

Матеріали та методи. У 15 пацієнтів з МНРСМ, яким було заплановано ендовезикальне лікування, проспективно оцінювали якість життя, а також побічні ефекти протягом курсу лікування. Протокол лікування складав шести-тижневий курс інстиляцій Мітоміцина – С в дозі 40 мг з постійною температурою 43–44 °С протягом 50–60 хвилин один раз на тиждень за допомогою системи Combat BRS-HIVEC. Анкети IPSS, FACT BL, QLQ-C30 та шкала оцінки небажаних явищ СТСАЕ v 5.0 використовувались для оцінки якості життя та побічних ефектів. Оцінку QoL та показників загального аналізу сечі проводили перед кожним сеансом гіпертермічної хіміоперфузії, після сеансу оцінювались побічні ефекти (АЕ).

Результати. Усі пацієнти пройшли шести-тижневий курс інстиляцій Мітоміцина-С, всього було проведено 90 інстиляцій. Згідно зі СТСАЕ, найбільш актуальними побічними ефектами були АЕ 1–2-го ступенів: біль 14–24%, спазми сечового міхура 6–28% та гематурія 3–16%. Один пацієнт мав небажане явище 2-го ступеня (ли-

хоманка) протягом 2-го циклу; 2 пацієнти мали АЕ 1-го ступеня (бульозний дерматит) на циклі 3–4; всі пацієнти добре переносили лікування. Побічних ефектів 3–4-го ступенів не спостерігалось. Що стосується змін рівня якості життя за даними анкет IPSS, FACT BL, QLQ-C30, то протягом періоду лікування близько 50–60% пацієнтів демонстрували помірне погіршення якості життя на 4–5-му сеансі гіпертермічної хіміоперфузії, але у всіх пацієнтів покращувалась QoL в кінці курсу внутрішньоміхурових інстиляцій.

Висновки

Гіпертермічна хіміотерапія виявилася безпечною альтернативою для лікування МНРСМ проміжного та високого ризику, з побічними ефектами переважно 1–2-го ступенів. Лікування методом гіпертермічної внутрішньоміхурової хіміоперфузії добре переноситься, не додаючи значно більше побічних ефектів, ніж інстиляція окремо Мітоміцина-С, та не має гіршого профілю токсичності, ніж ті, що відображені в літературі щодо лікування БЦЖ.

МІСЦЕ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (РПЗ)

В.П. Чайковський, С.П. Стюпушкін, Р.В. Соколенко, В.А. Черниловський

КЗ «Міська клінічна лікарня № 4» ДМР»

Вступ. РПЗ – найбільш поширена злоякісна пухлина у літніх чоловіків в Європі. В даний час радикальна простатектомія (РПЕ) – єдиний метод лікування локалізованого РПЗ, який дає перевагу в канцерспецифічній виживаності в порівнянні з вичікувальною тактикою. У той же час, тактика лікування місцево-поширеного РПЗ – одне з найбільш неоднозначних питань сучасної онкології.

Мета дослідження: вивчити місце циторедуктивної простатектомії в лікуванні клінічно місцево-поширеного РПЗ.

Матеріали та методи. У нашому відділенні з 2012 до 2019 р. виконано 107 радикальних простатектомій. З цього числа 33 (31%) хворим виконана циторедуктивна простатектомія на стадії Т3–4 N0–1 M0. Циторедуктивна РПЕ виконувалася пацієнтам з передбачуваною тривалістю життя більше 10 років. Середній вік пацієнтів склав 64 роки (55–68 років). У 50% чоловіків мала місце інфравезикальна об-

струкція. Одному пацієнтові перед операцією була накладена троакарна цистостома, трьом пацієнтам була виконана порціална ТУР передміхурової залози. На етапі верифікації діагнозу ПСА в середньому був на рівні 37 нг/мл (20–134 нг/мл). 75% пацієнтів перед операцією проводилася неoad'ювантна ГТ від 1 до 5 місяців. ПСА на момент виконання операції становив в середньому 9 нг/мл (0,58–29 нг/мл), а обсяг передміхурової залози складав в середньому 62 см³ (17–106 см³). Після операції гістологічно у всіх пацієнтів був підтверджений екстракапсулярний ріст РПЗ. Інвазія сім'яних пухирців була визначена у 45% пацієнтів. Стадія Т4 спостерігалася у 14% пацієнтів. Всім пацієнтам виконувалася розширена тазова лімфаденектомія. Наявність метастазів в регіональних лімфатичних вузлах підтверджено у 36% пацієнтів гістологічно. Співвідношення РПЗ середнього і високого ризику становило 67/33. Рівень Глісона становив: ≤6 у 6 (18%), 7 (3+4) – у 8 (24%), 7 (4+3) – у 15 (46%), ≥8 – у 4 (12%) пацієнтів.

Ретроспективно ми порівняли групу пацієнтів після циторедуктивної РПЕ при місцево-поширеному РПЗ (група 1, n=33) з групою пацієнтів з місцево-поширеним РПЗ, яким проводилася гормональна терапія без локального хірургічного лікування (група 2, n=45). Обидві групи пацієнтів були порівнянні за віком пацієнтів, рівні ПСА та Глісона на момент біопсії і клінічної стадії захворювання.

Результати. Післяопераційної летальності не було. Період спостереження пацієнтів склав 5–84 міс. Після операції всі хворі продовжували отримувати інтермітуючу ГТ за схемою МАБ під контролем ПСА крові. Біохімічна прогресія визначалася у 15% пацієнтів після операції. У 9% випадків (3 пацієнти) мало місце виник-

нення гормонрефрактерного РПЗ – через 11, 18 і 24 місяці після операції. Канцерспецифічна виживаність розрахована методом Kaplan–Meier склала: 92,3%.

Висновки

Циторедуктивна простатектомія може бути одним з методів комплексного лікування місцево-поширеного РПЗ у ретельно відібраних пацієнтів. Такі пацієнти повинні бути проінформовані про можливу необхідність додаткового лікування після хірургічного втручання. У поєднанні з ад'ювантною гормональною терапією циторедуктивна простатектомія має переваги перед гормональною терапією в монорежимі, зменшуючи ймовірність формування КРРПЗ, а також збільшує канцерспецифічну виживаність.

ГОСТРІ ІШЕМІЧНІ УШКОДЖЕННЯ НИРОК

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

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Гострі ішемічні ушкодження нирок (ішемічний білий та геморагічний червоний інфаркт) в клінічній практиці зустрічається дуже рідко. Частіш за все ішемічні ушкодження зустрічаються у літніх людей з серцево-судинними захворюваннями, які схильні до тромботворення із-за внутрішньосерцевих порушень кровотоку. Аналогічно тому як виникає інфаркт міокарда, в основі цього захворювання також лежить гостре порушення кровотоку в артеріях, які постачають кров до органа. Найчастіше причинами інфаркту нирки є вади серця, бактеріальний ендокардит, миготлива аритмія, гіпертонія та інші. Клінічна картина інфаркту нирки надзвичайно подібна до ниркової кольки за рахунок сечокам'яної хвороби, але лікувальна тактика різна. Тому вивчення особливостей перебігу інфаркту нирки, незважаючи на її частоту, має значення для клінічної урології.

Мета дослідження: вивчити характер та особливості клінічного перебігу інфаркту нирки у хворих на тлі серцево-судинної патології.

Матеріал та методи. Спостерігали 8 хворих, віком 55–74 роки, у яких діагностували інфаркт нирки і були шпиталізовані у невідкладному стані. Осіб чоловічої статі було 3 і жінок – 5. Застосовували загально клінічні, біохімічні дослідження крові та сечі, коагулограма, екскреторна урографія, УЗД нирок з доплерографією, КТ заочеревинного простору з контрастуванням.

Результати та їх обговорення. Приводом для шпиталізації всіх хворих був гострий біль зліва у 3 випадках і у 5 чоловік вона була справа. На етапі госпіталізації при ЕКГ дослідженні та в анамнезі у всіх випадках відмічались порушення ритму серця у вигляді миготливої аритмії. Біль в проекції нирки не мав класичного приступоподібного характеру, як правило, він був більш постійним і не мав характерної іррадіації по ходу сечоводу. Поводження хворого на висоті болю не мало характеру рухового збудження, оскільки воно обмежувалось станом серцево-судинної системи. Відмічалась субфебрильна температура протягом 2 діб. Еритроцитурія спостерігалась у вигляді мікрогематурії до 5–10 і рідше більше 20 еритроцитів у полі зору. Порушень акта сечовипускання не виявлено в жодному випадку. При УЗД нирок постійно були відсутні ектазія миски та сечоводу, а також ехопозитивних тіней по ходу сечових шляхів. В той же час на видільних програмах у 5 випадках відмічалась тільки нефрограма, а у 3 випадках – помірне зниження функції нирки, що утруднювало діагностику інфаркту міокарда.

Висновок. Клінічні ознаки інфаркту нирки надзвичайно подібні до клінічних ознак ниркової кольки, що виникає за рахунок сечокам'яної хвороби. Для диференційної діагностики надзвичайно важливо враховувати наявність миготливої аритмії та застосовувати КТ з контрастуванням.