

(ПКРСМ), 184 – із аденокарциномою передміхурової залози (АПЗ) та 100 осіб контрольної групи). Розподіл алелів за rs3200401-сайтом гена MALAT1 визначали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі (Real-time PCR) із використанням 7500 Fast Real-time PCR System (Applied Biosystems, Foster City, США) і Taq-Man Assays (TaqMan®SNP Assay C\_3246069\_10). Статистичну обробку даних реалізовували із використанням програми SPSS 17.0.

**Результати та їх обговорення.** Аналіз розподілу генотипів за rs3200401-сайтом гена MALAT1 між хворими із онкоурологічною патологією та особами контрольної групи показав статистично значущу відмінність ( $P=0,022$  – для

СКНКР;  $P=0,025$  – для ПКРСМ;  $P=0,005$  – для АПЗ). Регресійний аналіз показав, що у гомозигот за мінорним Т-алелем ризик настання СКНКР ( $OR=0,101$ ;  $P=0,031$ ) та АПЗ ( $OR=0,161$ ;  $P=0,004$ ) був достовірно меншим, ніж у носіїв основного С-алелю (генотипи СС і СТ). Разом із цим ризик ПКРСМ у носіїв мінорного Т-алелю (генотипи СТ і ТТ) був значущо нижчим, ніж у гомозигот СС ( $OR=0,475$ ;  $P=0,008$ ).

**Висновки.** Поліморфний сайт rs3200401 гена днРНК MALAT1 пов'язаний із настанням СКНКР, ПКРСМ та АПЗ в українській популяції. Носії мінорного Т-алеля за rs3200401-локусом мають менший ризик розвитку онкоурологічної патології, порівняно із носіями С-алеля.

## КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ АНАТОМІЧНИХ ТА БІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ НЕТРИМАННЮ СЕЧІ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ: АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

*С.В. Головка*

*Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»*

**Вступ.** Нетримання сечі після виконання радикальної простатектомії (РП), що часто класифікується як постпростатектомічна інконтиненція (ППІ), є суттєвим ускладненням, що призводить до значних страждань хворого. Частота ППІ неоднакова в різних урологічних стаціонарах, що залежить від безпосереднього визначення інконтиненції, ступеня її важкості, рівня страждань хворого та методології визначення її ступеня. Незважаючи на множинні фактори, що впливають на виникнення ППІ, вплив хірургічних методик також відіграє важливу роль в її розвитку.

**Мета дослідження:** проаналізувати різноманітні анатомічні та біологічні фактори, що лежать в основі ППІ.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проведені на основі даних публікацій PubMed та EMBASE з січня 1990 року до травня 2015 року. Після первинного пошуку базу даних склали 77 статей, що відповідали критеріям включення та виключення.

**Результати та їх обговорення.** Численні автори підтверджують, що нейромускулярні анатомічні елементи та тазова підтримка дійсно впливають на частоту ППІ. Доведено, що неанатомічні та хірургічні елементи також відігра-

ють важливу роль у механізмах розвитку ППІ. Біологічні фактори та передопераційні параметри включали: функціональні зміни сечового міхура, вік, індекс маси тіла (ВМІ), наявність симптомів нижніх сечових шляхів (СНСШ), об'єм простати та онкологічні показники. Численні дослідження наголошують на впливі специфічних анатомічних або хірургічних факторів, що включали явища фіброзу області уретровезикального анастомозу, коротку довжину мембранозної уретри (ДМУ), стриктуру анастомозу, пошкодження нейромускулярних жмутиків, розширена дисекція апексу. Кожен з вказаних факторів мав негативний вплив на статус континенції у хворих після проведеної РП. Наразі продовжуються дослідження щодо аналізу техніки збереження шийки сечового міхура, методик додаткової реконструкції передніх та задніх підтримуючих структур на статус післяопераційної континенції.

**Висновки.** Грунтуючись на сучасних літературних джерелах, анатомічна підтримка та тазова іннервація є важливими факторами в етіології ППІ. Біологічні/передопераційні фактори, що включають більш похилий вік перед операцією, наявність СНСШ, високий ВМІ, незначну ДМУ та функціональні зміни сечового міхура мають негативний вплив на стан континенції

після РП. Надмірна дисекція апексу простати, пошкодження нейромускулярних жмутиків та післяопераційний фіброз також мають значний негативний вплив на утримання сечі у хворих, яким виконана РП. Збереження шийки сечово-

го міхура та передня фіксація везикоуретрального анастомозу сприяють покращенню частоти континенції. Наразі ще існують дискусії щодо доцільності задньої пельвікальної реконструкції в плані зменшення випадків ППІ.

## КОМБІНОВАНІ ОПЕРАЦІЇ В ОНКОУРОЛОГІЇ ВНАСЛІДОК НЕЗВИЧНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗНАХІДОК: ВИПАДОК ЕКТОПІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЗДУХВИННУ КИШКУ У ХВОРОГО З МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИМ РАКОМ ЛІВОЇ НИРКИ

*П.Г. Яковлев<sup>1</sup>, Ю.І. Дідківський<sup>2</sup>, С.В. Пакришень<sup>2</sup>,  
В.М. Сагайдак<sup>1</sup>, О.А. Черніченко<sup>3</sup>, І.М. Лещишин<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> НМУ ім. О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup> Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

<sup>3</sup> ЦМКЛ, м. Ужгород

**Вступ.** План онкоурологічної операції може змінитися в зв'язку із інтраопераційними патологічними знахідками, що не були відомі за даними передопераційного обстеження.

**Мета дослідження:** представити випадок інцидентально виявленої гетеротопії підшлункової залози в здухвинну кишку у хворого, оперованого з приводу раку нирки.

**Матеріали та методи дослідження.** Хворий П., 49 років, звернувся по медичну допомогу в зв'язку із тривалою загальною слабкістю та періодичною безбольовою гематурією протягом 7 років. При КТ обстеженні виявлена пухлина лівої нирки максимальним розміром 12 см, що субтотально заміщує паренхіму нирки. В сечовому міхурі виявлений дефект наповнення максимальним розміром 6 см, що слабо накопичує контрастну речовину. Віддалених метастазів немає. Передопераційне УЗД пухлини сечового міхура не виявило. З метою виключення мультифокального уротеліального ураження сечовивідних шляхів була проведена уретроцистоскопія з лівобічною уретеропієлоскопією, під час яких даних за гемотампонаду сечового міхура та пухлинне ураження сечовивідних шляхів не отримано.

27.02.2019 року хворому виконана лапаротомія, нефрадреналектомія зліва. При ревізії органів черевної порожнини виявлено пухлиноподібне утворення термінального відділу здухвинної кишки максимальним розміром 2 см, що проростає всю товщу стінки. Утворення щільне, білуватого кольору, має дольчасту будову, без неоваскуляризації по поверхні. Даних за

дивертикул Меккеля виявлено не було. Запідозрена фіброма. З метою запобігання потенційних ускладнень з боку виявленого новоутворення в майбутньому, виконана клиноподібна резекція здухвинної кишки з двошаровим закриттям дефекту. Хворий виписаний в задовільному стані на 7-й післяопераційний день.

Патогістологічний висновок: 1) світлоклітинний нирковоклітинний рак, Фурман 2, з інвазією структур воріт нирки та наднирника; 2) гетеротопія підшлункової залози в здухвинну кишку, екзокринний варіант. У фрагменті кишки представлена слизова оболонка з ознаками атрофії залоз, у підслизовому шарі визначається типова ацинарна тканина екзокринного компонента підшлункової залози дольчастої будови з наявністю множинних нерівномірно розширених вивідних протоків.

**Результати та їх обговорення.** Ектопія (гетеротопія) підшлункової залози є рідкісним безсимптомним вродженим новоутворенням з обмеженою кількістю публікацій в літературі, яке може проявлятися симптомами гострого живота, кишкової кровотечі, непрохідності або хронічного запалення. Найчастішою локалізацією ектопованої залози є підслизовий шар у стінці шлунка. Проте може бути й в дванадцятипалій, тонкій та, найрідше, у здухвинній кишках. У випадках безсимптомного протікання, ектоповані підшлункові залози виявляються під час операцій на органах черевної порожнини.

**Висновок.** Представлений випадок виявлення безсимптомної ектопії підшлункової залози