація вивчення структури та ангіоархітектоніки парауретральних залоз.

Проведено сексологічне, гінекологічне та урологічне обстеження 22 сексуально активних жінок віком від 24 до 42 років, середній вік $32,1 \pm 3,4$ року. Ультрасонографічне дослідження з проведенням доплерографії судин парауретральної зони здійснювалось на ультразвуковій діагностичній системі XARIO фірми TOSHIBA експертного класу в режимі сірої шкали. Перед дослідженням проводилась катетеризація сечового міхура та введення в піхву еластичного балона (50 мл), заповненого гелем. Визначався рівень загального та вільного простатспецифічного антигену (ПСА) у сироватці крові.

Встановлено скупчення тканини парауретральних залоз в проекції дистальної частини

уретри у 7 (31,8%) жінок, в проксимальній – у 12 (54,5%), уздовж всієї уретри у 3 (13,7%). Виявлене скупчення мало вигляд утвору овальної форми: довжина $2,2 \pm 0,25$ см, ширина $1,52 \pm 0,14$ см, товщина $1,3 \pm 0,16$ см, об'єм $4,75 \pm 0,65$ см³ (жіноча передміхурова залоза).

Діаметр судин у досліджуваних органах становив від 0,28 до 0,36 см, швидкість кровоплину (Vps) – від 8,7 до 11,0 см/с, індекс резистентності (IR) – 0,6–0,62, індекс пульсативності (IP) – 1,44–1,21. На фоні відеоеротичної стимуляції відмічено посилення кровоплину в зазначених анатомічних структурах: діаметр судин дорівнював 0,28–0,41 см, Vps – 8,9–11,9 см/с, IR – 0,67–0,74, IP – 1,5–1,6. У 19 (86,4%) жінок у проекції передньої стінки піхви на відстані 3,2–5,3 см від introitus vaginae та задньої стінки уретри на відстані 4–4,5 см від зовнішнього отвору сечовипускного каналу діагностовано утвор у вигляді чіткого ізоехогенного овалу, довжиною від 1,24 до 1,3 см, шириною 0,68–0,9 см (зона G), що збільшувався за розмірами на фоні сексуальної стимуляції (довжина 1,28–1,41 см, ширина 0,8–1,1 см). У всіх жінок виявлено ПСА в сироватці крові: середній рівень для загального ПСА $4,22 \pm 1,22$ нг/мл, вільного $0,11 \pm 0,02$ нг/мл.

УЗД з проведенням доплерографії судин парауретральної зони на попередньо закатетеризованому сечовому міхурі дає можливість визначити жіночу передміхурову залозу та зону G як окрему анатомічну структуру.