

**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 нестандартною 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.

**Результати та обговорення.** На відміну від загальноприйнятого уявлення, що гнійний процес частіше поширюється на навколонирикове жирове тіло із ураженої нирки, у 52 хворих (71,2%) паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, у 21 хворого (28,8%) – на тлі обструктивної нефропатії.

Майже половина хворих без обструктивної нефропатії за 3–4 тижні перенесли інфекційні запальні захворювання різної локалізації, переохолодження, травму. У 3 хворих паранефральний абсцес поєднувався з гострим мультифокальним бактеріальним нефритом та у 3 хворих – з абсцесом нирки. Характерно, що 26 хворих (50,0%) мали в анамнезі цукровий діабет.

Розвиток інфекційного запального процесу у заочеревинному просторі у хворих без обструктивної нефропатії в 98,1% випадків починався з гіпертермії, маскуючись під ГРВІ, пневмонію, тощо. Через 3–4 доби приєднувався больовий синдром, який посилювався при дихальних рухах.

До надходження у клініку переважна більшість хворих отримували антибактеріальну терапію, що наводить на думку, що контингент хворих, у яких інфекційний запальний процес у паранефрії вдалося зупинити до утворення гнійного вогнища, може бути значно більшим.

В усіх хворих з обструктивною нефропатією причиною захворювання стала сечокам'яна хвороба. Із них лише 3 пацієнти (14,3%) мали в анамнезі цукровий діабет.

Розвиток вторинного гострого гнійного паранефриту завжди починався з больового синдрому. Через декілька діб відмічалось підвищення температури тіла (95,2%).

Септичні ускладнення спостерігали у 80,8% хворих без обструктивної нефропатії і 86,3% хворих з обструктивною нефропатією. При цьому, у пацієнтів із цукровим діабетом рівень септичних ускладнень був достовірно вищим ( $p < 0,05$ ).

В усіх спостереженнях при УЗД гнійне розплавлення навколонирикового жирового тіла ви-

глядало як гіпо- чи анехогенне утворення без чітких контурів. При КТ виявляли негомогенне утворення щільністю 15–35 од. Н. Болюсне контрастування дозволяло з більшою ймовірністю ідентифікувати патологічні зміни в нирках та заочеревинному просторі. Обмеженість дихальної екскурсії нирки (67,1%), аж до повної її відсутності (32,9%), була найбільш постійною ознакою паранефрального абсцесу.

Усім хворим без обструктивної нефропатії проведено перкутанне дренирування паранефрального абсцесу, в 3 випадках одночасно з дренируванням абсцесу нирки. Із гнійного вмісту аеробна мікрофлора виділена у 86,5% хворих (*S. aureus* – 25,0%; *E. coli* – 23,1%; *Kl. pneumoniae* – 21,2%; *St. pyogenes*, *Proteus spp.*, *Ps. aeruginosa* та ін. – 24,7%).

Усім хворим з обструктивною нефропатією проведено перкутанне дренирування паранефрального абсцесу одночасно з виконанням перкутаної нефростомії. Із гнійного вмісту виділена грамнегативна мікрофлора (*Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*).

Після отримання результатів бактеріологічного аналізу проводили корекцію антибактеріальної терапії.

#### **Висновки**

1. У переважній більшості хворих паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, що свідчить про гематогенний чи лімфогенний шляхи інфікування навколонирикового жирового тіла.

2. Захворювання на цукровий діабет створює умови для розвитку інфекційного запального процесу у паранефрії без обструктивної нефропатії.

3. УЗД та КТ з болюсним контрастуванням дозволяють з високою ймовірністю діагностувати паранефральний абсцес.

4. Перкутанне дренирування гнійного вогнища у паранефрії дозволяє уникнути травматичних хірургічних втручань, часто у вкрай важких септичних хворих.

## **РАК ПРОСТАТИ – ПРОБЛЕМИ СКРИНІНГУ В УКРАЇНІ**

*В.І. Зайцев*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Рак простати (РП) складає 10% всіх новоутворень та посідає третє місце серед причин смерті від злоякісних новоутворень у чоловіків, а у деяких країнах він на першому місці. Останніми

роками досягнуто великого прогресу в діагностиці та лікуванні цього захворювання, але найбільше дебатів викликає проблема його раннього виявлення, яка ще далека від вирішення.