



**24-25 ТРАВНЯ**

**УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ,  
НЕФРОЛОГІЯ —  
ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ,  
ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ**

**МАТЕРІАЛИ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

функціональних змін унілатеральної нирки, що спричинює перевагу органовиносних оперативних втручань.

Досить високі рівні рецидивування та прогресії захворювання диктують необхідність в комплексному підході до лікування даної форми раку, що часто обмежена розвитком ХНН в післяопераційному періоді. Органозберігаюча тактика лікування підвищує вірогідність проведення А ПХТ та як наслідок може призвести до повної ерадикації пухлини.

Проведення органозберігаючого лікування доцільно за умови локалізованої пухлини ВСШ та задовільній функції унілатеральної нирки. Резекція ураженого сегменту з подальшим відновленням цілісності сечових шляхів показала багатообіцяючі функціональні та онкологічні результати та потребує подальшого вивчення.

### Література

1. Oosterlinck W., Solsona E., van der Meijden A.P., Sylvester R., Bohle A., Rintala E., et al. (2004) EAU guidelines on diagnosis and treatment of upper urinary tract transitional cell carcinoma. *Eur Urol* 46: 147–15
2. Munoz J.J., Ellison L.M. (2000) Upper tract urothelial neoplasms: incidence and survival during the last 2 decades. *J Urol* 164: 1523–152
3. Zigeuner R., Pummer K. (2008) Urothelial carcinoma of the upper urinary tract: surgical approach and prognostic factors. *Eur Urol* 53: 720–731
4. Margulis V., Shariat S.F., Matin S.F., Kamat A.M., Zigeuner R., Kikuchi E., et al. (2009) Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. *Cancer* 115: 1224–123
5. Zigeuner C., Hutterer G., Chromecki T., Winkelmayer I., Rehak P., Zigeuner R. (2006) pT classification, grade, and vascular invasion as prognostic indicators in urothelial carcinoma of the upper urinary tract. *Mod Pathol* 19: 272–279
6. Jeldres C., Lughezzani G., Sun M., Isbarn H., Shariat S., Budäus L., et al. (2010) Segmental ureterectomy can safely be performed in patients with transitional cell carcinoma of the ureter. *J Urol* 183: 1324–1329
7. Huang W.C., Levey A.S., Serio A.M., Snyder M., Vickers A.J., Raj G.V., et al. (2006) Chronic kidney disease after nephrectomy in patients with renal cortical tumours: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol* 7: 735–740
8. Go A.S., Chertow G.M., Fan D., McCulloch C.E. (2004) Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Eng J Med* 351: 1296–130
9. Lane B.R., Smith A.K., Larson B.T., Gong M.C., Campbell S.C., Raghavan D., et al. (2010) Chronic kidney disease after nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma and implications for the administration of perioperative chemotherapy. *Cancer* 115: 2967–297
10. Mehrad Adibi, Ramy Youssef, Shahrokh F Shariat, Yair Lotan, Christopher G Wood, Arthur I Sagalowsky, Richard Zigeuner, Francesco Montorsi, Christian Bolenz and Vitaly Margulis «Oncological outcomes after radical nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma: Comparison over the three decades»
11. Nuhn P, Novara G, Seitz C, Gupta A, Matsumoto K, Kassouf W, Walton TJ, Fritsche HM, Tritschler S, Martínez-Salamanca JI, Ficarra V, Karakiewicz PI, Mazzoleni G, Shariat SF, Bastian PJ. «Prognostic value of prior history of urothelial carcinoma of the bladder in patients with upper urinary tracturothelial carcinoma: results from a retrospective multicenter study» *World J Urol.* 2015 Jul;33(7):1005-13
12. Evangelos Xylinas, Michael Rink, Vitaly Margulis, Thomas Clozel, Richard K. Lee, Evi Comploj8, Giacomo Novara, Jay D. Raman, Yair Lotan, Alon Weizer, Morgan Roupert, Armin Pycha, Douglas S. Scherr, Christian Seitz, Vincenzo Ficarra, Quoc-Dien Trinh, Pierre I. Karakiewicz, Francesco Montorsi, Marc Zerbib and Shahrokh F. Shariat for the UTUC Collaboration «Impact of renal function on eligibility for chemotherapy and survival in patients who have undergone radical nephro-ureterectomy»
13. Lehmann J., Suttman H., Albers P., Volkmer B., Gschwend J.E., Fechner G., et al. (2009) Surgery for metastatic urothelial carcinoma with curative intent: the German experience (AUO AB 30/05). *Eur Urol* 55: 1293–1299
14. Roupêt, M., Colin, P. & Yates, D. R. *A new proposal to risk stratify urothelial carcinomas of the upper urinary tract (UTUCs) in a predefinitive treatment setting: low-risk versus high-risk UTUCs.* *Eur. Urol.* 66, 181–183 (2013).
15. Roupêt, M., Colin, P Risk-adapted strategy for the kidney-sparing management of upper tract tumours. *Nat Rev Urol.* 2015 Mar;12(3):155-66
16. Porten S<sup>1</sup>, Siefker-Radtke AO, Xiao L, Margulis V, Kamat AM, Wood CG, Jonasch E, Dinney CP, Matin SF. Neoadjuvant chemotherapy improves survival of patients with upper tract urothelial carcinoma. *Cancer.* 2014 Jun 15;120(12):1794-9.

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВИНИКНЕННЯ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Стусь В.П., Поліон М.Ю., Краснов В.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академії МОЗ України», м. Дніпро

Рак сечового міхура (РСМ) – одне з найчастіших онкологічних захворювань у чоловіків та є актуальною проблемою сучасної урології. Контингент хворих на рак сечового міхура з 2006 до 2015 рр. збільшився з 59,0 до 72,6 на 100 тис. населення (Бюлетень національного канцер-реєстру України 2006-2015).

Тривалий час не викликає сумнівів провідна роль тютюнопаління у розвитку раку сечового міхура, а щодо деяких інших факторів то є деякі протиріччя.

Існують дані щодо різних шляхів молекулярного пухлинного генезу поверхневого та м'язово-інвазивного РСМ (Михайленко Д.С., Немцова М.В., 2016). Аналіз 63 великих досліджень «випадок–контроль» доводить асоціацію РСМ «нульових» генотипів за

делеціями в генах глутатіон-S-трансферази GSTM1 GSTT1 у представників різних рас та популяцій (Yu C. et al., 2017).

Також є припущення щодо впливу ксенобіотиків на розвиток раку сечового міхура, які базуються на парному дослідженні ураженої та неуряженої стінки сечового міхура. Abdel-Gawars M. та спіавт. (2016) встановили більш високу концентрацію арсену, свинцю, селену, стронцію, цинку та алюмінію в ураженій пухлиною стінці сечового міхура, а Chang S.N. та спіавт. (2016) визначили більший вміст арсену, кадмію, хрому, нікелю та свинцю у сечі хворих на уротеліальну карциному. Tomasz Golabek зі спіавторами (2017) встановив, що концентрація хрому в ураженій пухлиною частині сечового міхура вище, ніж у незмінній. Taiwo O.A. та спіавт. (2015), навпаки, не змогли довести позитивну роль скринінгу раку сечового міхура серед робітників алюмінієвих виробництв.

Таким чином, вплив генетичних, молекулярних, екологічних факторів на розвиток раку сечового міхура не є достатньо вивченим, а подекуди наукові дані мають протиріччя та нечисельні. Це обґрунтовує наукову та практичну важливість ретро- та проспективних досліджень цієї проблематики.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПОЗАДИЛОННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO.

*Хареба Г.Г., Шукин Д.В.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков  
КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г.Харьков

**Введение.** Наиболее распространенным методом радикального лечения РПЖ является радикальная простатэктомия (РПЭ) – одна из самых часто выполняемых операций в мире. РПЭ считается технически сложной операцией, и её выполнение может сопровождаться рядом осложнений.

**Цель исследования.** Ретроспективно оценить частоту осложнений позадилонной РПЭ по классификации Clavien-Dindo.

**Материалы и методы.** Проанализированы осложнения РПЭ у 513 пациентов. Операции выполнялись в КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала», г. Харькова в период с 2006 по 2016 год. Для этого использовалась классификация Clavien-Dindo (The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications, 2009).

### Классификация хирургических осложнений Clavien-Dindo

Степень	Определение
<b>I</b>	Любые отклонения от нормального послеоперационного течения, не требующие медикаментозного лечения или хирургического, эндоскопического, радиологического вмешательства. Разрешается терапевтическое лечение: антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты, физиотерапия. Сюда же относится лечение раневой инфекции.
<b>II</b>	Требуется лечение в виде гемотрансфузии, энтерального или парентерального питания.
<b>III</b>	Требуется хирургическое, эндоскопическое или радиологическое вмешательство:
<b>IIIa</b>	Вмешательство без общего обезболивания.
<b>IIIb</b>	Вмешательство под общим обезболиванием.
<b>IV</b>	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС)*, требующие интенсивной терапии, наблюдения в отделении реанимации, резекции органа:
<b>IVa</b>	Недостаточность одного органа.
<b>IVb</b>	Полиорганная недостаточность.
<b>V</b>	Смерть больного.

\*Геморрагический инсульт, ишемический инсульт, субарахноидальное кровотечение, за исключением транзиторной ишемической атаки.