

**МАТЕРІАЛИ VIII МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ
СПІЛКИ ОНКОУРОЛОГІВ УКРАЇНИ СОУУ–2019
«ДОСЯГНЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ В ОНКОУРОЛОГІЇ,
ПЛАСТИЧНІЙ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ
СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ»**

м. Київ

11–13 квітня 2019 р.

**INTRAVESICAL HYPERTHERMIC CHEMOTHERAPY
WITH MITOMYCIN C IN PATIENTS
WITH NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER,
INITIAL EXPERIENCE IN A SINGLE CENTER**

F.I. Kostev, R.S. Chystiakov, V.V. Lysenko, O.S. Stavnychi, L.G. Rosha

Odessa National Medical University

Introduction. The EUA 2018 guidelines recommend that patients with high-risk NMIBC receive either intravesical BCG or radical cystectomy. BCG therapy is difficult to tolerate by patients and some patients are not suitable for cystectomy. The hyperthermic intravesical chemotherapy (HIVEC) can be an alternative method for this category of patients, and a large number of studies currently underway confirms this. HIVEC is presented in EAU Guidelines 2018 for non-muscle-invasive bladder cancer. We present the early results of our series in patients treated with COMBAT BRS-HIVEC recirculation system.

Objective. To study the efficacy and safety of adjuvant treatment of patients with non-muscle-invasive bladder cancer by using the method of hyperthermic intravesical chemotherapy of the bladder in adjuvant mode.

Material and methods. From March 2018 to February 2019, 9 patients (primary 5 and recurrence 4 tumors) with high risk NMIBC by EAU criteria were referred for a six-week course of intravesical 1 hour instillations of 40 mg Mitomycin-C at 43 °C, total 54 sessions of HIVEC were conducted. With a median follow-up of 7 months and a median age of 66 years (range 51–82) patients were analyzed. The

WHO 2004 grade was in high grade in all cases, in 2 cases were CIS, in 4 cases were multiple tumors. All patients underwent cystoscopy 4 weeks after the end of treatment, in 2 patients with multiple tumors an residual mass was detected, and therefore ReTURBT was performed. The tolerability and degree of therapeutic pathomorphism in patients with CI-67 in patients after ReTURBT was studied.

Results. All patients completed the six-week course. According to CTCAE v. 4.0 only 1 patient had adverse event grade 2 (fever) on cycle 2, 2 patients had adverse event grade 1 (bullous dermatitis) on cycle 3–4, all patients were well resourced treatment. After a pathomorphological study of early recurrent tumors after ReTURBT, a therapeutic pathomorphosis of grade II was observed and a decrease in expression of Ki-67 were observed 3 times.

Conclusions. Hyperthermic intravesical chemotherapy with Mitomycin-C has good tolerability and can be an effective alternative treatment option for patients with high risk NMIBC. Given the good therapeutic effect, confirmed pathomorphologically in the study of residual tumors, HIVEC can be used in multimodal organsparing treatment of bladder cancer in this group of patients.

ПРОМЕНЕВІ РЕАКЦІЇ ПРИ ОПРОМІНЕННІ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА, ЇХ ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

В.С. Іванкова, Л.М. Барановська, Т.В. Хруленко

Національний інститут раку

Вступ. При нерезектабельних, регіонарно-метастатичних формах злоякісних новоутворень шийки матки єдино можливими засобами радикального антинеопластичного впливу є променева терапія (ПТ) та хіміопроменева терапія (ХПТ). Сучасні програми поєднаної променевої терапії (ППТ) за радикальною програмою у хворих на місцево-поширені форми раку шийки матки (МП РШМ) передбачають опромінення великих обсягів із підведенням високих терапевтичних доз на межі толерантності «критичних» органів (сечовий міхур, пряма кишка) і тканин. Використання радіомодуючих цитостатичних препаратів або системної поліхіміотерапії (ПХТ) під час ППТ значно підвищує регресію пухлини, але може призводити до збільшення проявів загальної, місцевої токсичності, а також до зростання кількості непрогнозованих індивідуальних реакцій.

Мета. Пошук засобів профілактики та лікування променевих реакцій та ускладнень з метою підвищення якості життя, як критерію ефективності консервативної ХПТ є надзвичайно актуальною і, на жаль, невирішеною проблемою.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведена ХПТ 119 хворим на МП РШМ ІІВ–ІІІВ стадії (T2b-3bN0-1M0) з використанням індивідуального комп'ютерного планування курсу лікування. Гістологічно, майже у всіх хворих діагностовано епідермоїдний рак. Залежно від хіміорадіомодифікації (цисплатин, тегафур, гідроксисечовина) хворі були розподілені на 3 основні і 1 контрольну групи. Під час ХПТ проводили комплексну медикаментозну профілактику післяпроменевих реакцій та ускладнень з боку «критичних» органів і тканин у зоні опромінення – лікування місцевих мукозитів, включаючи препарати гіалуронової кислоти, а

також відстежували вираженість загальних і місцевих хіміопроменевих реакцій.

Результати та їх обговорення. Аналіз місцевих променевих і хіміопроменевих реакцій з боку «критичних органів» у зоні опромінення у пацієнток досліджуваних і контрольної груп показав, що найчастіше спостерігались післяпроменеві епітеліти з боку слизової оболонки вагіни. Так, ранні променеві епітеліти I ступеня коливались в межах від 38,1–40% до 50%, II ступеня – 9,5–10% до 18,2% у групі порівняння. Ранні променеві цистити I ступеня спостерігались у межах 19–20% у досліджуваних групах та до 36,43% у групі порівняння, II ступеня – 9,5–10% та 18,2% відповідно. Післяпроменеві ректити I ступеня коливались у межах від 19–20% до 27,3%, а реакції II ступеня – 9,5–10% до 18,2% у групі порівняння відповідно. Післяпроменеві ентероколіти проявлялись значно рідше – дані коливались у межах 9,1–10%. Прояви місцевих променевих мукозитів з боку «критичних» органів і тканин були більш виражені у хворих з групи порівняння, але вони не перевищували II ступінь токсичності. Це не призвело до порушення режиму лікування і компенсувалося використанням комплексу розроблених нами профілактичних заходів, у тому числі і з застосуванням препаратів гіалуронової кислоти.

Висновки. Використання сучасних технологій топометричної підготовки, індивідуальне комп'ютерне планування та коректне відтворення запланованого курсу, проведення адекватної терапії супроводу з використанням препаратів гіалуронової кислоти під час ХПТ, сприяє зменшенню ранніх променевих реакцій і є профілактикою пізніх ускладнень, що значно впливає на підвищення якості життя хворих.

МОЖЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ МАСТАЛГІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, ЯКІ ПРИЙМАЮТЬ АНДРОГЕННУ ДЕПРИВАЦІЙНУ ТЕРАПІЮ

О.В. Сафронова, Т.В. Удатова, Я.В. Кметюк

*КЛ «Феофанія» ДУС
Всеукраїнський центр радіохірургії*

Вступ. Одним із методів лікування раку передміхурової залози РПЗ є медична кастрація із призначенням агоністів ЛГРГ та антиандрогенів. У пацієнтів групи високого та дуже високого ризику гормонотерапію необхідно призначати строком до 2–3 років. Гінекомастія та/або мастодинія є частим побічним ефектом антиандрогенної терапії РПЗ і може погіршувати якість життя пацієнтів. У цих випадках може бути рекомендовано прийом тамоксифену, однак, цей препарат має великий спектр побічної дії з боку серцево-судинної системи, які є небажаними у літніх пацієнтів.

Мета дослідження: оцінити можливості ДПТ у лікуванні гінекомастії з масталгічним синдромом у пацієнтів, хворих на РПЗ, які приймають андрогенну деприваційну терапію. Провести огляд існуючої літератури щодо варіантів лікування гінекомастії, індукованої антиандрогенами, включаючи ефективність, безпеку та якість життя пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проаналізовано 11 досліджень, які вивчали доцільність та можливість, переваги та недоліки використання ДПТ для профілактики гінекомастії та лікування мастодинії. У КЛ «Феофанія» було проведено лікування масталгічного синдрому 15 хворим на РПЗ, які перебували на тривалій терапії антиандрогенами. Лікування проводилось на лінійному прискорювачі із використанням енергії електронів 6 MeV РОД 6,0 Гр до підведення СОД 12,0 Гр на ареолярну ділянку з відступом в 3,0 см. Усім пацієнтам проводився однаковий алгоритм лікувального процесу (виготовлення свинцевого блоку для

формування поля опромінення, передпроменева підготовка на комп'ютерному томографі, опонтурування з включенням в об'єм опромінення патологічної залозистої тканини грудної залози, індивідуальне планування та лікування). Критеріями ефективного лікування були: суб'єктивне зменшення больового відчуття в ареолярній ділянці, об'єктивне пом'якшення грудної залози. Для додаткового контролю не раніше ніж через 6 місяців після курсу ДПТ можливо проведення комп'ютерної томографії (КТ) грудної клітини з оцінкою стану грудних залоз.

Результати та їх обговорення. Більшість оцінених нами досліджень були рандомізовані та повідомляли про ДПТ як ефективний метод профілактичного та/або терапевтичного лікування гінекомастії з масталгією. За даними GRADE, з 146 пролікованих пацієнтів у 141 вдалось зменшити прояви масталгічного синдрому. Прийом тамоксифену 20 мг на добу не виявився ефективнішим як профілактичний та лікувальний варіант. За результатами нашого дослідження у 100% пацієнтів спостерігались зменшення чи зникнення явищ масталгічного синдрому, що було головним критерієм якості терапії. Прояви гінекомастії зменшились у 40% пацієнтів. За результатами контрольної КТ не виявлено жодного негативного впливу на легені при терміні спостереження 12 місяців.

Висновки. Мастодинію, індуковану прийомом антиандрогенів, можна ефективно лікувати радіотерапією без відповідних побічних ефектів. Ці результати дають перспективу призначення ДПТ на початку прийому гормонотерапії для профілактики виникнення гінекомастії.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ІНДИВІДУАЛЬНОМУ ПЛАНУВАННІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

О.В. Сафронова, Т.В. Удатова, Я.В. Кметюк

*КЛ «Феофанія» ДУС
Всеукраїнський центр радіохірургії*

Вступ. При місцево-поширеному раку передміхурової залози (РПЗ) та при наявності протипоказань до оперативного втручання (при локалізованій формі) дистанційна променева терапія (ДПТ) є одним із основних методів лікування. Згідно з рекомендаціями про доцільність ескалації дози ДПТ у пацієнтів, хворих на РПЗ високого ризику, необхідно точно оцінити ступінь поширеності пухлинного процесу.

Мета дослідження: провести співставний аналіз даних, отриманих при біопсії простати та магнітно-резонансної томографії (МРТ) малого таза у пацієнтів, хворих на РПЗ, для визначення груп ризику. Оцінити можливості МРТ при плануванні ДПТ.

Матеріали та методи дослідження. Було впроваджено комплексний підхід для стратифікації 174 пацієнтів, хворих на РПЗ, за групами ризику: оцінка ініціального ПСА, результатів біопсії з уточненням індексу за Глісоном та даних МРТ малого таза для визначення тактики лікування.

Результати та їх обговорення. За даними аналізу рівня ініціального ПСА та даних біопсії, розподіл пацієнтів за групами ризику склав: 24 (13,8%) пацієнти низького ризику, 58 (33,3%) проміжного ризику та 92 (52,9%) високого ризику. При оцінці даних МРТ виявлено співставність у пацієнтів низького та високого ризику та розбіжності в групі проміжного ризику. Незважаючи на відсутність ознак за даними біопсії, при інтерпретації МРТ виявлені: вихід за межі капсули у 8 (14,8%) пацієнтів та наявність інвазії в сім'яні міхурці у 6 (11,1%) хворих, у 4 з них були виявлені зміни в лімфа-

тичних вузлах малого таза (ЛВМТ) вторинного генезу. Тобто, 14 (25,9%) пацієнтам було змінено групу на «високий ризик» та внесені корективи у лікуванні у вигляді ескалації дози (до 80,0 Гр), а також рекомендована пролонгація гормонотерапії (з 6 місяців до 2 років). Дані МРТ використовували для планування ДПТ та вибору режиму фракціонування. У ситуації, коли простата вдавалась у просвіт сечового міхура більш ніж на 0,8 см, а її об'єм перевищував 80 см³ лікування проводилось класичним фракціонуванням з РОД по 2,0 Гр до СОД на простату 76,0–80,0 Гр, при необхідності, опромінювались ЛВМТ. При невеликих розмірах простати лікування проводилось за методикою інтегрованого бусту з РОД на простату 2,5 Гр до СОД 67,5–70,0 Гр (ізоєфективно 76,0–80,0 Гр стандартного фракціонування), за потребою, з одночасним опроміненням ЛВМТ. Діагностична МРТ набагато підвищувала точність оконтурювання у плануючій системі через можливість чіткого розмежування пухлинного вогнища при використанні методики суміщення зображень (fusion).

Висновки. Використання даних МРТ малого таза допомагало у виборі персоналізованої тактики лікування при плануванні променевої терапії через можливість точного оконтурювання запланованого об'єму опромінення, вимірювання об'єму простати та визначення режиму фракціонування дози. У нашому дослідженні у 25,9% пацієнтів була змінена програма лікування: у вигляді ескалації дози променевої терапії (з 76,0 Гр до 80,0 Гр) та зміна строків проведення тривалої гормонотерапії (з 6 місяців до 2 років).

РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ: СТАН ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

З.П. Федоренко, А.Ю. Рижов, О.В. Сумкіна

Національний інститут раку

Рак передміхурової залози відіграє провідну роль в ураженні чоловічого населення України злякисними новоутвореннями. У структурі онкологічної захворюваності ця патологія посідає 2-ге місце і 3-тє місце – у структурі смертності. Стрімке зростання рівня захворюваності та смертності вимагає від системи охорони здоров'я України вжити невідкладні заходи на поліпшення ситуації, що склалася. За уточненими даними Національного канцер-реєстру України за останні 10 років рівень захворюваності на рак передміхурової залози щорічно зростає майже на 5%; у 2016 р. число первинних хворих перевищило 6,9 тис. осіб, або 41,2 на 100 тис. чоловічого населення. Найвищі рівні захворюваності зареєстровано у Кіровоградській, Миколаївській, Херсонській, Черкаській областях та м. Києві (49,1–56,1⁰/₀₀₀₀).

На тлі загальної тенденції зниження смертності від злякисних новоутворень показник смертності від цієї патології зростає майже на 3% щорічно та у 2016 році досяг 19,2 на 100 тис. чоловічого населення, а число померлих перевищило 3,2 тисяч осіб. Співвідношення показників смертності та захворюваності складає 46,7%, тобто на кожні 100 нових випадків раку передміхурової залози припадає 5 випадків смерті від цієї патології.

Прогнозування розвитку онкоепідеміологічного процесу у чоловічій популяції України свідчить, що у найближчі 10 років рівень захворюваності на рак передміхурової залози може зрости у 2 рази, а смертності – у 1,6 разу, тобто число нових випадків захворювання сягне 13 тис., а померлих – 5 тис. осіб на рік.

Аналіз стану надання спеціалізованої онкологічної допомоги в Україні виявив, що на профілактичних оглядах виявляють лише 22,6% хворих на рак передміхурової залози: від 1,7% у

Закарпатській області до 56,6% у м. Київ. Перебічно по Україні у 21,1% випадків рак передміхурової залози виявляють у занедбаній стадії, а в деяких регіонах (Житомирській, Закарпатській, Полтавській, Чернігівській областях) занедбану стадію виявляють у кожного 3-го хворого і кожен 4-й помирає впродовж першого року від часу встановлення діагнозу, що свідчить про незадовільну роботу урологічної служби, низький рівень онкологічної грамотності сімейних лікарів. Спеціальне лікування отримують 71,6% первинних хворих, проте в Житомирській, Закарпатській та Запорізькій областях цей показник не досягає 50%.

Недоліки в організації онкологічної допомоги хворим на рак передміхурової залози суттєво впливають на тривалість їхнього життя: так, якщо в Україні 5-річна виживаність не перевищує 51,9%, то в країнах Європи цей показник досягає 90,0%.

Окремо слід зазначити, що провідну роль у формуванні віддалених результатів лікування відіграє організація диспансерного спостереження, яке дозволяє своєчасно виявити пролонгацію хвороби, виникнення метастазів та т.ін. Нині на обліку онкологічних закладів України перебуває 37,4 тис. хворих на рак передміхурової залози. Між тим встановлено, що рівень спостереження хворих на рак передміхурової залози, зареєстрованих у 2000–2014 рр., не досягає 50%, тобто половина хворих тривалий час не потрапляє в поле зору ані онкологів, ані урологів, ані сімейних лікарів.

Таким чином, рак передміхурової залози залишається однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я України, вирішення якої потребує об'єднання зусиль онкологів, урологів та лікарів сімейної практики з метою мінімізації недоліків в організації лікувально-діагностичного процесу.

ГАЛЕКТИН-3 – МОЖЛИВО НОВИЙ МАРКЕР РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

І.М. Антонян, Ф.Г. Мошель

Харківська медична академія післядипломної освіти

Рак передміхурової залози (РПЗ) є основною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. Постійно здійснюється пошук кращих діагностичних маркерів і терапевтичних мішеней для цього захворювання.

Простат-специфічний антиген (ПСА) сироватки крові вже багато років є маркером раку передміхурової залози та використовується для моніторингу протікання захворювання під час лікування та спостереження за хворими. Однак останніми роками надійність цього маркера під сумнівом через численні хибно позитивні або хибно негативні результати.

Останніми роками увагу дослідників та лікарів привернув маркер Галектин-3, який спочатку використовували як маркер хронічної серцевої недостатності, але враховуючи, що він задіяний у таких біологічних процесах, як уроджений імунітет, процесинг та сплайсинг мРНК, диференціація клітин, ацетилювання, запалення та фіброз, крім того, стимулює ангіонеогенез та метастазування, були зроблені спроби задіяти його в інших напрямках.

Експресія в сироватку крові, а також клітинна та ядерна локалізація Галектину-3 може бути важливим показником для прогностичної оцінки різних видів раку. Вже відомі факти пониження експресії в сироватку крові Галектину-3 при колоректальному раку, з підвищеною цитоплазматичною експресією цього маркера на пізніх стадіях. Існують повідомлення, що

виключення Галектину-3 з ядра корелює з переходом від нормальної слизової до аденоми і аденокарциноми. Злоякісні клітини ендометрію характеризуються зниженням експресії Галектину-3 порівняно з нормальною слизовою оболонкою. Цікаво, що цитоплазматична експресія Галектину-3 в ракових клітинах пов'язана з більш глибокою інвазією міометрію, порівняно з ураженнями, де Галектин-3 знаходився в ядрі. Ядерне виключення та цитоплазматична локалізація Галектину-3 корелюють з прогресуванням онкозахворювання. Зниження регуляції Галектину-3 також спостерігали при карциномі простати.

Існує припущення, що статус розщеплення і рівень Галектину-3 у тканині передміхурової залози та сироватці крові пов'язані з раком передміхурової залози РПЗ. Порівнювалися рівні Галектину-3, що були отримані з сироватки пацієнтів без РПЗ та пацієнтами з метастатичним РПЗ. Дані були підтвержені шляхом аналізу зразків тканини простати. Було доведено, що рівні Галектину-3 в сироватці пацієнтів з метастатичним РПЗ були рівномірно вище у порівнянні з контрольною групою пацієнтів без раку.

Отримані дані свідчать про те, що рівень сироваткового Галектину-3 ймовірно є корисним додатковим до ПСА онкомаркером і може використовуватися як діагностичний та прогностичний інструмент для моніторингу протікання захворювання у пацієнтів з РПЗ.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ІНТРАУРЕТЕРАЛЬНОЇ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОДУ

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

Національний інститут раку

Вступ. Лікування мегауретера (М) є складною проблемою в урології, обумовленою різноманітністю поглядів на етіологію, патогенез і високий рівень (до 50%) незадовільних результатів хірургічного лікування. У першу чергу це стосується

широких сечоводів, які необхідно моделювати до реімплантації. У цих випадках нами був використаний новий метод моделювання сечоводу – інтрауретропластика (ІУ) при уретероцистонеостомії (УЦНС) за Leadbetter–Politano (L–P).

Матеріали і методи дослідження. Оцінено результати 2 різних методів моделювання сечоводу: ІУ і Hendren (Н), що були виконані у клініці з 1976 до 2017 року. За цей період було виконано 110 УЦНС з моделюванням сечоводу. 87 (79,1%) пацієнтів (129 М) підлягали УЦНС з використанням ІУ. 23 (20,9%) хворим (33 М) – виконана УЦНС з моделюванням сечоводу за Н. Вік пацієнта коливався від 2–70 років. Діаметр М був від 1,2 до 4 см. Групи були порівнянні за основними параметрами. У 104 (94,5 %) пацієнтів досліджено віддалені результати моделювання сечоводу.

Хірургічна техніка: сечовід пересікається вище місця звуження, дистальний кінець сечоводу перев'язується. Сечовід переміщується в черевну порожнину і протягом 5–6 см вивертається слизовою оболонкою назовні. Поздовжнім розрізом на 12 та 6 год умовного цирферблата слизова оболонка вивернутої частини сечоводу розсікається. Наступний етап операції: накладання інтрауретерального безперервного вузлового шва – від основи вивернутої частини сечоводу до його кінця. Під час накладання інтраїлеального шва слід зберігати симетричність накладання швів для попередження гофрування сечоводу. Далі сечовід інвагінується в сечовий міхур на задньолатеральну стінку за методикою L–P. Операція закінчується дренажуван-

ням одного або обох сформованих каналів сечоводу сечовідними стентами та дренажуванням сечового міхура уретральним катетером.

Результати та їх обговорення. Порівняльний аналіз різних методів моделювання сечоводу показав позитивні результати ІУ у 76 (92,7%) пацієнтів, у порівнянні з 12 (54,5%) пацієнтами, які підлягли Н методу моделювання сечоводу ($\chi^2=19,4$; $p<0,01$). Позитивні результати ґрунтувалися на відсутності прогресії М; покращення анатомічних і функціональних змін сечоводу і ниркової миски; підвищення або збереження функції нирок; відсутність міхурово-сечовідного рефлюксу; відсутність піелонефриту. Рецидивна обструкція сечоводу спостерігалася у 6 (7,3%) пацієнтів, яким проведено ІУ, і 10 (45,5%) – при моделюванні сечоводу за Н, що потребувало повторної хірургічної корекції.

Висновок. Запропонований спосіб моделювання сечоводу має деякі переваги у порівнянні з технікою Н: збереження м'язового шару та адвентиції сечоводу допомагає зберегти кровопостачання, іннервацію і перистальтику, попереджуючи ішемію і стеноз модельованої частини сечоводу; створення двох каналів у дистальній частині М зменшує його ригідність і сприяє кращому проходженню сечі; інтрауретеральний шов у поєднанні з підслизовим тунелем забезпечують ефективний антирефлюксний механізм.

ЗВ'ЯЗОК ПОЛІМОРФІЗМУ RS3200401 ГЕНА ДОВГОЇ НЕКОДУЮЧОЇ РНК MALAT1 ІЗ РОЗВИТКОМ ОНКОУРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

А.Д. Волкогон

Сумський державний університет

Вступ. Результати досліджень останніх десяти років показали, що довгі некодуєчі РНК (днРНК) відіграють важливу роль в уrogenітальному канцерогенезі шляхом регуляції молекулярних шляхів поділу та трансформації клітин. Одна із найбільш досліджених днРНК у цьому контексті є MALAT1 (metastasis associated lung adenocarcinomatranscript 1). Уперше ця РНК була виявлена як транскрипт, асоційований з метастазуванням у пацієнтів з ранньою стадією недрібноклітинного раку легенів. На сьогодні відомо, що рівень експресії MALAT1 значно підвищується в клітинах раку сечового міхура, нирки та передміхурової залози, індукуючи їх проліферацію, міграцію та покращуючи їх ви-

живання. Зв'язок генетичного поліморфізму MALAT1 із різними варіантами онкологічної патології є менш дослідженим, а роботи щодо вивчення асоціації поліморфних локусів гена MALAT1 із розвитком злоякісних пухлин сечостатевого тракту взагалі відсутні.

Мета дослідження: дослідження зв'язку rs3200401-поліморфізму гена MALAT1 із розвитком раку нирки, раку сечового міхура та раку простати в українській популяції.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні було використано венозну кров 526 осіб (101 пацієнт зі світлоклітинним нирково-клітинним раком (СКНKP), 141 – із перехідноклітинним раком сечового міхура

(ПКРСМ), 184 – із аденокарциномою передміхурової залози (АПЗ) та 100 осіб контрольної групи). Розподіл алелів за rs3200401-сайтом гена MALAT1 визначали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі (Real-time PCR) із використанням 7500 Fast Real-time PCR System (Applied Biosystems, Foster City, США) і Taq-Man Assays (TaqMan®SNP Assay C_3246069_10). Статистичну обробку даних реалізовували із використанням програми SPSS 17.0.

Результати та їх обговорення. Аналіз розподілу генотипів за rs3200401-сайтом гена MALAT1 між хворими із онкоурологічною патологією та особами контрольної групи показав статистично значущу відмінність ($P=0,022$ – для

СКНКР; $P=0,025$ – для ПКРСМ; $P=0,005$ – для АПЗ). Регресійний аналіз показав, що у гомозигот за мінорним Т-алелем ризик настання СКНКР ($OR=0,101$; $P=0,031$) та АПЗ ($OR=0,161$; $P=0,004$) був достовірно меншим, ніж у носіїв основного С-алелю (генотипи СС і СТ). Разом із цим ризик ПКРСМ у носіїв мінорного Т-алелю (генотипи СТ і ТТ) був значущо нижчим, ніж у гомозигот СС ($OR=0,475$; $P=0,008$).

Висновки. Поліморфний сайт rs3200401 гена днРНК MALAT1 пов'язаний із настанням СКНКР, ПКРСМ та АПЗ в українській популяції. Носії мінорного Т-алеля за rs3200401-локусом мають менший ризик розвитку онкоурологічної патології, порівняно із носіями С-алеля.

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ АНАТОМІЧНИХ ТА БІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ НЕТРИМАННЮ СЕЧІ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ: АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

С.В. Головка

Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»

Вступ. Нетримання сечі після виконання радикальної простатектомії (РП), що часто класифікується як постпростатектомічна інконтиненція (ППІ), є суттєвим ускладненням, що призводить до значних страждань хворого. Частота ППІ неоднакова в різних урологічних стаціонарах, що залежить від безпосереднього визначення інконтиненції, ступеня її важкості, рівня страждань хворого та методології визначення її ступеня. Незважаючи на множинні фактори, що впливають на виникнення ППІ, вплив хірургічних методик також відіграє важливу роль в її розвитку.

Мета дослідження: проаналізувати різноманітні анатомічні та біологічні фактори, що лежать в основі ППІ.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведені на основі даних публікацій PubMed та EMBASE з січня 1990 року до травня 2015 року. Після первинного пошуку базу даних склали 77 статей, що відповідали критеріям включення та виключення.

Результати та їх обговорення. Численні автори підтверджують, що нейромускулярні анатомічні елементи та тазова підтримка дійсно впливають на частоту ППІ. Доведено, що неанатомічні та хірургічні елементи також відігра-

ють важливу роль у механізмах розвитку ППІ. Біологічні фактори та передопераційні параметри включали: функціональні зміни сечового міхура, вік, індекс маси тіла (ВМІ), наявність симптомів нижніх сечових шляхів (СНСШ), об'єм простати та онкологічні показники. Численні дослідження наголошують на впливі специфічних анатомічних або хірургічних факторів, що включали явища фіброзу області уретровезикального анастомозу, коротку довжину мембранозної уретри (ДМУ), стриктуру анастомозу, пошкодження нейромускулярних жмутиків, розширена дисекція апексу. Кожен з вказаних факторів мав негативний вплив на статус континенції у хворих після проведеної РП. Наразі продовжуються дослідження щодо аналізу техніки збереження шийки сечового міхура, методик додаткової реконструкції передніх та задніх підтримуючих структур на статус післяопераційної континенції.

Висновки. Грунтуючись на сучасних літературних джерелах, анатомічна підтримка та тазова іннервація є важливими факторами в етіології ППІ. Біологічні/передопераційні фактори, що включають більш похилий вік перед операцією, наявність СНСШ, високий ВМІ, незначну ДМУ та функціональні зміни сечового міхура мають негативний вплив на стан континенції

після РП. Надмірна дисекція апексу простати, пошкодження нейромускулярних жмутиків та післяопераційний фіброз також мають значний негативний вплив на утримання сечі у хворих, яким виконана РП. Збереження шийки сечово-

го міхура та передня фіксація везикоуретрального анастомозу сприяють покращенню частоти континенції. Наразі ще існують дискусії щодо доцільності задньої пельвікальної реконструкції в плані зменшення випадків ППІ.

КОМБІНОВАНІ ОПЕРАЦІЇ В ОНКОУРОЛОГІЇ ВНАСЛІДОК НЕЗВИЧНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗНАХІДОК: ВИПАДОК ЕКТОПІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЗДУХВИННУ КИШКУ У ХВОРОГО З МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИМ РАКОМ ЛІВОЇ НИРКИ

*П.Г. Яковлев¹, Ю.І. Дідківський², С.В. Пакришень²,
В.М. Сагайдак¹, О.А. Черніченко³, І.М. Лещишин¹*

¹ НМУ ім. О. Богомольця, м. Київ

² Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

³ ЦМКЛ, м. Ужгород

Вступ. План онкоурологічної операції може змінитися в зв'язку із інтраопераційними патологічними знахідками, що не були відомі за даними передопераційного обстеження.

Мета дослідження: представити випадок інцидентально виявленої гетеротопії підшлункової залози в здухвинну кишку у хворого, оперованого з приводу раку нирки.

Матеріали та методи дослідження. Хворий П., 49 років, звернувся по медичну допомогу в зв'язку із тривалою загальною слабкістю та періодичною безбольовою гематурією протягом 7 років. При КТ обстеженні виявлена пухлина лівої нирки максимальним розміром 12 см, що субтотально заміщує паренхіму нирки. В сечовому міхурі виявлений дефект наповнення максимальним розміром 6 см, що слабо накопичує контрастну речовину. Віддалених метастазів немає. Передопераційне УЗД пухлини сечового міхура не виявило. З метою виключення мультифокального уротеліального ураження сечовивідних шляхів була проведена уретроцистоскопія з лівобічною уретеропієлоскопією, під час яких даних за гемотампонаду сечового міхура та пухлинне ураження сечовивідних шляхів не отримано.

27.02.2019 року хворому виконана лапаротомія, нефрадреналектомія зліва. При ревізії органів черевної порожнини виявлено пухлиноподібне утворення термінального відділу здухвинної кишки максимальним розміром 2 см, що проростає всю товщу стінки. Утворення щільне, білуватого кольору, має дольчасту будову, без неоваскуляризації по поверхні. Даних за

дивертикул Меккеля виявлено не було. Запідозрена фіброма. З метою запобігання потенційних ускладнень з боку виявленого новоутворення в майбутньому, виконана клиноподібна резекція здухвинної кишки з двошаровим закриттям дефекту. Хворий виписаний в задовільному стані на 7-й післяопераційний день.

Патогістологічний висновок: 1) світлоклітинний нирковоклітинний рак, Фурман 2, з інвазією структур воріт нирки та наднирника; 2) гетеротопія підшлункової залози в здухвинну кишку, екзокринний варіант. У фрагменті кишки представлена слизова оболонка з ознаками атрофії залоз, у підслизовому шарі визначається типова ацинарна тканина екзокринного компонента підшлункової залози дольчастої будови з наявністю множинних нерівномірно розширених вивідних протоків.

Результати та їх обговорення. Ектопія (гетеротопія) підшлункової залози є рідкісним безсимптомним вродженим новоутворенням з обмеженою кількістю публікацій в літературі, яке може проявлятися симптомами гострого живота, кишкової кровотечі, непрохідності або хронічного запалення. Найчастішою локалізацією ектопованої залози є підслизовий шар у стінці шлунка. Проте може бути й в дванадцятипалій, тонкій та, найрідше, у здухвинній кишках. У випадках безсимптомного протікання, ектоповані підшлункові залози виявляються під час операцій на органах черевної порожнини.

Висновок. Представлений випадок виявлення безсимптомної ектопії підшлункової залози

в здухвинну кишку у хворого на рак нирки під час черезочеревинної нефрадреналектомії. Враховуючи потенційну загрозу з боку ектопованої залози у вигляді симптомів гострого живота,

тактика лікування полягає в комбінованому хірургічному видаленні інцидентально виявленої ектопованої залозистої тканини разом із виконанням основної операції.

ЕХІНОКОКОЗ В УРОЛОГІЇ. ПАРАЗИТАРНА КІСТА МАЛОГО ТАЗА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

О.І. Ткаченко, О.М. Чайка, С.Г. Четверіков, В.В. Лисаченко

*Центр реконструктивної та відновної медицини
Одеського національного медичного університету*

Вступ. Ехінококоз – важке хронічне паразитарне захворювання. Рання діагностика і лікування пацієнтів з ехінококовим ураженням є актуальною проблемою донині. Південь України є ендемічним регіоном на ехінококоз, особливо висока поширеність у сільських районах Бессарабії і Буджака (Ізмаїльський, Болградський, Тарутинський, Саратський, Татарбунарський, Ренійський райони).

Мета дослідження: освітити клінічний випадок діагностики і лікування пацієнта з урологічними ускладненнями з паразитарної ехінококової кісти малого таза.

Матеріали і методи дослідження. Хворий А., 1981 р.н., звернувся до університетської клініки ОНМедУ зі скаргами на неможливість самостійного сечовипускання протягом 12–14 годин, тягучі болі в поперековій ділянці та над лоном, збільшення в розмірах нижніх відділів живота. Скарги зазначав протягом 6 міс. Пацієнт проживав в одному з південних районів Одеської області. З анамнезу: у 2008 році хворому була виконана операція з приводу дисемінованого ехінококозу черевної порожнини. Надалі амбулаторно не спостерігався.

При первинному огляді: живіт збільшений в об'ємі. Сечовий міхур перкуторно над лоном +13 см. Симптом «постукування» слабопозитивний з обох сторін. За даними ультразвукового дослідження (УЗД): ознаки двостороннього уретерогідронефрозу, затримки сечі. Об'єм сечового міхура – 1800 мл. Передміхурова залоза без особливостей. З огляду на дані обстеження пацієнту встановлено уретральний катетер – сечі не отримано. Було вирішено виконати комп'ютерну томографію (КТ) органів заочеревинного простору, черевної порожнини,

малого таза, органів грудної клітки. Висновок: КТ-ознаки паразитарної кісти малого таза великих розмірів. Двобічний уретерогідронефроз. Паразитарні кісти очеревини, печінки, заочеревинного простору. Беручи до уваги ці дані, стало зрозуміло, що причиною порушення уродинаміки є гігантська ехінококова кіста малого таза.

Результати та їх обговорення. Пацієнту було виконано втручання в обсязі: «Лапаротомія. Резекція паразитарної кісти порожнини малого таза. Ехінококектомія печінки, черевної порожнини, заочеревинного простору». У ході втручання була візуалізована кіста порожнини малого таза, що заповнювала майже весь його обсяг, відтісняючи навколишні органи. Сечовий міхур деформований, його об'єм склав 1700 мл. Проведена пункція кісти, знезараження її порожнини розчином «Бетадину», видалення хітинових оболонок аспіратором та періцистектомія 40% об'єму стінок кісти. Після мобілізації органів малого таза інтраопераційно по уретральному катетеру з'явилася сеча. Далі за аналогічною технікою були видалені паразитарні кісти у печінці та у заочеревинному просторі. Також було виконано холецистектомію. Післяопераційний період протікав без ускладнень. За даними контрольного УЗД сечових шляхів відзначалося повне відновлення уродинаміки.

Висновки. Продемонстрований клінічний випадок підкреслює необхідність диспансеризації, раннього виявлення та специфічного гельмінтозного лікування пацієнтів, які проживають в ендемічних регіонах. Це дозволяє профілактувати виникнення запущених випадків ехінококозу, що призводить до повторних операцій і нерідко до інвалідизації пацієнтів.

КАСТРАЦИОННО-РЕЗИСТЕНТНЫЙ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ

В.Н. Лесовой, Г.Г. Хареба, Д.В. Шукин, В.В. Ханжин

*Харьковский государственный медицинский университет
Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шановала*

Введение. Рак простаты является самым частым новообразованием у мужчин Северной Америки, Европы и некоторых регионов Африки. Ежегодно в мире регистрируют примерно 1,1 млн. новых случаев этого онкологического заболевания и более 300 тыс. летальных исходов от данной патологии [1]. В Европе в структуре смертности мужчин от злокачественных новообразований РПЖ занимает второе место после рака легкого (около 70 тыс. смертей в 2013 г.) [2].

У пациентов с впервые выявленным метастатическим РПЖ либо с рецидивом после проведенного радикального лечения традиционно используется гормональная терапия (ГТ), как наиболее эффективный метод паллиативного лечения. В конечном итоге на фоне ГТ заболевание прогрессирует, несмотря на снижение уровня тестостерона до посткастрационных значений (<50 нг/дл или 1,7 нмоль/л) [3].

Кастрационно-резистентный РПЖ (КРРПЖ) – форма заболевания, характеризующаяся прогрессией опухоли (повышение уровня ПСА и/или радиологическая прогрессия) на фоне посткастрационного уровня тестостерона в сыворотке крови пациента [4]. Следует различать термины «кастрационно-резистентный» и «гормон-рефрактерный» РПЖ. Кастрационно-резистентный РПЖ – процесс, рефрактерный к кастрационной терапии, но сохраняющий чувствительность к гормонам и отвечающий на гормональную терапию 2-й линии. Определение «гормон-рефрактерный» рак используется для описания процесса, резистентного к воздействию гормонов и любым вариантам гормональной терапии.

Для КРРПЖ характерно быстрое прогрессирование заболевания. Медиана ожидаемой продолжительности жизни у пациентов с метастатическим КРРПЖ (мКРРПЖ) составляет менее 3 лет, а в случае неэффективности 2 линий терапии – менее 1 года [5]. Остановить стремительное прогрессирование заболевания, продлить жизнь пациента с максимально возможным качеством жизни – основная цель лечения. В настоящее время для этой популяции пациентов

существует необходимость значительного улучшения эффективности лечения.

Препараты для лечения КРРПЖ. Первоначально у пациентов с КРРПЖ изучался доцетаксел, цитотоксический препарат из группы ингибиторов микротрубочек. Было показано увеличение медианы общей выживаемости примерно на 3 месяца по сравнению с терапией митоксантроном и преднизолоном. В 2005 году на основе анализа результатов выживаемости, комбинация доцетаксел 75 мг/м² + преднизолон принята в качестве стандарта лечения КРРПЖ. После регистрации доцетаксела при мКРРПЖ для использования по данному показанию были одобрены еще 5 лекарственных препаратов: абиратерон, энзалутамид, кабазитаксел, сипулейцел-Т, альфарадин (радий-223).

Абиратерон – ингибитор фермента цитохрома Р45017А1. Механизм его действия связан с ингибированием синтеза андрогенов за счет блокирования активности 2 ферментов в пути синтеза тестостерона в яичках, надпочечниках и в опухоли предстательной железы. Таким образом, абиратерон опосредованно воздействует на ось регуляции андрогенных рецепторов (АР) путем полной блокады синтеза тестостерона. Абиратерон в комбинации с преднизолоном сравнивали с монотерапией преднизолоном у пациентов с мКРРПЖ во 2-й линии после ранее проведенного лечения доцетакселом. Было показано статистически достоверное увеличение ОВ (медиана ОВ 14,8 мес. против 10,9 мес.) [6].

Энзалутамид – таргетный блокатор АР, направлен на ингибирующий все основные этапы пути передачи сигнала АР в опухолевой клетке, включая конкурентное связывание с АР, ингибирование ядерной транслокации АР из цитоплазмы в ядро, а также последующее связывание в ядре АР с ДНК, которое предупреждает модуляцию экспрессии генов. Использование энзалутамида, в отличие от всех остальных препаратов, применяемых при мКРРПЖ, не требует сопутствующего применения стероидов. Результаты исследования энзалутамида во 2-й линии после терапии доцетакселом по сравнению с

плацебо показали статистически достоверное увеличение ОВ у пациентов с мКРРПЖ (медиана ОВ 18,4 мес. против 13,6 мес.) [7].

Кабазитаксел – ингибитор микротрубочек следующего поколения после доцетаксела, который в комбинации с преднизолоном сравнивали с митоксантроном и преднизолоном у пациентов с мКРРПЖ во 2-й линии после проведенного лечения доцетакселем. Было показано статистически достоверное увеличение ОВ (15,1 мес. против 12,7 мес.). Также положительные результаты были получены по радиологической выживаемости без прогрессирования и время до ПСА-прогрессирования. Самыми частыми клинически значимыми нежелательными явлениями III и IV степеней тяжести в группе кабазитаксела были нейтропения и диарея [8]. Применение кабазитаксела при мКРРПЖ ограничено только 2-й линией (после неэффективности доцетаксела), так как сравнительное исследование с доцетакселем в 1-й линии терапии не выявило различий в эффективности между препаратами (медиана ОВ 25,2 мес. против 24,3 мес. (исследование FIRSTANA) [9]. При этом кабазитаксел является самым токсичным из всего спектра одобренных препаратов.

Сипулейцел-Т (Provence®) – активная аутологичная клеточная вакцина, показал увеличение медианы общей выживаемости (ОВ) на 4,1 мес. В настоящее время сипулейцел-Т – единственный одобренный вариант иммунотерапии при РПЖ (в пределах США) у пациентов с бессимптомным или малосимптомным заболеванием [10].

Радий-223. Для больных КРРПЖ с множественными симптомными метастазами в кости скелета существует радиофармацевтический препарат дихлорид радия-223 (Альфарадин), таргетно воздействующий на костную ткань. Встраиваясь в зоны повышенной активности остеокластов (опухолевый очаг) подобно кальцию, Ra-223 способствует поломкам в структуре ДНК опухолевых клеток, приводя к выраженному местному цитотоксическому эффекту на метастатические очаги. Таким образом, радий-223 способствует не только элиминации опухоли, но и восстановлению и сохранению нормальной костной структуры, предотвращая развитие костных осложнений [11]. Радий-223 вводится внутривенно из расчета массы тела пациента с интервалом каждые 4 нед. Полный курс составляет 6 введений. При исследованиях, медиана ОВ больных составила 14,9 при терапии радием-223 и 11,3 мес. при применении плацебо. В отличие от стронция-89 и самария-153, Ra-223 является

излучателем альфа-частиц у которых дистанция распространения в тканях меньше, чем у бета-частиц. Период полураспада Ra-223 – 11,4 дня. Большая линейная энергия в сочетании с меньшей проникающей способностью альфа-излучения обуславливает локальную противоопухолевую эффективность, но шадящее воздействие на костный мозг [12]. Стронций-89 и самарий-153, напротив, ассоциированы с выраженной гематологической токсичностью.

Выбор метода лечения КРРПЖ. Наличие ряда препаратов предполагает их последовательное применение. Проведение нескольких линий терапии позволяет замедлить прогрессирование заболевания и достичь максимального преимущества в выживаемости. Все из перечисленных выше препаратов, кроме кабазитаксела, разрешены для применения в 1-й линии терапии мКРРПЖ [13]. Проспективные исследования по сравнению этих препаратов не проводились, поэтому четкие рекомендации по последовательной терапии мКРРПЖ в стандартах ведущих мировых онкологических организаций отсутствуют [14].

В настоящее время последовательность лечения главным образом определяется выбором врача. При выборе препарата для лечения необходимо учитывать общее состояние здоровья пациента, характер сопутствующих заболеваний, симптомы заболевания, степень распространенности опухолевого процесса, предпочтения пациента, доступность препарата и предшествующее лечение кастрационно-чувствительного метастатического рака предстательной железы [15].

Практические руководства в США и Европейском Союзе говорят, что целью терапии является обеспечение как можно более долгого максимально возможного уровня качества жизни [16]. В этих руководствах предлагается использовать новые гормональные препараты (абиратерон и энзалутамид) в качестве терапии 1-й линии у пациентов с бессимптомным или малосимптомным заболеванием. Вместе с тем пациенты с наличием выраженных симптомов, а также с заболеванием, устойчивым к гормональным препаратам, должны получать цитостатическую терапию. При этом нет данных, определяющих оптимальную последовательность лечения. Выбор между гормональной терапией и химиотерапией таксанами в качестве лечения 2-й линии остается неопределенным.

Несмотря на доказанную пользу в отношении выживаемости, общее использование химиотерапии на основе доцетаксела у пациентов с мКРРПЖ в странах с развитой экономикой

остається низким в зв'язі з проблемами переносимості, а також нежеланим пацієнтів отримувати цитостатики при доступності нових гормональних препаратів. Результати проведених в Швеції та Великобританії досліджень показали, що лише около 20% пацієнтів, які померли від РПЖ, отримували доцетаксел. Доцетакселом лічилися більш молоді пацієнти з меншим числом супутуючих захворювань [17]. В США частота лікування доцетакселом була на рівні около 40%, тоді як у похилих пацієнтів цей показник склав лише 16% [18].

Таким чином, якщо у пацієнта в анамнезі вже зазначено застосування доцетаксела, вибір в 1-й лінії походження між абіратероном, ензалутамідом, кабазитакселом та радіем-223.

Виходячи з вищесказаного, ензалутамід та абіратерон мають дуже важливе значення в лікуванні КРРПЖ. Вибір між антиандрогенами нового покоління дуже актуальний. По даним W. Zhang та співавт., які провели системний огляд літератури та непрямий порівняльний аналіз абіратерона та ензалутаміда, останній має потенційне переваження перед абіратероном за більшістю вторинних кінцевих пунктів дослідження [19]. Однак окрему кате-

горію представляють пацієнти з висцеральними метастазами. Більшість експертів висловилися на користь застосування абіратерона у всіх пацієнтів незалежно від лінії терапії при наявності висцеральних метастазів [20].

Висновки. В даний час існує гостра необхідність у нових методах лікування КРРПЖ, оскільки наявні препарати не демонструють бажаної ефективності.

На даний момент виділяють наступні основні проблеми в лікуванні КРРПЖ:

- не визначено оптимальна послідовність застосування препаратів;
- немає даних про їх комбіноване застосування;
- немає проспективних досліджень порівняння препаратів;
- існують серйозні проблеми з переносимістю лікування;
- особисті уподобання лікаря, пацієнта та питання вартості лікування сильно впливають на рішення про майбутню терапію;
- зазвичай, недоступні індивідуальні маркери прогнозу захворювання;
- існують проблеми з діагностикою виду резистентності (первинна, перехрестна або набута).

Список литературы

1. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013. Available at: <http://globocan.iarc.fr>.
2. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin* 2016;66(1):7–30. DOI: 10.3322/caac.21332. PMID: 26742998.
3. Kirby M., Hirst C., Crawford E.D. Characterising the castration-resistant prostate cancer population: a systematic review. *Int J Clin Pract* 2011;65(11):1180–92. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2011.02799.x. PMID: 21995694.
4. Scher H.I., Morris M.J., Stadler W.M. et al. Trial design and objectives for castration-resistant prostate cancer: updated recommendations from the prostate cancer clinical trials working group 3. *J Clin Oncol* 2016;34(12):1402–18. DOI: 10.1200/JCO.2015.64.2702. PMID: 26903579.
5. Roviello G., Petrioli R., Laera L., Francini E. The third line of treatment for metastatic prostate cancer patients: options or strategy? *Crit Rev Oncol Hematol* 2015;95(3): 265–71. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2015.04.010. PMID: 26052050.
6. Ryan C.J., Smith M.R., Fizazi K. et al. Abiraterone acetate plus prednisone versus placebo plus prednisone in chemotherapy-naïve men with metastatic castration-resistant prostate cancer (COU-AA-302): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Lancet Oncol*.
7. Scher H.I., Fizazi K., Saad F. et al. Increased survival with enzalutamide in prostate cancer after chemotherapy. *N Engl J Med* 2012;367(13):1187–97. DOI: 10.1056/NEJMoa1207506. PMID: 22894553.
8. de Bono J.S., Oudard S., Ozguroglu M. et al. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. *Lancet Oncol* 2010;376(9747):1147–54. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61389-X. PMID: 20888992.
9. Oudard S., Fizazi K., Sengeluv L. et al. Cabazitaxel versus docetaxel as first-line therapy for patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: a randomized phase III trial – FIRSTANA. *J Clin Oncol* 2017;35(28):3189–97. DOI: 10.1200/JCO.2016.72.1068. PMID: 28753384.

10. Kantoff P.W., Higano C.S., Shore N.D. et al. Sipuleucel-T immunotherapy for castration-resistant prostate cancer. *N Engl J Med* 2010;363(5):411–22. DOI: 10.1056/NEJMoa1001294. PMID: 20818862.
11. Suominen M.I., Fagerlund K.M., Rissanen J.P. et al. Radium-223 inhibits osseous prostate cancer growth by dual targeting of cancer cells and bone microenvironment in mouse models. *Clin Cancer Res* 2017;23(15):4335–46. DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-16-2955. PMID: 28364014.
12. Henriksen G., Fisher D.R., Roeske J.C. et al. Targeting of osseous sites with alphaemitting 223Ra: comparison with the betaemitter 89Sr in mice. *J Nucl Med*. 2003;44(2):252–9. PMID: 12571218.
13. Mottet N., van den Bergh R.C.N., Briers E. EAU–ESTRO–ESUR–SIOG Guidelines on Prostate Cancer. *European Association of Urology* 2017. P. 145.
14. Маркова А.С., Мамвеев В.Б., Назранов Б.М. Последовательная терапия метастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы: новые возможности. *Онкоурология*. 2018;14(3):120–127.
15. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)/Prostate cancer/version 4.2018. August 15, 2018.
16. Heidenreich A., Bastian P.J., Bellmunt J. et al. EAU guidelines on prostate cancer. Part II: treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer. *Eur Urol* 2014;65(2):467–79. DOI: 10.1016/j.eururo.2013.11.002. PMID: 24321502.
17. Lissbrant I.F., Garmo H., Widmark A., Stattin P. Population-based study on use of chemotherapy in men with castration resistant prostate cancer. *Acta Oncol* 2013;52(8):1593–601. DOI: 10.3109/0284186X.2013.770164. PMID: 23427879.
18. Lafeuille M.H., Gravel J., Grittner A. et al. Real-world corticosteroid utilization patterns in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer in 2 large US administrative claims disease. *Am Health Drug Benefits* 2013;6:307–16.
19. Zhang W., Wu T.U., Chen Q. et al. Indirect comparison between abiraterone acetate and enzalutamide for the treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer: a systematic review. *Asian J Androl* 2017;19(2):196–202. DOI: 10.4103/1008-682X.178483. PMID: 27212123.
20. Gillessen S., Omlin A., Attard G. et al. Management of patients with advanced prostate cancer: recommendations of the St Gallen Advanced Prostate Cancer Consensus Conference (APCCC) 2015. *Ann Oncol* 2015;26(8):1589–604. DOI: 10.1093/annonc/mdv257. PMID: 26041764.

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОМАСТИИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ МУЖЧИН

И.М. Русинко

КУ «Днепро́вская городская больница №12» ДГС

Гинекомастия – видимое на глаз или пальпируемое увеличение молочных желез у мальчиков и мужчин, вызванное гиперплазией (разрастанием) преимущественно железистой и стромальной ткани – впервые описана в 1771 году Lenehin. Название происходит от латинских слов *gynē* – женщина и *mastos* – грудь.

Гинекомастия может быть физиологической и патологической, двусторонней (симметричной или асимметричной) и односторонней.

На развитие и функцию молочных желез оказывают влияние андрогены, эстрогены, соматотропный гормон, пролактин (ПРЛ), гонадо-

тропные гормоны гипофиза. Физиологическая гинекомастия наблюдается у новорожденных и у здоровых мальчиков в пубертатном периоде.

Гинекомастия новорожденных объясняется действием материнских и плацентарных эстрогенов и исчезает через несколько недель.

Пубертатная гинекомастия развивается у 50–70% мальчиков в период полового созревания и обычно проходит через 1–2 года.

Патологическая гинекомастия может быть обусловлена нарушениями синтеза, секреции или действия мужских половых гормонов, избыточной секрецией женских половых гормонов и воздействием лекарственных средств.

Гинекомастию могут вызывать опухоли яичек и надпочечников, секретирующие женские половые гормоны.

Псевдогинекомастией называют увеличение молочных желез, обусловленное разрастанием жировой клетчатки в молочных железах либо опухолью молочных желез.

Клинически различают четыре степени гинекомастии: I степень — минимальная субареолярная узловатость; II степень — субареолярное уплотнение менее диаметра ареолы; III степень — уплотнение, равное диаметру ареолы; IV степень — уплотнение, превышающее диаметр ареолы. По размерам гинекомастию условно делят на умеренную, среднюю, выраженную. Рассчитывают ее размеры по формуле: $D \cdot H$, где D — окружность железы (см), H — высота железы (см), и обозначают условными единицами: умеренная — до 6; средняя — от 6 до 10; выраженная — более 10 у.е.

Пубертатную персистирующую гинекомастию следует отнести к патологическим состояниям. После завершения пубертации сохраняется увеличение молочных желез, которое плохо поддается консервативному лечению и нередко требует хирургического вмешательства. Вряд ли можно согласиться с литературными данными о ее распространенности — 5–8 из 100 тыс. мальчиков. Ведь в настоящее время у 1/3 взрослых мужчин встречается гинекомастия, которая характеризуется пролиферацией стромы и протоков молочной железы. В связи с нарастанием отрицательного влияния экологических, патофармакологических и других факторов вероятность персистенции пубертатной гинекомастии в последнее время существенно возрастает. Важно подчеркнуть, что 20–60% случаев рака молочной железы у мужчин развивается на фоне гинекомастии. У подростков с персистенцией гинекомастии всегда наблюдаются отклонения полового развития, можно выделить четыре клинико-патогенетических варианта: нормопубертатная, гипопубертатная, гиперпубертатная, фемининопубертатная гинекомастия (Луценко, 1991).

Под нашим наблюдением находились 85 пациентов, у которых на фоне адипозогенитальной дистрофии отмечались явления вторичного гипогонадизма и гинекомастии. Пациенты получали комплексное лечение в возрасте 14–15 лет, направленное на устранение явлений гипогонадизма и гинекомастии. Обычно подросткам при выраженной пубертатной гинекомастии назначают лечение бромкриптином или его аналогами. Ясно, что агонисты дофамина дадут положительный эффект только при гиперпролактинемическом варианте пубертатной гинеко-

мастии; терапевтическая коррекция гормональных нарушений, перечисленных выше, должна строиться дифференцированно. При нормопубертатном варианте надо снижать интенсивность процессов ароматизации андрогенов и уменьшить синтез Э2. Тиамин бромид ингибирует ароматазу. Показано лечение витамином B_1 по 1 мл внутримышечно через день, курс — 20–30 инъекций. Его хорошо сочетать с внутримышечным введением аевита по 1 мл через день — всего 20 инъекций (аевит — стимулятор секреции андрогенов). Через 2 месяца лечение рекомендуется повторить — всего проводят 3 курса. Применяют антиэстрогенные препараты: кломифенцитрат по 50–100 мг в сутки (в зависимости от массы тела), курс — 10 дней; всего 3 курса с промежутками 1–3 месяца. Используют в качестве антиэстрогена тамоксифен, который обладает способностью конкурентно связываться с эстрогенными рецепторами в молочных железах, тем самым блокируя действие Э2; доза препарата 10–30 мг в сутки, сроки лечения 4–6 месяцев. Как считают многие авторы, другие препараты, применяемые с антиэстрогенной целью (даназол, дигидротестостерон, тестолактон), имеют больше, чем тамоксифен, побочных эффектов.

При гипопубертатном варианте необходимо усиливать продукцию тестостерона. Это достигается применением стероидных анаболических гормонов в сочетании с галидором по 0,1 на ночь в течение 45 дней. Галидор ингибирует серотонин, в том числе в гипоталамусе, и усиливает действие андрогенов. Курс лечения следует 3 раза повторять через 2 месяца. В последнее время для лечения гипопубертатной гинекомастии стали применять препараты цинка сульфата по 30–90 мг в сутки. Препарат не только стимулирует эндогенную секрецию андрогенов, но и активизирует их трансформацию в 5-(дигидротестостерон).

При гиперпубертатном варианте надо ингибировать образование ПРЛ. Открыто свойство витамина B_6 повышать активность рецепторов дофамина, усиливать действие эндогенного дофамина, тем самым снижать уровень ПРЛ. Курс лечения витамином B_6 проводят по 20 инъекций через день; через 2 месяца инъекции повторяют — всего 3 курса. В последующем при недостаточной эффективности лечения и высоких показателях уровня ПРЛ в крови необходимо назначать бромкриптин под контролем уровня в крови ПРЛ.

При фемининопубертатном варианте цель лечения — увеличить секрецию эндогенных гонадотропинов. Это достигается воздействием на

гипоталамо-гипофизарный комплекс: аминокислотами (глутаминовая, пирарцетам, глицин и т.д.), улучшением церебрального кровообращения (актовегин, инстенон, кавинтон), назначением макроэргов, витаминов (АТФ, В₆ по 20 инъекций на курс), физиотерапевтическим воздействием (электрофорез с йодистым калием). Назначается субкалорийная диета (из-за периферического стероидогенеза, который в еще большей степени тормозит секрецию гонадотропинов, без снижения массы тела невозможно добиться значительного улучшения состояния и уменьшения размера молочных желез).

Опыт показывает, что наилучший эффект лечения наблюдается при нормопубертатном варианте, наихудший – при гипопубертатном. Кроме того, эффективность возрастает, если лечение начинают до 15-летнего возраста. Выраженная гинекомастия слабо поддается консервативному лечению, о чем приходится сразу предупреждать юношей и их родителей и психологически подготавливать к необходимости оперативного вме-

шательства. Следует отметить, что часто после оперативного лечения остаются грубые, яркие келоидные рубцы. Они обезображивают кожу грудной клетки, что еще больше усугубляет депрессию у юношей. Поэтому для избежания этого нежелательного осложнения необходимо экстирпацию молочных желез проводить через разрезы, сделанные вплотную к ареолярному кружку или в подмышечной области. Рубцы в первом случае бывают тонкими, нежными, а во втором незаметными. У 15 пациентов в возрасте 20–24 года, у которых была неэффективная консервативная терапия, нами выполнена подкожная околоареолярная мастэктомия. Во всех случаях послеоперационные рубцы нежные и малозаметные.

Учитывая, что гинекомастия подростков и молодых мужчин – важная этическая и медицинская проблема, такие пациенты должны длительно находиться под наблюдением у уролога и эндокринолога, получать консервативную терапию, и по показаниям – оперативное вмешательство.

ОЛЕОГРАНУЛЕМА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПАННИКУЛИТА. ТАКТИКА УРОЛОГА

И.М. Русинко

КУ «Днепровская городская больница № 12» ДГС

Панникулит – это воспалительное неинфекционное заболевание, поражающее мягкие ткани человека, то есть, подкожную (или рыхлую) клетчатку. Панникулит имеет много названий – флегмона, гиподермит, жировая гранулема или просто воспаление подкожной клетчатки.

К данному заболеванию могут привести стафилококки, стрептококки или другие бактерии. Несмотря на то, что панникулит обычно возникает в тканях под кожей, это воспаление может возникнуть и в тканях под слизистой оболочкой, вокруг мышечных пучков или вокруг различных органов.

Одну из тяжелых форм панникулита называют рожей или рожистым воспалением. Однако самую тяжелую форму панникулита называют некротизирующим фасциитом. Это крайне опасное состояние, которое характеризуется достаточно высоким уровнем смертности. Как выражаются некоторые специалисты, при этом состоянии «бактерии буквально съедают человека живьем». При наличии некротизирующего пан-

никулита бактерии действительно распространяются крайне быстро. Это состояние относится к разряду чрезвычайно редких патологий.

В особо тяжелых случаях данного заболевания (в частности некротизирующем фасциите) может потребоваться хирургическое вмешательство, в рамках которого производится разрез кожи, через который удаляется гной и пораженная омертвевшая ткань.

В особо тяжелых случаях последствия могут проявляться в таких состояниях, как гангрена (некроз или омертвление тканей, развивающееся непосредственно в организме больного); общее заражение крови (сепсис); менингит (если панникулит поразил лицевую зону), а также воспаление лимфатических сосудов (лимфангит). Чтобы не допустить развития состояния до таких крайне опасных стадий, необходимо при первых подозрениях на панникулит обратиться к доктору.

Примером панникулита средней и тяжелой степеней тяжести является олеогранулема наружных мужских половых органов.

Под олеогранулемой наружных половых органов принято понимать хронический неспецифический воспалительный процесс в подкожной клетчатке и дерме полового члена, мошонки и надлобковой области, обусловленный преднамеренным введением в ткани полового члена различных маслянистых веществ.

Развивающиеся в месте введения инородных веществ очаги хронического неспецифического воспаления ведут к образованию инфильтратов в подкожной клетчатке и фасциях наружных половых органов, которые со временем, нарушая лимфо- и кровообращение в дермальном слое кожи, обуславливают развитие слоновости, трофических язв, рубцовых деформаций, опухолевидных образований. Возникшие изменения в свою очередь ведут к нарушению копулятивной функции, что заставляет пациентов обращаться за медицинской помощью.

Особенностью клинического течения олеогранулематозного процесса является его склонность со временем к распространению на другие отделы наружных половых органов (корень полового члена, мошонку, промежность и надлобковую область). Олеогранулематозные инфильтраты, образовавшиеся в подкожной клетчатке, еще в большей мере усугубляют нарушение лимфо- и кровообращения в области полового члена и резко ухудшают клиническое течение заболевания. Это обстоятельство позволяет говорить об олеогранулеме не только полового члена, но и наружных половых органах в целом.

Использование маслянистых веществ приводит к рубцовой деформации, изъязвлению кожи полового члена, так как гель или иное вещество после введения вызывают острое воспаление. Развиваются приобретенные искривления полового члена, эректильная дисфункция. Травмы полового члена у пациентов с олеогранулемой могут приводить к гнойно-воспалительным процессам и вторичной инфекции. Осложнения могут проявляться не сразу после введения веществ, а через значительный промежуток времени — 10–12 лет. Введенное маслянистое вещество распространяется между кожным покровом и оболочками пениса, действительно увеличивая размеры органа. Но через некоторое время ткани вступают в реакцию, вызывающую искривление пениса. Вводимое вещество вызывает аллергию, воспаление и нагноение.

В развитии олеогранулемы выделяют несколько стадий (Н.А. Лопаткин и соавт., 1998):

- продуктивную;
- кистозную;

- гиалиноза;
- лимфатического отека.

Процесс формирования олеогранулемы распространяется на мошонку, паховую и лобковую области, мочеиспускательный канал. Инфильтративное поражение соседних участков делает патологию по характеру роста сходной со злокачественными опухолями. Исходя из степени поражения кожи и распространенности фиброза, выделяют три формы заболевания (В.Н. Лесовой и соавт., 1998):

- легкая форма (1-я степень), когда гранулематозный инфильтрат захватывает дистальную часть пениса, поражая крайнюю плоть, венечную борозду, препуциальный мешок;
- тяжелая форма (2-я степень) — асептический фиброз поражает кожу и подкожную клетчатку пениса на всем протяжении, распространяясь на мошонку и лобковую область;
- свищевая форма (3-я степень), когда на фиброзно измененной коже пениса имеются инфицированные раны, язвы, свищи.

Диагноз олеогранулемы пениса основывается на данных анамнеза и осмотра. При этом обязательно требуется исключить венерические заболевания, гепатит С, СПИД и злокачественные опухоли. Основной контингент пациентов с олеогранулемой пениса — это бывшие заключенные и демобилизованные воины.

Клинические проявления заболевания во многом зависят от места введения маслянистых веществ. При проведении инъекций в среднюю треть крайней плоти на 8–12-й неделе заболевания половой член представляется булавовидно утолщенным за счет инфильтрации крайней плоти и кожи дистальных отделов полового члена. Кожа имеет буровато-синюшный цвет, с желтоватым оттенком в местах олеогранулематозных инфильтратов, при пальпации плотная, утолщена, болезненная. Иногда в центре инфильтратов определяются очаги размягчения, свищевые ходы с выделением серозно-геморрагической маслянистой жидкости. Развивающийся на фоне воспаления лимфангоит и лимфостаз в сочетании с инфильтративно-язвенными изменениями в коже крайней плоти вызывают возникновение вторичного рубцово-язвенного фимоза. Введение веществ в основание крайней плоти, как правило, приводило в дальнейшем к развитию парафимоза. Введение вазелина под кожу дистального отдела полового члена приводит к развитию плотных инфильтратов в стволовой части пениса, более быстрому возникновению тяжелой и узлов по ходу тыльных сосудов, распространению инфильтратов в клетчатку корня полового

члена, мошонки, надлобкову область. Половой член в этих случаях значительно утолщен, деформирован рубцами от бывших и имеющихся изъязвлений. Увеличение регионарных паховых лимфатических узлов наблюдалось у лиц с нагноением олеогранулем и наличием изъязвлений.

Под нашим наблюдением находились 32 пациента с олеогранулемой пениса в возрасте от 22 до 48 лет. 24 пациента — бывшие заключенные и 8 — отслужившие срочную службу в армии. У 8 пациентов была диагностирована легкая форма олеогранулемы, у 12 — тяжелая форма, у остальных 12 — свищевая форма заболевания. У 16 пациентов произведено хирургическое удаление олеогранулематозных инфильтратов и поврежденных тканей в один этап с последующим замещением дефекта кожи пениса. Очень важным моментом оперативного вмешательства является оставление как можно большего лоскута внутреннего листка крайней плоти. У 3 пациентов выполнена операция по Райху в модификации В.Н. Лесового в один этап с хорошими отдаленными результатами. У 13 пациентов мы заместили дефект кожи пениса свободным кожным лоскутом, полученным из паховых областей. Кожные лоскуты накладывали

на пенис без натяжения, фиксируя все его края отдельными узловыми кетгутowymi и викриловыми швами. Послеоперационное течение у всех пациентов было без особенностей. У трех пациентов отмечен краевой некроз пришитого лоскута кожи, который после иссечения краев хорошо заэпителизировался. Отдаленные результаты у всех прооперированных пациентов благоприятные. У них исчезло ложное искривление пениса, восстановилась эрекция и появилась возможность полноценной половой жизни. Мы считаем, что консервативное лечение при олеогранулемах не только не эффективно, но и порочно. Поэтому все виды рассасывающей терапии должны применяться в раннем послеоперационном периоде с целью уменьшения рубцовых деформаций и ликвидации перифокальных воспалительных изменений. Консервативное лечение в предоперационном периоде допустимо только при наличии резко выраженных воспалительных явлений (гнойный баланопостит, инфицирование трофических язв, рожистое воспаление кожи полового члена). Данное лечение должно быть не продолжительным (2–3 недели). Его цель — снятие острых воспалительных явлений в зоне предстоящего оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ХІРУРГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПУХЛИНАМИ ЄДИНОЇ НИРКИ

В.М. Лісовий^{1,2}, Д. В. Шукін^{1,2}, Г.Г. Хареба^{1,2}, М.М. Поляков^{1,2}, І.М. Антонян³, Р.В. Стецишин^{2,3}, А.І. Гарагатий¹, П.В. Мозжаків², В.О. Лийченко²

¹ Харківський національний медичний університет

² КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»

³ Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Хірургічне лікування пацієнтів з пухлинами єдиної нирки є одним з найскладніших розділів онкологічної урології. Ми провели ретроспективний аналіз клініко-морфологічних параметрів цих новоутворень, технічних особливостей їх видалення, рівня періопераційних ускладнень і віддалених результатів.

Матеріали і методи дослідження. До дослідження були залучені 40 (3,5%) з 1150 пацієнтів, що оперувалися з приводу пухлин нирок упродовж останніх 10 років. Середній вік хворих складав 64,2±9,4 року. У всій вибірці переважали чоловіки (28/12). У 37 (92,5%) спостереженнях хворі страждали на нирково-клітинний рак, у 2 (5%) випадках мали місце ниркові ангіоміоліптоми, у 1 (2,5%) пацієнтки відзна-

чався перехідно-клітинний рак верхньої чашки єдиної нирки. Єдина природжена нирка виявлена у 2 (5%) хворих, у 5 (12,5%) пацієнтів нирка видалялася з приводу неонкологічної патології, в інших 33 (82,5%) спостереженнях нефректомія проводилася з приводу пухлини нирки. Рівень креатиніну до оперативного втручання дорівнював у середньому 132±16,8 мкмоль/л. Екстракорпоральна резекція з ауто трансплантацією нирки використовувалася у 6 (15%) випадках, у 34 (85%) пацієнтів операції проводилися інтракорпорально. Інтракорпоральна резекція нирки в умовах її гіпотермічної перфузії була здійснена у 3 (7,5%) хворих. Розміри пухлин варіювали від 32 до 94 мм (58±8,6 мм). Стадії T1a відповідали 6 (16,2%) пухлин, T1b — 16

(43,2%), T2 – 3 (8,1%), T3a – 12 (32,4%). Серед новоутворень у стадії T3a в 3 (8,1%) випадках було поширення пухлини у сегментарні ниркові вени, у 3 (8,1%) – в основну ниркову вену, ще в 6 (16,2%) – в паранефральну або синусну жирову клітковину, а також в порожнинну систему нирки. Мультифокальний нирково-клітинний рак відзначався у 5 (13,5%) хворих. Віддалені метастази мали місце у 4 (10,8%) пацієнтів. Повністю інтрапаренхімні пухлини були ідентифіковані у 6 (16,2%) хворих, переважно інтрапаренхімні новоутворення виявлені ще у 8 (21,6%) випадках. Неoad'ювантну таргетну терапію застосовували у 3 (8,1%) з 37 хворих (сографеніб, пазопаніб, сунітініб). Гільйотинна або клиновидна резекція нирки використовувалася тільки у 5 (12,5%) спостереженнях, тоді як енуклеорезекція або енуклеація пухлини здійснювалися відповідно в 24 (60%) і 11 (27,5%) випадках. Тотальна теплова ішемія нирки застосовувалася у 12 (40%) пацієнтів, сегментарна теплова ішемія – у 10 (25%), в 9 (22,5%) випадках операції проводилися без ішемії. Інтра- або екстракорпоральна холодова перфузія нирки застосовувалася у 9 (22,5%) спостереженнях. Середній період післяопераційного спостереження склав $48,2 \pm 6,4$ місяця.

Результати та їх обговорення. У групі тотальної теплової ішемії середній час дорівнював $14,2 \pm 2,8$ хв. Цей параметр достовірно не відрізнявся від тривалості сегментарної теплової ішемії – $13,6 \pm 2,2$ хв. ($p > 0,05$). У пацієнтів з інтракорпоральною гіпотермічною перфузією нирки час холодової ішемії досягав $28,4 \pm 4,8$ хв., а в групі екстракорпоральної резекції з аутотрансплантацією – $68,8 \pm 9,4$ хв. Об'єм інтраопераційної кро-

вовтрати в середньому не перевищував $580,8 \pm 96,4$ мл. Ранні післяопераційні кровотечі, що потребували реоперації, мали місце у 3 (7,5%) пацієнтів. Післяопераційна анурія з необхідністю гемодіалізу відзначалася у 2 (5%) хворих упродовж 2 і 5 діб. У 6 (15%) випадках була виявлена олігурія, яка минула завдяки консервативним методам у середньому протягом $2,5 \pm 1,5$ діб. У ранньому післяопераційному періоді загинули 4 (10%) пацієнти: 2 – через кровотечу, 1 – через набряк мозку, 1 – через ішемічний інсульт і набряк мозку. У 3 з цих хворих були великі інвазивні пухлини, що потребувало використання екстракорпоральної хірургії в 2 випадках та інтракорпоральної гіпотермічної перфузії – в 1. Сечові нориці були зафіксовані у 2 (5%) хворих. Середній рівень креатиніну крові через 6 місяців після операції склав $148 \pm 26,4$ мкмоль/л і достовірно не відрізнявся від передопераційних значень ($p = 0,08$). Необхідності в хронічному гемодіалізі не було зафіксовано у жодного пацієнта. Упродовж періоду спостереження віддалені метастази були виявлені у 6 (18,2%) хворих з нирково-клітинним раком, локальний рецидив у залишку нирки – у 1 (3,0%). Загальна п'ятирічна виживаність не перевищувала 69,7%, канцерспецифічна виживаність – 78,8%.

Висновок. Результати нашого дослідження продемонстрували, що органозберігаюча хірургія пухлин єдиної нирки є складним хірургічним втручанням, яке нерідко вимагає застосування трансплантаційних технологій і може супроводжуватися високим рівнем важких ускладнень. Проте добрі функціональні та онкологічні результати поза сумнівом виправдовують її використання.

РОЛЬ ТАЗОВОЇ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ ПРИ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

Р.М. Молчанов, Є.В. Пілін

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Радикальна простатектомія є стандартом лікування локалізованого раку передміхурової залози (РПЗ). У комбінації з іншими методами використовується для лікування локально поширеного процесу. Важливим елементом радикальної простатектомії є тазова лімфодисекція (ТЛД).

Мета дослідження: визначити місце ТЛД в діагностиці та лікуванні раку передміхурової залози.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз публікацій з 2008 до 2019 р., включених до бази даних Medline з використанням пошукової системи PubMed.

Результати та їх обговорення. Основною метою ТЛД є оцінка стану тазових лімфатичних вузлів (ЛВ) для прогнозування подальшого розвитку захворювання і визначення тактики лікування.

З моменту першого опису анатомії лімфатичного апарату передміхурової залози В. Сунео (1901) опубліковано безліч робіт з результатами дослідження особливостей поширення лімфогенних метастазів. Це дозволило розробити патерни лімфодисекції з урахуванням зонального розташування тазових ЛВ.

На підставі численних досліджень не вдалося досягти доказового рівня лікувального ефекту, в той же час розширена ТЛД є важливою діагностичною процедурою, що забезпечує інформацію про стадії розвитку раку передміхурової залози і оцінку прогнозу захворювання. Розширена лімфодисекція включає видалення ЛВ, розташованих навколо зовнішніх клубових артерій і вени, ЛВ обтураторної ямки, і ЛВ медіально і латерально від внутрішньої клубової артерії. З огляду на факт, що розширена ТЛД супроводжується післяопераційними ускладненнями в понад 19% випадках, показання до розширеної лімфодисекції встановлюють з урахуванням критеріїв D'Amico, номограми Briganti, формули Rouch.

З метою зниження агресивності процедури в даний час досліджуються можливості замінити її біопсією сторожових лімфатичних вузлів. Концепція заснована на припущенні того, що пухлинні клітини в першу чергу вражають лімфатичні вузли першого ешелону, видалення яких може бути достатнім для діагностики поширення пухлини. Нині для ідентифікації сторожових лімфатичних вузлів використовують радіографічний, флуоресцентний методи та їх комбінацію. Проте, процедура досі залишається нестандартною і отримані дані є недостатніми для рекомендації даної процедури в якості альтернативи ТЛД.

Висновки

1. Розширена ТЛД є важливим інструментом оцінки стадії раку передміхурової залози і оцінки прогнозу захворювання в групах пацієнтів з підвищеним ризиком лімфогенного метастазування.

2. Використання концепції «сторожових вузлів» – перспективний напрямок модифікації існуючих патернів лімфодисекції при раку передміхурової залози.

3. Розширена ТЛД є важливим елементом оперативного лікування раку передміхурової залози, що показана до обов'язкового виконання у хворих груп підвищеного ризику.

ПАРАНЕФРАЛЬНИЙ АБСЦЕС БЕЗ ОБСТРУКТИВНОЇ НЕФРОПАТІЇ: ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ, ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ

*Л.П. Саричев, Г.Л. Пустовойт, Я.В. Саричев,
С.А. Сухомлин, С.М. Супруненко, Р.Б. Савченко*

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. До останнього часу не піддавалась сумніву виправданість хірургічної тактики при паранефральному абсцесі. Однак з удосконаленням методів візуалізації та впровадженням у клінічну практику малоінвазивних технологій відкриваються нові перспективи у лікуванні зазначених хворих.

Мега дослідження: вивчити особливості етіології, патогенезу, діагностики та лікування паранефрального абсцесу без обструктивної нефропатії.

Матеріали і методи дослідження. Суцільну вибірку склали 73 хворих, що перебували на лікуванні в урологічному відділенні Полтавсь-

кої обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського в 1999–2018 рр. Вік пацієнтів 21–85 років ($47,9 \pm 4,7$ року). Чоловіків – 39 (54,2%), жінок – 34 (45,8%).

Виходячи з рекомендацій ЄАУ, для стартової терапії застосовувались препарати, чутливість уропатогенів до яких за результатами системного моніторингу мікробного пейзажу урологічного стаціонару наближалась до 90%.

Черезшкірне пункційне дренирування гнійного вогнища виконувалось під загальним знеболюванням, УЗ наведенням, за принципом техніки Селдінгера.

Результати та обговорення. На відміну від загальноприйнятого уявлення, що гнійний процес частіше поширюється на навколонишкове жирове тіло із ураженої нирки, у 52 хворих (71,2%) паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, у 21 хворого (28,8%) – на тлі обструктивної нефропатії.

Майже половина хворих без обструктивної нефропатії за 3–4 тижні перенесли інфекційні запальні захворювання різної локалізації, переохолодження, травму. У 3 хворих паранефральний абсцес поєднувався з гострим мультифокальним бактеріальним нефритом та у 3 хворих – з абсцесом нирки. Характерно, що 26 хворих (50,0%) мали в анамнезі цукровий діабет.

Розвиток інфекційного запального процесу у заочеревинному просторі у хворих без обструктивної нефропатії в 98,1% випадків починався з гіпертермії, маскуючись під ГРВІ, пневмонію, тощо. Через 3–4 доби приєднувався больовий синдром, який посилювався при дихальних рухах.

До надходження у клініку переважна більшість хворих отримували антибактеріальну терапію, що наводить на думку, що контингент хворих, у яких інфекційний запальний процес у паранефрії вдалося зупинити до утворення гнійного вогнища, може бути значно більшим.

В усіх хворих з обструктивною нефропатією причиною захворювання стала сечокам'яна хвороба. Із них лише 3 пацієнти (14,3%) мали в анамнезі цукровий діабет.

Розвиток вторинного гострого гнійного паранефриту завжди починався з больового синдрому. Через декілька діб відмічалось підвищення температури тіла (95,2%).

Септичні ускладнення спостерігали у 80,8% хворих без обструктивної нефропатії і 86,3% хворих з обструктивною нефропатією. При цьому, у пацієнтів із цукровим діабетом рівень септичних ускладнень був достовірно вищим ($p < 0,05$).

В усіх спостереженнях при УЗД гнійне розплавлення навколонишкового жирового тіла ви-

глядало як гіпо- чи анехогенне утворення без чітких контурів. При КТ виявляли негомогенне утворення щільністю 15–35 од. Н. Болюсне контрастування дозволяло з більшою ймовірністю ідентифікувати патологічні зміни в нирках та заочеревинному просторі. Обмеженість дихальної екскурсії нирки (67,1%), аж до повної її відсутності (32,9%), була найбільш постійною ознакою паранефрального абсцесу.

Усім хворим без обструктивної нефропатії проведено перкутанне дренивання паранефрального абсцесу, в 3 випадках одночасно з дрениванням абсцесу нирки. Із гнійного вмісту аеробна мікрофлора виділена у 86,5% хворих (*S. aureus* – 25,0%; *E. coli* – 23,1%; *Kl. pneumoniae* – 21,2%; *St. pyogenes*, *Proteus spp.*, *Ps. aeruginosa* та ін. – 24,7%).

Усім хворим з обструктивною нефропатією проведено перкутанне дренивання паранефрального абсцесу одночасно з виконанням перкутаної нефростомії. Із гнійного вмісту виділена грамнегативна мікрофлора (*Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*).

Після отримання результатів бактеріологічного аналізу проводили корекцію антибактеріальної терапії.

Висновки

1. У переважній більшості хворих паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, що свідчить про гематогенний чи лімфогенний шляхи інфікування навколонишкового жирового тіла.

2. Захворювання на цукровий діабет створює умови для розвитку інфекційного запального процесу у паранефрії без обструктивної нефропатії.

3. УЗД та КТ з болюсним контрастуванням дозволяють з високою ймовірністю діагностувати паранефральний абсцес.

4. Перкутанне дренивання гнійного вогнища у паранефрії дозволяє уникнути травматичних хірургічних втручань, часто у вкрай важких септичних хворих.

РАК ПРОСТАТИ – ПРОБЛЕМИ СКРИНІНГУ В УКРАЇНІ

В.І. Зайцев

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Рак простати (РП) складає 10% всіх новоутворень та посідає третє місце серед причин смерті від злоякісних новоутворень у чоловіків, а у деяких країнах він на першому місці. Останніми

роками досягнуто великого прогресу в діагностиці та лікуванні цього захворювання, але найбільше дебатів викликає проблема його раннього виявлення, яка ще далека від вирішення.

Одною з причин цього може бути низька інформованість населення. Навіть у високорозвинених країнах інформованість чоловіків щодо РП не перевищує 29% (у порівнянні із 54% осіб, які знали про рак легень та 46%, які мали інформацію щодо раку грудної залози). Натепер відомі наступні фактори ризику раку простати:

– Вік: середній вік при діагнозі раку простати в Сполучених Штатах – 69 років і після цього віку шанси виникнення раку простати стають вищими, ніж будь-якого іншого раку як у чоловіків, так і у жінок.

– Раса: афроамериканці мають на 40% більший шанс розвитку раку простати й удвічі більший ризик смерті від нього, а найменший – азіатські чоловіки, які живуть в Азії; однак, коли вони мігрують на захід, ризик поступово збільшується.

– Спадковість: чоловік, у якого батько або брат мали рак простати, має вдвічі збільшений ризик РП. Цей ризик ще збільшується, якщо РП був діагностований у молодому віці (до 55 років) або зачіпав трьох або більше членів сімейства.

– Дієта з великим вмістом тваринних жирів.

– Паління.

Скринінг раку простати є головним інструментом його раннього виявлення та успішного лікування. У той же час, використання простатоспецифічного антигену (ПСА) для скринінгу викликає чи не найбільш активні дискусії в сучасній урології. Перевагами ПСА є те, що його просто виконати, він дешевий та неінвазивний. У той час, у нього низька специфічність і його широке використання призводить до негативних ефектів, як більше біопсій та стресу, гіпердіагностика (на 27–56%), надмірне лікування.

Ще одним негативним наслідком ПСА скринінгу є виникнення депресії та нервозності у пацієнтів, що може призвести навіть до збільшення ризику суїциду. Це питання обговорювалось і на останньому конгресі ЄАУ (Барселона, 2019), де вказувалось, що невротичність та депресія виявляється у 25% пацієнтів з РП, це також впливає на їх сім'ї. Особливо виражено це проявляється при гормонотерапії РП.

Дослідження з приводу збільшення ризику суїциду при РП було проведено і у Литві, яка є єдиною країною, де є повний ПСА скринінг. Порівнювали частоту суїцидів у чоловіків до та після введення ПСА скринінгу (2000–2011). Проаналізовано 25 786 випадків РП, де було зафіксовано 135 суїцидів. За розрахун-

ковою математичною моделлю їх мало би бути 133, що призвело до висновку про загалом статистично незначиму різницю. У той же час було виявлено вірогідно частіший ризик суїциду серед чоловіків з Глісон 8–10. Причини такої залежності чітко невідомі.

У той же час запровадження ПСА скринінгу призвело і до значних позитивних змін:

– Збільшення виявлення РП.

– Менша частота метастатичних форм.

Слід також взяти до уваги, що після впровадження ПСА у США відбулось зменшення смертності від РП на 40%. Крім того, противники зменшення активності скринінгу РП правомірно вказують на можливість пропустити частину агресивного раку при цьому.

Досі є багато сумнівів у доцільності широкого ПСА скринінгу, адже більшість проведених досліджень показали, що немає різниці в виживаності скринюваних та нескринюваних пацієнтів. Лишаються ще багато питань, як оптимальний вік початку скринінгу, як часто проводити обстеження та ін.

Саме в зв'язку з цими протиріччями у 2012 р. були видані US Preventive Services Task Force Recommendations (США), головним посилом яких було заперечення поголового обстеження чоловіків, що призвело до зменшення кількості ПСА обстежень у США у 2013 р., але після 2013 р. не спостерігалось подальшого їх зменшення.

Що далі з ПСА? Він залишається (і буде залишатись) головним тестом. Найбільш слушною опцією є використовувати додатковий другий тест. Одним з запропонованих варіантів є The Stockholm-3 Model for Prostate Cancer Detection, в якому запропоновано т.зв. reflex test, в який включали:

– клінічні змінні (вік, сімейний анамнез родичів першого ступеня РП та попередня біопсія),

– біомаркери крові (загальний PSA, вільний PSA, співвідношення вільного / загального PSA, hK2, MIC1 та MSMB);

– генетичні маркери (генетична оцінка, заснована на SNPs і HOXB13);

– обстеження передміхурової залози (ректальне дослідження, об'єм передміхурової залози).

У даному дослідженні брали участь 59 159 чоловіків, біопсії виконані 5073 чол. при $PSA \geq 3$ ng/ml. За рахунок використання reflex test кількість біопсій було зменшено на 32%, що підтверджує потенційну важливість такого типу інструментів для зменшення необов'язкових біопсій простати.

Найбільше та найкраще сплановане натепер дослідження щодо аналізу доцільності скри-

нінгу РП, що проводиться в цілій низці європейських країн – The European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer. Його результати постійно оновлюються з 2013 р. зі збільшенням часу спостереження. Останнє оновлення результатів показало зменшення смертності від РП на 21–29% серед скринюваних пацієнтів, що є важливим та надійним доказом важливості скринінгу.

Кого ж скринувати відповідно до останніх змін у протоколах Європейської та Американської асоціацій урологів? Якщо спробувати якось узагальнити, то висновки такі:

– Найбільшу перевагу при виявленні РП отримують чоловіки у віці 55–69 р. з очікуваною тривалістю життя >10 р.

– До 40–45 років немає сенсу скринувати, враховуючи надзвичайно низьку вірогідність РП в цьому віці.

– Після 70 років перевагу при виявленні РП отримують тільки чоловіки з очікуваною тривалістю життя >10 (15?) р., тому скринінг у цьому віці дуже обмежений.

– Для рішення про доцільність біопсії слід використовувати похідні ПСА (щільність, час подвоєння, вільний), додаткові маркери та калькулятори ризику.

– Більший ризик РП мають пацієнти з сімейним ризиком, афроамериканці, активні курці, а також при ПСА >1 ng/mL в 40 р. або

>2 ng/mL в 60 р. Такі пацієнти повинні починати скринінг з 40 (45?) років.

Які висновки слід зробити для України:

– ПСА не ідеальний, але досі головний інструмент скринінгу РП та контролю лікування.

– Використання нових додаткових маркерів для значимої кількості пацієнтів – нереально в найближчому майбутньому.

– Врахування вказаних рекомендацій щодо скринінгу – кого, коли, як.

– Інформування – критично!

Які практичні кроки пропонуються:

– Розробка дизайну та організація дослідження щодо скринінгу РП в Україні.

– Введення ПСА як обов'язкового дослідження для профоглядів у частини чоловіків (як ЕКГ, Ro).

– Врахування рекомендацій щодо факторів ризику РП – створення контингентів ризику (вік, анамнез, паління).

– Створення офіційних інформаційних матеріалів для пацієнтів; урологів, онкологів; сімейних лікарів.

Отримання великої кількості нової інформації та оновлення протоколів Європейської та Американської асоціацій урологів щодо діагностики раку простати повинно сприяти удосконаленню його скринінгу та внесенню відповідних змін у практичну роботу урологів та онкологів України.

САМАРІЙ¹⁵³ Sm ОКСАБІФОР В ТЕРАПІЇ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.О. Возіанов ¹, А.В. Сакало ¹, Н.І. Полякова ², В.С. Сакало ¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Частота метастазів у кістки у хворих на рак передміхурової залози (РПЗ) коливається від 33 до 85%, що нерідко супроводжується больовим синдромом. Гормоно- та хіміотерапія в таких випадках малоефективні. Радіонуклідні методи терапії показали високу ефективність при кісткових болях. Широке застосування в останні роки має Самарій¹⁵³ Sm оксабіфор. Поєднання β- і γ-випромінювання, короткий термін напіврозпаду (46,3 год), а також невисока енергія випромінювання 0,81 Мев зробили його

найбільш затребуваним РФП для паліативного лікування метастазів у кістки.

Мета дослідження: вивчити анальгезуючу і протипухлинну дію Самарія¹⁵³ Sm оксабіфору хворих на РПЗ з больовими кістковими метастазами.

Матеріали і методи дослідження. Протягом 2016–2018 рр. спостерігали 21 хворого на РПЗ з множинними метастазами в кістки. Діагноз у всіх випадках підтверджено трансректальною мультифокальною УЗ-біопсією простати,

МРТ і остеосцинтиграфією Технецієм 99m . Пацієнти тривалий час отримували гормональну терапію (від 1 до 6 років) до виникнення метастазів у кістки з вираженими болями. Самарій 153 Sm вводили внутрішньовенно крапельно з розрахунку 0,5–1,5 мкі/кг на фізіологічному розчині. Ефективність лікування оцінювали за шкалою оцінки інтенсивності болю. Через 12 і більше тижнів робили повторне введення РФП. Протипоказання для застосування 153 Sm: рівень лейкоцитів $<2,5 \times 10^9$ /л, рівень тромбоцитів $<100 \times 10^9$ /л, рівень гемоглобіну <90 г/л, індекс Карновського $<60\%$, виражена коагулопатія, загроза компресії спинного мозку.

Результати та їх обговорення. Ефект від проведеної терапії в середньому настав через 2–

7 днів і тривав від 4 до 12 тижнів. Оцінка результатів повторного введення через 3–6 міс. також була ефективною. Лейкопенію I ст. спостерігали у 10, II ст. – у 4, тромбоцитопенію I ст. – у 12, II ст. – у 1 пацієнта. Рівень ПСА після однократного введення 153 Sm через 1 міс. знизився у 4 пацієнтів на 50%, у 5 – $>20\%$, у 12 – була стабілізація. Контроль аналізів крові проводили один раз на тиждень протягом 2 міс. після терапії. При необхідності повинна проводитись корекція гематологічних показників згідно з рекомендаціями.

Висновки. Результати паліативної терапії Самарієм демонструють задовільний терапевтичний анальгезуючий ефект, зменшують споживання анальгетиків, а також покращують якість життя пацієнтів.

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ТРИМОДАЛЬНА ТАКТИКА В ЛІКУВАННІ М'ЯЗОВО-ІНВАЗИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА: НАШ ДОСВІД

С.І. Приндюк, М.В. Соколовська

LISOD Лікарня Ізраїльської онкології, м. Київ

Нині рак сечового міхура займає друге місце серед онкоурологічних захворювань. На частку інвазивної форми припадає до 30%. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів (2018), стандартним методом лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура (МІРСМ) вважають радикальну цистектомію (РЦЕ). Однак великий обсяг і травматичність операції, обтяженість і виснаженість пацієнтів, інвалідизація і соціальна дезадаптація, а також високий відсоток летальності обмежують застосування цистектомії. У зв'язку з цим та динамічним розвитком хіміопроменевої терапії (ХПТ), яка дозволяє знизити частоту рецидивів, все більше фахівців схиляються до можливості органозберігаючого лікування МІРСМ (S.Zhang et al., 2015, H. Namza Abbas, 2018, F.Audenet, 2018). Органозберігаюче лікування має деякі переваги: відсутня громіздкість в проведенні хірургічного втручання, зниження матеріальних витрат, зберігається статеві функції, зменшується небезпека порушення функцій нирок, забезпечується гарна якість життя (P.Jenkins, 2009, F.Audenet, 2018).

Проведення трансуретральної резекції (ТУР) забезпечує частоту повної ремісії в 20%, ТУР з наступною ПТ – в 57%, а додавання цис-

платину/карбоплатину підвищує цей показник до 80% (C. Rodel et al., 2006). Разом з тим показники виживання після органозберігаючої комплексної терапії (ОЗКТ) аналогічні таким після РЦЕ (41%, G. Arcangeli et al., 2015).

Таким чином, у літературі існують суперечливі думки щодо порівняльної оцінки результатів РЦЕ та органозберігаючих операцій при МІРСМ, що обґрунтовує необхідність подальшого вивчення даної проблеми.

З 2014 року в LISOD проліковано 26 пацієнтів на МІРСМ із застосуванням ОЗКТ. Пацієнти віком від 47 до 82 років, середній вік $68,4 \pm 4,7$ року. Переважна більшість хворих (24) із локальним процесом без лімфогенного розповсюдження: Tа – 2, T1 – 7, T2 – 8, T3 – 4, T4 – 3; лише у 2 осіб – T2N1M0. За ступенем злоякісності розподіл був наступним: G1 – 3, G2 – 8, G3 – 10, G4 – 1 та у 4 хворих ступінь злоякісності не був визначений.

Усім хворим була проведена біполярна ТУР із наступною ХПТ: в ад'ювантному режимі пацієнти отримували ПТ на малий таз в СВД=45,0 Гр (РОД=1,8 Гр) на тлі радіосенсибілізації цисплатином/карбоплатином в дозі 40 мг/м² 1 раз на тиждень. 8 пацієнтів отримували карбоплатин у зв'язку із віком, супутньою патологією та

2 – переведені на карбоплатин у зв'язку з непереносимістю цисплатину. В подальшому опромінення підводили на boost – ложе пухлини в СВД=20,0 Гр (РВД=2,0 Гр). Отже, сумарна доза за весь курс ХПТ становила 65,0 Гр. 2 пацієнти закінчили ПТ у дозі 43,2 Гр у зв'язку із вираженими променевими реакціями у вигляді циститу 2–3 ступенів.

У більшості пацієнтів у процесі та після лікування спостерігали променеві реакції: променевий цистит 1–2 ст. та проктит 1–2 ст. Променеві цистити купірували за допомогою медикаментоз-

ної терапії (уроантисептики, внутрішньоміхурові інстиляції тощо), що дозволило пацієнтам задовільно та без перерв отримати повний курс ХПТ. Рецидиви після проведеного лікування виявлено у 2 пацієнтів, пролонгація процесу (метастазування у віддалені лімфовузли) – у 2.

Отже, адекватний локальний контроль надає можливість зберегти СМ і нівелює необхідність в РЦЕ. Наступним етапом дослідження буде порівняльний аналіз віддалених результатів у пацієнтів після РЦЕ та після ОЗКТ МІРСМ.

СПОСІБ БУЖУВАННЯ СТРИКТУР УРЕТРИ

В.І. Горовий, О.М. Капшук, Ю.Б. Потеха, О.Л. Кобзін, А.В. Дубовий, А.І. Мисак

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Вступ. Бужування тяжких за ступенем звуження стриктур уретри у чоловіків (діаметром, меншим за 3 мм або 9 Ch) є складною маніпуляцією, особливо у випадках повної затримки сечі та відсутності спеціального оснащення (еластичних та металевих бужів діаметром, меншим за 3 мм), що часто вимагає виконання цистостомії (троакарної, черезшкірної пункційної чи відкритої).

Мета дослідження: представити спосіб бужування тяжких за ступенем звуження стриктур уретри у чоловіків.

Матеріали та методи дослідження. За останні 3 роки (2016–2018) в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні виконано бужування 25 чоловікам із тяжкими за ступенем звуження післязапальними (22 або 88% хворих) та післятравматичними (3 або 12% хворих) стриктурами уретри. У віці до 20 років було 2 хворих; 21–40 – 12; 41–60 – 9; після 60 років – 2 хворих. Стриктури цибулинного відділу уретри виявлено у 20 хворих (із них у 4 хворих вони поєднувались із стриктурами пенільного відділу уретри), перетинчато-простатичного – 5. Із гострою затримкою сечі надійшло 3 (12%) хворих. Для бужування стриктур уретри використовували сечовідний катетрик № 5 (із відкритим кінцем) зі струною у ньому, а також сечовідні бужі (дилататори) розміром № 6–18 Ch компанії «Cook». Перед бужуванням хворим внутрішньом'язово вводили анальгетик, місцево в уретру – антибактеріальний лубрикант «Катеджель». При бужуванні уретри спочатку проводили по уретрі сечовід-

ний катетрик із струною у ньому (при непрохідності катетрика – лише струну) у сечовий міхур, потім видаляли сечовідний катетрик із залишенням струни, по якій послідовно проводили сечовідні дилататори більшого діаметра у сечовий міхур (Патент на корисну модель України №113309. Дата публікації 25.01.2017, бюл. № 2). У 5 хворих із короткими стриктурами уретри після бужування сечовідними дилататорами вдалось доповнити бужування металевими бужами № 16–20 Ch. Після цього в сечовий міхур заводили катетер Фолі №14 Ch або №16 Ch на 2–3 дні та призначали внутрішньо таблетований уроантисептик на 3–5 днів. При неможливості завести катетер Фолі – по струні заводили більш ригідний поліхлорвініловий катетер Нелатона №14 Ch або № 16. Повторне бужування призначали через 1–3 місяці.

Результати та їх обговорення. Ускладнень (уретрорагії, хибних ходів, уретральної лихоманки) під час бужування уретри не було виявлено. У 6 випадках сечовідний катетрик не вдалось провести у сечовий міхур, а лише струну. Остання сприяла атравматичному виконанню бужування уретри сечовідними дилататорами.

Висновки. Представлений спосіб бужування тяжких за ступенем звуження стриктур уретри із застосуванням сечовідного катетрика зі струною у ньому та сечовідних дилататорів простий у виконанні, профілакує травму та утворення хибних ходів уретри, а також уретрорагію. Рекомендуємо для застосування у практичній роботі урологів та ургентних хірургів.

РОЛЬ СЕЛЕКТИВНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ЕМБОЛІЗАЦІЇ ДЛЯ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ З НИЖНІХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.В. Головка, А.А. Кобірніченко, І.Л. Троїцький

Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» МО України

Вступ. Кровотеча з нижніх сечовивідних шляхів простатичного походження найчастіше пов'язана з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) та раком передміхурової залози (РПЗ). Методом зупинки кровотечі є застосування системи постійного зрошення сечового міхура, інстиляцій сечового міхура, та цистоскопічних втручань в більш важких випадках. У випадку неефективності вказаних методів, можливо застосовувати селективну артеріальну емболізацію (САЕ) передміхурової залози (ПЗ). У більшості попередніх досліджень застосування САЕ основна увага приділяється покращенню симптомів нижніх сечовивідних шляхів (СНСШ), пов'язаних з ДГПЗ. Метою даного дослідження було проведення оцінки доцільності застосування САЕ з метою зупинки кровотечі з нижніх сечовивідних шляхів у хворих на рак передміхурової залози (РПЗ).

Матеріали і методи дослідження. Було проведено дослідження ефективності застосування САЕ ПЗ у 9 хворих на розповсюджений РПЗ, які лікувались у клініці урології НВМКЦ «ГВКГ» з 2012 до 2017 року. Усі хворі були проінформовані про характер втручання та підписали інформовану згоду.

У всіх 9 хворих було діагностовано ІV стадію РПЗ з інвазією в стінку сечового міхура, та не вдалось досягти стійкого гемостазу традиційними методами. Середній показник за шкалою Глісона становив 9 балів (7–10). У одного хворого було діагностовано локальний рецидив РПЗ з ураженням шийки сечового міхура після раніше перенесеної радикальної простатектомії.

Результати та їх обговорення. З 9 хворих, які входили до дослідження, у 8 випадках САЕ була виконана успішно. Серед них у 7 випадках була проведена білатеральна, в 1 випадку – унілатеральна емболізація. Таким чином, показник технічної успішності склав 89%. За даними ар-

теріограм, виконаних перед емболізацією, посилена васкуляризація в зоні ПЗ спостерігалась у всіх хворих, при чому екстравазація контрастної речовини на момент проведення дослідження мала місце тільки в одному випадку.

Після проведеного втручання макрогематурія значно зменшилась у 6 хворих (67%). В 1 випадку гематурія припинилась в день втручання, в 1 – на 1-й день після втручання, в 3 випадках – на 2-й день, та на 3-й день в одному випадку. В 2 випадках спостерігалось продовження гематурії протягом 2 та 3 тижнів. Ці випадки були віднесені до клінічно неуспішних.

У 7 випадках з метою корекції анемії хворим проводилось переливання препаратів крові. Після перенесеної САЕ троє хворих не потребували гемотрансфузій. Троє інших хворих продовжували отримувати гемотрансфузії протягом ще 1 тижня.

Протягом 3-місячного спостереження у 2 хворих зберігались епізоди гематурії на 34-й та 24-й день. Обидва хворих отримували консервативну гемостатичну терапію та в подальшому не потребували інших втручань. У 3 випадках мали місце летальні наслідки на 68, 74 та 17-й день після перенесеної САЕ з приводу поліорганної недостатності та уросепсису. Після виключення летальних випадків протягом 3-місячного періоду та випадків персистуючої макрогематурії, лише троє хворих прожили більше 3 місяців без рецидивів гематурії після перенесеної САЕ.

Висновок. Застосування САЕ з метою зупинки кровотечі з нижніх сечовивідних шляхів у хворих на розповсюджений РПЗ характеризується високою технічною та помірною клінічною успішністю, відсутністю ускладнень, пов'язаних з перенесеним мінімально інвазивним втручанням, та може служити альтернативною методикою зупинки кровотечі з нижніх сечовивідних шляхів у хворих на розповсюджений РПЗ.

УСКЛАДНЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УРОЛІТІАЗУ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

О.І. Ткаченко, О.М. Чайка, О.Д. Меленевський, Р.С. Чистяков

Центр реконструктивної та відновної медицини
Одеського національного медичного університету

Вступ. Сечокам'яна хвороба належить до числа найбільш поширених у світі патологічних станів, її реєструють у 5–15% населення. У структурі всіх госпіталізацій за урологічними показами кожна третя обумовлена нефролітіазом. В Україні уролітіаз становить 30 – 40% всіх урологічних захворювань і є однією з основних причин оперативних втручань.

В останні роки в якості «золотого» стандарту лікування нефролітіазу розглядається чезрешкірна пункційна нефролітотрипсія (ЧПНЛ) яка є малоінвазивним методом лікування. Але слід зазначити, що при виконанні ендоскопічних малоінвазивних втручань з приводу нефролітіазу нерідко спостерігаються ускладнення, які становлять небезпеку для життя пацієнта.

Мета дослідження: оцінка ускладнень перкутанної нефролітотрипсії (ПНЛТ).

Матеріали і методи дослідження. Дослідження виконано на базі Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ (м. Одеса) за 2017–2018 роки. Були проаналізовані результати ендоскопічних втручань у 181 хворого, оперованого з приводу конкрементів верхніх сечових шляхів. Пацієнти були віком від 20 до 78 років, середній вік $49,5 \pm 2,6$, з них 54,2% – чоловіки, та 45,8% – жінки. ПНЛТ проведена 17,8% хворим з коралоподібним нефролітіазом, 40,7% хворим з множинними (два і більше) конкрементами чашково-мискової системи (ЧМС) та 41,5% хворим з поодинокими конкрементами ЧМС.

Результати власних досліджень. У залежності від ускладнень згідно з класифікацією Clavien-Dindo:

– I ст. ускладнень спостерігався у 17,6% випадків: 24 (13,2%) хворих, у котрих відзначалась незначна гематурія; 8 (4,4%) хворих відмічали лихоманку.

– II ст. ускладнень спостерігався у 9,3% випадків: у 9 (4,9%) хворих встановлено гострий пієлонефрит; 7 (3,8%) хворим, у зв'язку з перфорацією ЧМС; в одному випадку (0,6%) виконана гемотрансфузія.

– III ст. ускладнень спостерігався в 5% випадків: у 2 (1,1%) хворих проведена селективна емболізація ниркових артерій; у 6 (3,3%) випадках відмічено підтікання сечі більше 48 годин внаслідок порушення прохідності сечоводу; в 1 (0,6%) випадку виконана пластика пієло-уретерального сегмента.

– IV ст. ускладнень спостерігався у 2,8% випадків: у 2 (1,1%) випадках виникнення сепсису; у 2 (1,1%) випадках тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії; у 1 (0,6%) випадку фібриляції передсердь.

– V ст. ускладнень 0 випадків (смерть хворого).

Таким чином частота операційних ускладнень склала 34,8%, з них інтраопераційних – 19,3%; післяопераційних – 15,5%.

Висновки

1. ПНЛТ є ефективним, малоінвазивним методом лікування уролітіазу верхніх сечових шляхів, який залежить від досвіду хірурга та оснащення операційного блоку. Як і будь-який хірургічний метод ПНЛТ має деякі ускладнення, які можуть ліквідуватися медикаментозно або малоінвазивними методами хірургічного лікування.

2. Частота післяопераційних ускладнень склала 34,8%. Найбільш часті ускладнення – кровотечі (14,9%), інфекційно-запальні (10,5%). Більшість ускладнень (77%) спостережуваних нами відповідно до класифікації Clavien–Dindo встановлені відносно легкими (1–2 ступені). Ускладнення 3–4 ступенів спостерігались у 23%, які усувалися малоінвазивними методами хірургічного лікування.

ВІДНОВЛЕННЯ УРОДИНАМІКИ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ЗА ДОПОМОГОЮ КЛАПТЕВОЇ МЕТОДИКИ

Д.В. Шукін, В.М. Демченко

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

Вступ. Епідеміологія травматичних неятрогенних ушкоджень сечоводів складає 3 на 10 000 травм. Етіологічними чинниками ятрогенної травми сечоводу, яка складає 75% від загальної кількості ушкоджень сечоводу, у 64% є оперативна гінекологія, у 26% – хірургія (найбільш – колоректальна та аортофеморальна), у 10% – оперативна урологія. З розвитком малоінвазивної урології в рази збільшилася кількість ушкоджень сечоводу під час лапароскопічних операцій.

Найбільш уразливим є дистальний відділок сечоводу – до 90% ушкоджень, верхня третина сечоводу – до 3% та середня третина сечоводу – до 10% ушкоджень.

Враховуючи, що більшість ушкоджень субопераційно не діагностується, це призводить до ряду ускладнень: сепсис, ниркова недостатність, формування сечових нориць та інш. Ці ускладнення можуть призвести до втрати функції нирки та інвалідації, а в важких випадках до летальних наслідків.

Складність відновлювальної хірургії травм сечоводу прямо пропорційно залежить від локалізації та довжини ушкодження. Якщо неускладнені ізольовані травми нижньої третини сечоводу зачасту вирішуються уретеронеостомією, то подовженні дефекти сечоводу, особливо проксимальних відділків потребують складних оперативних втручань. До таких реконструктивних методів відносять низхідну нефропексію, інтестинальну пластику, перехресний трансуретероуретеро анастомоз, операція Боарі, ауто трансплантація нирки. Усі перераховані методи мають певні недоліки, які потрібно враховувати для зменшення кількості ускладнень. Нині є дані застосування операції Боарі при реконструкції протяжних дефектів сечоводу. Нашою метою було розглянути клінічні підходи до відновлення пасажу сечі по сечоводу після ураження різних його відділків.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження увійшли 73 пацієнти (69 жінок та 4 чоловіки) віком від 22 до 78 років. З право-

бічним ураженням були 32 (43,9%) пацієнти, лівобічним – 35 (47,9%), двобічним – 6 (8,2%). Променеву терапію в анамнезі мали 6 (8,2%), травму сечоводу єдиної нирки – 2 (2,8%), травму подвоєних сечоводів – 5 (6,8%). Сечовідно-піхвові нориці мали 23 (33,3%) пацієнтки, комбіновані нориці були у 3 (4,3%). Ураження сечоводу нижче здухвинних судин мали 33 (45,2%) хворих, вище – 34 (46,6%). Ураження верхньої третини сечоводу спостерігалися у 6 (8,2%) випадках. У 5 (6,8%) пацієнток були діагностовано заочеревинні уриноми, у 2 (2,8%) – сечовий перитоніт.

Етіологічними чинниками ушкоджень були: акушерсько-гінекологічна травма 63 (86,3%), уретероскопія – 3 (4,1%), видалення прямої кишки – 5 (6,8%) та аорто-стегнове шунтування – 2 (2,8%).

Діагностичні заходи включали загальноклінічні, біохімічні, бактеріологічні, ультрасоноскопічні, ендоскопічні та променеві методи дослідження. Уродинамічне дослідження проведене 20 (27,4%) пацієнткам. Усі пацієнтки були оглянуті гінекологом.

При не ускладнених ушкодженнях починали лікування з діапевтичної уретроскопії. 28 (38,4%) пацієнтам для ліквідації обструктивного пієлонефриту проведена пункційна нефростомія. Уриноми ліквідували пункційними дренажами. Для відновлення пасажу сечі по сечоводу у 70 пацієнтів застосовували клаптеву методику Боарі в модифікації клініки. При білатеральних ураженнях 2 (2,8%) пацієнтам проводили одноетапну синхронну реконструкцію, 4 (5,7%) – в два етапи. У однієї пацієнтки була проведена реконструкція всього сечоводу – клаптева реконструкція доповнена тубулярною пластикою миски.

Результати та їх обговорення. Відсоток субопераційної діагностики травми склав 8,2%. Термін післяопераційної діагностики дорівнював $6,8 \pm 2,6$ доби. Найбільшу діагностичну цінність мала мультиспіральна комп'ютерна томографія з контрастним посиленням. Стенту-

вання сечоводу було успішним в 3 (4,1%) випадках.

У зв'язку з вираженим заочеревинним фіброзом анастомоз між сечоводом та тубулярним клаптиком сечового міхура виконували через очеревинну порожнину в 4 (5,7%) випадках. При сечоводо-сечоміхурово-півхових норичях до виконання анастомозу проводили фістулопластику.

Мобілізація нирки потребувалася у 26 (37,1%). Повторні операції за клаптевою методикою виконувалися у 3 (4,3%) пацієнтів.

Клаптева методика в нашому виконанні що відрізнялася від класичної операції запропонованої Боарі: використовується мінімальна кількість швів фіксуючих сечовід до сечового міхура та відсутня фіксація тубулярного клаптика до поперекового м'язу.

Операція включала мобілізацію стінок сечового міхура, об'єм мобілізації залежав від необхідної довжини клаптика. Якщо довжина була потрібна більше 5 см, проводили мобілізацію контралатеральної та задньої частини сечового міхура. Висікали клаптик з вільною дистальною частиною шириною не менше 2,0 см, та фіксованою основою – не менше 4,0 см.

У 95% випадках в дистальній вільній частині формували підслизовий тунель довжиною не менше 10 мм, через який проводили стентований сечовід та фіксували до слизової оболонки сечового міхура одним вузлуватим швом.

Після клаптик тубуляризовували сечоводом до внутрі і фіксували до зовнішньої оболонки сечоводу за допомогою чотирьох вузлуватих швів. Останнім герметизували сечовий міхур, дренажуючи його уретральним катетером.

Уретральний катетер видаляли через 2 тижні, уретральний стент – через 2 місяці від операції. Результати оцінювалися кожні 3 місяці за допомогою аналізу скарг, клінічних проявів, даних ультрасоноскопії, за показниками – екскреторної урографії або МСКТ.

Довжина клаптика складала від 3 до 21 см ($9,8 \pm 1,4$ см). Загальна кількість інтраопераційних ускладнень не перевищувала 12,9%, післяопераційних – 15,8% (з них потребували хірургічної корекції лише 1,4%). Розмір клаптика не впливав на кількість ускладнень. Відсоток післяопераційних результатів (гарний+задовільний) склав 91,5%. Нефректомію виконали лише в 2 (2,3%) випадках. Стійке зменшення об'єму сечового міхура спостерігалось у 2 з 70 пацієнтів 2,3%.

Висновок. Основою надання хірургічної допомоги пацієнтам з ятрогенною уретеральною травмою, навіть проксимальних відділків сечоводу, слід вважати клаптеву методику. Переваги якої забезпечуються фізіологічними властивостями уротелія: високий рівень репарації та стійкість до абсорбції сечі. Методика максимального збереження кровопостачання клаптика та кукси сечоводу, забезпечує високий рівень позитивних віддалених результатів.

«СКЛАДНІ» ПУХЛИННІ ТРОМБИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ – КЛАСИФІКАЦІЯ ЧИННИКІВ СКЛАДНОСТІ ТА ЇХ ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Д.В. Щукін^{1,2}, В.М. Лісовий^{1,2}, Г.Г. Хареба^{1,2}, М.М. Поляков^{1,2}, І.М. Антонян³,
Р.В. Стецишин^{2,3}, А.І. Гарагатий¹, П.В. Мозжяков², В.О. Лийченко²

¹ Харківський національний медичний університет

² КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»

³ Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Складні ситуації в хірургії пухлинних тромбів нижньої порожнистої вени (НПВ) зустрічаються дуже часто, оскільки для цього хірургічного втручання характерні суттєві технічні проблеми і важкі інтраопераційні ускладнення, найнебезпечніші з яких це масивні кровотечі, гостра серцева недостатність і емболія легеневої артерії пухлинними масами. Ми

ретроспективно проаналізували основні чинники, які мають вплив на складність хірургічного видалення пухлинних тромбів НПВ.

Матеріали і методи дослідження. До дослідження залучено 108 пацієнтів, оперованих з приводу пухлин нирок з неопластичними тромбами, що поширювалися до нижньої порожнистої вени. Чинники, які впливали на складність

нефректомії з тромбектомією, були розділені на чотири групи, зокрема: параметри основної пухлини, кавального пухлинного тромбу, пацієнта і деякі особливі умови.

Усі операції проводилися з доступу «шеврон». При видаленні інтралюмінальних пухлинних мас каворенального або підпечінкового відділу НПВ для васкулярної ізоляції тромбу використовувалася стандартна техніка «трюх турнікетів». У випадках поширення пухлини до ретропечінкового або інтраперикардіального відділів НПВ, а також при її проникненні у просвіт правого передсердя застосовували трансплантаційну методику тромбектомії, яка включала мобілізацію печінки, хірургічний доступ до правого передсердя з боку черевної порожнини і пальцьове зміщення верхівки тромбу нижче за діафрагму або вічка головних печінкових вен.

У всіх пацієнтів оцінювалася частота вказаних чинників та їх прогностичне значення відносно періопераційної летальності та об'єму інтраопераційної крововтрати. Для порівняльної оцінки прогностичних параметрів використовувалася міжгруповий дискримінантний аналіз.

Результати та їх обговорення. Уніваріантний аналіз представив достовірне прогностичне

значення таких чинників, як розміри пухлини більше ніж 15,0 см, супрадіафрагмальна локалізація верхівки тромбу, лівобічні пухлини, максимальний діаметр тромбу більше ніж 3,0 см, наявність кров'яного тромбу нижча за пухлинну, повна блокада кавального кровотоку, ретроградне поширення тромбу, інвазія пухлини у стінку НПВ з необхідністю сегментарної резекції, ECOG більше ніж 1, наявність ознак емболії легеневої артерії до операції. Міжгруповий дискримінантний аналіз продемонстрував, що найбільш значущими чинниками прогнозування як періопераційної летальності, так і масивної інтраопераційної кровотечі є наявність кров'яного тромбу нижча за пухлинну ($F=8,295$), повна блокада кавального кровотоку ($F=7,109$), ретроградне поширення тромбу ($F=9,204$), інвазія пухлини у стінку НПВ з необхідністю сегментарної резекції ($F=6,477$), ECOG більше 1 ($F=3,195$).

Висновок. Результати нашого дослідження продемонстрували, що найважливішими параметрами прогнозу важких і летальних ускладнень при виконанні венакаватромбектомії є чинники, що характеризують особливості пухлинного тромбу, а також параметри, пов'язані із загальним станом пацієнта.

ОБ'ЄМ ФУНКЦІОНУЮЧОЇ ПАРЕНХІМИ НИРКИ ЯК ОБ'ЄКТИВНЕ ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ

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

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Радикальна нефректомія (НФ) і резекція нирки (РН) представляють собою стандартні хірургічні методики при лікуванні локалізованого нирково-клітинного раку (НКР). Проте до цього часу відсутні критерії, що впливають на вибір відповідної хірургічної тактики при лікуванні НКР.

Мета дослідження: визначення основних факторів, що впливають на вибір хірургічної тактики при лікуванні НКР на основі проведення багатофакторного аналізу основних клінічних і нефрометричних параметрів.

Матеріали і методи дослідження. Ретроспективно проаналізовано клінічні дані 1158 пацієнтів з локалізованим НКР ($T_1-T_2N_0M_0$), яким проведе-

но оперативне лікування в 2010–2018 роках. РН проведено в 922 (79,6%) випадках; НФ – в 236 (20,4%). Обидві групи були співставні за основними клініко-демографічними показниками: середній вік становив $M \pm m$ (95% CI) $54,2 \pm 11,1$ (50,8–58,2) року у групі РН і $55 \pm 10,9$ (51,7–58,7) року у групі НФ (Mann–Whitney test; $p=0,49$); співвідношення статі (61,9% чоловіків проти 38,1% жінок у групі РН та 61,7% проти 38,3% у групі НФ) ($\chi^2=0,005$; $p=0,94$); рівень швидкості клубочкової фільтрації – $86,9 \pm 17,8$ (72–99) мл/хв/1,73 м² проти $84,4 \pm 19,8$ (81–101) мл/хв/1,73 м² (Mann–Whitney test; $p=0,59$); ECOG статус Me [25–75%] 1 [0–1] проти 1 [0–1] (Mann–Whitney test; $p=0,41$) відповідно. Для визначення параметрів, що впливають

на вибір хірургічної тактики використовувався однофакторний і багатофакторний аналізи. Були враховані наступні фактори: розмір пухлини, екзо- або ендофітний ріст, близькість пухлини до по- рожнинної системи нирки і розташування пухли- ни – в синусі (n=307), полярно (n=464) або лате- рально (n=387). Об'єм функціонуючої паренхіми нирки (ОФПН) оцінювали за оригінальною ме- тодікою. Всі параметри були основані на резуль- татах КТ.

Результати та їх обговорення. Однофактор- ний аналіз продемонстрував наступні фактори, що впливають на вибір методу оперативного лікуван- ня: розмір пухлини (W-Wilcoxon; $p < 0,001$), розта- шування пухлини ($p < 0,001$: OR полярний проти латерального 1,67 (СІ 1,07–2,63), OR латеральний проти синуса 7,2 (СІ 5,0–10,4)) і ОФПН (W-Wilcoxon; $p < 0,001$).

В подальшому проведено багатофакторний регресійний аналіз Кокса по 11 параметрах, що можуть впливати на вибір методу оперативного лікування у хворих на локалізований НКР. При побудові прогностичних ROC кривих найбільш оптимальною виявилась нелінійна нейромережева модель, що враховувала три основні параметри (ОФПН, локалізацію і розмір пухлини (AUC=0,92 (95% СІ 0,90–0,93) з чутливістю моделі 83,2% (95% СІ 78,8–87,0%)) і специфічністю 83,3% (95% СІ 80,0–86,3%). В подальшому розроблено номо-

грами, що показують, як ОФПН і розмір пухлини впливають на вибір відповідного методу хірургіч- ного лікування залежно від локалізації пухлини. Для НКР з полярною локалізацією ОФПН > 58% слід розглядати як показання до РН, а для НКР, розташованого в синусі, розмір пухлини менше 38 мм у середньому повинен розглядатися як по- казання до НЕ. В результаті була розроблена нова нефрометрична система для оцінки НКР - NCIU-нефрометрія, що враховує розташування пухлини (Nearness – центральне розташування пухлини; Collateral – периферичне розташування; Inferior – нижнє полярне; Uppег – верхнє полярне розта- шування) та ОФПН, і дозволяє визначити пока- зання для проведення РН та НЕ у хворих на лока- лізований НКР.

Висновок. Розміри пухлини, розташування пухлини і ОФПН є основними факторами, що впливають на вибір методу оперативного лікуван- ня локалізованого НКР. NCIU-нефрометрія об'єк- тивно представляє згадані вище параметри, що дозволяє оптимально планувати хірургічну стра- тегію лікування НКР. У разі полярного розташу- вання пухлини з ОФПН > 58%, слід проводити РН. При медіальному розташуванні пухлини розмір пухлини є основним фактором, що впливає на вибір хірургічної тактики. Чим менше розмір пух- лини (менше 38 мм), тим більш вірогідним є вибір методу лікування на користь РН.

РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ПРИ УРОТЕЛІАЛЬНОМУ РАКУ

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

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Ефективність резекції нирки при уротеліальному раку залишається недостатньо вивченою. Враховуючи високий рівень пацієнтів з нирковою недостатністю після виконання ра- дикального лікування, що унеможлиблює по- дальшу ефективну хіміотерапію, збереження нир- ки може відігравати ключову роль у покращенні результатів лікування.

Мета дослідження: визначення доцільності виконання резекції нирки при раку верхніх се- чових шляхів з метою зменшення вірогідності розвитку ниркової недостатності та оцінки її онкологічної ефективності.

Матеріали та методи дослідження. Ретро- спективний аналіз 9 пацієнтів з пухлинами ча-

шечок, котрі підлягали резекції нирки на базі інституту раку. Оцінка соматичного статусу про- водилась на основі коморбідного індексу Чарль- сонна та ECOG-статусу. Післяопераційні усклад- нення характеризувались за допомогою викорис- тання шкали Clavien–Dindo. Оцінка загальної та клубочкової фільтрації унілатеральної нир- ки проводилась на основі даних динамічної ре- носцинтиграфії. Враховуючи невелику вибірку пацієнтів оцінка клінічних результатів групи проводилась на основі визначення точного тес- ту Фішера.

Результати та їх обговорення. Період спо- стереження за пацієнтами коливався в межах від 6 до 88 місяців та в середньому склав 26 місяців.

Середній вік пацієнтів – 53 роки. Клубочкова фільтрація нирки на стороні ураження в середньому склала 16,5 мл/хв та коливалась у межах від 12 до 19 мл/хв. Середній час оперативного втручання склав 238 ± 36 хв. (коливався в межах 186–269). Усі оперативні втручання виконувались без використання центральної ішемії. Середній відсоток збереженої паренхіми склав 60%. Жоден пацієнт, враховуючи збереження обох нирок, не потребував системного гемодіалізу в післяопераційному періоді. Рівень післяопераційного креатиніну, котрий в середньому через 1 рік після оперативного втручання складав $0,94 \pm 0,08$ мг/дл. Функція ураженої нирки через 1 рік після оперативного втручання в середньому становила 17 мл/хв. У групі спостереження не було відмічено жодного випадку смерті, пов'язаної з КВСШ або супутньою патологією. При аналізі за допомогою точного тесту Фішера не

виявлено статистично достовірної залежності між залишковою паренхімою та показниками унілатеральної клубочкової фільтрації ($P=0,173$) або рівнем післяопераційного креатиніну ($P=0,163$). Ризик рецидиву в сечовому міхурі не залежав від розміру пухлини ($P=0,932$) або її морфологічної будови ($P=1,0$).

Висновки. Резекція нирки у цьому контексті є найбільш технічно складним втручанням, потребує ретельного відбору та обстеження пацієнтів, проте забезпечуючи хороші функціональні та онкологічні результати

Відсутність прямої залежності між відсотком здорової паренхіми та змінами функції нирки в післяопераційному періоді може носити принциповий характер та вказувати на доцільність збереження останньої навіть у випадках необхідності резекції тканини органа близького до 50%.

НЕОАД'ЮВАНТНА ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ЛОКАЛІЗОВАНИЙ НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК, ПОКАЗАННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ

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

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Використання таргетної терапії (ТТ), крім продовження тривалості життя хворих на метастатичний нирково-клітинний рак (НКТ), часто приводить до зменшення розміру пухлини. Тому її використання в неоад'ювантному режимі може дати позитивний ефект у лікуванні хворих на локалізований НКТ, підвищивши вірогідність проведення парціальної нефрєктомії (ПН) при НКТ центральної локалізації при достатній кількості функціонуючої паренхіми нирки.

Мета дослідження: визначити ефективність неоад'ювантної ТТ для зменшення розмірів локалізованого НКТ і можливості проведення ПН.

Матеріали та методи дослідження. Представляємо проміжні результати проспективного рандомізованого дослідження, до якого з 2015 до 2018 р. включено 118 випадків локалізованого НКТ. До основної групи включено 58 (49,2%) хворих, яким з метою зменшення розмірів первинної пухлини було проведено неоад'ювантну ТТ пазопаніб 800 мг щоденно перорально про-

тягом 2 міс. з подальшою оцінкою її ефективності та оперативним лікуванням. До контрольної групи включено 60 (50,8%) випадків локалізованого НКТ, яким проведено лише оперативне лікування. Групи співставні за основними параметрами: вік хворих становив $M \pm m$ (95% СІ) $55,3 \pm 10,3$ (52,6–58) року в основній групі проти $54,5 \pm 2$ (51,4–57,6) в контрольній (Mann–Whitney U Test; $p=0,8$); статевий приналежності (чоловіків : жінок) 39 : 19 в основній групі проти 34 : 26 в контрольній ($\chi^2=1,39$ $p=0,24$); розмір пухлини $M \pm SD$ (95% СІ) $60,7 \pm 19,8$ (55,5–66) мм проти $62,5 \pm 16,7$ (58,2–66,9) мм (Mann–Whitney U Test; $p=0,56$); ІМТ Me [25%; 75%] 28,6 [25,3; 33,2] проти 28,4 [26,9; 30,4] (Mann–Whitney U Test; $p=0,64$); рівень гемоглобіну 130,5 [115; 141] г/дл проти 135 [118; 149] г/дл (Mann–Whitney U Test; $p=0,2$); креатиніну крові $M \pm SD$ (95% СІ) $94,5 \pm 2$ (89,3–99,7) мкмоль/л проти $90 \pm 2,4$ (83,7–96,5) мкмоль/л (Mann–Whitney U test; $p=0,17$); СКФ – $88,6 \pm 26,1$ (76,7–100,5) мл/хв/1,73м²

проти $90,5 \pm 22,5$ ($80,5-100,5$) мл/хв/ $1,73\text{м}^2$ (Mann–Whitney U test; $p=0,83$) відповідно в основній та контрольній групі.

У всіх випадках було виконано комплексне клінічне обстеження, яке в обов'язковому порядку передбачало виконання КТ, оцінку розміру та регресії пухлини за RECIST 1.1, її локалізацію та об'єм функціонуючої паренхіми згідно з NCIU – класифікації, визначення функції нирок та кількість виконаних органозберігаючих операцій в групах порівняння.

Результати та їх обговорення. Показаннями до НеоА ТТ були: імперативні 12 (20,7%) випадків (6 – двобічний НКР та 6 – НКР єдиної нирки) та елективні в 46 (79,3%) випадках. Локалізація пухлини: 34 (58,6%) – центральна з розміром більше 40 мм та 24 (41,4%) – периферичне або латеральне розміщення з розповсюдженням до воріт нирки при відсотку збереженої паренхіми нирки більше 50%.

НеоА ТТ сприяла до зменшення розміру пухлини нирки на $12,3$ мм з ($M \pm SD$ (95% CI)) $60,8 \pm 19,7$ ($55,7-66$) до $48,5 \pm 16,4$ ($44,2-52,8$) мм (t-test; $p < 0,001$). Регресію пухлини констатовано в 50 (86,2%) випадках, яка в середньому становила $20,5 \pm 14,3$ ($16,8-24,3$)%. У 8 (13,8%) хворих розмір НКР не змінився. Прогресія не зафіксована в жодному випадку. У 44 (75,9%) випадках рівень регресії досягав до 30%, а ще в 14 (24,1%) він перевищував 30% при максимальному значенні регресії в 60%. Ми не виявили впливу розміру НКР на ступінь її регресії

(ANOVA, $\eta^2=0,01$ при потужності 0,1 ($p=0,72$)).

Середній рівень регресії пухлини при Фурман 2 сягав $M \pm SD$ (95% CI) $22,6 \pm 14,4$ ($18,3-26,9$)%, при Фурман 3 – $17,1 \pm 11,7$ ($7,3-26,9$)%, при Фурман 4 – $3,8 \pm 2,9$ ($0-8,5$)% (ANOVA, $\eta^2=0,13$ при потужності 0,72 ($p=0,029$)).

Зменшення розмірів НКР у групі неoad'ювантної ТТ дозволило в 53 випадках (91,4%) провести резекцію нирки, проти 20 (33,3%) випадків в контрольній групі ($\chi^2=42,1$; $p < 0,0001$).

Рівень інтраопераційної крововтрати в групі ТТ був вищим у порівнянні з контрольною групою і становив Me [25–75%] 300 [250–400] мл проти 200 [100–300] мм (Mann–Whitney U test; $p < 0,05$).

Рівень СКФ через 3 міс. після операції достовірно не змінився в групі ТТ і становив $M \pm m$ (95% CI) 78 ± 17 ($61-95$) мл/хв/ $1,73\text{м}^2$ та знизився в контрольній групі до 61 ± 12 ($50-72$) мл/хв/ $1,73\text{м}^2$ (Mann–Whitney U test; $p < 0,001$).

Висновок. Проведення НеоА ТТ у хворих на локалізований НКР дозволило досягти середньої регресії пухлини в $20,5 \pm 14,3$ ($16,8-24,3$)%. при розмірі пухлини $60,7 \pm 19,8$ мм, що дозволило достовірно підвищити рівень органозберігаючого лікування до 91,4% ($\chi^2=42,1$; $p < 0,0001$) і сприяло покращенню загальної очисної функції нирок. Отримані нами позитивні результати НеоА ТТ у хворих на НКР вказують на доцільність втілення неoad'ювантної таргетної терапії у випадках локалізованого НКР.

ОНКОЛОГІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

*Е.О. Стаховський¹, Ю.В. Вітрук¹, О.А. Войленко¹, О.Е. Стаховський¹,
О.А. Кононенко¹, В.Й. Вітрук², П.С. Вукалович¹, М.В. Пікуль¹,
Б.О. Гречко¹, С.Л. Семко¹, Д.О. Кошель¹, О.В. Буйвол¹*

¹ Національний інститут раку, м. Київ

² Центр сучасної урології, с. Крюківщина

Вступ. Ефективність виконання циторедуктивної нефректомії (ЦН) у хворих на метастатичний нирково-клітинний рак (мНКР) є суперечливою. З одного боку, вона використовується для зменшення кількості пухлинних клітин, що робить ефективнішою системну терапію, з іншого – призводить до затримки те-

рапії або стає протипоказанням до її застосування внаслідок довготривалої реабілітації пацієнта чи виниклих ускладнень. Тому, на нашу думку, актуальним та перспективним методом лікування є циторедуктивна резекція нирки (ЦР), яка дасть можливість максимально зберегти функціонуючу паренхіму нирок, запобіг-

ти виникненню хронічної ниркової недостатності, вчасно та в повному об'ємі провести системну терапію.

Мета дослідження: визначити показання та оцінити ефективність циторедуктивної резекції нирки при мНКР.

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективно проаналізовано результати лікування 1939 хворих на нирково-клітинний рак, яким виконано хірургічне лікування впродовж 2008–2017 років. У 336 (17,3%) випадках мав місце мНКР, який і став предметом нашого подальшого дослідження. Циторедуктивна резекція (І група) виконана у 86 (25,6%), циторедуктивна нефректомія (ІІ група) – у 250 (74,4%) випадках. Одночасна повна метастазектомія виконана у 28 (8,3%) хворих. У 48 (14,3%) пацієнтів була проведена неoad'ювантна системна терапія протягом 2 місяців, яка дозволила зменшити як розмір пухлини, так і розмір метастатичних вогнищ та виконати органозберігаюче лікування у 33 (69%) випадках. Після операції проводилась системна терапія мНКР.

Результати та їх обговорення. Групи були споріднені за віком, статтю, ІМДС ризик фактором, кількістю метастатичних вогнищ та симультанною повною метастазектомією, а також тривалості системної терапії ($p > 0,1$). Статистично

достовірно вони відрізнялися за розміром пухлини: $54,1 \pm 27,3$ та $96,1 \pm 38,5$ мм ($p < 0,0001$), а також об'єму функціонуючої паренхіми нирки на стороні ураження (RFPV) – $78,1 \pm 12,4$ та $43,4 \pm 19,5\%$ ($p < 0,000001$) відповідно. ЦР виконана при RFPV більше 56% та локалізації пухлини в полюсі нирки 56 (65,1%), латерально 24 (27,9%) чи медіально 6 (7%), причому при медіально розміщених пухлинах їх розмір складав менше 30 мм.

Період спостереження склав від 0,5 до 109 місяців ($26,4 \pm 25,9$). Від прогресування захворювання померло 184 (54,8%) хворих: 40 (46,5%) – після ЦР та 144 (57,6%) – після ЦН. Медіана загальної виживаності була статистично вищою в групі ЦР (42,8 проти 22,6 місяців при ЦН). Показник 5-річної канцер-специфічної виживаності також був вищим у групі циторедуктивної резекції (45,9% проти 29,1%; $p = 0,005$).

Висновок. Циторедуктивна резекція нирки показана при об'ємі функціонуючої паренхіми нирки на стороні ураження більше 56% та розміщені пухлини в полюсі нирки чи латерально, що достовірно підвищує показники медіани загальної та канцер-специфічної виживаності у хворих на мНКР.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Н.Ю. Спіженко, С.П. Одарченко, Т.І. Чеботарьова, О.Г. Ярмач,
Л.В. Матвієвська, Р.М. Зелінський, Ю.П. Копанєва, Н.Ю. Цибрій*

Центр онкології і радіохірургії клініка Спіженко, м. Київ

За даними сучасної літератури та оглядів клінічних досліджень рак передміхурової залози є актуальною медико-соціальною проблемою внаслідок неблагоприємної динаміки за останні 20 років. У світі щорічно виявляється 396 000 основних випадків раку передміхурової залози. Рак передміхурової залози (РПЗ) – одна із найбільш поширених хвороб серед чоловіків старшого і похилого віку. РПЗ займає в структурі онкологічних хвороб чоловічого населення друге місце в економічно розвинених країнах, а в деяких країнах – перше місце. Захворюваність збільшується з віком хворих, досягає максимуму після 80 років. За даними Національного канцер-реєстру захворюваність по Україні скла-

дає 49,7 на 100 000 ч.н. хворих раком простати (2016). Показник смертності від цієї патології за останні 10 років в Україні виріс на 28,9% і складає 23,3 на 100 000 населення (2016). Рак простати займає третє місце в структурі онкологічної захворюваності і 4-те місце в смертності чоловічого населення.

Лікування пацієнтів з немстатичним раком передміхурової залози включає радикальну простатектомію, дистанційну променеву терапію, радіохірургічне втручання, роботизовану простатектомію.

Єдиної думки, який метод є найкращим, немає. При високодиференційованих інтракапсулярних пухлинах 10-річна виживаність ста-

новить 90–94% при всіх варіантах лікування. Вибір варіанту лікування базується на клінічній стадії і гістопатологічній класифікації, а також враховують вік, загальний стан хворого і супутню патологію. Дистанційна променева терапія є альтернативою радикальної простатектомії при T1–T2 пухлинах [2]. Загальноприйнятим методом у стадії T1–T2 N0 має радикальна простатектомія. Виконання радикальної простатектомії пов'язане з високою частотою післяопераційних ускладнень:

- 1) кишкова непрохідність;
- 2) лімфоцеле;
- 3) післяопераційна кровотеча;
- 4) затримка сечі після видалення уретрального катетера;
- 5) звуження міхурово- уретрального анастомоза;
- 6) післяопераційна кила.

Альтернативою є променева терапія. Променивий метод позбавлений ускладнень, що виникають після оперативних втручань.

Проводиться дистанційна променева терапія згідно з рекомендаціями європейської асоціації урологів у своїх виданнях визначила, що СВД на простату складає 72–76 Гр у групах низького і проміжного ризику і 78 Гр при високому ризику прогресування захворювання [5].

Переваги дистанційної променевої терапії методом IMRT:

- 1) максимальний захист здорових органів і тканин від опромінення;
- 2) висока ефективна доза опромінення;
- 3) можливість проводити променеве лікування різних за формою і конфігурацією пухлин;
- 4) скорочення часу променевого лікування.

Переваги радіохірургічного лікування: підведення високих доз опромінення (крутий дозний градієнт) без пошкодження життєво важливих органів.

Роботизована простатектомія – це найновіша технологія малоінвазивних втручань при раку простати із застосуванням 3D візуалізація і особливо роботизовані інструменти з метою видалення ураженої раком простати.

Сучасна медицина і особливо онкоурологія, пропонує сьогодні найостанніші досягнення в лікуванні раку простати. Якщо раніше уражена раком простата віддалялася за допомогою великого розрізу внизу живота або в області промежини, то тепер достатньо зробити кілька дрібних міні-розрізів за допомогою ендоскопічної техніки.

Застосовуючи спеціальну хірургічну панель і високоякісну систему візуалізації хірурга через ці міні-розрізи видаляє всю простату і навколишні лімфатичні вузли. Як і інші лапароскопічні втручання, роботизована простатектомія проводиться через кілька (4–5) дрібних не більше 1 см розрізів-проколів. Завдяки цьому досягається набагато менша крововтрата, коротший післяопераційний період і більш швидке відновлення, в порівнянні зі звичайною простатектомією [1].

Методи дослідження:

- 1) визначення рівня ПСА;
- 2) пальцьове дослідження;
- 3) ультразвукове дослідження.

У центрі онкології та радіохірургії клініка Спіженко використовують сучасні технології променевої терапії в лікуванні раку передміхурової залози, а саме: 1) стереотаксична радіохірургія на Кібер ножі (Cyber Knife) під візуальним контролем (fiducial) РВД 7,25 Гр, СВД 36,25 Гр (5 фракцій); 2) IMRT на лінійному прискорювачі з послідовним бустом на Кібер ножі. На передміхурову залозу та л/в малої миски з РВД 2,0 Гр, СВД 40 Гр за допомогою методу IMRT, послідовний буст на Кібер ножі на передміхурову залозу з РВД 6,5–7 Гр СВД 19,5–21 Гр (3 фракції); 3) IMRT з інтегрованим бустом (лінійний прискорювач Elekta Synergy Platform), що дозволяє опромінювати кілька мішеней одночасно різними дозами. На передміхурову залозу з РВД 2,6 Гр до СВД 65 Гр, на л/в малої миски з РВД 2,0 Гр до СВД 50 Гр, 4) IMRT в режимі гіпофракціонування з ескалацією дози (лінійний прискорювач ELEKTA SYNERGY під візуальним контролем (fiducial) з РВД 3,6 Гр до СВД 57,6 Гр.

Пацієнтам з локальними формами раку передміхурової залози (1–2 ст.) та низьким або проміжним ризиком виконували радіохірургічне лікування на Кібер ножі або IMRT в режимі гіпофракціонування з ескалацією дози під візуальним контролем. Пацієнтам, що належать до групи проміжного та високого ризику та мають 2–3 ст. захворювання, пропонують IMRT з інтегрованим бустом або IMRT з послідовним бустом на Кібер ножі. Всім хворим, яким планується проведення лікування на Кібер ножі за тижень до КТ планування в передміхурову залозу під контролем УЗД трансректально вводяться рентгенконтрастні золоті мітки 4–5, що дозволяє підводити високі дози опромінення в пухлину з крутим дозним градієнтом по відношенню до органів малої миски. Точність укладки

досягається за допомогою вакуумних матраців, підколінних підставок для іммобілізації тіла і фіксаторів стоп. Плануюча система має програму fusion зображень КТ, МРТ, що дозволяє оконтурювати м'які тканини на основі інформації МРТ, а зовнішні контури та кісткові структури за даними КТ. Променеве навантаження на органи малої миски при стереотаксичній радіохірургії на Кібер ножі та IMRT значно нижчі, ніж при 3D-конформній променевій терапії.

Планування лікування IMRT/IGRT суттєво відрізняється від планування стандартної комфортної терапії та проводиться за інверсним методом. Усі плани проходять верифікацію, щоб перевірити, наскільки точно віртуальний розподіл дози може відтворити лінійний прискорювач.

Однією з підстав для поєднання ад'ювантної гормонотерапії з опроміненням є зменшення об'єму простати, що зменшує розмір поля опромінення і потенційно знижує токсичність для сусідніх здорових тканин (прямої кишки і сечового міхура). Зі збільшенням стадії хвороби збільшується ризик системного поширення захворювання.

Самостійне лікування на Кібер ножі отримали – 90 осіб, IMRT на лінійному прискорювачі з послідовним бустом на Кібер ножі – 27 осіб, IMRT з інтегрованим бустом – 68 осіб. Усього проліковано на лінійному прискорювачі – 100 осіб, на Кібер ножі – 117 осіб, з 1-ю стадією захворювання проліковано 110 осіб (0,5%), з 2-ю стадією захворювання – 80 осіб (3,68%). Повне одужання спостерігалось у 60 осіб (27,6%), неповний регрес у 122 осіб (56,2%), рецидив захворювання 2 особи (0,1%) протягом 2 років після проведення опромінення. Прогресія у вигляді метастазів у кісткову систему спостерігалась у 50 осіб (23,04%).

У результаті меншого променевого навантаження на органи малої миски у пацієнтів, які отримали лікування на Кібер ножі, спостерігалися променеві реакції 1–2 ст. у 1 особи (0,92%) у вигляді променевих циститів, рівень PSA до 10 нг/мл, які отримали лікування методом IMRT з послідовним бустом на Кібер ножі спостерігалися променеві реакції 1–2 ст. у вигляді променевих циститів у 1 особи (0,92%) PSA до 10 нг/мл, які отримали лікування методом IMRT з інтегрованим бустом спостерігалися променеві реакції 1–2 ст. у вигляді циститів, у 1 особи (0,92%), PSA 10–20 нг/мл. Час спостереження – від 6 до 75 місяців.

Кількість ранніх променевих ускладнень при IMRT зменшилася з 16% до 8%, якщо порівнювати з конвенціональним, а пізні променеві ушкодження зменшуються з 15% до 5%[4].

Висновки

1. Самостійна стереотаксична радіохірургія є високоефективним методом лікування у хворих раком передміхурової залози 1–2 ст.

2. IMRT має більш прогресивний характер лікування та сприяє зменшенню променевих реакцій органів малої миски в порівнянні зі стандартною конформною променевою терапією.

3. Комбінація IMRT з Кібер ножем підвищує ефективність променевої терапії і розширює можливість радикального променевого лікування пацієнтів з 3–4 ст. захворювання.

4. Використання сучасних високотехнологічних варіантів променевого лікування пацієнтів з РПЗ дозволяє проводити радикальний курс променевої терапії більш високими сумарними вогнищевими дозами без ускладнень із благоприємним прогнозом.

Список літератури

1. Consensus statement: the management of clinically localized prostate cancer. National Institutes of Health Consensus Development Panel. NCL monogr 1988(7):3–6.
2. Fowler FJ, Barry MJ. Outcomes of external beam radiation therapy for prostate cancer: a study of Medicare beneficiaries in three surveillance epidemiology and end results areas. *J Clin Oncol* 1996 Aug; 14(8):2258–65.
3. Heidenreich A, Aus G, Bolla M. et al. EAU guidelines on prostate cancer // *Eur. Urol.* – 2008. – Vol. 53, № 1. – P. 68–80.
4. Kagan A.R. Intensity modulated radiotherapy for adenocarcinoma of the prostate: A point of view // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 2005. – Vol. 62, № 2. – P. 454–459.
5. Heidenreich A, Aus G, Bolla M. et al. Adenocarcinoma of prostate cancer // *Eur. Urol.* – 2001. – Vol. 10, № 1. – P. 68–80.

РАДІОНУКЛІДНА ТЕРАПІЯ МЕТАСТАТИЧНОГО ГОРМОНРЕЗИСТЕНТНОГО РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ¹⁷⁷LUTETIUM – PSMA

Хаїм Голан ¹, О.М. Ухаль ², Р.В. Савчук ²

¹ м. Тель-Авів, Ізраїль

² Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Лікування хворих з метастатичним гормон-резистентним раком передміхурової залози складна проблема у всьому світі, у зв'язку з токсичністю хіміотерапії та малою кількістю препаратів для таргетної терапії. Метою дослідження є вивчення ефективності радіонуклідної терапії ¹⁷⁷Lutetium у хворих з метастатичним гормонрезистентним раком передміхурової залози. Дослідження були проведені на базі Isotria, Ізраїль. Дана радіонуклідна терапія потребує відбору хворих, оскільки вона базується на скринінгу PSMA (простатспецифічного мембранного антигену) та FDG-PET. У зв'язку з тим, що до 20% неоплазій не експресують PSMA, що

свідчить про недостатність рецепторів та включає лікування ¹⁷⁷Lutetium. Новий формат лікування з'явився завдяки оригінальному підходу – тераностики, у якому поєднуються діагностика та лікування. У дослідженні беруть участь 40 пацієнтів, які проходять радіонуклідну терапію ¹⁷⁷Lutetium. У процесі лікування досягнуто зниження на 50% ПСА у 58% хворих. Медіана виживаності без прогресування 13,7 місяця. Радіонуклідна терапія ¹⁷⁷Lutetium – PSMA є ефективною альтернативою у значної частини хворих з метастатичним гормонрезистентним раком передміхурової залози, які вичерпали інші види лікування та прогресують після стандартної терапії.

БІОХІМІЧНІ ТАРГЕТНІ МАРКЕРИ ОНКОУРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

В.М. Комаревцев, К.В. Балабанова, Р.П. Морару-Бурлеску, Н.М. Серьогіна,
І.Е. Карасьов, К.В. Шупілов, Рамі Мухаммед Салім Юсеф, О.В. Тачко

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Вступ. Визначення ранніх і точних предикторів онкоурологічного захворювання для виявлення хворих з високим ризиком несприятливого результату захворювання може сприяти розробці патогенетично обґрунтованої таргетної терапії. Біомаркери, використовувані в онкоурології можуть визначатися у зразках крові та сечі, біоптатів нирок, сечового міхура, передміхурової залози. Циркулююча ДНК є продуктом апоптозу клітин – головним процесом клітинного та тканинного гомеостазу [Kulik G., 2015]. Для виживання пухлинної клітини придушення (down-регуляція) апоптозу – головне завдання [Комаревцев В.Н., та ін., 2001].

Мета дослідження: розробити метод рідинної біопсії з визначенням за вільною безклітинною фрагментованою ДНК циркулюючих апоптозних тілець у хворих на рак нирок, сечового міхура, передміхурової залози в порівнянні з неонкологічними урологічними захворюваннями.

Матеріали та методи дослідження. Ми вивчили в сироватці крові рівень циркулюючої дефрагментованої ДНК (cfDNA) у хворих на онкоурологічну патологію у порівнянні з неонкологічними урологічними захворюваннями:

– нирково-клітинний рак (n=32), пухлину Вільмса у дітей (n=20), ангіоміоліпоматоз нирки (n=11), на сечокам'яну хворобу з локалізацією каміння у лоханці нирки (n=68) і сечоводу (n=22), хронічний пієлонефрит (n=20) і хронічний пієлонефрит єдиної нирки (n=18), гідронефроз (n=36), кісту нирки (n=35) і полікістоз (n=68);

– аденокарциному простати (n=56), доброякісну гіперплазію простати (n=34);

– рак сечового міхура (n=48), фіброепітеліома сечового міхура (n=26).

Визначення циркулюючих ДНК-фрагментів у крові проводили з дифеніламіновим реагентом, але в нашій модифікації [Messmer U.K., Verena A.V., 1996, Комаревцева В.М., 2002].

Статистична обробка отриманих даних була проведена з використанням пакетів прикладних програм «Statistica» (StatSoft Inc. США, версія 7.0).

Результати та їх обговорення. Кожна із вивчених нозологій характеризувалася різним рівнем циркулюючої дефрагментованої ДНК в сироватці крові. ДНК-фрагментація у сироватці крові була найбільш виявлена у хворих на пухлинні захворювання нирок, рак сечового міхура і передміхурової залози, а саме у хворих на нирково-клітинний рак, пухлину Вільмса, аденокарциному передміхурової залози, рак сечового міхура (78,6±7,7; 61,9±8,9; 76,98±8,5; 82,7±9,1; відповідно). У хворих на доброякісні пухлини нирок, передміхурової залози та сечового міхура рівень cfDNA був значно менший: у хворих на ангіоміоліпоматоз нирки

(65,52±10,1) у 1,2 разу менше у порівнянні з групою хворих на нирково-клітинний рак (78,6±7,7) і у 1,1 разу ніж у дітей з пухлиною Вільмса (71,9±8,9). У хворих на доброякісну гіперплазію простати рівень циркулюючої у крові cfDNA був (48,5±7,8) у 1,6 разу менше, ніж у хворих на аденокарциному простати. У хворих на фіброепітеліому сечового міхура (42,4±5,9) майже у 2 рази нижче, ніж у хворих на рак сечового міхура.

Висновки. Методика детекції апоптозу за вільною безклітинною фрагментованою ДНК циркулюючих апоптозних тілець нирок, сечового міхура, передміхурової залози – доступна й відтворювана, що уможливорює застосування цього методу у хворих на урологічний рак в діагностико-прогностичних цілях і виборі хірургічної стратегії.

ПАРЦІАЛЬНА ЦИСТЕКТОМІЯ З АД'ЮВАНТНОЮ ХІМІО- АБО ПРОМЕНЕВОЮ ТЕРАПІЄЮ ПРИ М'ЯЗОВО-ІНВАЗИВНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

С.О. Возіанов ¹, В.С. Сакало ¹, З.В. Гацереція ², В.В. Мрачковський ²,
А.В. Сакало ¹, Ю.Ю. Куранов ², А.В. Кондратенко ²,
П.М. Салій ², Я.В. Левчишин ², Б.М. Навроцький ²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Рак сечового міхура (РСМ) посідає 9-те місце в структурі онкологічної захворюваності у світі і 2 місце серед усіх онкоурологічних захворювань. У 30% випадків вперше виявленого РСМ визначається інвазія в м'язовий шар. Проблема лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура (МІРСМ) є складною і актуальною, оскільки переважна більшість діагностованих випадків МІРСМ є низькодиференційованими з високим ступенем злоякісності. Лікувальні опції є дискусійними та визначаються значною варіабельністю і включають радикальну або парціальну цистектомію, неоад'ювантну та ад'ювантну хіміотерапію та променевою терапію [NCCN guidelines, 2018].

Мета дослідження: покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих на МІРСМ, шляхом обґрунтування показань до вибору органозберігаючих оперативних втручань з ад'ювантною хіміопротимоною терапією.

Матеріали і методи дослідження. Протягом 2008–2018 рр. було виконано 228 парціаль-

них цистектомій. У всіх випадках діагноз було встановлено за результатами УЗД, КТ або МРТ та підтверджено морфологічно дослідженням біоптатів. У подальшому був проведений ретроспективний аналіз історій хворіб пацієнтів. Згідно з TNM-класифікацією розподіл пацієнтів був наступним: T1 – 47 (20,6%), T2a-b – 138 (60,5%), T3 – 43 (18,9%). За ступенем диференціювання виявлено: з високим ступенем (G1) – 22 (9,6%), помірним (G2) – 145 (63,6%), низьким (G3) – 61 (26,8%) пацієнтів. У ході проведеного лікування 140 (61,4%) пацієнтам виконано парціальну цистектомію, 47 (20,6%) – парціальну цистектомію з ад'ювантною променевою терапією, 41 (18%) – парціальну цистектомію з ад'ювантною хіміотерапією (цисплатин+гемцитабін).

Результати та їх обговорення. У процесі ретроспективного вивчення 88 історій хвороб пацієнтів на МІРСМ після парціальної цистектомії з ад'ювантною хіміо- та променевою терапією було досягнуто 5-річної загальної виживаності у 51,75% пацієнтів, канцер-специфіч-

ної виживаності – у 62%, безрецидивної виживаності – у 39%. Середня тривалість спостереження складала 6 років. Застосування ад'ювантної хіміопроменевої терапії впливала на загальну виживаність. Порівняння результатів лікування хворих, які перенесли тільки оперативне втручання з пацієнтами після оперативного і/або хіміопроменевої терапії показала, що після

комбінованого лікування канцер-специфічна виживаність була на 8,6 % вища.

Висновки. Потенційними перевагами органозберігаючих втручань в комбінації з ад'ювантною поліхіміотерапією і/або променевою терапією є покращення якості життя хворих при задовільних безпосередніх і віддалених онкологічних результатах.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПРОСТАТИ

М.А. Довбиш, О.Б. Унгурян, І.М. Довбиш, О.М. Міщенко

Запорізький медуніверситет

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) займає 3-тє місце в структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення. Провідними методами діагностики РПЗ є пальцьове ректальне дослідження (ПРИ), визначення рівня простатспецифічного антигену (ПСА) в крові, трансректальне ультразвукове дослідження простати (ТРУЗІ). Для верифікації захворювання використовується морфологічне дослідження та трансректальна мультифокальна біопсія передміхурової залози (ПЗ) під ультразвуковим контролем.

Мета дослідження: визначити характер ускладнень при трансректальній мультифокальній біопсії ПЗ і виробити методи їх профілактики.

Матеріали та методи дослідження. Спостерігали 177 хворих, яким здійснена трансректальна мультифокальна біопсія ПЗ під ультразвуковим контролем. Вік пацієнтів становив $66,5 \pm 14$ року, а рівень ПСА – $13,4 \pm 2,4$ нг/мл. Біопсію ПЗ виконували з 10–12 точок. Перед біопсією проводили дослідження – загальний аналіз крові і сечі, коагулограма, ЕКГ, УЗД нирок і сечових шляхів, ТРУЗІ, ПСА крові.

Результати та їх обговорення. Найчастішим ускладненням була гематурія, яка виникла у 98 хворих (55,2%). Тривалість її була протягом 6–8 годин у 70 випадках, протягом доби – у 23 хворих, більше доби гематурія тривала у 5 осіб. Наступним за частотою ускладненням був біль у промежині і анальному кільці, який зустрічався у 56 (31,6%) випадках. Він купірувався призначенням диклобера в свічках протягом 3–4 діб. Гемоспермія виникала у 38 випадках (21,4%) і не мала клінічної значущості. 3 ускладнень запального характеру найчастіше виникав гострий простатит у 25 осіб (14,1%), який

купірувався за допомогою антибактеріальної терапії. Гострий орхоепідидиміт розвивався через 3–4 доби після пункції у 5 чоловіків (2,8%). Консервативне лікування у всіх випадках дало позитивний результат. Гостра затримка сечі була у 5 хворих (2,8%) і потребувала установки постійного катетера, призначення протизапальної терапії. Після пункції кров'янисті виділення із прямої кишки мали місце у 16 пацієнтів (9,0%), що не вимагало гемостатичної терапії. Із 177 хворих у 105 було по 2 ускладнення (біль і гематурія). У 35 випадках було три ускладнення (гематурія, гострий простатит, гемоспермія).

Спостереження дозволило нам виробити алгоритм заходів для зменшення частоти ускладнень. Відповідно до алгоритму під час пальцьового огляду необхідно звертати увагу на наявність гемороїдальних вен. За добу до біопсії призначали фторхінолонові антибіотики або тетрациклінові антибіотики (юнідокс). Після біопсії прийом антибіотиків тривав 5 діб. Гемостатична терапія призначалась після біопсії (дицинон, етамзілат) у залежності від ступеня вираженості гематурії. Больові відчуття легко купіруються 3-добовим прийомом нестероїдних препаратів у свічках. Подібний підхід для профілактики ускладнень дає можливість знизити їх частоту в 2,3 разу.

Висновки

1. За добу до біопсії ПЗ для профілактики ускладнень необхідно призначати антибіотики фторхінолонового або тетрациклінового ряду, що зменшує їх частоту в 2,3 разу.

2. П'ятидобовий період проведення антибактеріальної терапії є найбільш оптимальним терміном при біопсії простати, а знеболювальна і гемостатична – у залежності від тривалості больової реакції і гематурії.

НЕОЧІКУВАНЕ УСКЛАДНЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ З ПРИВОДУ ПУХЛИНИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ: БЕЗСИМПТОМНИЙ НЕФРОПТОЗ, ГІДРОНЕФРОЗ ТА «НІМА» НИРКА, ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

П.Г. Яковлев ¹, О.А. Черниченко ², В.В. Чистяков ¹, І.В. Саввіна ³

¹ НМУ ім. Богомольця

² Ужгородська ЦМКЛ

³ Філія 1 КДЦ Солом'янського району, м. Київ

Вступ. Резекція нирки є операцією вибору при органо-локалізованому нирково-клітинному раку невеликих розмірів. При пухлинах більше 7 см виконання резекції нирки показано, якщо клінічно показано. Виконання органозберігаючих операцій при раку нирки може мати певні ускладнення, такі як паранефральна гематома, сечова нориця, артеріо-венозна фістула, тромбоз ниркової артерії, нефросклероз, рецидив пухлини тощо.

Мета дослідження: представити випадок неочікуваного ускладнення резекції нирки з пухлиною великих розмірів – нефроптозу з гідронефрозом та «німою» ниркою в ранньому післяопераційному періоді, та шляхи корекції даного ускладнення.

Матеріали і методи дослідження. Хворий І., 51 рік, звернувся за медичною допомогою у зв'язку з періодичною важкістю в правій поперековій ділянці протягом року, симптоматичну гіпертензію. За даними УЗД ОЧП та МСКТ ОГК, ОЧП, ОМТ з контрастуванням виявлена екстраренальна пухлина нижнього полюса 9 см в діаметрі, яка не проростає в порожнисту систему нирки; метастатичного поширення хвороби не виявлено. Розраховані нефрометричні індекси PADUA, сума = 8, та NCIU, сума = 80%.

Результати та їх обговорення. 01.10.2018 проведена операція: підреберна правобічна лапаротомія, резекція правої нирки з пухлиною. Час теплової ішемії 15 хвилин, операційна кровотрата 50 мл. Активізація хворого на 2 п/о

добу, виписаний в задовільному стані на 6 п/о добу. Патогістологічний висновок: папілярна нирковоклітинна карцинома нирки (G₂) І типу (pT_{2a}). При першому контрольному огляді через три місяці після операції хворий ніяких скарг не виказував. 26.12.2018 проведено контрольне МСКТ ОГК та ОЧП, на якому виявлено гідронефротичну трансформацію ІІ ступеня оперованої нирки з різким порушенням видільної функції («німа нирка») без рентгенологічних ознак обструкції сечоводу та тромбозу ниркової артерії. Оперована нирка опущена на 1 поперековий хребець (нефроптоз І ступеня) порівняно із доопераційним станом.

Чотири місяці після резекції хворому виконано уретероскопію справа, стентування правої нирки. При ревізії перешкод та ушкоджень в сечоводі виявлено не було. Рекомендовані медикаментозні засоби нефропротекції. Через 2 місяці стент видалено. Контрольне УЗД через тиждень після дестентування виявило відсутність гідронефрозу. Контрольна екскреторна урографія на 7, 20, 60 хв. показали помірне уповільнення екскреторної функції оперованої нирки.

Висновок. Резекція нирки з приводу пухлин великих розмірів сприяє гіпермобільності нирки та, як наслідок, порушенню перфузійної, екскреторної функції та гідронефрозу з формуванням «німої» нирки. Інтраопераційна нефропексія може запобігти цим ускладненням та необхідності додаткових втручань у вигляді уретероскопії та тривалого стентування нирки.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ХВОРИХ З НИРКОВО-КЛІТИННИМ РАКОМ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ

С.М. Пасічник ¹, Ю.Б. Борис ¹, Ю.О. Мицик ¹, І.Ю. Дутка ², І.М. Комнацька ²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
² Медичний центр «Євроклінік», м. Львів

Застосування комп'ютерної томографії (КТ) є одним із надзвичайно інформативних діагностичних методів рентгенологічної візуалізації патологічних утворів нирок. Впровадження в медичну практику однієї з функціональних методик візуалізації дифузійно зважених зображень (ДЗЗ) – магнітно-резонансної томографії (МРТ), дозволяє досить ефективно застосувати контрастне зображення шляхом кількісного вимірювання термоіндукованого руху молекул води в тканинах *in vivo*. Вимірюваний коефіцієнт дифузії (ВКД) – являє собою кількісний показник, розрахунок якого проводиться із ДЗЗ з метою подальшого використання оцінки ступеня дифузії в тканинах організму.

Беручи до уваги вищесказане можна припустити, що застосування МРТ з модальністю ДЗЗ може бути використано для ранньої діагностики та прогнозування розвитку ХХН у хворих НКР на стадії T_{1a} після проведення органозберігаючого хірургічного лікування за відсутності променевого навантаження на пацієнта.

Мета дослідження: дослідити ефективність застосування дифузійно-зважених зображень МРТ в оптимізації прогнозування розвитку ХХН у хворих із НКР після резекції нирки.

Матеріали і методи дослідження. В дослідженні брали участь 44 пацієнти. В І групу входило 24 хворих, в яких було вперше діагностовано нирково-клітинний рак (НКР) на стадіях T_{1a} N₀ M₀ G₁ – G₃.

II (контрольна) група – 20 пацієнтів, без ознак НКР та без ознак порушення анатомо-функціонального стану нирок.

Результати. У всіх хворих із НКР до резекції нирки за даними сцинтиграфії ШКФ знаходилась в межах 90–95 мл/хв/1,73 м², середня ШКФ становила 92 мл/хв/1,73 м². Через 12 місяців після проведеного лікування у 8 (33,3%) хворих спостерігалось достовірне зниження середнього значення ШКФ до 82 мл/хв/1,73 м² (p<0,05), у решти 16 (66,7%) хворих середнє значення ШКФ достовірно не відрізнялось у порівнянні із вихідним показником (p>0,05). У відповідності до отриманих відмінностей у ШКФ після резекції нирки хворі були розподілені на підгрупи, у яких був проведений ретроспективний аналіз значень ВКД дифузійно-зважених зображень.

Висновок. Застосування резекції нирки у хворих НКР на стадії T₁ протягом 12 місяців спостереження у 33,33% випадків призвело до прогресії ХХН. Аналіз даних проведеного дослідження свідчить про наявність прямої кореляції між ШКФ та ВКД через 12 міс. спостереження. Застосування ВКД дифузійно-зважених зображень МРТ дозволяє прогнозувати зниження функціональної здатності ураженої пухлиною нирки у хворих на НКР (стадії захворювання T_{1a}) після її резекції, що є важливим для метафілактики розвитку ХХН у даної категорії пацієнтів.

ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ АНАТОМІЧНИХ КЛАСИФІКАЦІЙНИХ СИСТЕМ ДЛЯ ПЛАНУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ НИРКИ

*В.П. Стусь¹, В.М. Краснов^{1,2}, М.Ю. Поліон^{1,2},
І.А. Осінній², С.А. Дяговець², Ю.Є. Алексейцев²*

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

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

Вступ. Європейська асоціація урологів вказує у рекомендаціях 2019 року системи об'єктивної анатомічної класифікації такі як RADUA, R.E.N.A.L. нефрометрія, С-індекс, системи оцінювання артеріальної складності (АВС) та скорингової системи зональних NePhRO. Ці системи включають оцінку розміру пухлини, екзофітні / ендофітні властивості, близькість до системи збору і ниркового синуса, а також переднє / заднє або нижнє / верхнє полюсне розташування.

Використання таких систем є корисним, оскільки дозволяє об'єктивно прогнозувати потенційну можливість проведення нефронзберігаючої операції або абляції пухлини. Ці інструменти надають інформацію для планування лікування, консультування пацієнтів.

Мета дослідження: порівняти ефективність системи анатомічної класифікації R.E.N.A.L. та N.C.I.U. нефрометрії для планування виду оперативного лікування.

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективно досліджено 100 історій хвороб у

пацієнтів з нирково-клітинним раком. Дані комп'ютерної томографії оцінені за R.E.N.A.L. та N.C.I.U.

Результати та їх обговорення. Загалом серед 100 операцій було виконано 41 резекцію нирки та 59 нефректомій.

За критерій вибору резекції нирки автори розробки (N.C.I.U.) вважали об'єм функціонуючої паренхіми >58% при полярній локалізації пухлини та розмір менш ніж 38 мм при її медіальному розташуванні. При ретроспективному аналізі – 85,3% пацієнтам, які відповідають критеріям авторів N.C.I.U., виконана резекція нирки.

Згідно зі шкалою R.E.N.A.L. – низької складності 9,9% пухлин, середньої – 59%, а складної – 31%.

Висновки. Застосування N.C.I.U. при ретроспективному аналізі історій хвороби дозволило у більшій кількості випадків виставити покази до резекції нирки, особливо при пухлинах більше ніж 4 см та з інвазією у навколониркову жирову клітковину.