

Отримані в ході дослідження дані щодо рівнів TNF- в сечі хворих на РСМ стадії T₃N₀M₀ не мали принципових відмінностей від результатів отриманих при вивченні стадій T1 та T2: у хворих на РСМ середній рівень TNF-а в сечі складав 361,51±6,76 пг/мл, а у контрольній групі – 352,68±6,75 пг/мл, така різниця не була статистично достовірною (p>0,05).

При визначенні рівнів TNF-α у хворих із різним ступенем неоплазії було виявлено, що у підгрупах пацієнтів із G1, G2, G3, середні значення цього маркера в сечі склали 360,04±5,97 пг/мл, 361,92±6,89 пг/мл та 363,07±7,50 пг/мл відповідно.

Середній рівень TNF-β в сечі досліджуваних хворих складав 38,27±4,68 пг/мл, при цьому даний показник у контрольній групі становив 33,82±4,62 пг/мл, а така різниця не була статистично достовірною (p>0,05). При ступеню неоплазії G1 середній рівень TNF-β в сечі хворих становив 37,01±4,46 пг/мл, при G2 – 38,30±4,49 пг/мл та при G3 – 40,01±4,83 пг/мл.

Проведене нами дослідження щодо визначення молекулярних маркерів VEGF, TNF-α та TNF-β у сечі хворих на рак сечового міхура стадії T₃N₀M₀ і встановлення їх зв'язку зі ступенем неоплазії G довело, що хворих на РСМ стадії T₃N₀M₀ середній рівень VEGF в сечі складав 245,65±7,90 пг/мл і суттєво перевищував даний показник у контрольній групі, який становив 131,23±7,80 пг/мл. При цьому, така різниця була статистично достовірною. У діагностиці РСМ чутливість та специфічність рівню в сечі TNF-α, були невисокими та склали 30% та 20% відповідно, а рівню TNF-β ще нижчими – 25% та 20% відповідно, що не є репрезентативним для даного захворювання.

Таким чином, визначення вмісту молекулярних маркерів VEGF, TNF-α та TNF-β у сечі хворих на рак сечового міхура стадії T₃N₀M₀ може слугувати підставою для розробки нових методів ранньої діагностики захворювання, а також прогнозування перебігу та оцінки ефективності лікування.

Адреса для листування

В.С. Федевич

E-mail: fedevychvit@gmail.com

ГІДРОНЕФРОТИЧНА ТРАНСФОРМАЦІЯ І ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕРХНІХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ УРЕТЕРОЛІТІАЗОМ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИМИ МЕТОДАМИ

Б.-Б.О. Білоруський

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Нині, уретерореноскопія є стандартною маніпуляцією, яку можна використовувати як і з діагностичною, так і з лікувальною метою. Основним полем для діяльності є суправезикальна ендоскопія при лікуванні уретеролітазу, сьогодні, наявність напівжорстких та гнучких уретерореноскопів сприяє кращому доступу до проксимальних відділів сечоводу і нирки, а в поєднанні з гольмієвим лазером – це ефективний та безпечний метод інтракорпоральної літотрипсії. Сучасні покоління уретероскопів робить будь-яку частину сечовидільного тракту доступною, при лікуванні уретеролітазу.

Метою роботи стало вивчення функціонального стану верхніх сечовивідних шляхів (ВСВШ) у залежності від ступеня уретерогідронефротичної трансформації. Встановлення кореляції між змінами функціонального стану ВСВШ та тривалістю перебування конкремента в сечоводі

Дослідження провели 62 хворим із конкрементами сечоводів, котрим виконувалась контактна уретеролітотрипсія. Серед 62 пацієнтів було 24 чоловіки та 36 жінок. Середній вік чоловіків становив – 54±0,46; жінок – 56±0,5 років. Розміщення конкрементів: у верхній тре-

тині сечоводу – 14 пацієнтів, в середній третині – 19 пацієнтів, у нижній третині – 29 пацієнтів. Розміри конкрементів: від $>2\pm 0,13$ см у 11 хворих, до $1,5\pm 0,43$ см у 33 хворих, до $1\pm 0,13$ см у 18 хворих. Виявлений хімічний склад конкрементів: 24 хворих – змішаний оксалатно-уратний літіаз, 23 хворих – уратний літіаз, у 8 хворих – оксалат моногідрату, в 6 хворих – фосфатний літіаз, в 1 хворого – цистиновий літіаз.

Із 62 пацієнтів односторонній гідронефроз I ступеня виявлено у 21 хворого, гідронефроз II ступеня – у 26 хворих, Гідронефроз III ступеня – у 15 хворих. Пацієнти із термінальним гідронефрозом не включалися в дане дослідження.

83 хворим із конкрементами сечоводів виконувалась лазерна уретеролітотрипсія. Серед 83 пацієнтів було 38 чоловіків та 46 жінок. Середній вік чоловіків становив – $57\pm 0,5$; жінок – $54\pm 0,48$ року. Розміщення конкрементів: у верхній третині сечоводу – 21 пацієнта, в середній третині – 23 пацієнтів, у нижній третині – 39 пацієнтів. Розміри конкрементів: від $>2\pm 0,14$ см у 16 хворих, до $(1,5\pm 0,14)$ см у 52 хворих, до $1\pm 0,1$ см – у 15 хворих. Виявлений хімічний склад конкрементів: 39 хворих – змішаний оксалатно-уратний літіаз, 20 хворих – уратний літіаз, у 18 хворих – оксалат моногідрату, в 5 хворих – фосфатний літіаз.

Із 84 пацієнтів односторонній гідронефроз I ступеня виявлено у 24 хворих, гідронефроз II ступеня – у 38 хворих, гідронефроз III ступеня – у 22 хворих. Пацієнти із термінальним гідронефрозом не включалися в дане дослідження.

Контрольну групу склали 30 здорових осіб відповідних статі та віку.

При аналізі ренограми брались до уваги такі показники: кліренс крові за Вінтером, відносна секреторна активність, час максимального накопичення, час напіввиведення.

У хворих уретеролітіазом з наявним гідронефрозом I ступеня, при лікуванні яких використовували пневматичний літотриптор, тривалість перебування конкрементів у сечоводі найчастіше становила до 3 місяців (11 з 21 випадку), до 6 місяців – 6 випадків, більше 1 року – 4 випадки. При гідронефрозі II ступеня тривалість перебування конкременту становила: до 3 місяців – 10 випадків, до 6 місяців – 9 випадків, більше 1 року – 7 випадків. При гідронефрозі III ступеня спостерігалась зворотна ситуація: найчастіше конкремент перебував у сечоводі понад 1 рік (7 з 15 випадків), до 6 місяців – 5 випадків, до 3 місяців – 3 випадки.

Дані свідчать, що при лікуванні з використанням лазерного літотриптора, у хворих уре-

теролітіазом з наявним гідронефрозом I ступеня, тривалість перебування конкрементів у сечоводі найчастіше становила до 3 місяців (14 з 24 випадків), до 6 місяців – 7 випадків, більше 1 року – 3 випадки. При гідронефрозі II ступеня тривалість перебування конкременту становила: до 3 місяців – 13 випадків, до 6 місяців – 20 випадків, більше 1 року – 5 випадків. При гідронефрозі III ступеня найчастіше конкремент перебував в сечоводі понад 1 рік (11 з 22 випадків), до 6 місяців – 7 випадків, до 3 місяців – 4 випадки.

Оцінка функціонального стану нирок у хворих з уретеролітіазом, яким виконували лазерну уретеролітотрипсію, за даними радіоізотопної ренографії, виявила погіршення функціональної здатності ураженої нирки в порівнянні із контрольною групою. Зростання кліренсу крові за Вінтером від 58,3% при уретерогідронефрозі I ступеня, до 64,7% та 72,5% при уретерогідронефрозі II та III ступенів відповідно, сприяло подальшому розвитку хронічної ниркової недостатності. Показник часу максимального накопичення у даній групі пацієнтів теж зростає у порівнянні з контрольною групою та паралельно із ростом ступеня уретерогідронефрозу, від $6,3\pm 0,43$ хв. при уретерогідронефрозі I ступеня до $7,4\pm 0,4$ хв. та до $8,2\pm 0,5$ хв. при уретерогідронефрозі II та III ступенів відповідно. Відносна секреторна активність має тенденцію до зниження при збільшенні ступеня уретерогідронефрозу (46,8% – при уретерогідронефрозі I ступеня; 37,9% – при уретерогідронефрозі II ступеня; 30,1% – при уретерогідронефрозі III ступеня). У контрольній групі цей показник складає 52,9%. Час напіввиведення теж зростає паралельно з наростанням уретерогідронефрозу: 11,8 – при I ступені, 41,4 – при II ступені, 90,8 – при III ступені уретерогідронефрозу.

У хворих із уретеролітіазом, котрим виконували пневматичну уретеролітотрипсію, отримано схожі показники функціонального стану нирок, як і в попередній групі, пролікованої методом лазерної уретеролітотрипсії. Кліренс крові за Вінтером зростає паралельно із наростанням уретерогідронефрозу (59,7% – при уретерогідронефрозі I ступеня, 66,2% – при уретерогідронефрозі II ступеня, 69,5% – при уретерогідронефрозі III ступеня). У контрольній групі – 49,3%. Показник часу максимального накопичення у даній групі пацієнтів теж зростає у порівнянні з контрольною групою, від $6,2\pm 0,37$ хв. – при уретерогідронефрозі I ступеня до $7,2\pm 0,41$ хв. та до $7,8\pm 0,52$ хв. – при уретерогідронефрозі II та III ступенів відповідно. Віднос-

на секреторна активність, як і в попередній групі, має тенденцію до зниження при збільшенні ступеня уретерогідронефрозу (46,2% – при уретерогідронефрозі I ступеня; 38,4% – при уретерогідронефрозі II ступеня; 33,7% – при уретерогідронефрозі III ступеня). У контрольній групі цей показник складає 52,9%. Час напіввиведення теж зростає паралельно з наростанням уретерогідронефрозу: 12,9 – при I ступені, 38,6 – при II ступені, 84,3 – при III ступені уретерогідронефрозу.

Таким чином, наше дослідження довело, що зі зростанням ступеня уретерогідротичної трансформації, у пацієнтів із уретеролітіазом погіршуються показники функціонального стану нирок, що сприяє розвитку хронічної ниркової недостатності. У хворих з уретеролітіазом спостерігається пряма залежність між ступенем уретерогідротичної трансформації та тривалістю перебування конкременту в сечоводі. У більшості пацієнтів з уретерогідронефрозом III ступеня, тривалість перебування конкременту в сечоводі була більше 1 року.

ПАРЦІАЛЬНА ЦИСТЕКТОМІЯ З АД'ЮВАНТНОЮ ХІМІО- АБО ПРОМЕНЕВОЮ ТЕРАПІЄЮ ПРИ М'ЯЗОВО-ІНВАЗИВНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*С.О. Возіанов¹, В.С. Сакало¹, З.В. Гацереція², В.В. Мрачковський²,
А.В. Сакало¹, Ю.Ю. Куранов², А.В. Кондратенко², П.М. Салій²,
Я.В. Левчишин², Б.М. Навроцький²*

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Рак сечового міхура (PCM) посідає 9 місце в структурі онкологічної захворюваності у світі і 2 місце серед усіх онкоурологічних захворювань. У 30% випадків вперше виявленого PCM визначається інвазія в м'язовий шар. Лікувальні опції є дискусійними та визначаються значною варіабельністю і включають трансуретральну резекцію пухлини сечового міхура, радикальну або парціальну цистектомію, неоад'ювантну або ад'ювантну хіміотерапію чи променевою терапію [NCCN guidelines, 2018]. Радикальна цистектомія з тазовою лімфаденектомією є золотим стандартом у лікуванні м'язово-інвазивного раку сечового міхура, проте, висока частота ускладнень радикальної цистектомії, соціальна дезадаптація, зниження якості життя після цистектомії, а також наявність супутньої патології і категорична відмова пацієнтів від запропонованої цистектомії, роблять актуальним вивчення комбінацій різних методів лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура. Важливо зазначити, що використання лише одного з вищезазначених методів лікування в якості монотерапії, дає гірші онкологічні результати.

Мета дослідження: покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих на МІPCM, шляхом обґрунтування показань до

вибору органозберігаючих оперативних втручань з ад'ювантною хіміопроменевою терапією.

Матеріали і методи дослідження. Протягом 2008–2018 рр. було виконано 228 парціальних цистектомій. У всіх випадках діагноз встановлено за результатами УЗД, КТ або МРТ та підтверджено морфологічно дослідженням біоптатів. У подальшому був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів. Згідно з TNM-класифікацією розподіл пацієнтів був наступним: T1 – 47 (20,6%), T2a-b – 138 (60,5%), T3 – 43 (18,9%). За ступенем диференціювання виявлено: з високим ступенем (G1) – 22 (9,6%), помірним (G2) – 145 (63,6%), низьким (G3) – 61 (26,8%) пацієнтів. У ході проведеного лікування 140 (61,4%) пацієнтам виконано парціальну цистектомію, 47 (20,6%) – парціальну цистектомію з ад'ювантною променевою терапією, 41 (18%) – парціальну цистектомію з ад'ювантною хіміотерапією (цисплатин+гемцитабін). Пацієнтам, у яких була клінічна стадія T2b – T3 і ступінь диференціювання G3, проведена тазова лімфаденектомія з метою стадіювання захворювання та визначення показань для проведення ад'ювантної хіміопроменевої терапії. Всім пацієнтам перед операцією з метою верифікації діагнозу та визначення розповсюдженості пухлинного процесу, була