

ної виживаності – у 62%, безрецидивної виживаності – у 39%. Середня тривалість спостереження складала 6 років. Застосування ад'ювантної хіміопроменевої терапії впливала на загальну виживаність. Порівняння результатів лікування хворих, які перенесли тільки оперативне втручання з пацієнтами після оперативного і/або хіміопроменевої терапії показала, що після

комбінованого лікування канцер-специфічна виживаність була на 8,6 % вища.

Висновки. Потенційними перевагами органозберігаючих втручань в комбінації з ад'ювантною поліхіміотерапією і/або променевою терапією є покращення якості життя хворих при задовільних безпосередніх і віддалених онкологічних результатах.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПРОСТАТИ

М.А. Довбиш, О.Б. Унгурян, І.М. Довбиш, О.М. Міщенко

Запорізький медуніверситет

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) займає 3-тє місце в структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення. Провідними методами діагностики РПЗ є пальцьове ректальне дослідження (ПРИ), визначення рівня простатспецифічного антигену (ПСА) в крові, трансректальне ультразвукове дослідження простати (ТРУЗІ). Для верифікації захворювання використовується морфологічне дослідження та трансректальна мультифокальна біопсія передміхурової залози (ПЗ) під ультразвуковим контролем.

Мета дослідження: визначити характер ускладнень при трансректальній мультифокальній біопсії ПЗ і виробити методи їх профілактики.

Матеріали та методи дослідження. Спостерігали 177 хворих, яким здійснена трансректальна мультифокальна біопсія ПЗ під ультразвуковим контролем. Вік пацієнтів становив $66,5 \pm 14$ року, а рівень ПСА – $13,4 \pm 2,4$ нг/мл. Біопсію ПЗ виконували з 10–12 точок. Перед біопсією проводили дослідження – загальний аналіз крові і сечі, коагулограма, ЕКГ, УЗД нирок і сечових шляхів, ТРУЗІ, ПСА крові.

Результати та їх обговорення. Найчастішим ускладненням була гематурія, яка виникла у 98 хворих (55,2%). Тривалість її була протягом 6–8 годин у 70 випадках, протягом доби – у 23 хворих, більше доби гематурія тривала у 5 осіб. Наступним за частотою ускладненням був біль у промежині і анальному кільці, який зустрічався у 56 (31,6%) випадках. Він купірувався призначенням диклобера в свічках протягом 3–4 діб. Гемоспермія виникала у 38 випадках (21,4%) і не мала клінічної значущості. 3 ускладнень запального характеру найчастіше виникав гострий простатит у 25 осіб (14,1%), який

купірувався за допомогою антибактеріальної терапії. Гострий орхоепідидиміт розвивався через 3–4 доби після пункції у 5 чоловіків (2,8%). Консервативне лікування у всіх випадках дало позитивний результат. Гостра затримка сечі була у 5 хворих (2,8%) і потребувала установки постійного катетера, призначення протизапальної терапії. Після пункції кров'янисті виділення із прямої кишки мали місце у 16 пацієнтів (9,0%), що не вимагало гемостатичної терапії. Із 177 хворих у 105 було по 2 ускладнення (біль і гематурія). У 35 випадках було три ускладнення (гематурія, гострий простатит, гемоспермія).

Спостереження дозволило нам виробити алгоритм заходів для зменшення частоти ускладнень. Відповідно до алгоритму під час пальцевого огляду необхідно звертати увагу на наявність гемороїдальних вен. За добу до біопсії призначали фторхінолонові антибіотики або тетрациклінові антибіотики (юнідокс). Після біопсії прийом антибіотиків тривав 5 діб. Гемостатична терапія призначалась після біопсії (дицинон, етамзілат) у залежності від ступеня вираженості гематурії. Больові відчуття легко купіруються 3-добовим прийомом нестероїдних препаратів у свічках. Подібний підхід для профілактики ускладнень дає можливість знизити їх частоту в 2,3 разу.

Висновки

1. За добу до біопсії ПЗ для профілактики ускладнень необхідно призначати антибіотики фторхінолонового або тетрациклінового ряду, що зменшує їх частоту в 2,3 разу.

2. П'ятидобовий період проведення антибактеріальної терапії є найбільш оптимальним терміном при біопсії простати, а знеболювальна і гемостатична – у залежності від тривалості больової реакції і гематурії.

НЕОЧІКУВАНЕ УСКЛАДНЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ З ПРИВОДУ ПУХЛИНИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ: БЕЗСИМПТОМНИЙ НЕФРОПТОЗ, ГІДРОНЕФРОЗ ТА «НІМА» НИРКА, ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

П.Г. Яковлев ¹, О.А. Черниченко ², В.В. Чистяков ¹, І.В. Саввіна ³

¹ НМУ ім. Богомольця

² Ужгородська ЦМКЛ

³ Філія 1 КДЦ Солом'янського району, м. Київ

Вступ. Резекція нирки є операцією вибору при органолокалізованому нирково-клітинному раку невеликих розмірів. При пухлинах більше 7 см виконання резекції нирки показано, якщо клінічно показано. Виконання органозберігаючих операцій при раку нирки може мати певні ускладнення, такі як паранефральна гематома, сечова нориця, артеріо-венозна фістула, тромбоз ниркової артерії, нефросклероз, рецидив пухлини тощо.

Мета дослідження: представити випадок неочікуваного ускладнення резекції нирки з пухлиною великих розмірів – нефроптозу з гідронефрозом та «німою» ниркою в ранньому післяопераційному періоді, та шляхи корекції даного ускладнення.

Матеріали і методи дослідження. Хворий І., 51 рік, звернувся за медичною допомогою у зв'язку з періодичною важкістю в правій поперековій ділянці протягом року, симптоматичну гіпертензію. За даними УЗД ОЧП та МСКТ ОГК, ОЧП, ОМТ з контрастуванням виявлена екстраренальна пухлина нижнього полюса 9 см в діаметрі, яка не проростає в порожнисту систему нирки; метастатичного поширення хвороби не виявлено. Розраховані нефрометричні індекси PADUA, сума = 8, та NCIU, сума = 80%.

Результати та їх обговорення. 01.10.2018 проведена операція: підреберна правобічна лапаротомія, резекція правої нирки з пухлиною. Час теплової ішемії 15 хвилин, операційна кровотрата 50 мл. Активізація хворого на 2 п/о

добу, виписаний в задовільному стані на 6 п/о добу. Патогістологічний висновок: папілярна нирковоклітинна карцинома нирки (G₂) І типу (pT_{2a}). При першому контрольному огляді через три місяці після операції хворий ніяких скарг не виказував. 26.12.2018 проведено контрольне МСКТ ОГК та ОЧП, на якому виявлено гідронефротичну трансформацію ІІ ступеня оперованої нирки з різким порушенням видільної функції («німа нирка») без рентгенологічних ознак обструкції сечоводу та тромбозу ниркової артерії. Оперована нирка опущена на 1 поперековий хребець (нефроптоз І ступеня) порівняно із доопераційним станом.

Чотири місяці після резекції хворому виконано уретероскопію справа, стентування правої нирки. При ревізії перешкод та ушкоджень в сечоводі виявлено не було. Рекомендовані медикаментозні засоби нефропротекції. Через 2 місяці стент видалено. Контрольне УЗД через тиждень після дестентування виявило відсутність гідронефрозу. Контрольна екскреторна урографія на 7, 20, 60 хв. показали помірне уповільнення екскреторної функції оперованої нирки.

Висновок. Резекція нирки з приводу пухлин великих розмірів сприяє гіпермобільності нирки та, як наслідок, порушенню перфузійної, екскреторної функції та гідронефрозу з формуванням «німої» нирки. Інтраопераційна нефропексія може запобігти цим ускладненням та необхідності додаткових втручань у вигляді уретероскопії та тривалого стентування нирки.