

мини-ПНЛ також достовірно не отличалась, составив соответственно $67,24 \pm 0,98$ и $65,21 \pm 1,09$ минуты ($p > 0,05$).

У пацієнтів с почечними конкрементами 28–30 мм величина данного показателя возрастала при использовании ФУРС до $82,09 \pm 1,05$ минуты, а при выполнении мини-ПНЛ по-прежнему составила $65,21 \pm 1,09$ минуты (различия достоверны, $p < 0,05$).

При выполнении обоих эндоскопических вмешательств при камнях почек размерами более 30 мм длительность их возрастала соответственно до $126,24 \pm 1,12$ и $124,89 \pm 2,04$ минуты (различия недостоверны, $p > 0,05$).

Выводы

1. Использование ЭУВЛ наиболее эффективно у пациентов с почечными конкрементами размерами 6–15 мм при плотности их не более 1000 НУ.

2. Использование ФУРС наиболее оправдано у пациентов с камнями размерами менее 1 см и плотностью более 1000 НУ, а также с камнями любой плотности при размерах камней до 27 мм.

3. У пациентов с камнями размерами от 17 до 27 мм мини-ПНЛ является конкурентом ФУРС.

4. При размерах камней 27–30 мм мини-ПНЛ является методом выбора.

5. С камнями размерами более 30 мм предпочтительней выполнять мини-ПНЛ.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ МЕТАСТАТИЧНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

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

Національний інститут раку

Вступ. Радикальна цистектомія є золотим стандартом лікування м'язово-інвазивних форм раку сечового міхура. Проте, дані про ефективність цистектомії при метастатичному раку сечового міхура залишаються суперечливими.

Мета дослідження: оцінити якість життя та онкологічну ефективність циторедуктивної цистектомії у хворих на метастатичний рак сечового міхура.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 21 пацієнта, яким виконана цистектомія при метастатичному раку сечового міхура в Національному Інституті раку в період з 2008 по 2019 р. Пацієнти підлягли комплексному обстеженню, що передбачало: клініко-лабораторне обстеження, спіральну КТ, оцінку метастатичного навантаження, хірургічної складності та ускладнень (шкалою Clavien–Dindo), клінічних переваг системної терапії та специфічної виживаності. Статистичний аналіз проведено за допомогою теста Фішера.

Результати. Середній вік пацієнта становив 60 років ([IQR] 33–78 років). ECOG – статус коливався від 0 до 1. Медіанне число метастатичних вогнищ становило 7 ([IQR] 4–14). Шість пацієнтів (31%) отримували хіміотерапію на основі платини перед цистектомією за

стандартними протоколами, серед яких чотири (66%) отримали часткову відповідь, а два (34%) – стабілізацію захворювання (RECIST 1.1). Медіана часу операції становила 230 хвилин (IQR 150–315). Було проведено: 14 паліативних та 6 цистектомій за життєвими показаннями. Чотирнадцять хворим виконано модифіковану уретерокутанеостомію, 4 – Брікер, 1 – ілеонеоцистопластику. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила 10,5 днів (діапазон 5–11). Інтраопераційні ускладнення: травма прямої кишки ($n=2$), травма здухвинних судин ($n=1$). Післяопераційні: лімфостаз ($n=1$), ексудативний плеврит ($n=1$), підшкірна евентрація ($n=1$), два післяопераційних ускладнення за шкалою Clavien–Dindo Grade III, у той час як чотири пацієнти мали I або II ступінь. Всі пацієнти пройшли системну терапію після операції, 2-річна виживаність склала 25%. Точний тест Фішера показав кращу канцерспецифічну виживаність у пацієнтів, які пройшли передопераційну хіміотерапію ($P=0,0498$) і мали менше 4 метастатичних уражень ($P=0,0412$). Імовірність післяопераційних ускладнень не залежала від метастатичного навантаження, тривалості хірургічного втручання.

Висновок. Ми продемонстрували, що у вибраній групі пацієнтів з метастатичним раком

сечового міхура виконання циторедуктивної цистектомії клінічно ефективна. Пацієнти, які перенесли передопераційну хіміотерапію та які мали нижчу кількість метастатичних сайтів, мали

значно кращі результати виживаності, кращу якість життя, отримані результати свідчать про перспективи комбінованої терапії при метастатичному раку сечового міхура.

ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ, УСКЛАДНЕНОГО МЕТАТРОМБОЗОМ НИРКОВОЇ ТА ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

В.І. Десятерик, О.В. Давиденко, І.Б. Білий, С.В. Мойсеєнко

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 2»*

Вступ. До недавнього часу хірургічне лікування пацієнтів з нирково-клітинним раком вважалось недоцільним. Методики видалення пухлинних тромбів, особливо при їх поширеності в ретропечінковий відділ нижньої порожнистої вени завжди асоціюються з кровотечею та тромбоемболічними ускладненнями. НКР зустрічається в 2–3% серед усіх видів злоякісних пухлин із високим рівнем захворюваності в Європейських країнах.

Щороку кількість пацієнтів з ускладненим тромбозом НКР в Україні зростає, про це свідчать дані Національного канцер-реєстру, в останні роки захворюваність на НКР становить 11,7 на 100 тис. населення. Куріння, чоловіча стать та вік ось три важливих фактори ризику розвитку НКР.

Венозна інвазія зустрічається в 4–10% хворих, в 60% із яких тромб виходить за межі ниркової вени в просвіт НПВ. Слід зазначити, що тромботичні ускладнення НКР частіше безсимптомні.

У серії із 55 хворих (за Tarakawa), оперованих в університетській клініці Кобе 2005 р. три- та п'ятирічне виживання склало 51,4 та 30,3% відповідно при післяопераційній летальності 3,6%.

В умовах нашого багатопрофільного лікувального закладу методика хірургічного лікування: нефректомія та видалення пухлинних тромбів з НПВ — це єдиний ефективний метод лікування цієї категорії хворих, і від того, наскільки організовано надання спеціалізованої допомоги, залежить життя цієї категорії хворих. Взагалі діагностика та оперативне лікування НКР ускладнених метатромбозом НПВ можливо віднести до категорії нестандартних ситуацій в хірургії, з урахуванням тяжкого стану в сучасній

організації надання допомоги онкологічним хворим.

Мета дослідження: оптимізація лікувальної тактики на основі аналізу результатів хірургічного лікування НКР, ускладненого метатромбозом ниркової вени та НПВ.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів клінічного обстеження, лабораторних показників, сучасних інструментальних методів діагностики та інтраопераційних спостережень хірургічного лікування 12 хворих з ускладненим метатромбозом НКР, та вивчені результати різних підходів до підготовки та строків хірургічного лікування цих хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в Криворізькій міській клінічній лікарні № 2, яка є клінічною базою факультету післядипломної освіти Дніпропетровської медичної академії. Із 12 хворих, у період з 2016 до 2018 року, яким виконали нефректомію з метатромбектомією з НПВ, чоловіків було 9 (75%), жінок 3 (25%) віком від 54 до 76 років (середній вік 63,5 ± 5,3 року). Пухлини правої нирки мали місце у 8 (66,6%), тоді як лівої — у 4 (33,3%) хворих. У симптомах, які клінічно спостерігались в цій категорії хворих, переважали прояви росту пухлини: біль в попереку 7 (58,3%), гематурія 8 (66,6%) в 1 (8,3%) випадку наявність пульсуючого утворення в зоні пупка. Саме в цьому 1 випадку крім пухлини нирки з тромбозом НПВ була діагностована неускладнена аневризма черевної аорти розміром 9х6,5 см. При обстеженні через 6 місяців розмір аневризми виріс до 12х9,5 см. Симптоми, пов'язані з порушенням венозного відтоку гепатомегалія, та асцит виявлено у 3 (8,3%) ілеофеморальний тромбоз, який, до речі, і став причиною обстеження і виявлення НКР спостерігались у 4 (33,3%) хворих.