

## Ефективність лікування онкопатології у хворих на хронічну хворобу нирок

В.М. Лісовий, Н.М. Андон'єва

Харківський національний медичний університет,  
Обласний клінічний центр урології і нефрології  
ім. В.І. Шаповала, Харків, Україна

Злоякісні новоутворення (ЗН) і хронічна хвороба нирок (ХХН) наразі стали наймасштабнішими неінфекційними захворюваннями, що набули рис епідемії та охопили населення всього світу. Кожен 10-й житель планети страждає на ХХН, а ризик виникнення онкопатології перевищує 20%. Незважаючи на певні успіхи в діагностиці і лікуванні, прогресуючий характер ЗН та ХХН призводить у значній частині пацієнтів до інвалідизації та підвищує ризик смерті, а наявність цих станів як коморбідних, особливо в термінальній стадії ХХН, значно знижує шанси хворого на виживання. За більш ніж 10 років застосування перитонеального діалізу (ПД) як методу нирковозамісної терапії (НЗТ) у хворих з термінальною стадією ХХН на базі Обласного клінічного центру урології і нефрології ім. В.І. Шаповала зафіксовано декілька випадків діагностики ЗН у хворих, що отримували програму ПД. Два випадки, які стосуються онкоурологічних захворювань, наводимо нижче.

Хворому **К.**, 51 рік, у зв'язку з ХХН V стадії внаслідок цукрового діабету розпочато НЗТ методом ПД. Через 2 міс у зв'язку з болем у поперековій ділянці та підвищенням температури тіла проведено КТ-дослідження, при якому виявлено пухлиноподібне утворення діаметром 4–5 см у верхньому полюсі правої нирки, у зачервеному просторі множинні параортальні лімфовузли збільшені до 5–7 мм. У зв'язку з підозрою на ЗН проведено нефрехтомію праворуч. Морфологічно верифіковано зернисто-світлоклітинний рак нирки T3N0M0, що проростає у фіброзну капсулу. Після операції провели терапію інтерфероном альфа, який вводили інтраперитонеально. Стан хворого стабілізувався і відповідав ХХН V стадії, пролонгованої ПД. За даними повторних КТ-досліджень, у подальшому відмічали зменшення розмірів параортальних лімфовузлів. У катанезі через 3 роки після нефрехтомії даних про відновлення онкопроцесу немає.

Хворому **С.**, 58 років, діагностовано гіпертонічну хворобу з ураженням нирок. Протягом 2,5 року отримував ПД. Процедура ПД мала адекватні параметри (КТ/V 2,3±0,4), стан пацієнта був стабільним, основні симптоми ХХН компенсовані, що контролювали щомісяця при амбулаторних візитах. Щорічно хворого оглядав уролог, проводили дослідження рівня простатспецифічного антигену (ПСА). Погіршення стану проявилось зниженням ефективності діалізу, зростанням азотемічних показників, анемією, прискоренням швидкості осідання еритроцитів, високими рівнями С-реактивного білка, лужної фосфатази. Через 3 дні у пацієнта виникли дизуричні явища та гостра затримка сечі. Досліджено ПСА: без розведення — 28,8%, вільний — 5,2%. *Per rectum* передміхурова залоза асиметрична, збільшена за рахунок ущільненої правої частки. Патогістологічний висновок: рак передміхурової залози G2, сума за Глісоном 5–6. При КТ органів малого таза виявлено ознаки новоутворення передміхурової залози, даних стосовно метастатичного процесу у малому тазі не було. Радикальна простатектомія не рекомендована у зв'язку з тяжкістю основного захворювання. Призначена терапія гозереліну ацетатом 3,6 мг 1 раз на місяць. Через 2 міс терапії стан хворого розцінювали як задовільний, ПСА — у межах норми. Через 3 роки після виявлення раку передміхурової залози хворий продовжує ПД у початковій дозі, КТ/V 2,2±0,17, зберігається діурез до 0,5 л/добу, сечовипускання не порушене, ПСА має нормальні значення.

Зазначені випадки демонструють, що систематичне спостереження у ході проведення ПД дає можливість своєчасно діагностувати ЗН, а проведення адекватного спеціального лікування онкопатології та НЗТ в умовах нефроурологічного

центру забезпечило збереження життя пацієнтам з поєднаною патологією, яка зазвичай має фатальні наслідки.

## Злоякісні пухлини сечових органів в аспекті невідкладної допомоги

М.А. Довбиш, О.Б. Унгурян, І.М. Довбиш, А.О. Губарь, П.А. Красновід

Запорізький державний медичний університет,  
Запорізька міська лікарня екстреної та швидкої медичної  
допомоги, Запоріжжя, Україна

Злоякісні захворювання органів сечостатевої системи посідають друге місце серед причин смерті в світі. У багатьох випадках при злоякісних утвореннях виникають ускладнення, які потребують невідкладного усунення.

Мета дослідження — вивчити характер та частоту ускладнень, які потребують невідкладного усунення, у пацієнтів зі злоякісними захворюваннями органів сечостатевої системи.

У 2010–2014 рр. під спостереженням перебували 528 пацієнтів з діагностованим раком нирки (РН), передміхурової залози (РПЗ) та сечового міхура (PCM). У 254 (48,1%) випадках показаннями до госпіталізації хворих були невідкладні стани. Жінок було 35, а чоловіків — 219 осіб віком від 34 до 87 років (60,5±26,5 року). Застосовували загальноклінічні, біохімічні, ультразвукові, рентгенологічні методи дослідження, комп'ютерну томографію, біопсію.

Найчастіше невідкладні стани із 254 випадків виникали в осіб з PCM — у 95 (37,4%) пацієнтів. Ургентні показання до госпіталізації відзначено у хворих на РПЗ — у 89 (35,0%) осіб. Невідкладний стан у пацієнтів із РН виник у 70 (27,5%) випадках.

Із 95 пацієнтів із PCM макрогематурія була у 85 (89,4%) осіб, з них у 48 (56,4%) випадках вона мала профузний характер, у 39 (45,8%) пацієнтів виникла тампонада сечового міхура. Найчастіше, у 31 (79,5%) особи, профузна гематурія була при стадії T2–T3, а у 8 (20,5%) випадках стадія злоякісної пухлини була в межах T1.

У 89 пацієнтів із РПЗ невідкладний стан виникав у зв'язку з гострою затримкою сечі — 58 (65,1%) осіб. У 20 (22,5%) хворих була макрогематурія та в 11 (12,4%) — субренальна анурія за рахунок обструкції нижньої третини сечоводів.

Ниркова колька, що виникла після гематурії зі згустками крові, діагностована у 48 (68,6%) із 70 хворих на РН. У 22 (31,4%) випадках макрогематурія мала профузний характер.

У хворих на злоякісні захворювання органів сечостатевої системи у 48,1% випадків, незалежно від стадії, виникають ускладнення ургентного характеру. Найчастіше (52,4%) — у пацієнтів із РПЗ (гостра затримка сечі, макрогематурія, анурія), хворих на PCM (макрогематурія, тампонада сечового міхура) — у 49,5% та РН (ниркова колька, макрогематурія) — у 42,2%.

## Лапароскопічна адреналектомія: тотальна і парціальна, показання та особливості

С.П. Стьопушкін, В.О. Новіков, В.П. Чайковський, Р.В. Соколенко

Урологічне відділення № 1, КЗ «Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4» Дніпропетровської обласної ради, Дніпропетровськ, Україна

Показаннями до резекції надниркової залози є кістозне ураження, доброякісні пухлини розміром до 3 см, двобічне ураження.

Мета дослідження — порівняти можливості та результати тотальної й парціальної адреналектомії, поліпшити функціональні результати хірургічного лікування при доброякісних пухлинах надниркової залози.

За період з 2010 по грудень 2014 р. виконано 28 операцій на наднирковій залозі, з них 21 лапароскопічну адреналектомію, 2 відкриті адреналектомії та 5 парціальних лапароскопічних адреналектомій (резекції). Праворуч — 15 (53,6%), ліворуч — 13 (46,4%). Медіана віку пацієнтів — 64±12,6 року. Чоловіків — 5 (17,9%), жінок — 23 (82,1%). Показаннями до відкритої адреналектомії були первинні злоякісні пухлини

надниркової залози розміром >6 см. При лапароскопічній адrenaлектомії розмір пухлини становив 2–13 см. Парціальну адrenaлектомію виконано при розмірах пухлини від 1,5 до 3 см, а також у разі кісти надниркової залози, яка досягала 6 см. Усі лапароскопічні втручання проводили трансперитонеально.

При патогістологічному обстеженні виявлено 5 (17,9%) зляккісних пухлин, серед них 3 пухлини були метастазами, у 2 випадках — метастазами пухлини легені, в 1 — пухлини тіла матки. 17 (60,7%) пухлин гістологічно представлені аденомою, а також зафіксовано 5 (17,9%) феохромоцитом і 1 (3,5%) кісту. Патогістологічний висновок стосовно резектованих пухлин надниркової залози: 3 аденоми, 1 феохромоцитома, 1 кіста.

Тривалість лапароскопічних операцій на етапі освоєння методики становила 140 хв (110–270 хв), у подальшому в міру набуття досвіду — 70 хв (60–90 хв). Час парціальних адrenaлектомій був дещо меншим і становив 60 хв (50–70 хв), що пов'язане з набуттям досвіду лапароскопічних операцій на заочеревинному просторі. Середня кровотрата за час операцій при лапароскопічній адrenaлектомії — 80 мл (50–250 мл), при резекції — 50 мл (20–80 мл).

В 1 випадку після лапароскопічної адrenaлектомії в ранній післяопераційний період виявлено кровотечу, яка була зупинена ендоскопічно. При лапароскопічних втручаннях тривалість застосування анальгетиків становила від 12 до 24 год. Ентеральне харчування починалося через 10 год після лапароскопічної операції. Тривалість перебування в стаціонарі при лапароскопічній операції становила в середньому 4 (3–8) доби. Аналогічні дані зафіксовано для парціальної резекції надниркової залози.

За період спостереження від 4 до 34 міс у хворих, в яких виконували лапароскопічну резекцію надниркової залози, рецидивів не відзначено.

Парціальна адrenaлектомія відкриває нові стандарти в лікуванні доброякісних пухлин надниркової залози, надаючи можливість зберегти функцію надниркової залози, що особливо актуально при двобічному процесі в ній.

## Варианти реконструкції мочевиводящих путей при операциях «спасения» у пациенток с местно-прогрессирующим раком шейки матки

*О.В. Лукьянчук, В.В. Лысенко, В.Г. Дубинина, Д.О. Лукьянчук, М.А. Лысенко, А.М. Чайка, В.Е. Максимовский*

**Университетская клиника Одесского национального медицинского университета, Одесса, Украина**

Одной из особенностей рака шейки матки (РШМ) в поздних стадиях или рецидивов данной опухоли в полости малого таза является частое вовлечение в опухолевый процесс мочевыводящих путей при отсутствии отдаленных метастазов. До 68% таких больных имеют нарушения уродинамики. При этом тяжесть состояния пациентов чаще обусловлена субренальной почечной недостаточностью или обструктивным пиелонефритом, которые часто трактуются как канцерогенная интоксикация. В связи с расширением показаний к «спасительной» хирургии РШМ с последующей полихимиотерапией возникает необходимость в выборе адекватного способа деривации мочи в ходе расширенных и травматичных оперативных вмешательств.

Цель исследования — изучить результаты различных вариантов деривации мочи при экзентерациях малого таза по поводу прогрессирующего рака РШМ с целью оптимизации данного этапа операции.

Проведен ретроспективный анализ лечения 17 пациенток с местно-распространенным РШМ, которые получали мультимодальное лечение с марта 2012 по январь 2014 г. в Университетской клинике Одесского национального медицинского университета. Из них 12 (70,6%) имели нарушения уродинамики, в связи с чем в качестве первого этапа была выполнена чрескожная пункционная нефростомия под контролем ультразвукового исследования. Основным этапом лечения была передняя экзентерация таза с форми-

рованием илеокондуита по Вriker у 12 больных и тотальная экзентерация с формированием концевой инконтинентной сигмостомы с двусторонним уретеросигмоанастомозом у 5 пациенток. Средние сроки наблюдения составили 20±8 мес. Оценивали послеоперационную летальность, инфекционные осложнения, канцерспецифическую выживаемость и качество жизни.

Случаев послеоперационной летальности не зарегистрировано. При оценке послеоперационных осложнений стоит отметить длительную лимфоррею, формирование лимфокист малого таза у 5 (29,4%) больных, которые разрешились путем малоинвазивного вмешательства. Инфекционных осложнений в виде атак пиелонефрита не отмечено, что обусловлено надежным дренированием верхних мочевых путей на дооперационном этапе и в послеоперационный период, а также низким давлением в неконтинентной сигмостоме у пациенток с уретеросигмоанастомозом. Удовлетворительные показатели функционального состояния почек позволили у 13 (76,5%) пациенток провести полноценную адьювантную полихимиотерапию с высокой комплаентностью (84,6%). Канцерспецифическая выживаемость у оперированных больных составила 19±9 мес, смертность до года — 5,9% по сравнению с неоперированными пациентками, у которых эти показатели составили 9±5 мес и 57,8% соответственно (p<0,01).

Полученные данные демонстрировали целесообразность активного мультимодального лечения пациенток с рецидивным и местно-прогрессирующим РШМ, несмотря на вовлечение в опухолевый процесс мочевыводящей системы. Для больных, у которых в связи с объемом опухолевого поражения планируется тотальная экзентерация малого таза, двусторонняя уретеросигмостомия в неконтинентную концевую сигмостому является простым, хорошо переносимым способом деривации мочи и позволяет раньше начать адьювантную полихимиотерапию.

## Оценка динамики некоторых показателей мочевого выделительной системы у больных инфильтративным раком шейки матки после нейросохраняющей радикальной гистерэктомии

*Т.В. Дерменжи, В.С. Свиницкий, Э.А. Стаховский, А.И. Яцина*  
**Национальный институт рака, Киев, Украина**

Цель исследования — оценить некоторые функциональные показатели мочевого выделительной системы у больных инфильтративным раком шейки матки (РШМ) после хирургического лечения.

В отделе онкогинекологии Национального института рака в 2012–2014 гг. проведено исследование оценки некоторых функциональных показателей мочевого выделительной системы у больных РШМ после нейросохраняющей радикальной гистерэктомии (РГЭ-С<sub>1</sub>). У 50 пациенток (средний возраст 32,7±4,9 года) выполнена РГЭ с последующим проведением цистоманометрии: из них у 25 больных (I группа) РГЭ проводили с сохранением тазового вегетативного нервного сплетения (ТВНС), а у 25 пациенток РГЭ выполняли по стандартной методике, без сохранения ТВНС (II группа, контрольная). Пациентки I и II группы были разделены по гистологическому типу и степени дифференцировки опухоли. В I группу вошли: 3 (12%) больные аденокарциномой, 22 (88%) — плоскоклеточным РШМ; гистологическая степень дифференцировки опухоли: GX–2 (8%); G1–9 (36%); G2–5 (20%); G3–9 (36%). II группа состояла из: 4 (16%) больных аденокарциномой, 21 (84%) — плоскоклеточным РШМ; степень дифференцировки опухоли: GX–2 (8%); G1–8 (32%); G2–6 (24%); G3–9 (36%).

У пациенток I и II групп изучены основные симптомы нарушений функции мочевого выделительной системы (ОСНФМС): затруднение опорожнения мочевого пузыря (ЗОМП), недержание мочи разной степени проявления (НМРСП). Пациентки I группы были разделены на 2 подгруппы: А — с заболеванием в IV стадии, с сохранением ТВНС с обеих сторон (18/72%)

и В — с патологическим процессом в ПА стадии, с сохранением ТВНС только с одной стороны (7/28%). ЗОМП установлено у 1 (4%) пациентки подгруппы А и у 2 (8%) — подгруппы В, что составило 12%. НМРСП выявлено у 1 (4%) пациентки в подгруппе В. В общем ОСНФМС в I группе составили 16%. Удаление катетера у пациенток с ІВ стадией с сохранением ТВНС с обеих сторон осуществляли на 3-и—4-е сутки. Койко-день составил при этом 6—7 сут. У пациенток с ПА стадией с сохранением ТВНС только с одной стороны мочевой катетер удаляли на 5—7-е сутки; койко-день составил 10—12 сут.

Пациентки II группы были разделены на 2 подгруппы в зависимости от стадии процесса: ІВ (9/36%) и ПА (16/64%) стадии. ЗОМП отмечали у 6 (24%) пациенток ІВ подгруппы и у 9 (36%) — ПА подгруппы, что составило 60%. НМРСП установлено у 1 (4%) пациентки с ІВ и у 4 (16%) пациенток с ПА

стадией заболевания, что составило 20%. В общем ОСНФМС во II группе составили 80%.

Удаление катетера у пациенток I группы осуществляли на 3-и—7-е сутки, в то время как во II группе — на 8—21-е, что свидетельствует о качестве жизни пациенток.

Удаление катетера у пациенток с ІВ стадией осуществляли на 8—14-е сутки. Койко-день составил при этом 15—16 сут. У пациенток с ПА стадией мочевой катетер удаляли на 15—21-е сутки; койко-день составил 22—25 сут.

Выполнение нейросохраняющей РГЭ-С<sub>1</sub> у больных инфильтративным РШМ позволяет снизить на 64% уровень функциональных нарушений со стороны мочевыделительной системы: у пациенток I группы процент осложнений со стороны функций мочевыделительной системы составил 16% против 80% в контрольной группе.