

(43,2%), T2 – 3 (8,1%), T3a – 12 (32,4%). Серед новоутворень у стадії T3a в 3 (8,1%) випадках було поширення пухлини у сегментарні ниркові вени, у 3 (8,1%) – в основну ниркову вену, ще в 6 (16,2%) – в паранефральну або синусну жирову клітковину, а також в порожнинну систему нирки. Мультифокальний нирково-клітинний рак відзначався у 5 (13,5%) хворих. Віддалені метастази мали місце у 4 (10,8%) пацієнтів. Повністю інтрапаренхімні пухлини були ідентифіковані у 6 (16,2%) хворих, переважно інтрапаренхімні новоутворення виявлені ще у 8 (21,6%) випадках. Неoad'ювантну таргетну терапію застосовували у 3 (8,1%) з 37 хворих (сографеніб, пазопаніб, сунітініб). Гільйотинна або клиновидна резекція нирки використовувалася тільки у 5 (12,5%) спостереженнях, тоді як енуклеорезекція або енуклеація пухлини здійснювалися відповідно в 24 (60%) і 11 (27,5%) випадках. Тотальна теплова ішемія нирки застосовувалася у 12 (40%) пацієнтів, сегментарна теплова ішемія – у 10 (25%), в 9 (22,5%) випадках операції проводилися без ішемії. Інтра- або екстракорпоральна холодова перфузія нирки застосовувалася у 9 (22,5%) спостереженнях. Середній період післяопераційного спостереження склав $48,2 \pm 6,4$ місяця.

Результати та їх обговорення. У групі тотальної теплової ішемії середній час дорівнював $14,2 \pm 2,8$ хв. Цей параметр достовірно не відрізнявся від тривалості сегментарної теплової ішемії – $13,6 \pm 2,2$ хв. ($p > 0,05$). У пацієнтів з інтракорпоральною гіпотермічною перфузією нирки час холодової ішемії досягав $28,4 \pm 4,8$ хв., а в групі екстракорпоральної резекції з аутотрансплантацією – $68,8 \pm 9,4$ хв. Об'єм інтраопераційної кро-

вовтрати в середньому не перевищував $580,8 \pm 96,4$ мл. Ранні післяопераційні кровотечі, що потребували реоперації, мали місце у 3 (7,5%) пацієнтів. Післяопераційна анурія з необхідністю гемодіалізу відзначалася у 2 (5%) хворих упродовж 2 і 5 діб. У 6 (15%) випадках була виявлена олігурія, яка минула завдяки консервативним методам у середньому протягом $2,5 \pm 1,5$ діб. У ранньому післяопераційному періоді загинули 4 (10%) пацієнти: 2 – через кровотечу, 1 – через набряк мозку, 1 – через ішемічний інсульт і набряк мозку. У 3 з цих хворих були великі інвазивні пухлини, що потребувало використання екстракорпоральної хірургії в 2 випадках та інтракорпоральної гіпотермічної перфузії – в 1. Сечові нориці були зафіксовані у 2 (5%) хворих. Середній рівень креатиніну крові через 6 місяців після операції склав $148 \pm 26,4$ мкмоль/л і достовірно не відрізнявся від передопераційних значень ($p = 0,08$). Необхідності в хронічному гемодіалізі не було зафіксовано у жодного пацієнта. Упродовж періоду спостереження віддалені метастази були виявлені у 6 (18,2%) хворих з нирково-клітинним раком, локальний рецидив у залишку нирки – у 1 (3,0%). Загальна п'ятирічна виживаність не перевищувала 69,7%, канцерспецифічна виживаність – 78,8%.

Висновок. Результати нашого дослідження продемонстрували, що органозберігаюча хірургія пухлин єдиної нирки є складним хірургічним втручанням, яке нерідко вимагає застосування трансплантаційних технологій і може супроводжуватися високим рівнем важких ускладнень. Проте добрі функціональні та онкологічні результати поза сумнівом виправдовують її використання.

РОЛЬ ТАЗОВОЇ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ ПРИ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

Р.М. Молчанов, Є.В. Пілін

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Радикальна простатектомія є стандартом лікування локалізованого раку передміхурової залози (РПЗ). У комбінації з іншими методами використовується для лікування локально поширеного процесу. Важливим елементом радикальної простатектомії є тазова лімфодисекція (ТЛД).

Мета дослідження: визначити місце ТЛД в діагностиці та лікуванні раку передміхурової залози.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз публікацій з 2008 до 2019 р., включених до бази даних Medline з використанням пошукової системи PubMed.

Результати та їх обговорення. Основною метою ТЛД є оцінка стану тазових лімфатичних вузлів (ЛВ) для прогнозування подальшого розвитку захворювання і визначення тактики лікування.

З моменту першого опису анатомії лімфатичного апарату передміхурової залози В. Сунео (1901) опубліковано безліч робіт з результатами дослідження особливостей поширення лімфогенних метастазів. Це дозволило розробити патерни лімфодисекції з урахуванням зонального розташування тазових ЛВ.

На підставі численних досліджень не вдалося досягти доказового рівня лікувального ефекту, в той же час розширена ТЛД є важливою діагностичною процедурою, що забезпечує інформацію про стадії розвитку раку передміхурової залози і оцінку прогнозу захворювання. Розширена лімфодисекція включає видалення ЛВ, розташованих навколо зовнішніх клубових артерій і вени, ЛВ обтураторної ямки, і ЛВ медіально і латерально від внутрішньої клубової артерії. З огляду на факт, що розширена ТЛД супроводжується післяопераційними ускладненнями в понад 19% випадках, показання до розширеної лімфодисекції встановлюють з урахуванням критеріїв D'Amico, номограми Briganti, формули Rouch.

З метою зниження агресивності процедури в даний час досліджуються можливості замінити її біопсією сторожових лімфатичних вузлів. Концепція заснована на припущенні того, що пухлинні клітини в першу чергу вражають лімфатичні вузли першого ешелону, видалення яких може бути достатнім для діагностики поширення пухлини. Нині для ідентифікації сторожових лімфатичних вузлів використовують радіографічний, флуоресцентний методи та їх комбінацію. Проте, процедура досі залишається нестандартизованою і отримані дані є недостатніми для рекомендації даної процедури в якості альтернативи ТЛД.

Висновки

1. Розширена ТЛД є важливим інструментом оцінки стадії раку передміхурової залози і оцінки прогнозу захворювання в групах пацієнтів з підвищеним ризиком лімфогенного метастазування.

2. Використання концепції «сторожових вузлів» – перспективний напрямок модифікації існуючих патернів лімфодисекції при раку передміхурової залози.

3. Розширена ТЛД є важливим елементом оперативного лікування раку передміхурової залози, що показана до обов'язкового виконання у хворих груп підвищеного ризику.

ПАРАНЕФРАЛЬНИЙ АБСЦЕС БЕЗ ОБСТРУКТИВНОЇ НЕФРОПАТІЇ: ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ, ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ

*Л.П. Саричев, Г.Л. Пустовойт, Я.В. Саричев,
С.А. Сухомлин, С.М. Супруненко, Р.Б. Савченко*

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. До останнього часу не піддавалась сумніву виправданість хірургічної тактики при паранефральному абсцесі. Однак з удосконаленням методів візуалізації та впровадженням у клінічну практику малоінвазивних технологій відкриваються нові перспективи у лікуванні зазначених хворих.

Мега дослідження: вивчити особливості етіології, патогенезу, діагностики та лікування паранефрального абсцесу без обструктивної нефропатії.

Матеріали і методи дослідження. Суцільну вибірку склали 73 хворих, що перебували на лікуванні в урологічному відділенні Полтавсь-

кої обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського в 1999–2018 рр. Вік пацієнтів 21–85 років ($47,9 \pm 4,7$ року). Чоловіків – 39 (54,2%), жінок – 34 (45,8%).

Виходячи з рекомендацій ЄАУ, для стартової терапії застосовувались препарати, чутливість уропатогенів до яких за результатами системного моніторингу мікробного пейзажу урологічного стаціонару наближалась до 90%.

Черезшкірне пункційне дренирування гнійного вогнища виконувалось під загальним знеболюванням, УЗ наведенням, за принципом техніки Селдінгера.