

кових клубочках і зменшити поширеність дистрофічних змін в епітелії каналців. Встановлена менша або нормальна клітинна чисельність мезангія після застосування засобів за запропонованою методикою, що особливо характерно для пієлонефриту на тлі цукрового діабету II типу.

3. Встановлена менша, або нормальна чисельність мезангія при медикаментозному впливі запропонованих нами засобів, що в найбільшій

мірі виявилось в групі тварин із відтвореним гострим пієлонефритом та супутнім цукровим діабетом II типу.

4. Виявлену стабілізацію мезангіальної проліферації можна розглядати як одну з найважливіших умов для попередження та стримування патогенетично обумовлених склеротичних змін за умов співдружного перебігу гострого пієлонефриту та цукрового діабету.

## МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ НЕКОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК

*Ю.В. Роцин, В.А. Мех, С.В. Ткаченко, Е.Н. Слободянюк,  
Г.Д. Резников, И.М. Комисаренко, С.П. Форостына, Н.В. Ксенз*

*Донецкий национальный медицинский университет*

В настоящее время в урологии при лечении некоралловидных камней почек конкурируют три малоинвазивных метода лечения: экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ), фиброуретероскопия (ФУРС) в сочетании с лазерной нефролитотрипсией, перкутанная нефролапексия (ПНЛ).

**Цель работы:** провести сравнительный анализ результатов лечения некоралловидных камней почек при использовании экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии, фиброуретероскопии, мини-перкутанной нефролитотрипсии.

**Материалы и методы.** При проведении дистанционного дробления камней использовали аппарат для дистанционной литотрипсии STORZ Medical. При выполнении экстракорпоральной литотрипсии использовали режим с частотой 1 удар в секунду. За один сеанс выполняли не более 4000 ударов.

Для выполнения ФУРС использовали гибкий уретероскоп Flex – X2, фирмы K.Storz, лазерную дезинтеграцию камней почки осуществляли с помощью аппарата AURIGA XL фирмы Starmedtec.

В зависимости от плотности и размеров камня использовали как режим vaporization с энергией от 700 до 1200 Дж, так и режим дробления с энергией от 700 до 1800 Дж, при частоте импульсов от 5 до 18 Гц.

При выполнении операции мини-ПНЛ мы использовали нефроскоп Karl Storz размером 12 Fr. Для дезинтеграции почечных конкрементов использовали лазер AURIGA XL фирмы Starmedtec. Для контактной литотрипсии применяли светопроводящее волокно диаметром

600 мкм. При этом на конкремент воздействовали как в режиме vaporization, так и в режиме литотрипсии.

Всего 1109 пациентов, 110 (9,9%) больных лечили методом ЭУВЛ (плотность конкрементов у них не превышала 1000 НУ). 206 (18,6%) также лечили методом ЭУВЛ (плотность конкрементов у них была больше 1000 НУ). 626 (56,4%) пациентов лечили методом ФУРС, а 167 (15,1%) – методом мини-ПНЛ.

**Результаты и их обсуждение.** При сравнительной оценке эффективности различных методов малоинвазивной хирургии некоралловидных камней почек мы оценивали ряд параметров результатов такого лечения. Одним из этих параметров была частота послеоперационных и интраоперационных осложнений.

Следующим показателем, характеризовавшим эффективность различных методов лечения некоралловидных камней почек являлась длительность лечения пациентов.

Нами также была изучена динамика длительности операции ФУРС и мини-ПНЛ в зависимости от размеров почечного конкремента.

При этом длительность операции ФУРС была наименьшей при размерах камня до 10 мм и составила всего  $35,09 \pm 1,47$  минуты. Операцию мини-ПНЛ при данных размерах камня не выполняли. У больных с конкрементами 11–16 мм длительность операции ФУРС составила  $56,06 \pm 1,03$  минуты, а длительность мини-ПНЛ была сопоставимой по длительности, достигая  $62,24 \pm 3,14$  минуты (различия недостоверны,  $p > 0,05$ ).

При размерах камня 17–27 мм длительность операции при использовании ФУРС и

мини-ПНЛ також достовірно не отличалась, составив соответственно  $67,24 \pm 0,98$  и  $65,21 \pm 1,09$  минуты ( $p > 0,05$ ).

У пацієнтів с почечними конкрементами 28–30 мм величина данного показателя возрастала при использовании ФУРС до  $82,09 \pm 1,05$  минуты, а при выполнении мини-ПНЛ по-прежнему составила  $65,21 \pm 1,09$  минуты (различия достоверны,  $p < 0,05$ ).

При выполнении обоих эндоскопических вмешательств при камнях почек размерами более 30 мм длительность их возрастала соответственно до  $126,24 \pm 1,12$  и  $124,89 \pm 2,04$  минуты (различия недостоверны,  $p > 0,05$ ).

## Выводы

1. Использование ЭУВЛ наиболее эффективно у пациентов с почечными конкрементами размерами 6–15 мм при плотности их не более 1000 НУ.

2. Использование ФУРС наиболее оправдано у пациентов с камнями размерами менее 1 см и плотностью более 1000 НУ, а также с камнями любой плотности при размерах камней до 27 мм.

3. У пациентов с камнями размерами от 17 до 27 мм мини-ПНЛ является конкурентом ФУРС.

4. При размерах камней 27–30 мм мини-ПНЛ является методом выбора.

5. С камнями размерами более 30 мм предпочтительней выполнять мини-ПНЛ.

# КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ МЕТАСТАТИЧНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, О.Е. Стаховський, М.В. Пікуль,  
О.А. Кононенко, С.Л. Семко, Б. Гречко, Е.О. Стаховський*

*Національний інститут раку*

**Вступ.** Радикальна цистектомія є золотим стандартом лікування м'язово-інвазивних форм раку сечового міхура. Проте, дані про ефективність цистектомії при метастатичному раку сечового міхура залишаються суперечливими.

**Мета дослідження:** оцінити якість життя та онкологічну ефективність циторедуктивної цистектомії у хворих на метастатичний рак сечового міхура.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 21 пацієнта, яким виконана цистектомія при метастатичному раку сечового міхура в Національному Інституті раку в період з 2008 по 2019 р. Пацієнти підлягли комплексному обстеженню, що передбачало: клініко-лабораторне обстеження, спіральну КТ, оцінку метастатичного навантаження, хірургічної складності та ускладнень (шкалою Clavien–Dindo), клінічних переваг системної терапії та специфічної виживаності. Статистичний аналіз проведено за допомогою теста Фішера.

**Результати.** Середній вік пацієнта становив 60 років ([IQR] 33–78 років). ECOG – статус коливався від 0 до 1. Медіанне число метастатичних вогнищ становило 7 ([IQR] 4–14). Шість пацієнтів (31%) отримували хіміотерапію на основі платини перед цистектомією за

стандартними протоколами, серед яких чотири (66%) отримали часткову відповідь, а два (34%) – стабілізацію захворювання (RECIST 1.1). Медіана часу операції становила 230 хвилин (IQR 150–315). Було проведено: 14 паліативних та 6 цистектомій за життєвими показаннями. Чотирнадцять хворим виконано модифіковану уретерокутанеостомію, 4 – Брікер, 1 – ілеонеоцистопластику. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила 10,5 днів (діапазон 5–11). Інтраопераційні ускладнення: травма прямої кишки ( $n=2$ ), травма здухвинних судин ( $n=1$ ). Післяопераційні: лімфостаз ( $n=1$ ), ексудативний плеврит ( $n=1$ ), підшкірна евентрація ( $n=1$ ), два післяопераційних ускладнення за шкалою Clavien–Dindo Grade III, у той час як чотири пацієнти мали I або II ступінь. Всі пацієнти пройшли системну терапію після операції, 2-річна виживаність склала 25%. Точний тест Фішера показав кращу канцерспецифічну виживаність у пацієнтів, які пройшли передопераційну хіміотерапію ( $P=0,0498$ ) і мали менше 4 метастатичних уражень ( $P=0,0412$ ). Імовірність післяопераційних ускладнень не залежала від метастатичного навантаження, тривалості хірургічного втручання.

**Висновок.** Ми продемонстрували, що у вибраній групі пацієнтів з метастатичним раком