

менів після ЕУХЛ і 23 випадки СКТ у дітей з СКХ. Ефективність і безпеку запропонованих параметрів оцінювали при лікуванні 347 дітей, яким виконано ЕУХЛ в ДУ «Інститут урології НАМН України» з 2008 до 2019 р. Контрольну групу склали 75 дорослих пацієнтів віком від 20 до 60 років із каменями нирок та сечоводів розміром від 0,6 см до 1,8 см ( $1,2 \pm 0,21$  см). Усім пацієнтам ЕУХЛ виконувалось на літотрипторі Siemens Modularis.

**Результати.** КТ-денситометрія показує, що у дітей значно менша щільність каменів ( $205-663$ ;  $434 \pm 154$  HU) порівняно з дорослими пацієнтами ( $186-1567$ ;  $867 \pm 348$  HU). Щільність каменів у IV групі була ближча до щільності дорослих каменів ( $525-663$ ;  $637 \pm 37$  HU), ніж інші групи. 27 каменів, видалених у дітей шляхом відкритої хірургії, піддавали ЕУХЛ у штучних контейнерах, занурених у нативну сечу, намагаючись імітувати природні умови. Усі камені добре фрагментувались при меншій енергії. Ці дані свідчать, що застосування зниженої енергії та меншої кількості імпульсів є ефективними

при лікуванні дітей з СКХ. 347 дітям з каменями нирок та сечоводів виконано ЕУХЛ з застосуванням цих параметрів. Розмір каменів у сечовивідних шляхах складав: у нирці від 0,7 до 2,5 см (у середньому  $1,45 \pm 0,37$  см), у сечоводі від 0,6 до 1,7 см (у середньому  $1,15 \pm 0,18$  см). Фрагментація каменів була виявлена у всіх 347 випадках (100%). Повна фрагментація була проведена у 328 (94,5%) пацієнтів, часткова фрагментація яких спостерігалася у 19 (5,5%) випадках. Не виявлено жодного випадку гематоми. 75 дорослих пацієнтів (20–60 років) пройшли ESWL з параметрами, рекомендованими виробником. Повна фрагментація була виявлена у 57 (76%) пацієнтів, часткова фрагментація спостерігалася у 15 (20%) і ніякої фрагментації не було у 3 (4,0%) пацієнтів.

**Висновок.** ЕУХЛ є ефективним методом лікування дітей з каменями нирок та сечоводів. Конкременти у дітей мають більш низьку щільність, ніж у дорослих пацієнтів, що дає можливість застосовувати меншу енергію та кількість ударів.

## УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ОЦІНЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ НИРОК ДО ТА ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ НОВОУТВОРЕНЬ НИРОК

*В.В. Білоголовська, В.М. Григоренко, А.М. Романенко,  
Л.В. Перета, О.О. Банос*

**Вступ.** Використання нових алгоритмів ультразвукових досліджень (УЗД) з доплерографією та одночасним співставленням цих даних при проведенні морфогістологічного аналізу сприяє покращенню діагностики новоутворень та розумінню ступеня агресивності даного процесу та виявлення пухлин нирки на ранніх стадіях їх розвитку.

**Мета дослідження:** визначити відповідність ультрасонографічних та морфологічних змін новоутворень нирки залежно від їх розмірів, з оцінкою функціонального стану паренхіми до та після органозберігаючого оперативного лікування.

**Матеріали та методи.** У дослідження увійшли 115 хворих із новоутвореннями нирки, яким виконано органозберігаючі оперативні втручання – резекція органа з пухлиною. Середній вік хворих складав  $56,04 \pm 1,74$  року (24–79). Середній розмір пухлин у 11 (8,7%) випадках був від 2,1

до 3,0 см, у – 79 (90,8%) від 3,1 до 4,0 см, у – 19 (21,9%) – від 5,0 до 7,0 см, у – 6(5,2%) – від 7,2 до 8,8 см. УЗД нирок здійснювалось на системі експертного рівня XARIO (TOSHIBA).

**Результати.** Середній період спостереження хворих становив  $5,0 \pm 1,6$  року.

Зі зростанням розмірів новоутворення, незалежно від його природи, патологічна судинна система набуває ознак агресивності, за рахунок розвитку нових судин, збільшення їх діаметра та кількості. Живлячі судини в новоутвореннях розмірами від 2,0 см були одинарними та мали діаметр  $0,14 \pm 0,2 - 0,2 \pm 0,2$  см ( $V_{max} 27,3-31,1$  см/с, IR –  $0,65 \pm 0,05$  (0,65–0,69)). Із прогресуванням пухлини – від 3,0 до 4,0 см, кількість живлячих судин зростає до 2–4, діаметр їх збільшується відповідно до росту утворення від  $0,34 \pm 0,2$  до  $0,36 \pm 0,2$  см ( $V_{max} 51,5 \pm 0,4$  (48,3–54,5) см/с, IR –  $0,75 \pm 0,05$  (0,67–0,79)).

При розмірах пухлини більше 4,0 см, діаметр живлячих судин був відповідно  $0,45 \pm 0,2$  см –  $0,47 \pm 0,2$  см ( $V_{\max} 5,8 \pm 0,4$  ( $51,9-61,5$ ) см/с,  $IR - 0,79 \pm 0,05$  ( $0,72-0,80$ )).

При великих розмірах пухлини патологічні судини набувають вигляд розгалужених масивних гілок або сітки, що охоплює пухлину по зовнішньому контуру та супроводжується зростанням показників швидкості кровоплин, і визначається як ознака агресивності новоутвореного судинного конгломерату. Зі збільшенням об'єму новоутворення травмує здорову тканину паренхіми ураженої нирки, а з часом порушує її функціональну спроможність та, певним негативним чином, впливає на роботу контралатеральної нирки.

Морфологічно, зі збільшенням розміру пухлини (3,1 см) прогресував ангиогенез, відмічалось утворення кіст або зон некрозу, артеріо-венозних мальформацій, пошкодження капсули.

Після видалення пухлин (14-та–21-ша доба) в зоні післяопераційного сегмента прослідковувалась активна відновна васкуляриза-

ція на рівні сегментарних судин встановлена при КДК, покращувались показники паренхіматозного кровоплину в прооперованій нирці:  $V_{\max} 43,1 \pm 0,4$  см/с та  $IR 0,69 \pm 0,2$  ( $p \leq 0,5$ ), в контралатеральній нирці  $V_{\max} 41,3 \pm 0,2$  см/с та  $IR 0,67 \pm 0,2$  ( $p \leq 0,5$ ).

Середні значення  $V_{\max}$  на рівні магістральних судин в прооперованій нирці були  $93,0 \pm 0,5$  см/с, суттєво знижувався  $IR - 0,68 \pm 0,04$  ( $p \leq 0,5$ ). Відповідно в неушкодженій нирці зазначені показники були наступними  $V_{\max} 100,2 \pm 0,4$  см/с та  $IR 0,65 \pm 0,30$  ( $p \leq 0,5$ ).

Через 4–5 років спостереження рецидивів захворювання в досліджуваній групі не було.

**Висновки.** При розмірах пухлини (3,1 см), незалежно від її природи, змінюється як УЗ, так і морфологічна картина, що проявляється варіантом судин, крововиливами, формування кісти, ділянок некрозу, артеріо-венозної мальформації, збільшується кількість живлячих судин та їх діаметр, змінюються показники паренхіматозного кровоплину нирки в прилеглих сегментах до новоутворення в сторону пригнічення.

## ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТА РАДІОНУКЛІДНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.М. Григоренко <sup>1</sup>, О.В. Щербіна <sup>2</sup>, С.С. Волков <sup>1</sup>, Р.О. Данилець <sup>1</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут урології НАМН України»

<sup>2</sup> Київський міський клінічний онкологічний центр

**Вступ.** Лікувальна тактика місцево-розповсюдженого та генералізованого РПЗ потребує індивідуалізованого та мультимодального підходу до ведення хворого.

**Мета дослідження:** покращити якість надання спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ шляхом оцінки віддалених результатів ефективності різних схем та режимів ГТ, а при наявності множинних метастазів у кістки скелета – в комбінації з радіонуклідно-медикаментозною терапією.

**Матеріали і методи.** У дослідження увійшли 246 хворих на РПЗ. У залежності від призначеної схеми ГТ було сформовано 5 груп. Перша – ципротерон ацетат (51 хворий). Друга – аналог ЛГ-РГ (34 хворих). Третя – флутамід у стандартній дозі (88 хворих). Четверта – флутамід у редукованій дозі (26 хворих). П'ята – низькодозова естроген-антиандрогенна терапія

(HEAT) – 47 хворих. Найближчі результати лікування оцінювались через 3 та 6 міс. Середній час спостереження склав  $44,0 \pm 1,8\%$ ,  $58,7 \pm 2,3\%$ ,  $61,8 \pm 3,3\%$ ,  $73,4 \pm 6,8\%$  та  $69,2 \pm 5,7\%$  відповідно. 27 хворих з множинними метастазами в кістки скелета отримували комплексну гормональну та радіонуклідно-медикаментозну терапію по схемі:  $^{89}\text{Sr}$  (150 МБк), бікалутамід, золедронова кислота, кальцемін. Тривалість лікування склала 6,5 міс., оцінку ефективності лікування і якості життя якої проводили за допомогою остеосцинтиграфії, МРТ, визначення рівня ПСА, а також за шкалою Карновського та бальною системою анальгезуючого ефекту і болю.

**Результати.** В усіх групах відмічалось зниження інтенсивності скарг, покращення урофлоуметричних показників, зменшення об'єму ПЗ, зниження рівня ПСА. Достовірної різниці між