

МРТ і остеосцинтиграфією Технецієм 99^m. Пацієнти тривалий час отримували гормональну терапію (від 1 до 6 років) до виникнення метастазів у кістки з вираженими болями. Самарій¹⁵³ Sm вводили внутрішньовенно крапельно з розрахунку 0,5–1,5 мкІ/кг на фізіологічному розчині. Ефективність лікування оцінювали за шкалою оцінки інтенсивності болю. Через 12 і більше тижнів робили повторне введення РФП. Протипоказання для застосування ¹⁵³ Sm: рівень лейкоцитів <2,5x10⁹/л, рівень тромбоцитів <100x10⁹/л, рівень гемоглобіну <90 г/л, індекс Карновського <60%, виражена коагулопатія, загроза компресії спинного мозку.

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

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

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

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

С.І. Приндык, М.В. Соколовська

LISOD Лікарня Ізраїльської онкології, м. Київ

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

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

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

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

З 2014 року в LISOD проліковано 26 пацієнтів на МІРСМ із застосуванням ОЗКТ. Пацієнти віком від 47 до 82 років, середній вік 68,4±4,7 року. Переважна більшість хворих (24) із локальним процесом без лімфогенного розповсюдження: Та – 2, Т1 – 7, Т2 – 8, Т3 – 4, Т4 – 3; лише у 2 осіб – Т2N1M0. За ступенем злоякісності розподіл був наступним: G1 – 3, G2 – 8, G3 – 10, G4 – 1 та у 4 хворих ступінь злоякісності не був визначений.

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

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

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

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

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

СПОСІБ БУЖУВАННЯ СТРИКТУР УРЕТРИ

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

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

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

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

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

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

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

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