

387. Мультифокальная биопсия простаты в диагностике рака предстательной железы

С.В. Антипова, Е.И. Аболмасов, В.В. Харченко, В.В. Серегин, Р.П. Морару-Бурлеску

*Луганский областной клинический онкологический диспансер
Луганский государственный медицинский университет*

Заболеемость раком предстательной железы (РПЖ) в последние годы неуклонно растет. Отсутствие клинических симптомов на ранних стадиях РПЖ определило необходимость разработки системы скрининга мужского населения с целью активного выявления пациентов, страдающих локализованными формами болезни. Изучали эффективность мультифокальной биопсии предстательной железы и показания к ее выполнению.

Ретроспективный анализ проведен у 165 пациентов с заболеванием простаты, которым выполнялась стандартная мультифокальная биопсия, предусматривающая выполнение нескольких вколов в каждой доле. В случае предположения о наличии изоэогенных очагов опухоли, то есть очагов, которые не могут быть визуализированы методом трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ), проводили максимально полное исследование ткани предстательной железы (число проб при этом возрастало до 16). Обязательными диагностическими процедурами были анализ крови на простатический специфический антиген (ПСА) и пальпация предстательной железы через прямую кишку. Для исключения артефактов, забор крови предшествовал пальпации. Если уровень ПСА был <4 нг/мл и пальцевое исследование не давало оснований предполагать наличие опухоли, проводили динамическое наблюдение с контролем ПСА каждые 6 мес.

Аденокарцинома предстательной железы диагностирована при биопсии из 6 точек в 26,4% случаев, из 8 точек — 30,2%, из 10 точек — 37,6% и из 12 точек в 44,2% случаев.

Только комплекс клинических, биохимических, иммуноферментативных исследований в сочетании с мультифокальной биопсией предстательной железы позволяет установить правильный диагноз РПЖ на ранних стадиях.

388. Органосохранная тактика при инвазивном раке мочевого пузыря

С.В. Антипова, Е.И. Аболмасов, В.В. Харченко, В.В. Серегин, Р.П. Морару-Бурлеску

*Луганский областной клинический онкологический диспансер
Луганский государственный медицинский университет*

Стандартным лечением мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря является радикальная цистэктомия. 5-летняя выживаемость этих пациентов составляет около 50%. Лучевая терапия, трансуретральная резекция (ТУР) позволяют достичь местной ремиссии заболевания только у 20–40% пациентов. Использование комбинации ТУР, химиотерапии и лучевой терапии обеспечивает у правильно отобранных для органосохранного лечения больных выживаемость, сравнимую с таковой после радикальной цистэктомии. При этом качество жизни после органосохраняющего лечения значительно выше. Органосохранное лечение может быть предложено пациентам с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря, у которых отсутствуют регионарные и отдаленные метастазы. Оценивали результаты цистэктомии и органосохраняющей тактики у больных инвазивным раком мочевого пузыря.

Проведен анализ лечения 36 пациентов, которым первоначально выполняли ТУР мочевого пузыря с удалением всех видимых при цистоскопии опухолевых образований. Следующим шагом проводили химиолучевую терапию. Регрессия опухоли оценивалась по данным цистоскопии и ТУР-биопсии. У 17 из них выявлена полная регрессия после индукционной терапии и они продолжили консолидирующее лечение. Мы проанализировали динамику течения заболевания у 17 больных с полной регрессией. Большинство пациентов не имели рецидива заболевания, в среднем, за период наблюдения 28 мес. В 19 случаях был выявлен рецидив, у 11 пациентов это были поверхностные опухоли. Большинство новообразований (67%) локализовалось на стороне первичного расположения. В последующем 3 больным выполнена цистэктомия из-за повторного рецидива или инвазии в мышечный слой. Несмотря на это, выживаемость больных была одинаковой по сравнению с теми пациентами, которым такая операция проводилась на первоначальном этапе лечения.

Анализируя данные результатов органосохраняющей тактики, выживаемость в течение 2,5 года составила 46%. В среднем 72% больных сохранили хорошо функционирующий мочевой пузырь без ущерба продолжительности жизни. Полученные результаты вполне сравнимы с данными о выживаемости после радикальной цистэктомии.

389. Значение неоадьювантной гормонотерапии в режиме максимальной андрогенной блокады в комбинированном лечении рака предстательной железы

С.В. Антипова, Е.И. Аболмасов, В.В. Харченко, В.В. Серегин, Р.П. Морару-Бурлеску, Н.М. Серегина

*Луганский областной клинический онкологический диспансер
Луганский государственный медицинский университет*

Оценивали значимость последовательности проведения гормонотерапии (в режиме МАБ) в комбинированном лечении больных раком предстательной железы (РПЖ) посредством определения биохимической и клинической ремиссии.

Комбинированное лечение проводили пациентам с морфологически верифицированным РПЖ. Преобладали пациенты с умереннодифференцированными формами. В 1-й группе (16 пациентов) больные получали паллиативную МАБ: золадекс в дозе 3,6 мг 1 раз в 28 дней + флутамид — 750 мг ежедневно. Длительность паллиативной гормонотерапии (ГТ) — 3–6 мес. Во 2-й группе (22 больных) пациенты получали неоадьювантную ГТ (МАБ) и дистанционную лучевую терапию (ЛТ). Длительность ГТ составила 2–4 мес, с последующим проведением дистанционной γ -терапии, которая проводилась в традиционном режиме по 2 Гр 5 раз в неделю в 2 этапа. Суммарная очаговая доза (СОД) составляла 60–66 Гр.

Паллиативную ГТ в 1-й группе получили 16 пациентов. Во 2-й группе комбинированное лечение проведено 22 больным. Возраст больных колебался в диапазоне 50–82 года. При лечении осуществлялся контроль уровня ПСА. Средний уровень ПСА до лечения в 1-й группе составил 28,9 нг/мл, после лечения — 12,83 нг/мл. Биохимическая ремиссия отмечена у 41,1% больных. Во 2-й группе средний уровень ПСА до лечения был равен 30,1 нг/мл, после гормональной подготовки — 10,18 нг/мл, а после ЛТ — 3,65 нг/мл. Биохимическая ремиссия после гормональной подготовки (МАБ) составила 48,7 и 78% — после проведения ЛТ. Также изучена клиническая ремиссия, данные которой коррелировали с биохимической и составили после МАБ 51,8%, МАБ + ЛТ — 72,7%.

ГТ, проводимая до начала ЛТ, достоверно увеличивает локальный контроль опухоли и может быть рекомендована для комбинированного лечения РПЖ.

390. Рак переміхурової залози. Гормонотерапія. Що можна вдосконалити?

*О.М. Артищук, М.Ф. Артищук
Львівська обласна клінічна лікарня*

Гормонотерапія (ГТ) ефективна більше ніж у 80% пацієнтів з дисемінованим раком передміхурової залози (РПЗ) та супроводжується суттєвим зменшенням вираженості хвороби а також регресією метастатичних вогнищ. Більшість препаратів групи агоністів РнРГ (лейпролід, трипторилін, гозерелін, бузерелін) вводяться шляхом повторних ін'єкцій кожні 28 днів, чи кожні 3 міс. Необхідність цих повторних введень створює певні незручності пацієнтам, підвищує вартість лікування та негативно впливає на його ефективність при порушенні режиму введення. З 2004 р. у США використовується препарат гістреліну ацетат у вигляді гідрогелевого імплантату, який вводиться один раз на рік та позбавлений перелічених недоліків.

Основним завданням роботи було вивчити ефективність, переносимість та безпеку використання річного імплантату гістреліну ацетату у пацієнтів з РПЗ, а також оцінити зручність його використання. У клініці урології ЛОКЛ станом на червень 2011 р. гістреліну ацетат у лікуванні дисемінованого раку простати було використано у 13 пацієнтів. Трьом пацієнтам було проведено імплантацію повторно. РПЗ у всіх було вперше виявлено та гістологічно підтверджено. Препарат вводиться підшкірно на внутрішній поверхні плеча не домінуючої руки. Стійке, тривале та контрольоване потрапляння діючої речовини у кров шляхом дифузії досягається завдяки оптималь-

ному співвідношенню щільності гідрогелевої капсули, розмірів пор та полімерного складу. У перший місяць пацієнти приймали також нестероїдні антиандроєни. Щокварталу виконувалися контрольні визначення рівнів тестостерону та ПСА. Досліджувалися також функція нирок та печінки.

У всіх випадках рівень тестостерону вже при першому контролі відповідав посткастраційному та відмічалася значне зниження ПСА. Переноситься препарат добре. У двох пацієнтів відмічали явища приливів. Порушення функції нирок та печінки чи загострення хронічних захворювань не було. Усі пацієнти на даний час у задовільному стані, з позитивною динамікою продовжують лікування та виконують контрольні обстеження.

Використання агоніста ГнРГ гістреліну ацетату у формі імплантата є ефективним при лікуванні пацієнтів на пізніх стадіях РПЗ, забезпечує стійке зниження рівня тестостерону у сироватці крові протягом одного року до посткастраційних значень, усуває суб'єктивні незручності та покращує якість життя. Введення та виділення імплантату є простим у виконанні.

391. Роль лапароскопічної нефректомії в лікуванні пухлин нирки

*С.В. Байдю, С.І. Придинок, А.Б. Віницька, А.В. Жигулін,
Г.Б. Бернштейн, М.О. Сівеєстров, Д.А. Голуб
Лікарня сучасної онкологічної допомоги (ЛІСОД), Київ*

Золотим стандартом лікування локалізованих та місцево-поширених пухлин нирки є радикальна нефректомія. Ми маємо досвід лапароскопічної радикальної нефректомії (ЛРН), виконаної 76 хворим (чоловіків 34 (44,7%) та жінок 42 (55,3%)), середній вік 55,3 року. Середня тривалість операції становила $130 \pm 7,1$ хв. Післяопераційні ускладнення виявлені у 6 випадках (1 — пневмогидроторакс, 3 — серома рани, 1 — гематома рани, 1 — кровотеча з гонадної артерії). Використання пролонгованої епідуральної анальгезії було необхідним в середньому протягом 1,5 доби, відновлення перистальтики кишечника відбувалось в середньому через 9 год, активізація хворих — через 11 год після операції. Виписка зі стаціонару була можлива на 3–4-ту добу після втручання, середній ліжко-день — $6,13 \pm 0,44$ доби. У 7 пацієнтів з супутньою серцево-судинною патологією з клінічно значимою додатковою агресією тривалого карбоксиперітонеуму, виконана ЛРН за методом лапароліфтингу з використанням авторської моделі спірального ендоліфта.

Онкологічні результати операцій у пацієнтів після ЛРН не поступаються таким при відкриту втручанні. Всі досліджувані пацієнти живі (у 1 пацієнтки через 3 роки виявлено метастаз світлоклітинної карциноми в піхві: останній видалено, призначена брахітерапія, у 1 хворого через 9 міс — метастази в легенях, призначено некасар; у решти — без ознак хвороби) при середньому терміні спостереження 17,3 міс. В рамках одного з наших досліджень проводилась оцінка больового синдрому у пацієнтів в післяопераційний період за допомогою візуальної аналогової шкали болю. Дослідження виявило зіставність за больовим синдромом з групою пацієнтів після апендектомії доступом за Мак-Бурнеєм, однак показники болю перевищують аналогічні при лапароскопічній адреналектомії. Вищенаведене ставить питання можливості та доцільності морцеляції макропрепарату як альтернативи мінілапаротомної евакуації видаленої нирки.

ЛРН — ефективний малоінвазивний метод лікування хворих з пухлинами нирки, що не впливає на онкологічну виживаність та забезпечує безпосередні та віддалені результати, порівнювані з відкритими втручаннями, і разом з тим має суттєві переваги.

392. Спосіб лікування неінвазивного раку сечового міхура

*Б.Ю. Бідованець, Ю.М. Бідованець, Т.І. Глинчак
Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний
диспансер*

Найпоширеніший спосіб введення лікувального засобу у сечовий міхур (СМ) — ретроградний, недоліком якого є необхідність при кожній інстиляції хіміопрепарату (ХП) вводити і виймати уретральний катетер. Це знижує лікувальний ефект, бо не дозволяє досягти тривалого і неперервного контакту ХП з пухлиною, призводить до травмування слизової оболонки уретри, підвищує ризик інфікування сечовидільних шляхів. Оцінювали ефективність

запропонованого способу лікування та профілактики рецидиву неінвазивного раку СМ.

Методика проведення післяопераційної хіміотерапії полягає у введенні ХП через попередньо сформовану (з допомогою троакара чи стандартного набору для епіцистостомії «Cystofix») надлобковий мікrocистостому (Патент на корисну модель № 29071), яку зручно встановлювати під візуальним контролем, зокрема на завершальному етапі трансуретральної резекції (ТУР). Об'єм, концентрацію розчину ХП і кратність інстиляцій визначають за поширеністю, ступенем клітинної диференціації пухлини, місткістю СМ і наявністю в ньому супутніх патологічних змін. Протягом 2009–2010 рр. спосіб застосовано у 9 хворих на поверхневий РСМ віком 32–65 років (чоловіків — 8, жінок — 1): після ТУР СМ (рT_{a-1}, G₁₋₂, мультицентричний ріст) — 5, після повторних ТУР та електрокоагуляції СМ з приводу рецидиву раку СМ — 4.

Контрольні цистоскопії з прицільною біопсією слизової оболонки показали відсутність рецидиву у 8 пацієнтів протягом 3–20 міс диспансерного спостереження, одного хворого з огляду на прогресування пухлини прооперовано (цистектомія з двобічною уретерокутанеостомією).

Перевагами пропонованого способу порівняно з трансуретральними інстиляціями є забезпечення неперервного і тривалого контакту лікувального засобу із слизовою оболонкою СМ, можливість введення ХП самим пацієнтом в домашніх умовах, а також проведення за необхідності неспецифічної протизапальної терапії, усунення ретенції сечі при обструктивних процесах у шийковому сегменті.

393. К вопросу о лечении поверхностного рака мочевого пузыря

*И.Н. Бондаренко, С.Н. Сергеев, Н.В. Сергеев, В.Ф. Завишон
Днепропетровская государственная медицинская академия
Городская многопрофильная клиническая больница № 4,
Днепропетровск*

В лечении поверхностно-распространенного рака мочевого пузыря в последние годы используется трансуретральная резекция (ТУР) в сочетании с внутрипузырной инсталляцией антрациклинов или антрацендиенов. В течение ближайшего года после лечения часто возникает локальный рецидив. Цель работы: изучить частоту возникновения местного рецидива у больных поверхностно-распространенным раком мочевого пузыря после ТУР в сочетании с курсами внутрипузырной химиотерапии (ВПХТ).

Нами пролечено 52 пациента с раком мочевого пузыря в стадии T1N0M0. Все пациенты обследованы согласно стандартам. Всем выполнено оперативное вмешательство в объеме ТУР мочевого пузыря. ПГЗ — высокодифференцированный переходноклеточный рак. В послеоперационный период проводили курсы ВПХТ по общепринятым методикам (доксорубин, эпирубин, митоксантрон). Локальное динамическое наблюдение заключалось в проведении уретероскопии через 3, 6, 12 мес. Системный контроль осуществляли согласно стандарту (рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости).

Контрольные осмотры показали, что независимо от примененных препаратов для проведения внутрипузырной химиотерапии, в 5 случаях в течение года отмечали рецидив опухоли.

Несмотря на, казалось бы, эффективные стандартизованные методы лечения поверхностно-распространенного рака мочевого пузыря, последний имеет склонность к рецидивированию и вынуждает к скрупулезному выполнению условий динамического наблюдения за пациентами. Частота местного рецидивирования составляет около 10%.

394. Использование электросварочного комплекса в хирургии рака мочевого пузыря

*А.В. Борота, А.В. Конопко, А.Г. Кудряшов, А.М. Дьяченко,
Р.С. Чистяков
Донецкий областной противоопухолевый центр*

Целью исследования стали разработка и внедрение в клиническую практику методики хирургического лечения больных с раком мочевого пузыря с использованием электросварочного комплекса, изучение непосредственных и отдаленных результатов этого лечения.

В настоящем исследовании были включены 164 больных инвазивным раком мочевого пузыря пролеченных в 2004–2009 гг.

В исследуемую группу вошли 85 больных, хирургическое вмешательство которым было выполнено с использованием электросварочного комплекса. Контрольную группу составили 79 пациентов, оперативное вмешательство выполнено с использованием биполярного электрокоагулятора.

Объем кровопотери во время хирургического вмешательства с использованием электросварочного комплекса по сравнению с электрокоагулятором значительно уменьшилось: на $32 \pm 4,1\%$. Продолжительность оперативных вмешательств в исследуемой группе сократилось на 21 ± 3 мин, пребывание на койке сократилось при гемирезекциях с 33 до 31 дня, при резекциях мочевого пузыря с 26 до 19, при цистэктомии с 31 до 24 дней. Течение послеоперационного периода у больных, оперированных при помощи электросварочного комплекса, позволило выявить достоверное снижение лимфореи (на $46,3$ мл/сут) при цистэктомии и ранней эпителизации при резекциях мочевого пузыря в исследуемой группе (устранение эпистомы в среднем на 2 сут раньше).

Средняя продолжительность жизни больных исследуемой группы составила $3,67 \pm 0,08$ года после окончания лечения. Средняя продолжительность жизни больных контрольной группы составила $3,04 \pm 0,08$ года после окончания лечения.

395. Внутрішньоміхурова хіміотерапія після трансуретральної резекції поверхневих пухлин сечового міхура

*М.В. Вікарчук, Ю.В. Вітрук, О.І. Яцина, О.А. Кононенко
Національний інститут раку, Київ*

При раку сечового міхура без інвазії в м'язовий шар вибором методу лікування є трансуретральна резекція (ТУР) стінки міхура з пухлинами. Одноразова внутрішньоміхурова інстиляція доксорубіцину одразу після ТУР знижує ризик виникнення рецидиву шляхом попередження імплантації пухлинних клітин в резекційну рану. Оцінювати ефективність проведення одноразових внутрішньоміхурових інстиляцій доксорубіцину після трансуретральної резекції пухлин сечового міхура без інвазії в м'язовий шар.

Ретроспективному аналізу піддано 2 групи пацієнтів з високою та помірно-диференційованим раком сечового міхура без інвазії в м'язовий шар, яким виконувалась трансуретральна резекція пухлин. В першій групі, що включала 33 пацієнти, виконувалось одноразове внутрішньоміхурове введення 50 мг доксорубіцину на $40\text{--}60$ хв одразу після оперативного втручання. В контрольній групі (30 пацієнтів) виконували лише ТУР пухлин сечового міхура без подальшого введення доксорубіцину.

Через 3, 6, 9 та 12 міс після операції хворим проводили контроль цистоскопії. Із 33 пацієнтів, яким проводили ТУР пухлин сечового міхура із внутрішньоміхуровим введенням доксорубіцину, у 5 (15%) виявлено рецидив раку сечового міхура. Із 30 хворих, яким проводилась лише ТУР, рецидив відмічали у 10 (33%) хворих. Серед побічних ефектів інстиляцій хіміопрепарату у 8 (24,2%) пацієнтів виявлено ознаки циститу. 2 пацієнтам внутрішньоміхурові інстиляції доксорубіцину не проводились в зв'язку з перфорацією стінки сечового міхура під час ТУР.

Одноразове внутрішньоміхурове введення 50 мг доксорубіцину після ТУР поверхневих пухлин сечового міхура значно знижує ризик виникнення рецидиву раку сечового міхура.

396. Трансбодомінальний доступ при оперативних втручаннях з приводу раку нирки

*М.В. Вікарчук, О.А. Войленко, Ю.В. Вітрук, О.І. Яцина,
О.А. Кононенко
Національний інститут раку, Київ*

Хірургічний метод є основним в лікуванні нирково-клітинного раку. При проведенні оперативних втручань з приводу раку нирки важливим є вибір трансбодомінального доступу. Оцінювали ефективність трансбодомінального підреберного та серединно-латерального доступів у хірургічному лікуванні хворих на нирково-клітинний рак.

Ретроспективному аналізу піддано 286 пацієнтів, яким виконували оперативні втручання з приводу нирково-клітинного раку, в тому числі радикальних нефректomій — 145, нефректomій з тромбектомією — 20, паліативних нефректomій — 30, резекцій нирки з пухлиною — 94, із них з адреналектомією — 15. Хворим з локалізованими пухлинами оперативне втручання проводили

за допомогою трансбодомінального підреберного доступу. У випадку місцево-розповсюджених пухлин, наявності тромбу в нирковій або нижній порожнистій вені, лімфаденопатії, здійснювали серединно-латеральний доступ, який передбачає розріз від мечовидного відростка вниз по білій лінії живота до рівня верхньої сухожилкової перегородки прямого м'язу живота і латерально до XI міжребер'я.

При оперативних втручаннях з приводу раку нирки важливим є вибір трансбодомінального підреберного або серединно-латерального доступу, які мають ряд переваг. При трансбодомінальному доступі забезпечуються фізіологічне положення хворого на операційному столі, швидка обробка ниркових судин без зайвих маніпуляцій із самою пухлиною, можливість ревізії та оперування на суміжних органах черевної порожнини та заочеревинного простору при місцево-розповсюджених пухлинах, виконання лімфаденектомії. Трансбодомінальний серединно-латеральний доступ максимально зручний за наявності пухлинного тромбу в нирковій та нижній порожнистій вені для виконання нефректomії з тромбектомією.

Операційний доступ з приводу раку нирки повинен забезпечити максимально зручну роботу хірурга з пухлиною, нирковими судинами, лімфатичними вузлами, суміжними органами. У разі місцево-розповсюдженої пухлини, наявності тромбу в нирковій або нижній порожнистій вені, лімфаденопатії, рекомендується здійснювати серединно-латеральний доступ.

397. Ступінь анаплазії ядра пухлинної клітини за Фурманом — важливий фактор прогнозу нирково-клітинного раку

*Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, П.С. Вуклович, В.А. Котов,
О.І. Яцина, О.А. Кононенко, М.В. Вікарчук
Національний інститут раку, Київ*

Градація ядра пухлинної клітини за Фурманом є найбільш загально визнаною системою гістологічної градації раку нирки, яка використовується в прогностичних системах та номограмах для розрахунку безпрогресивної виживаності та передбачення прогнозу захворювання. Мета дослідження — оцінити важливість встановлення гістологічної градації за Фурманом у визначенні можливого подальшого перебігу нирково-клітинного раку (НКТ) та створенні оптимального режиму диспансерного спостереження.

313 пацієнтів, яким виконано оперативне втручання з приводу нирково-клітинного раку: у 150 (47,9%) — радикальна нефректomія, у 102 (32,6%) — резекція нирки з пухлиною, у 42 (13,4%) — паліативна нефрадреналектомія та у 19 (6,1%) хворих — нефректomія з тромбектомією.

Перша стадія захворювання була встановлена у 135 (43,1%) хворих, друга — у 55 (17,6%), третя — у 38 (12,1%) та четверта — у 85 (27,2%) хворих. В результаті проведення патогістологічного дослідження I ступінь за Фурманом була діагностована у 145 (46,3%) хворих, II — у 74 (23,6%) хворих, III — у 44 (14,1%) хворих та IV — у 50 (15,9%) хворих. На основі наявних прогностичних систем та номограм, до складу яких входить градація за Фурманом, 168 (53,7%) пацієнтів ми віднесли до групи низького, 67 (21,4%) — до групи середнього та 78 (24,9%) хворих — до групи високого ризику щодо розвитку місцевого рецидиву або метастазів після оперативного втручання. Залежно від приналежності до тієї чи іншої групи ризику, частота і тип обстеження для кожного пацієнта відрізнявся і становив: кожні 3 міс в перший рік після операції — для пацієнтів високого ризику та 1 раз на 6 міс — для пацієнтів низького ризику.

Чітке стадіювання за системою TNM, визначення ступеня ядерної атипії за Фурманом, аналіз клінічних та лабораторних даних дозволяє за допомогою наявних прогностичних систем та номограм виробити оптимальний режим обстеження та спостереження хворих на НКТ після хірургічного лікування з метою раннього виявлення можливих рецидивів та прогресії захворювання для проведення адекватного лікування в кожному конкретному випадку.

398. Імунотерапія метастатичного нирково-клітинного раку

*Ю.В. Вітрук, В.А. Котов, О.А. Войленко, О.А. Кононенко,
О.І. Яцина, М.В. Вікарчук
Національний інститут раку, Київ*

Нирково-клітинний рак (НКТ) володіє високим рівнем експресії гена множинної медикаментозної стійкості, що є причи-

ною резистентності до більшості хіміопрепаратів. Таргетна терапія при метастатичному НКР для більшості пацієнтів нашої країни дороговартісна, тому використання інмунотерапії є актуальним. Оцінювали ефективність лікування інтерфероном- α 2а метастатичного НКР.

113 пацієнтів на метастатичний НКР: Mts ураження легень мало місце у 56 (49,6%), регіонарних лімфовузлів — у 41 (36,3%), кістковий скелет — у 36 (31,6%), наднирники — у 18 (15,9%), печінки — у 9 (7,7%), віддалених л/в — у 8 (7%), селезінки — у 2 (1,8%), головного мозку — у одного (0,9%) хворого. Дані пацієнти були розділені на дві групи: до першої групи увійшло 89 (77,8%) хворих, яким виконане оперативне втручання, у другу групу — 24 (22,2%) хворих, яким оперативне лікування не виконувалося. Пацієнтам першої групи у 62 (54,9%) випадках виконана паліативна нефроректомія, у 11 (9,7%) — резекція нирки з пухлиною, у 12 (10,6%) — нефрэктомія з тромбектомією, у 4 (3,5%) — радикальна нефрэктомія з резекцією Mts в кістку. 16 (14,2%) пацієнтів другої групи з метою купірування больового синдрому отримали променеву терапію на ділянку кісткових метастазів, один (0,9%) — на головний мозок. Всім хворим обох груп була призначена імунотерапія інтерфероном- α 2а в дозі 3, 6, 9, 12 МО 3 рази на тиждень за ступінчастою системою протягом 12 тиж.

Часткову регресію пухлинного процесу за критеріями RECIST через 3 міс відмічав у 8 (9%) хворих першої групи та 6 (25%) хворих другої групи, що дало можливість виконати паліативну нефрэктомію 6 хворим другої групи. Стабілізація процесу відмічена у 67 (75,3%) хворих першої групи та у 4 (16,7%) хворих другої групи. Прогресія виявлена у 7 (7,9%) хворих першої групи та у 3 (12,5%) хворих другої групи. Померли від прогресування основного захворювання 7 (7,9%) хворих першої групи та 11 (45,8%) хворих другої групи. Медіана загальної відповіді на терапію інтерфероном- α 2а становила — 12,4%, медіана безпрогресивної виживаності у хворих першої групи становила 5,8 міс, другої групи — 3,5 міс.

Хірургічне видалення первинного вогнища при метастатичному НКР в комбінації із терапією інтерфероном- α 2а дозволяє збільшити медіану безпрогресивної виживаності даного контингенту хворих.

399. Магнітно-резонансна урографія у визначенні уродинаміки та стану артифіціального сечового міхура у хворих після радикальної цистектомії з ілеонеоцистопластикою

*О.М. Гаврилюк, Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, О.І. Яцина
Національний інститут раку, Київ*

Визначення уродинаміки верхніх сечовивідних шляхів, стану новосформованого ілеального сечового резервуару за допомогою магнітно-резонансної (МР) урографії у хворих з артифіціальним сечовим міхуром дозволяє об'єктивно оцінити та моніторувати ефективність проведеного оперативного втручання. Мета дослідження — оцінити ефективність магнітно-резонансної урографії у діагностиці та моніторингу уродинамічних особливостей верхніх сечових шляхів та стану артифіціального сечового міхура у хворих, що перенесли радикальну цистектомію з ілеонеоцистопластикою.

Ретроспективному аналізу піддано 37 медичних карт хворих на інвазивний рак сечового міхура, яким виконана радикальна цистектомія з ілеонеоцистопластикою, використавши 40–50 см здухвинної кишки. Для оцінки особливостей уродинаміки та стану артифіціального сечового міхура використовували магнітно-резонансну томографію із застосуванням методики МР-урографії в режимі гідрографії на постійному відкритому магнітному томографі «Signa ovation» фірми General Elektrik (0,35 Тл) із фармакологічним тестом (в/в введенням петльових діуретиків — лазикс — 0,8 мг/кг маси тіла). Результати хірургічного лікування, що включали визначення уродинаміки, стану паренхіми нирок, м'яких тканин, суміжних органів, ілеального сечового резервуару, вивчені в термін від 4 міс до 6 років.

У 9 (24,3%) хворих діагностовано уретерогідродиффуз (УГН), причому у 4 (10,8%) хворих ступінь екстазії зменшився порівняно з доопераційним. Ще у 5 (13,5%) пацієнтів УГН виявлено після хірургічного лікування, який був обумовлений у 2 (5,4%) випадках стріктурою уретро-ілеального анастомозу, в одного

(2,7%) — рефлюксом сечі із ілеального сечового міхура, у 2 (5,4%) хворих — пролонгацією основного захворювання. МР-урографія дозволила диференціювати кілька стадій УГН: стаз в сечоводі відмічали у 3 (8,1%) хворих, розширення сечоводу та миски (пієлоектазія) — у 2 (5,4%) хворих, розширення сечоводу, миски та чашечок (гідрокалікоз) із збереженням товщини паренхіми нирки — у 2 (5,4%) хворих, коліноподібні вигини сечоводу, деревоподібну деформацію чашково-мискового комплексу, нерівномірне зменшення товщини паренхіми нирки — у 1 (2,7%) хворого та ще у одного (2,7%) хворого діагностовано термінальний УГН — нирка мала вигляд полікістозного утворення, паренхіму не визначали.

Магнітно-резонансна урографія дозволяє достовірно оцінити причину порушення уродинаміки у хворих з артифіціальним сечовим міхуром та провести своєчасну їх корекцію з метою покращення якості життя хворих.

400. Рівень простатспецифічного антигену крові у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози при гострій затримці сечі

*М.А. Довбиш, О.І. Беруленко, Г.М. Довбиш, Б.Є. Барковський,
О.М. Міщенко*

Запорізький державний медичний університет

Згідно із стандартами діагностики та лікування одним із суттєвих методів є визначення рівня простатспецифічного антигену (ПСА) крові при захворюваннях передміхурової залози. Мета — визначити рівень ПСА при різних морфологічних формах доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), ускладненої гострою затримкою сечі.

Під наглядом було 482 пацієнти із захворюванням передміхурової залози, з яких 376 осіб госпіталізовані з приводу гострої затримки сечі. Вік хворих становив 66,2±17,5 року. Застосовували загальноклінічні, рентгенологічні, біохімічні методи, ПСА крові при госпіталізації, трансректальне ультразвукове дослідження простати та УЗД нирок.

При обстеженні 376 осіб гостра затримка сечі тривала протягом 1–14 діб, під час якої виконували щодобову катетеризацію сечового міхура в поліклінічних умовах 2–3 рази або використовували постійний катетер. Рівень загального ПСА у хворих на ДГПЗ при гострій затримці сечі становив 5,8±3,3 нг/мл, що в 1,8 раза більше, ніж у нормі (3,2±0,9 нг/мл), а відношення загальний/вільний ПСА сягав 16,4%. У пацієнтів із залозисто-кістозною формою ДГПЗ та вогнищами хронічного простатиту рівень загального ПСА був вище норми у 1,7 раза (5,6 нг/мл). У пацієнтів з ДГПЗ та явищами простатакам'яної хвороби на тлі вогнищ хронічного простатиту рівень загального ПСА збільшувався і сягав 6,1 нг/мл, що у 1,9 раза більше норми. Найбільш значне зростання ПСА крові у обстежених пацієнтів виявлено при залозисто-кістозній формі ДГПЗ з мікроабсцесами, при якій рівень антигену у 2 рази перевищував норму і становив 6,3 нг/мл, але відношення загальний/вільний ПСА зберігалось на рівні 20,1%.

У хворих з ДГПЗ та гострою затримкою сечі, рівень загального ПСА збільшується у 1,8 раза (5,8 нг/мл) порівняно з нормою, а співвідношення загальний/вільний ПСА залишається >15% (16,4%). Найбільш значне підвищення ПСА відмічають у осіб з наявністю простатакам'яної хвороби та вогнищами мікроабсцедування на фоні ДГПЗ, які слід вважати факторами, що спричиняють зростання рівня ПСА крові.

401. Пути улучшения отдаленных результатов лечения больных поверхностным раком мочевого пузыря

Ю.В. Думанский, А.В. Мальцев

*Донецкий национальный медицинский университет
им. Максима Горького*

До настоящего времени продолжается поиск эффективных схем комбинированного лечения поверхностного рака мочевого пузыря при использовании ТУР. Предложенные схемы дополнительной лекарственной терапии не показали статистически достоверной разницы по сравнению только с хирургическим методом ТУР. Цель рандомизированного исследования — сравнение эффективности выполнения ТУР в сочетании с неoadъювантной и адьювантной лучевой, химиотерапией или без них.

Анализировали данные 441 больного поверхностным раком мочевого пузыря (Ta–T2a стадий), находившихся на лечении в 1990–2008 гг.

На 1-м этапе рандомизации определяли общую тактику и эффективность лечения в виде трех вариантов: неoadъювантное, адъювантное воздействие и группа хирургического лечения (ТУР) без дополнительной терапии, которую рассматривали, как контрольную. На 2-м этапе рандомизации определяли характер и эффективность специальной терапии в группах комбинированного лечения. Основой неoadъювантного воздействия перед ТУР явились лучевая и химиотерапия, как раздельно, так и в сочетании. Помимо этого, в отдельные подгруппы выделены случаи использования разработанного способа эндолимфатической полихимиотерапии при поверхностном раке мочевого пузыря. Адъювантное лечение после ТУР также состояло из лучевой и химиотерапии с выделением в отдельную подгруппу случаев использования разработанного способа эндолимфатической полихимиотерапии при поверхностном раке мочевого пузыря.

После хирургического метода ТУР 5-летняя выживаемость составила $69,7 \pm 7,41\%$, средняя продолжительность жизни $4,16 \pm 0,17$ года. Наиболее эффективной неoadъювантной (предоперационной) схемой лечения при использовании ТУР явилось сочетание интенсивной крупнофракционной лучевой терапии и эндолимфатической химиотерапии по разработанному способу — 5-летняя выживаемость составила $96,3 \pm 3,63\%$, средняя продолжительность жизни $4,98 \pm 0,02$ года; наиболее эффективной адъювантной схемой лечения при использовании ТУР стало использование курсов эндолимфатической химиотерапии по разработанному способу — 5-летняя выживаемость составила $94,6 \pm 5,26\%$, средняя продолжительность жизни $4,92 \pm 0,03$ года.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности разработанных способов комбинированного лечения поверхностного рака мочевого пузыря с использованием эндолимфатического пути введения химиопрепаратов, позволяющие повышать 5-летнюю выживаемость на $24,9–26,6\%$, $p < 0,01$.

402. Трехлетний опыт радикального лечения рака предстательной железы в урологическом отделении Херсонского областного онкодиспансера

И.Г. Еремич, С.Н. Межеричский

Херсонский областной онкологический диспансер

РПЖ — одна из основных причин смерти мужчин пожилого возраста от злокачественных опухолей в мире. При выявлении локализованных форм РПЖ стандартом лечения считается радикальная простатэктомия.

Первая радикальная позадилоная простатэктомия в отделении сделана в апреле 2008 г. Методика операции освоена в клинике урологии (проф. П. Альтхауз) в Берлине. За три года выполнено 107 операций (6 — нервосберегающих). Предоперационное обследование: определение ПСА и его фракций, ТР УЗИ простаты, трансректальная полифокальная биопсия предстательной железы под УЗ-наведением (6–10 точек) с определением степени злокачественности по Глиссону, по показаниям МСКТ с контрастированием (полный комплекс). Пациент был информирован об операции, возможных интраоперационных и послеоперационных осложнениях. С 2010 г. используем номограммы.

В 100% случаев была произведена двусторонняя тазовая лимфодиссекция. В 4 случаях морфологически выявлены метастазы в тазовых лимфоузлах. Длительность операции 125–210 мин (145 мин). Кровопотеря 300–1500 мл (460 мл). Интраоперационные осложнения: ранение подвздошной вены — 1; ранение передней стенки прямой кишки; пересечение мочеоточника. Ранние послеоперационные осложнения: лимфоцеле — 5; выпадение уретрального катетера в 1-е сутки — 1. Поздние осложнения: стрессовое недержание мочи — 5 пациентов. Полное недержание мочи через 12 мес после операции — 4 больных. Стриктура анастомоза — 12 чел. Пути коррекции: эндоуретральное подслизистое введение силикона, оптическая уретротомия и ТУР шейки. Послеоперационная летальность — 2 больных (ТЭЛА и острый инфаркт миокарда).

С целью оптимизации хирургического лечения необходимо осуществлять: более тщательный отбор больных на операцию; совершенствование хирургической техники; профилактики по-

слеоперационных осложнений; применение нервосберегающей методики с учетом онкорадикализма.

403. Симультантные операции при нефрэктомии по поводу рака

И.П. Ерко, Г.Г. Бардаков, Р.К. Цисельский

Черниговский областной онкологический диспансер

По данным ВОЗ у 20–30% больных, которые готовятся к операции, выявлено одно или несколько заболеваний, требующих хирургического лечения. Выполнено 432 нефрэктомии абдоминальным доступом в 1997–2010 гг. Симультантные операции (СО) выполнены у 82 (18,9%) больных. Мужчин — 39 (47,5%), женщин — 43 (52,4%). У 17 (20,7%) больных диагностирован синхронный рак. По стадиям: I — 26 (31,7%), II — 42 (51,2%), III — 14 (17%); по возрасту: до 40 лет — 4 (4,2%), 41–50 лет — 24 (29,2%), 51–60 лет — 25 (30,4%), 61–70 лет — 29 (35,3%), старше 70 лет — 38 (16%).

Выполнены следующие СО: пангистерэктомия — 18 (рак тела матки — 2, полипоз эндометрия — 6, фибромиома матки — 10), ампутиация матки с придатками — 3 (фибромиома матки — 3), аднексэктомия — 10 (кисты яичников — 10), брюшно-анальная резекция по поводу рака — 2, передняя резекция прямой кишки по поводу рака — 2, правосторонняя гемиколэктомия — 1 (рак печеночного изгиба ободочной кишки — 1), резекция поперечно-ободочной кишки по поводу рака — 1, левосторонняя гемиколэктомия по поводу рака — 1, субтотальная резекция желудка по поводу рака — 1, операция Гарлока по поводу кардиоэзофагеального рака — 1, операция Пейти по поводу рака молочной железы — 1, секторальная резекция молочной железы — 1 (фиброаденома — 1), резекция мочевого пузыря по поводу рака — 2, холецистэктомия — 12 (рак желчного пузыря — 3, калькулезный холецистит — 9), атипичная резекция печени по поводу доброкачественных образований — 4, резекция дивертикула Меккеля — 1, удаление забрюшинной липомы — 1, грыжесечение — 6, адреналэктомия по поводу аденомы контралатерального надпочечника — 2, спленэктомия — 6 (аутоиммунная гемолитическая анемия — 6), иссечение кисты контралатеральной почки — 1, удаление липомы брюшной стенки — 1, резекция большого сальника с воспалением — 1. Послеоперационные осложнения — у 3 (3,6%) больных: спаечная кишечная непроходимость — 1, пневмония — 1, тромбоз глубоких вен нижних конечностей — 1. Летальность — 0%. Сопутствующая патология, требующая СО, до операции была выявлена у 78 (95,1%) больных.

При раке почки трансперитонеальный доступ позволяет выполнить СО для лечения сопутствующей хирургической патологии. При раке почки синхронный рак был выявлен у 3,9% больных.

404. 1-річне виживання у пацієнтів з раком нирки

В.В. Ковальський¹, Ю.П. Дійчук², Б.З. Кальмук², С.В. Ковальчук², М.Б. Куртяк², І.Я. Юрчишин², Т.Г. Федич²

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

Рак нирки (РН) становить 85–90% усіх новоутворень нирок та 3% усіх випадків онкологічних захворювань у дорослих. Враховуючи високу резистентність РН до протипухлинних препаратів та променевої терапії, радикальна нефректомія є єдиним ефективним методом лікування РН. Одним з факторів, що впливає на об'єм хірургічного лікування, є наявність або відсутність метастазів в регіонарних лімфовузлах (ЛВ). Доопераційна діагностика виявлення метастазів у ЛВ затруднена і без хірургічного втручання встановити істинний стан регіонарного колектору часто неможливо, тому доцільність виконання і об'єм регіонарної лімфаденектомії (ЛАЕ) при хірургічному лікуванні хворих РН залишаються дискусійними. Дослідили ефективність ЛАЕ у хірургічному лікуванні РН.

Робота ґрунтується на обстеженні та результатах лікування 202 пацієнтів з діагнозом РН, які лікувалися на базі ЛДОРЛДЦ за період 2007–2009 рр. Для дослідження кумулятивного виживання з-поміж хворих використовували цензорований метод Каплана — Мейера, та розраховували логарифмічний ранговий коефіцієнт та його похибку. ЛАЕ мала місце у 119 (58,9%) випадках, решта 83 (41,1%) пацієнтам не виконувалась ЛАЕ внаслідок

невеликих розмірів ЛВ, які були розцінені як неметастатичні, ці пацієнти становитимуть контрольну групу.

Аналіз 1-річного виживання пацієнтів з РН залежно від стадії захворювання не встановив достовірної різниці між річним виживанням у пацієнтів I–III стадій ($p=0,23$). Досліджено річне виживання у пацієнтів III стадії РН, яким проводили ЛАЕ залежно від ураження регіонарних ЛВ пухлинним процесом ($pN+ p=3$; $pN_0 p=26$). Отримані результати свідчать, що ураження метастазами регіонарних ЛВ у III стадії не впливає на річне виживання у хворих з РН ($p=0,66$).

1-річне виживання пацієнтів з РН (I–III стадії) не залежить від проведення, об'єму ЛАЕ та ураження регіонарних ЛВ пухлинним процесом. Для подальшого вивчення даного питання буде проведено аналіз 3- та 5-річного виживання у пацієнтів з РН.

405. Радикальная цистэктомия с ортотопической пластикой мочевого пузыря по Studer в лечении больных инвазивным раком мочевого пузыря

Ф.И. Костев, С.А. Филиппов, Д.А. Попов, А.В. Марковский, О.Н. Слышко, К.Б. Малик

Одесский областной онкологический диспансер

Инвазивный рак мочевого пузыря выявляют в 30% случаев всех новообразований этого органа. Лечение этого заболевания — кардинальная проблема онкоурологии. Цель работы — улучшение результатов лечения инвазивного рака мочевого пузыря.

В нашей работе представлены результаты лечения 22 больных инвазивным раком мочевого пузыря. Все пациенты мужского пола. Возраст от 38 до 72 лет. У всех больных на основании стандартного обследования установлен и верифицирован диагноз рак мочевого пузыря T2–3v N0–1 M0 G1–3. Сроки наблюдения от 3 мес до 4 лет. Всем больным произведена радикальная цистэктомия с формированием ортотопического мочевого пузыря по Studer. При выборе показаний к операции мы руководствовались рекомендациямиEAU. Мочевой пузырь удаляли ретроградно с максимальным сохранением уретры и наружного сфинктера. Новый мочевой пузырь формировался по Studer. Продолжительность операции около 6 ч. Кровопотеря до 600 мл. Мочеточниковые стенты удаляли на 10-й день. Уретральный катетер — на 21-й день.

Послеоперационная летальность (9%). В ранний послеоперационный период — выраженный парез кишечника отмечен у 3 больных (15%). Нагноение послеоперационной раны — у 2 больных (9%). После удаления уретрального катетера все пациенты удовлетворительно удерживали мочу днем и ночью, произвольно опорожняя «новый мочевой пузырь» каждые 2–3 ч. Кратковременная гиперконтиненция устранялась периодической катетеризацией мочевого пузыря. В процессе дальнейшего наблюдения у 7 больных (35%) выявлены отдаленные метастазы, что потребовало дальнейшего лечения (ХТ, ЛТ). Из них 1 больной умер через 10 мес после операции, 1 больной — через 2,5 года после операции. Из поздних осложнений — эпизодическое ночное недержание мочи отмечено у 3 больных (15%), эпизодическое дневное недержание мочи — у 1 больного (5%). У 1 больного (5%) выявлена грыжа передней брюшной стенки, что потребовало оперативного лечения. Выраженной почечной недостаточности и тяжелых электролитных нарушений не отмечено.

Радикальная цистэктомия с ортотопической пластикой мочевого пузыря по Studer является эффективным методом лечения инвазивного рака мочевого пузыря, который обеспечивает высокое качество жизни и хорошо воспринимается пациентами.

406. Эффективность лечения первично-метастатического рака почки

А.Г. Кудряшов, А.В. Борота, А.А. Анищенко, Р.А. Осипенко, А.Н. Крюков, А.М. Дьяченко, А.В. Конопко

Донецкий областной противоопухолевый центр

При первично-метастатическом раке почки основными методами лечения являются паллиативная нефрэктомия, иммунотаргетная терапия. При этом эффективность иммунотерапии составляет 10–15%, а таргетная терапия увеличивает медиану выживания на 3–4 мес. В то же время паллиативная нефрэктомия значительно продлевает жизнь больных. В период 1996–2007 гг. в Донецком областном противоопухолевом центре 345 больным была выполнена паллиативная нефрэктомия, а 153 проводилось

консервативное лечение. При этом средняя продолжительность жизни в 1-й группе составила 14,3 мес, а во второй 7,2 мес (разница статистически достоверна). Паллиативная нефрэктомия при наличии неудаляемых метастазов в легких дает лучшие отдаленные результаты по сравнению с консервативным лечением (18,2 и 8,7 мес соответственно). При наличии как единичных, так и множественных метастазов в кости, паллиативная нефрэктомия улучшает отдаленные результаты (18,9 и 11,0 при единичных и 13,5 и 5,7 при множественных). В то же время при наличии метастазов в нескольких органах (легкие+кости, кости+печень) результаты паллиативной нефрэктомии не отличаются от результатов консервативной терапии (7,7 и 6,3 мес) соответственно, не всем больным показана паллиативная нефрэктомия. Так, 42% пациентов, перенесших оперативное вмешательство, прожили менее 6 мес. Помимо локализации метастазов, на результаты лечения первично метастатического рака почки влияют также некоторые морфологические параметры. Нами изучены следующие гистологические факторы. Дифференцировка опухоли, наличие некрозов в опухоли, присутствие лимфоцитарного вала на границе опухоли и здоровой ткани, инвазия в просвет сосудов, эпителиально-мезенхимальная трансформация. Установлено, что у больных с низкой дифференцировкой опухоли, отсутствием лимфоидной инфильтрации вокруг нее и наличием эпителиально-мезенхимальной трансформации оперативное лечение дает худшие результаты. Таким образом, сочетание указанных гистологических параметров с наличием метастазов в нескольких органах одновременно свидетельствует о неблагоприятном прогнозе оперативного лечения.

407. Сучасні тенденції комбінованих оперативних втручань при місцево-розповсюдженому раку шлунка

Ю.Ю. Олійник

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Незважаючи на очевидне зниження захворюваності на рак шлунка в Україні, особливо вихідної частини, та широке запровадження ендоскопічної техніки з метою скринінгу, суттєвого зрушення в бік ранньої діагностики не відбулося. Хірурги-онкологи й надалі виявляють місцево-розповсюджений рак шлунка (МРРШ), що вимагає вдосконалення підходів до проведення комбінованих оперативних втручань (КОВ), зокрема, періопераційного ведення хворих і оперативної техніки.

Проведено ретроспективний аналіз 582 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходились на лікуванні у Львівському обласному клінічному онкологічному диспансері протягом 1962–1996 рр. Усім пацієнтам проведено КОВ з приводу МРРШ, окремі аспекти яких оцінено шляхом порівняння абсолютних даних і підрахованих екстенсивних показників.

Понад $\frac{2}{3}$ прооперованих пацієнтів становили чоловіки — 419 випадків (71,62%). Їх вік коливався від 34 до 83 років, медіана — 58 років. Більшість чоловіків була віком 50–74 роки — 84,3% (353). Жінки становили $\frac{1}{3}$ (166) усіх прооперованих хворих (28,38%). Їх вік коливався від 30 до 75 років, медіана — 55,5 року. Більшість жінок була віком 45–69 років — 81,9%, а в інтервалі 50–74 років — 79,5% (132), що дещо менше за питому вагу чоловіків цього віку (в 2,7 раза менше за контингент чоловіків, і лише 27,2% від загальної кількості прооперованих у цьому віковому інтервалі (485)). Патогістологічно підтверджено проростання пухлин у суміжні органи (поперечну ободову кишку, печінку, підшлункову залозу, селезінку, ліву надниркову залозу і нирку, м'які тканини передньої черевної стінки). Гастректомії виконано 323 (56%). Морфологічно серед пухлин переважали аденокарциноми усіх типів — 71,5%, недиференційованого аденогенного раку було 7,4%. У переважній більшості оперованих (61,3%) встановлено IIIA стадію захворювання ($pT4pN0M0$), радикально прооперовано 90,7% із них.

КОВ з приводу МРРШ в основному проводяться у хворих старшого віку, переважно чоловіків, IIIA стадією захворювання. При цьому сучасна тенденція до збільшення об'єму оперативних втручань і розширення показань до їх проведення, вимагає особливо ретельного підходу до періопераційного ведення таких пацієнтів і належного володіння технікою проведення резекційних операцій en bloc на суміжних органах.

408. Мрачные стороны гормональной терапии рака предстательной железы

А.С. Переверзев

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приостанавливая и подавляя рост раковой опухоли предстательной железы (ПЖ), гормонотерапия (ГТ) сопровождается частыми и тяжелыми осложнениями. Виды системных расстройств, сопровождающих андрогенную депривацию (табл. 1).

Андрогенная депривационная терапия	Потеря либидо, эректильная дисфункция
	Когнитивные отклонения
	Накопление висцерального жира
	Потеря эластичности сосудов
	Остеопороз, ломкость костей скелета
	Метаболический синдром
	Усталость
	Сердечно-сосудистые заболевания

К числу наиболее уязвимых структур и органов относятся костный скелет. Кости человеческого организма с возрастом подвергаются отчетливой резорбции и этот процесс усиливается воздействием ГТ. Поэтому на развитие остеопороза, помимо возрастных причин, оказывает выраженное влияние длительно проводимая обременительная ГТ. Наиболее частыми осложнениями ГТ (40–80%) являются приливы жара, гинекомастия (40–60%) и мастодиния (>40%). Изначальное утяжеление урологической симптоматики отмечают практически при введении всех аналогов ЛГРГ. Арсенал лечебных средств для устранения возникших осложнений представлен в табл. 2.

Основные побочные эффекты	Виды профилактики и/или лечения
Эректильная дисфункция	Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), интракавернозные инъекции; имплантаты в половой член
Гинекомастия/гинекодиния	Облучение; мастэктомия; тамоксифен
Мышечная слабость	Физические упражнения; сбалансированное питание
Анемия	Трансфузия крови при симптоматической анемии
Редукция толщины костей	Физические упражнения; кальций+витамин D; бисфосфонаты при остеопорозе
Сердечно-сосудистые проявления	Активный контроль факторов риска и ранних симптомов, их лечение

Новым средством в профилактике остеопороза при проведении андрогенной депривационной терапии является применение моноклонального антитела деносумаба. Эффективной профилактикой может быть превентивное использование бисфосфонатов, прием витамина D, кальция и физическая активность.

409. Прогностичні фактори у хворих на несеміномні герміногенні пухлини яєчка в I стадії

А.В. Сакало¹, С.В. Базалицька¹, Л.М. Захарцева², В.С. Сакало¹, В.М. Григоренко¹, Ю.Ю. Куранов², Л.Г. Салько²

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», Київ

²Київський міський клінічний онкологічний центр

Відсоток ембріонального раку (ЕР) і судинна інвазія є факторами ризику, які можуть бути предикторами прихованого метастазування у хворих на несеміномні герміногенні пухлини яєчка (НГПЯ) в I клінічній стадії. Метою дослідження було визначення прогностичного значення експресії первинного пухлинного Ki-67, p53, Bcl-2, відсотка ембріонального раку і судинної інвазії в диференціальній діагностиці між патологічною стадією I і патологічною стадією II НГПЯ. Стадію хвороби у 66 хворих визначали гістологічним дослідженням видалених регіонарних лімфовузлів під час трансабдомінальної заочеревинної лімфаденектомії. Відсоток ембріонального раку, пухлини жовткового мішка, семіноми, тератоми, наявність судинної інвазії визначали в первинній пухлині. Імуногістохімічно визначали Ki-67, p53, Bcl-2. Статистична обробка включала моно- і мультиваріантний регресивний аналіз.

Моноваріантний аналіз наявності відсотку ембріонального раку ($p < 0,001$), судинної інвазії ($p < 0,0001$), ЕР + Ki-67 ($p < 0,001$), p53 + ЕР ($p < 0,03$) були достовірними факторами ризику, які асоціювалися з II патологічною стадією. Ki-67, p53 і Bcl-2 не корелювали з патологічною стадією. При мультиваріантному аналізі тільки відсоток ЕР ($p < 0,0001$) і наявність судинної інвазії ($p < 0,001$)

були незалежними прогностичними факторами лімфогенного метастазування. При наявності ЕР $< 50\%$ і відсутності судинної інвазії в 90% хворих була підтверджена I патологічна стадія. У випадку $> 80\%$ ЕР і наявності судинної інвазії у 86% хворих були виявлені регіонарні метастази.

Визначення відсотку ембріонального раку і наявності/відсутності судинної інвазії дає можливість прогнозувати не тільки наявність прихованих регіонарних метастазів, але також патологічну стадію I. Ki-67 в поєднанні з відсотком ембріонального раку має прогностичне значення у хворих з метастазами. Наявність морфологічних і імуногістохімічних несприятливих прогностичних факторів може бути показанням до проведення заочеревинної лімфаденектомії в I стадії НГПЯ.

Доповідь.

410. Значення повторної біопсії в діагностиці раку передміхурової залози

В.С. Сакало, Ю.М. Бондаренко, В.М. Григоренко, А.В. Сакало

ДУ «Інститут урології НАМН України», Київ

Біопсія передміхурової залози є основним критерієм при встановленні діагнозу — рак передміхурової залози (РПЗ), та має велике значення для вибору тактики лікування та прогнозування перебігу хвороби. Визначити доцільність, ефективність та показання до повторної біопсії передміхурової залози залежно від результатів попередньої біопсії та клінічного перебігу захворювання.

У 388 хворих за період з 09.2009 по 04.2011 р. проведена трансректальна мультифокальна біопсія передміхурової залози під контролем ТРУЗО. 38 хворим виконана повторна біопсія передміхурової залози через 3–5 міс. Повторна біопсія була виконана чоловікам з початковою негативною біопсією, але з підозрою на РПЗ на основі віку, супутніх захворювань, пальцевого ректального обстеження, визначення рівня ПСА та його похідних (тобто % вільного ПСА, щільність ПСА, швидкість приросту ПСА), наявності в попередніх біоптатах ASAP або HGPIN. Крім того, оцінювали адекватність початкової біопсії, залежно від чого визначали схему повторної мультифокальної біопсії (кількість та розташування точок біопсій).

Для оцінки результатів повторної біопсії хворі були розподілені на групи залежно від кількості біоптатів при попередньому обстеженні (до 5 біоптатів або 10–12 біоптатів), морфологічної будови (ASAP, HGPIN або доброякісна гіперплазія, хронічний простатит). В групі хворих (25 чоловік), де попередньо було взято до 5 біоптатів, після повторної біопсії аденокарциному визначали в 44% випадків (11 чоловік), та групі, де попередньо виконували мультифокальну біопсію (13 чоловік) аденокарцинома виявлена в 15,4% (2 особи). У групі з 20 хворих, де попередньо визначали ASAP або HGPIN, аденокарцинома при повторній біопсії виявлена у 12 (60%) пацієнтів. А у групі з 18 хворих із запальними захворюваннями і гіперплазією простати — у 5 (27,7%).

Для зменшення кількості повторних біопсій слід первинно використовувати мультифокальну біопсію простати з 10–14 точок. За наявності в первинних біоптатах зон ASAP та HGPIN рекомендована обов'язкова повторна біопсія простати.

411. Результати ад'ювантної хіміотерапії карбоплатином у хворих на семіному яєчка I стадії

А.В. Сакало¹, В.В. Мрачковський², І.І. Хіміч², Ю.Ю. Куранов², В.С. Сакало¹

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», Київ

²Київський міський клінічний онкологічний центр

Хворим на семіному яєчка в I клінічній стадії може бути проведена променева терапія, хіміотерапія карбоплатином або тактика тільки спостереження. Метою роботи було вивчення ефективності хіміотерапії карбоплатином у хворих на семіному яєчка в I стадії.

За період 1996–2010 рр. спостерігали 156 хворих на семіному яєчка I стадії. Після високої однобічної орхіектомії і визначення I клінічної стадії застосовували карбоплатин. У 53 хворих була pT1, у 73 — pT2, у 16 — pT3, у 14 — pT4 стадія. Середній вік — 36 (від 23 до 65) років. Один цикл карбоплатину (AISC-7) отримали 41, 2 цикли — 115 хворих (2x400 мг/м²). Середній термін спостереження 78 міс.

Виявлено рецидиви у 12 (7,7%) хворих. Два рецидиви були у групі хворих, які отримали 1 цикл хіміотерапії, 10 рецидивів — 2 цикли. Всі рецидиви були діагностовано в заочеревинних лімфовузлах, 8 — в парааортальних, 4 — в парааортальних і тазових лімфовузлах.

У хворих з рецидивами середній термін до прогресії становив 15,6 міс. 3 із 12 хворих з рецидивами померли. 9 хворих отримали хіміотерапію за схемою ВЕР і знаходяться в стійкій ремісії. Безрецидивне виживання 6 років було у 98% хворих.

Ад'ювантна хіміотерапія карбоплатином у хворих на семіному яєчка І стадії є надійним терапевтичним заходом, який зменшує ризик рецидивування. Рецидиви можуть бути успішно проліковані другою лінією хіміотерапії.

412. Експресія судинного ендотеліального фактору росту (VEGF) у хворих на метастатичні гермінотичні пухлини яєчка

А.В. Сакало¹, А.М. Романенко¹, В.В. Мрачковський², В.С. Сакало¹, Л.М. Захарцева², С.В. Базиліцька¹

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», Київ

²Київський міський клінічний онкологічний центр

Ангіогенез відіграє важливу роль в рості пухлини і метастазуванні. В солідних пухлинах VEGF підвищує ангіогенну активність і прогресування процесу. Метою роботи було вивчення експресії VEGF і щільності мікросудин при гермінотичних пухлинах яєчка (ГПЯ) і їх зв'язок з клініко-морфологічними знахідками.

Експресія VEGF і щільність мікросудин були вивчені імуногістохімічними методами (ДАКО) у 60 хворих на ГПЯ: у 27 виявлена семінома (у 20 — І клінічна стадія, у 7 — метастази) і у 33 несеміномні пухлини яєчка (у 14 без метастазів і у 19 з метастазами). Експресія VEGF також була досліджена у 4 хворих з захворюванням яєчка пухлинної природи. Ендотеліальні клітини в пухлині виявляли імуногістохімічним методом за допомогою стандартних наборів ДАКО. При малому збільшенні мікроскопа (x100) виявляли місце з інтенсивною неоваскуляризацією і мікросудини підраховували при великому збільшенні (x400).

Експресія VEGF була суттєво вищою в пухлинах яєчка порівняно з непухлинними захворюваннями. VEGF експресія при ГПЯ достовірно корелювала зі щільністю мікросудин ($p < 0,001$). Експресія VEGF і кількість мікросудин оцінювали у хворих на семіному ($p = 0,007$ і $p < 0,001$ відповідно), але тільки при мультиваріантному регресивному аналізі ($p = 0,006$) VEGF-експресія була достовірною. У хворих на несеміномні пухлини яєчка показники VEGF експресії, щільності судин, наявності судинної інвазії та $> 50\%$ ембріонального раку в первинній пухлині тісно корелювали з прогресуванням хвороби ($p < 0,006$ і $p < 0,001$ відповідно).

Експресія VEGF може відігравати важливу роль в прогресії ГПЯ. Інгібітори VEGF або рецепторів VEGF можуть застосовувати в лікуванні ГПЯ.

413. Епідеміологія рака предстатальної залози в Херсонській області за 2001–2009 гг.

І.В. Сокур, І.Г. Еремін

Херсонський обласний онкологічний диспансер

Целью исследования было изучение эпидемиологии рака предстательной железы (РПЖ) в Херсонской обл. и оценка состояния помощи данной категории больных в 2001–2009 гг.

Проанализирована информация по показателям, полученным из национального канцер-реестра, оргметодкабинета диспансера и урологического отделения Херсонского областного онкодиспансера. К сожалению, не отражается разделение на подстадии Т1а, Т1в, Т1с, не представлена информация о количестве биопсий простаты, количестве радикальных простатэктомий.

В 2001 г. в Херсонской обл. заболело 126 мужчин, в 2009 г. — 329. За исследуемый период прирост заболеваемости составил 2,6 раза. Рост заболеваемости РПЖ в Херсонской обл. оказался наибольшим среди опухолей всех локализации и самым большим по Украине. Впервые установленный диагноз РПЖ был подтвержден морфологически в 2001 г. — у 87,3%, в 2009 — у 98,7% (за последние 4 года — только гистологическое подтверждение диагноза). К концу 2010 г. под наблюдением в Херсонской обл. находились 1293 больных. Из них 34,57% (447,7 пациентов) наблюдаются 5 лет и более (верификация 99,11%). Удельный вес больных РПЖ выявленных при проведении профосмотров, среди пациентов с впервые установленным диагнозом возрос с 1,7% в 2001 г. до 10,2% в 2010 г. Годичная летальность снизилась с 26,4% в 2001 г. до 13,7% в 2010 г. (по Украине 27,5 и 20,9% соответственно). Смертность составила 16,5% при значительном увеличении числа заболевших.

В обл отмечен рост заболеваемости. Возросла выявляемость РПЖ при профосмотрах. Увеличился процент морфологической верификации диагноза. Годичная летальность снизилась в 2 раза. В 2009 г. получены данные мультицентрового рандомизированного исследования (ERSPC), согласно которым проведение скрининга РПЖ снижает смертность от данного заболевания на 20%. Считаю необходимым организацию регионарной программы ранней диагностики РПЖ в области. В связи с этим целесообразно: дальнейшее развитие сети мужских смотровых кабинетов в лечебных учреждениях города и области; оптимизация обследования мужчин старше 50 лет (ПСА, ПРИ и ТРУЗИ по показаниям); оптимизация кабинета ранней диагностики рака простаты на базе областного онкологического диспансера.

414. Вплив неоад'ювантної поліхіміотерапії на функцію нирок та уродинаміку у хворих з інвазивним раком сечового міхура

Е.О. Стаховський, О.А. Войченко, П.С. Вукалович, В.А. Котов, Ю.В. Вітрук

Національний інститут раку, Київ

Порушення уродинаміки верхніх та нижніх сечовивідних шляхів при поверхневому РСМ зустрічається вкрай рідко: від 1,6% до 2,6%, однак при інвазивних формах клінічна картина значно погіршується, що в першу чергу обумовлено обструктивними проявами. Покращити ефективність комплексного лікування та якість життя хворих на інвазивний рак сечового міхура шляхом вивчення ефективності неоад'ювантної поліхіміотерапії, її впливу на функціональний стан сечовивідних шляхів. Клінічному аналізу підлягали 28 хворих на інвазивний РСМ на стадіях захворювання Т2а–Т4а, яким у 2008–2010 рр. проведено неоад'ювантну ПХТ за схемою Гемзар — Цисплатина з подальшою оцінкою її ефективності за критеріями RECIST. Чоловіків було 23 (82,1%), жінок — 5 (17,9%). Вік пацієнтів 36–74 (61,1 ± 11,1) років.

Стабілізація пухлинного процесу за критеріями RECIST відмічали в 9 (32,1%) випадках, прогресія — 3 (10,7%), часткова регресія — 14 (50%) та повна — в 2 (7,1%) випадках. У 11 (39,3%) хворих РСМ привів до розвитку уретерогідроднефрозу (УГН) (в 2 (7,1%) випадках — двобічного). При контрольному обстеженні після проведення ПХТ УГН діагностовано у 6 (21,4%) хворих, причому в 5 (8,9%) випадках ступінь екстазії залишився без змін, в 2 (3,6%) — зменшився з ІІ до І–ІІ стадії. У 5 (17,9%) хворих УГН виявлено не було. Таким чином, проведення неоад'ювантної ПХТ дозволило в 6 (46,1%) з 13 випадків відновити уродинаміку верхніх сечовивідних шляхів і покращити її — в 2 (15,4%) ($\chi^2 = 2,19$ ($p = 0,13$)), що обумовлено невеликою кількістю пацієнтів.

При первинному обстеженні 23 пацієнтів чоловічої статі, у 20 (86,9%) виявлено ознаки хронічної затримки сечі. Проведення ПХТ привело до покращення акту сечовипускання, а саме: зменшення об'єму передміхурової залози на 11,6 см³, покращення середньої та максимальної швидкості сечовипускання на 3,4 та 7,6 мл/с, зменшення об'єму залишкової сечі на 32,5 мл, часу сечовипускання на 14,1 с, IPSS на 6,5 балів та покращити якість життя з 2,9 до 1,8 балів.

Проведення неоад'ювантної ПХТ у хворих на інвазивний РСМ дозволило в 46,1% випадках УГН відновити уродинаміку верхніх сечовивідних шляхів і покращити її в 15,4%. Крім того, ПХТ дозволяє покращити функцію нижніх сечовивідних шляхів та якість життя пацієнтів.

415. Біопсія передміхурової залози у діагностиці раку

Е.О. Стаховський, О.А. Войченко, В.А. Котов, Ю.В. Вітрук, О.А. Кононенко, М.В. Вікарчук

Національний інститут раку, Київ

Мультифокальна трансректальна біопсія передміхурової залози значно змінила тактику лікування хворих на рак передміхурової залози (ПЗ). Виявлення латентного, локалізованого раку без клінічних проявів особливо у молодих пацієнтів дозволяє своєчасно запропонувати радикальні методи лікування. Невизначені показання щодо повторної біопсії, особливо у хворих з відсутністю пальпаторних ознак пухлинного ураження ПЗ.

Покращення діагностики раку ПЗ шляхом ранньої гістологічної верифікації. У 2008–2011 рр. виконано 477 трансректальних мульт-

тифокальних біопсій передміхурової залози. Рівень ПСА коливався 0,4–409,5 нг/мл, (середній — 13,5 нг/мл). У 287 (60,2%) хворих він знаходився в межах «сірої зони» (4–10 нг/мл), у 57 (11,9%) — від 10 до 20 нг/мл, у 54 (11,3%) — від 2,5 до 4 нг/мл, у 42 (8,8%) — більше 20 нг/мл, у решти 37 (7,8%) — від 0 до 2,5 нг/мл. За даними пальпаторного дослідження, клінічні прояви РПЗ були у 54 хворих. При виявленні у біоптатах ППН високого ступеня або відсутності гістологічної верифікації при збільшені рівня ПСА хворим призначалося проведення повторної біопсії через 3 міс (39 хворих).

Гістологічно діагностовано РПЗ у 106 (22,2%) пацієнтів, ППН — 61 (12,78%). Аденокарцинома стадії T1a діагностовано у 2 (1,8%), T1b — 3 (2,83%), T1c — 11 (10,37%), T2a — 31 (29,24%), T2b — 34 (32,07%), T3a — 25 (24,52%) пацієнтів. Клітинна атипія аденокарциноми ПЗ виглядала наступним чином: 5 балів за Глісоном — 38 (35,84%) пацієнтів, 4 бали — 13 (12,26%), 6 балів — 30 (28,3%), 7 балів — 23 (21,69%), 8 і більше балів — 2 (1,9%) пацієнтів. З 39 повторних біопсій виявлено 10 (25,6%) випадків РПЗ. Рівень ПСА при повторній біопсії коливався від 0,4 до 29,13 нг/мл. ППН визначено у 17 (43,6%) випадків повторної біопсії, доброякісна гіперплазія простати — в 12 (30,8%) випадках. При повторній біопсії 60% хворих РПЗ виявлено з показниками ПСА «сірої зони» (4–10 нг/мл).

Комплексний підхід до встановлення показань щодо первинної біопсії ПЗ у 25% хворих дозволяє гістологічно верифікувати аденокарциному. Повторна біопсія через 3 міс додатково виявляє РПЗ в 25,6%. У хворих похилого віку без пальпаторних ознак пухлинного ураження ПЗ з показниками ПСА сірої зони повторна біопсія недоцільна. Сумарна доля випадків РПЗ у локалізованих стадіях становила 76,4%. Рання діагностика дозволяє впровадження радикальних методів лікування.

416. Ефективність неоад'ювантної поліхіміотерапії в лікуванні хворих на інвазивний рак сечового міхура

Е.О. Стаховський, О.А. Войленко, П.С. Вукалович, В.А. Котов, Ю.В. Вітрук

Національний інститут раку, Київ

Дослідження результатів ефективності неоад'ювантної поліхіміотерапії (ПХТ), а саме випадків повної та часткової відповіді на лікування у хворих на інвазивний рак сечового міхура (РСМ), настановлюють на думку про можливість органозберігаючої тактики лікування. Мета дослідження — підвищити ефективність комплексного лікування та якості життя хворих на інвазивний РСМ шляхом застосування неоад'ювантної ПХТ.

Клінічному аналізу підлягали 28 хворих на інвазивний РСМ на стадіях захворювання T2a–T4a, яким у 2008–2010 рр. проведено 3 курси неоад'ювантної ПХТ за схемою Гемзар — Цисплатина з подальшою оцінкою її ефективності за критеріями RECIST. Чоловіків — 23 (82,1%), жінок — 5 (17,9%). Вік пацієнтів 36–74 (61,1±11,1) років. Первинний РСМ — 22 (78,6%) пацієнтів, рецидивний — 6 (21,4%).

Під час проведення ПХТ серйозних побічних проявів не виявлено. Стабілізація пухлини відмічають у 9 (32,1%) випадках, прогресія — у 3 (10,7%), що стало показанням до виконання простатозберігаючої цистектомії. У 14 (50,0%) хворих під час проведення контрольного обстеження відмічено часткову регресію пухлини, що дало можливість провести органозберігаюче оперативне лікування. Повна регресія пухлини діагностована у 2 (7,1%) випадках.

Прослідковано взаємозв'язок ступеня гістопатологічної градації пухлини (G) з регресією пухлини. У 2 (7,1%) хворих з високодиференційованим РСМ (G1) ступінь регресії по RECIST в середньому становив (87,5±17,7%), у 17 пацієнтів з помірно диференційованим РСМ (G2) — (46,5±32,0%) та у 9 з низьким диференціюванням (G3) — (16,9±44,9%).

Неоад'ювантна хіміотерапія у хворих на інвазивний РСМ в 7,1% випадках привела до розвитку повної, а в 50% — часткової регресії пухлини та дозволила в більшості випадків виконати пацієнтам органозберігаюче оперативне втручання, що сприяло підвищенню якості їх життя. Аналіз результатів лікування хворих на інвазивний РСМ виявив прямопропорційну

залежність між ступенем диференціювання пухлини (G) та ступенем регресії пухлини під дією неоад'ювантної ПХТ (G1 — (87,5±17,7%); G2 — (52,7±29,3%); G3 — (23,1±43,4%) за критеріями RECIST), що може слугувати критерієм прогнозу її ефективності.

417. Показання та ускладнення зовнішньої деривації сечі після цистектомії

Е.О. Стаховський, О.А. Войленко, В.А. Котов, Ю.В. Вітрук, О.Е. Стаховський

Національний інститут раку, Київ

Цистектомія — загальноприйнятий метод лікування м'язово-інфільтративного раку сечового міхура. Деривація сечі повинна передбачати: збереження уродинаміки та якості життя хворого. Вдосконалити показання до зовнішньої деривації сечі, провести оцінку якості життя у хворих з нашкодженою сечовою стоєю після цистектомії.

Аналізу підлягало 38 хворих, яким виконана цистектомія із зовнішнім відведенням сечі. Чоловіків — 29, жінок — 8. Вік пацієнтів становив 32–74 роки (середній = 62). Операція Брікера виконана у 27, Кука — 9 хворих. До та після операції визначали секреторно-видільну функцію нирок, ступінь розповсюдження пухлини, якість життя пацієнтів, показники кислотно-лужної рівноваги. Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника (модифікація QoL). Перед операцією обструкція у верхніх сечових шляхах у 14 випадках потребувала виконання нефростомії. Показанням до застосування зовнішніх методів деривації сечі були: розповсюдження пухлини на сечовий міхур — 24, двобічний обструктивний уретерогідронефроз — 16, уретерогідронефроз єдиної функціонуючої нирки — 3, стриктура сечового міхура — 3. З них ХНН спостерігалась у 21 хворого.

Інтраопераційна летальність не виявлена. Гістологічне підтвердження пухлини інвазії у сечовий міхур було у 29 хворих на відміну від 24 за даними цистоскопії й біопсії. Середній індекс QoL становив на доопераційному етапі — 5,2 бала, а після нашкодженої деривації сечі — 2,9 бала. Обструкція сечоводу виявлена у 8 пацієнтів. В 2 випадках виконували реанастомози, нефростомію — 5 хворим. Порушення кислотно-лужної рівноваги відмічали у 6 хворих, але не потребувало медикаментозної корекції. Генералізація пухлинного процесу виявлена у 3 хворих, а місцевий рецидив в одному випадку.

Нашкірна деривація сечі показана хворим з розповсюдженням пухлинного процесу на сечовий міхур, стриктурою уретри, уретерогідронефрозом, особливо у випадках прогресування ХНН. Якість життя у хворих з нашкодженою сечовою стоєю залежить від відновлення пасажу сечі по верхніх сечових шляхах. Тонкокишковий гетеротопічний сечовий резервуар має мінімальний інтралюмінальний тиск, що дозволяє створити оптимальні умови для відведення сечі.

418. Выбор доступа для нефрэктомии при раке почки

С.П. Степушкин, Р.В. Соколенко, В.О. Новиков

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Городская многопрофильная клиническая больница №4,
Днепропетровск*

Доступ является неотъемлемой частью оперативного вмешательства, от которого зависит результат операции, особенно у онкологических больных.

За период с марта 2008 по февраль 2011 г. выполнено 84 нефрэктомии по поводу рака почки: 69 (82,1%) радикальных и 15 (17,9%) паллиативных. Слева выполнено 44 (52,3%) операции, справа 40 (47,7%). Нефрэктомии выполняли при размере опухоли 6–28 см (T1b–4N0–2M0–1). В 7 случаях проводили удаление субпеченочного опухолевого тромба из нижней полой вены (НПВ). Регионарная лимфаденэктомия выполнялась у 8 (9,5%) пациентов. Ввиду распространенности опухолевого процесса в 2 случаях нефрэктомия сочеталась со спленэктомией, в 1 с аднексэктомией, и в 1 со спленэктомией, левосторонней гемиколэктомией, резекцией хвоста поджелудочной железы.

Торакоабдоминальный доступ применен в 33 (39,3%) случаях. В 21 (25%) случае был выбран подреберный трансперитонеальный доступ. Поперечная лапаротомия (Шеврон) использовалась

у 7 (8,3%) пациентов и позволила оптимально контролировать НПВ при удалении опухового тромба, исходящего как из правой (5), так и из левой (2) почек. Срединная лапаротомия выполнена в 1 (1,2%) случае при нефрэктомии с одновременной аднексэктомией. 1 (1,2%) операция проведена передне-боковым доступом при удалении левой половины подковообразной почки. Люмботомию применяли у 12 (14,3%) пациентов. За период с июня 2010 по февраль 2011 г. выполнено 9 лапароскопических нефрэктомий при размере опухоли 6–10 см.

Послеоперационной летальности не было. После лапароскопической нефрэктомии отмечали наиболее быстрый период реабилитации. Поперечная лапаротомия является адекватным доступом для работы на обеих почках и магистральных сосудах. Торакофренолапаротомия обеспечивает наилучший доступ при больших опухолях верхнего полюса левой почки. Лапароскопическая нефрэктомия является методом выбора лечения рака почки T2N0M0–1.

419. Местный рецидив при органосохраняющей хирургии рака почки

*С.П. Степушкин, В.П. Чайковский, Р.В. Соколенко
Городская многопрофильная клиническая больница № 4,
Днепропетровск*

Органосохраняющая хирургия локализованного рака почки по сравнению с радикальной нефрэктомией имеет доказанное преимущество в сохранении суммарной функции почек при сопоставимых онкологических результатах. Не полностью изученным остается вопрос частоты местного рецидивирования при T3a опухолях.

За период с марта 2008 по февраль 2011 г. выполнено 17 открытых резекций по поводу рака почки: у 9 (52,9%) мужчин и 8 (47,1%) женщин. Средний возраст больных составил 56,5 (38–79) лет. У 47,1% пациентов диагностировано поражение правой почки, у 52,9% — левой. Средний диаметр опухоли составил 3,4 (2–6,5) см. Категория T резецированных опухолей морфологически определена как T1 — у 76,5% и T3a — в 23,5% случаев, без поражения регионарных лимфоузлов и отдаленных метастазов. Гистологически во всех случаях был выявлен почечно-клеточный рак, преимущественно светлоклеточный вариант. Период наблюдения больных составил от 3 до 30 мес.

При резекции почки использовали внебрюшинный доступ в 10–11-е межреберье. К пережатой почечной артерии прибегали в 88,2% случаев. В 2 случаях из 17 зажим Сатинского накладывали порциально на часть паренхимы, где локализовалась опухоль. Среднее время тепловой ишемии составило 19 (11–27) мин. Резекцию выполняли, отступив от визуально определяемого края опухоли на 0,5 см. В случае вскрытия собирающей системы почки (70,6%) производили ее герметическое ушивание монофиламентной нитью. Стентирование мочеточника выполняли только в 1 (5,9%) случае при сочетанной нефропиелолитотомии у больного с сопутствующей мочекаменной болезнью. Послеоперационных осложнений не было. Во всех 17 случаях морфологически подтвержден негативный край резекции почки. За период наблюдения местный рецидив отмечен у 1 (5,9%) пациента с первичной опухолью T3a.

Наличие распространения опухоли на паранефральную клетчатку является фактором риска в развитии местного рецидива рака после резекции почки.

420. Иммуногистохимическое исследование андрогенных рецепторов в диагностике и лечении рака предстательной железы

*Ю.И. Яковец, А.В. Борота, А.Г. Кудряшов, Р.С. Чистяков
Донецкий областной противоопухолевый центр*

В настоящее время основным маркером для определения гормоночувствительности рака предстательной железы (РПЖ) является ПСА. Однако, у 15–20% больных эффективности от гормональной терапии не отмечено в связи с первичной гормонорезистентностью опухоли. Поэтому возникает необходимость определения гормональной чувствительности опухоли ПЖ до начала лечения для прогноза эффективности эндокринной терапии и выбора тактики лечения больных. С 2006 г., в ДОПЦ иммуногистохимическое определение количества андрогенрецепторов (АР)

в биоптатах и послеоперационном материале ткани ПЖ было выполнено у 389 пациентов. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином и проводили иммуногистохимическое выявление рецепторов андрогена с помощью моноклональных антител. Андрогеннегативные (0–10% АР) опухолевые клетки выявили в 21,85% (n=85) случаев, слабопозитивные (11–30% АР) — 16,7% (n=65), умереннопозитивные (31–70% АР) — 33,67% (n=131) и высокопозитивные (71–100% АР) — в 22,76% (n=108).

Определение гормоночувствительности рака предстательной железы имеет большое практическое значение. Выполнение кастрации у 20% пациентов с первичным гормонрезистентным РПЖ может быть оспорено ввиду отсутствия эффективности и развития побочных эффектов.

421. Оцінка якості життя пацієнтів після цистектомії з ілеонеопластиком

*О.І. Яцина, О.М. Гаврилюк, О.А. Войченко, Ю.В. Вітрук,
О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко
Національний інститут раку, Київ*

Оцінка якості життя хворих після цистектомії з формуванням ілеального артифіціального сечового міхура є однією з основних ознак, що характеризує ефективність проведеного лікування. Мета дослідження — провести порівняльну оцінку якості життя у хворих, що перенесли радикальну цистектомію з ілеонеоцистопластиком в модифікації клініки (Double U) з урахуванням адаптаційних можливостей створеного сечового міхура залежно від терміну післяопераційного періоду.

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби 31 хворого на інвазивний рак сечового міхура, яким виконана радикальна цистектомія з формування артифіціального сечового міхура із 40–50 см здухвинної кишки. Для оцінки якості життя було використано загальноприйнятну форму SF-36 (Medical Outcomes Study — Short Form), адаптовану саме для цієї категорії хворих. Оцінювання проводили за бальною системою через 3, 6, 12 міс після операції.

Оцінка якості життя, проведена через 3 міс після радикальної цистектомії з формуванням ілеального артифіціального сечового міхура, показала задовільний результат у 27 пацієнтів (середній бал 72±6), добрий результат у 4 хворих (середній бал 88±9). Незадовільних результатів не було. Оцінювання, проведене через 6 міс, дозволило визначити добрий результат якості життя вже у 11 хворих (середній бал 91±7), задовільний результат у 20 (середній бал 73±7). Незадовільних результатів також не було. Через 12 міс після операції добру якість життя вже було визначено у 28 пацієнтів (середній бал 92±6), а задовільний результат лише у 3 (середній бал 72±5).

Використання опитувальника SF-36 у данного контингенту хворих дозволило з'ясувати, що дезадаптація стану хворих в перші 3 міс після хірургічного відновлення артифіціального сечового міхура (у 13% пацієнтів задовільна якість життя) лише протягом 12 міс досягає стану адаптації у 90% пацієнтів з необладдером (добра якість життя), а у 10% — потребує подальшої реабілітації. Отримані дані вказують на нагайну потребу створення сучасних реабілітаційних методів, які були б спроможні як найшвидше покращити якість життя цих хворих.

422. Уродинаміка нижніх сечовивідних шляхів у пацієнтів з артифіціальним сечовим міхуром

*О.І. Яцина, О.М. Гаврилюк, О.А. Войченко, Ю.В. Вітрук,
О.Е. Стаховський, М.В. Вікарчук, О.А. Кононенко
Національний інститут раку, Київ*

Визначення функції артифіціального сечового міхура, її впливу на суб'єктивні відчуття, метаболічні зміни, уродинаміку та контрольоване сечовипускання дозволяє об'єктивізувати визначення якості життя хворого на інвазивний рак сечового міхура та ефективність проведеної операції. Мета дослідження — визначення функціональних особливостей ілеального сечового міхура (ІСМ) у хворих, що перенесли радикальну цистектомію з ілеонеоцистопластиком.

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби 37 хворих на інвазивний рак сечового міхура, яким виконана радикальна цистектомія з формування артифіціального сечового міхура із 40–50 см здухвинної кишки. Для оцінки функції ілеального сечового міхура використовували дані рентгенологічних обстежень (огля-

дова та екскреторна урографія, уретроцистографія, СКТ або МРТ із застосуванням методики МР-урографії в режимі гідрографії), урофлоуметрії і цистотонометрії, профілометрії уретри.

Після видалення уретрального дренажу середня функціональна ємність ІСМ становила 207 ± 32 мл, через 6 міс — 430 ± 110 мл, що співпадало зі збільшенням часу між сечовипусканнями з 2 до 4 год. Нетримання сечі, яке відмічали у 8 (21,6%) хворих, припинилось через 6 міс у 7 (18,9%) випадках. При проведенні висхідної уретроцистограми звуження уретроїлеального анастомозу виявлено тільки у 3 (8,1%) хворих, яке було усунене за допомогою трансуретральної оптичної уретротомії. Віддалені результати оцінені через 1 — 5 років після операції. Об'єм сечового міхура

становив 390 ± 134 мл. За даними урофлоуметрії, час сечовипускання не перевищував 60 с, при середній швидкості сечовипускання $11,8 \pm 3,4$ мл/с, максимальна швидкість сечовипускання — $19,4 \pm 5,3$ мл/с. При проведенні цистотонометрії перший поклик до сечовипускання виникав при об'ємі наповнення 270 ± 55 мл, імперативний поклик — при 385 ± 104 мл та внутрішньоїлеального тиску 27 ± 8 см водного стовпчика. Довжина зони максимального тиску в уретрі становила 24 ± 4 мм.

Методика ілеонеоцистопластики дозволяє зберегти цілісність сечового тракту та відновити природний акт сечовипускання, створивши резервуар об'ємом до 440 ± 120 мл, що дає можливість підвищити якість життя хворих.