

Результати. С 2003 по 2012 год новообразования почек установлены у 792 пациентов КУ «ДОКБМ». У мужчин новообразования почек выявлены в 484 случаях (61,1%), у женщин – в 308 (39,9%) случаях. Индекс соотношения мужчин и женщин при новообразованиях почек за период наблюдения составил 1.57

Отмечена значимая связь показателей заболеваемости новообразованиями почек с возрастом заболевших: наибольшая заболеваемость выявлена в возрасте 50-59 лет 31,6%, в целом распределение пациентов по возрасту было следующим: < 40 лет 6%, 40-49 – 25,3%, 60-69 – 23,2% , 70-79 – 13,4%, > 80 лет 0,5%.

С 2003 по 2012 гг. в клинике урологии находились на лечении 792 пациента с новообразованиями почек, средний возраст пациентов составил 58 лет. Поражение опухолевым процессом правой почки отмечено в 392 случаях (49,5%), левой – в 400 (50,5%). Распределение по стадиям: I стадия – 80 пациентов (10,1%), II стадия – 344 пациентов (43,6%), III стадия – 232 пациентов (29,3%), IV стадия – 136 пациентов (17%).

Низкое количество органосохраняющих операций связано и с тем что, количество пациентов с I стадией составило 10,1%, ор-

ганосохраняющих операций произведено 40, что составляет 5% всех операций.

В структуре патогистологических заключений ведущая роль у светлоклеточно-го рака – 596 случаев (75,5%), далее следуют доброкачественные опухоли – 54 случаев (6,75%) и смешанный тип рака – 52 случаев (6,5%).

Согласно данным канцер-регистра заболеваемость раком почки постоянно увеличивается: 8,8 – в 2003, 9,7 – в 2004, 9,9 – в 2005, 10,3 – в 2006, 11,9 – в 2008, 10,5 – в 2007, 11,1 – в 2009, 11,3 в 2010, 12,1 – в 2011, 12,6 – в 2012. Абсолютное число умерших пациентов увеличивается и за 2012 год составляет 175 (170 – в 2003, 176 – в 2004, 184 – в 2005, 186 – в 2006, 190 – в 2007, 213 – в 2008, 159 – в 2009, 184 – в 2010, 187 – в 2011), что связано с возрастной заболеваемостью.

Заключение. Выявлен рост заболеваемости раком почки у населения Днепропетровской области, что привело к увеличению числа оперируемых пациентов и находящихся на диспансерном учете за период 2003 – 2012 гг. Данная патология требует ранней диагностики, что будет способствовать увеличению количества органосохраняющих операций.

НАШ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА

Федорук О. С. , Владиченко К. А.

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. На даний час у більшості країн світу при лікуванні раку сечового міхура (РСМ) найбільш часто застосовують радикальне оперативне втручання – цистектомію [1, 4]. Деякі європейські урологи віддають перевагу органозберігаючим операціям в поєднанні з променевою та неоад'ювантною хіміотерапією [6]. На даний час трансуретральна резекція (ТУР) стінки

сечового міхура рахується методом вибору в лікуванні екзофітних форм росту РСМ [4, 6]. Відношення урологів до використання цього методу при інвазивному перебігу захворювання неодностайне. Більшість авторів рахує ТУР необгрунтованим оперативним втручанням при інвазивній пухлині сечового міхура, але деякі клініцисти, комбінуючи ТУР з хіміо- та променевою

терапією, досягли показників, які подібні до результатів радикального хірургічного лікування [5]. ТУР на сьогодні є операцією вибору при хірургічному лікуванні РСМ. Високий рівень смертності після проведення радикальної цистектомії та результати після виконання ТУР сечового міхура викликають цікавість до органозберігаючого лікування інвазивного РСМ. Останніми роками розширюються показання для застосування ТУР при РСМ [6]. Тим часом є багато невирішених питань, до яких відносяться адекватний відбір та оптимізація доопераційної підготовки хворих, вірний вибір техніки та об'єму виконання операції, контроль абластики при видаленні пухлини, профілактика розвитку післяопераційних ускладнень та інші.

Мета дослідження. Аналіз проведених трансуретральних операцій з приводу РСМ, при яких застосовувалась програмована перфорація стінки сечового міхура, для розробки рекомендацій щодо покращення ефективності лікування хворих.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням за період з 1999 по 2013 рік знаходилось 194 хворих з РСМ віком від 46 до 92 років (88% чоловіків), яким виконано ТУР сечового міхура із запрограмованою перфорацією стінки міхура. Середній вік хворих становив $58,3 \pm 7,8$ року. Всім хворим в доопераційному періоді проводили комплексне урологічне обстеження, загальноклінічні методи, УЗД сечового міхура, екскреторну урографію та, при необхідності, комп'ютерну томографію. Операції проведені резектоскопом фірми —Karl Storz № 27Сн із системою відеомоніторного контролю під епідуральною або спинномозковою анестезією. Антибактеріальну терапію розпочинали за 1-2 доби до операції з метою профілактики післяопераційних запальних ускладнень.

Результати дослідження та їх обговорення. У 48% пацієнтів ТУР проведена при Т1 стадії РСМ, у 34% – при Т2, у 12% – при Т3. У 6% хворих ТУР проведена по життєвим показанням при Т4 РСМ з метою гемостазу (виконували резекцію РСМ з коагуляцією кровотока судин). В 35%

випадків проведена ТУР при множинних пухлинах сечового міхура (від 2 до 7 папілярних пухлин), у 4 хворих – при практично тотальному папіломатозі сечового міхура (стадія Т1). В цих випадках ТУР проведена як альтернативний метод при наявності суб- та декомпенсованої патології серцево-судинної, дихальної систем та судин головного мозку.

Прооперовано 7% хворих з гострою затримкою сечі та тампонадою сечового міхура, 24% – із хронічною затримкою сечі (ХЗМ) з причини наявності, окрім РСМ, доброякісної гіперплазії простати (ДГП). При наявності супутньої ДГП хворим, одночасно з ТУР сечового міхура, проводили ТУР простати. У цієї категорії хворих для профілактики післяопераційного орхоепідидиміту операцію закінчували проведенням двобічної вазорезекції або однобічної (у випадку відсутності протилежного яєчка). У 8% хворих ТУР при РСМ проведена на висоті кровотечі (з кровотока судин пухлини) в ургентному порядку при наявності постгеморагічної анемії 2–3 ступеня. За результатами патоморфологічних досліджень всі пухлини мали епітеліальне походження. Переходноклітинний РСМ вивлено у 91% хворих, недиференційований РСМ – у 5%, плоскоклітинний РСМ – у 4%.

Техніка виконання ТУР стінки сечового міхура, ураженого пухлиною, відрізнялась від загальноприйнятої тільки на етапі завершення резекції – проведенням „запрограмованої” перфорації стінки сечового міхура. У місці розташування пухлинної ніжки ТУР виконувалась до паравезикальної жирової клітковини у межах неуражених тканин. Дефект стінки сечового міхура сягав до $0,5-1,5 \text{ см}^2$. Паравезикальну клітковину у ділянці дефекту, стінку міхура навколо дефекту, дно рани та прилеглі тканини (до 1 см навкруги від ділянки розташування пухлини) ретельно коагулювали за допомогою вапоротроду (вапорізуючого електроду) до виникнення карбонізованого скоагульованого шару. Наголошуємо, що важливою умовою при застосуванні запрограмованої перфорації є абсолютний субо-

пераційний гемостаз, контроль за післяопераційним зрошенням та дренажуванням сечового міхура з метою попередження обтурації катетера тромбом, частками тканини, перерозтягнення міхура та виникнення сечових запалів. Окрім того, адекватне дренажування міхура створює максимально сприятливі умови для загоснення перфоративного отвору та післяопераційної рани. Виконання даної модифікації ТУР є відносно безпечним тільки на задній, бокових стінках сечового міхура та у ділянках шейки міхура та сечоміхурного трикутника. При розташуванні пухлини в проекції ділянок сечового міхура, які контактують з очеревиною, запрограмована перфорація нами не використовувалась у зв'язку з високою небезпекою пошкодження очеревини та розвитку сечового перитоніту.

В післяопераційному періоді всім хворим встановлювали 3-х ходовий уретральний катетер Фолея на термін від 5 до 9 діб з постійним промиванням сечового міхура 0,02% розчином фурациліну впродовж 1–3 діб. Термін уретрального дренажування сечового міхура здебільшого залежав від стану сечового міхура, величини та кількості перфорацій сечового міхура, кількості доопераційної залишкової сечі, реакції уретри на катетер. За добу до видалення катетера і впродовж 4–5 діб після видалення в комплекс медикаментозного лікування включали α -адреноблокатор „Омникл (0,4 мг 1 раз на добу) з метою зменшення післяопераційної дизурії. Адекватний сечопуск після видалення уретрального катетера відновився у всіх хворих. Практично всім хворим проводився ендоскопічний контроль через 1–3 місяці після операції та у подальшому кожні 6 місяців. У переважній більшості хворих вже через 1 місяць після ТУР на місці проведеної перфорації міхура спостерігали дещо втягнутий сформований рубець білого кольору з радіальною окресленістю та невеликою кількістю мілких судин по поверхні.

Рецидиви пухлини було виявлено у 25 хворих (12,8% від загальної кількості прооперованих). У 1 пацієнта після ТУР при T1 стадії РСМ, у 7 – при T2, у 17 – при T3.

Цим хворим проведено повторну ТУР. Важливим є те, що рецидиви пухлин у 19 хворих виникали на раніше неушкоджених ділянках слизової сечового міхура, що пояснюється мультифокальним характером росту РСМ, або подальшим прогресуванням раку *in situ*, який було неможливо виявити при звичайній цистоскопії та субопераційно. В жодному з випадків у ділянці проведеної запрограмованої перфорації міхура рецидиву не спостерігали. Лише у 6 хворих рецидиви локалізувались по краю рубця після ТУР (випадки T3). Саме таким категоріям хворих показано субопераційне проведення фотодинамічної діагностики РСМ з метою виявлення уражених ділянок слизової, що підлягають глибокій коагуляції, та для попередження зайвої коагуляції неушкоджених ділянок міхура.

У 8 хворих при стадії T1-3 РСМ, з метою попередження рецидивів, в післяопераційному періоді проводилась імунотерапія РСМ з використанням уробіцжу. Через 4–6 тижнів після оперативного втручання, після проведення внутрішньошкірної проби та обстеження фтизіатром, проводились інстиляції у сечовий міхур уробіцжу (штам RIVM) 1 раз в тиждень 4–6 разів. У 3 хворих спостерігали періодичне (після інстиляції) підвищення температури тіла ($>38^{\circ}\text{C}$) та у 4 хворих клініку гострого запалення сечового міхура. При подальшому проведенні ендоскопічного контролю впродовж 6–8 місяців (на даний час) у цих хворих рецидивів РСМ не виявлено.

Висновки. 1. Отримані результати дозволяють розширити показання для виконання ТУР у хворих з РСМ. **2.** Віддаленні результати виконання ТУР із запрограмованою перфорацією міхура на ранніх стадіях РСМ за ефективністю близькі до радикальних оперативних втручань. **3.** У хворих з важким соматичним станом і високим операційним ризиком ТУР є операцією вибору при РСМ. **4.** Проведення ад'ювантної терапії з використанням уробіцжу після ТУР значно зменшує вірогідність рецидивування РСМ.

Література

1. Брыков В. И., Коршунов Н. П., Терешенко Н. К. Трансуретральная резекция опухолей мочевого пузыря. – Киев, 2001. – 28с. 2. Коган М. И., Перепечай В. А. Современная диагностика и лечение рака мочевого пузыря. – Ростов-на-Дону, 2002. – 199с. 3. Мартов В. Г. Лечение поверхностного рака мочевого пузыря / В. Г. Мартов, Л. А. Сысоев // Урология и нефрология. – 2000. –

№3. – С. 44-49. 4. Матвеев Б. П., Фигурин К. М., Карякин О. Б. Рак мочевого пузыря. – Москва, 2001. – 243с. 5. Переверзев А. С., Петров С. Б. Опухоли мочевого пузыря. – Харьков: "Факті", – 2002. – 304с. 6. Transurethral Resection of Muscle-Invasive Bladder Cancer: 10-Year Outcome / W. H. Harry // J. Clin. Oncology. – 2001. – V. 45, № 2. – P. 478–482.

ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПОЧКИ

Шамраев С.Н.^{1,3}, Сагалевич А.И.², Виненцов Ю.А.¹, Сохин С.А.¹, Кривобок А.Г.^{1,2}, Кнышенко А.Н.¹, Канана А.Я.^{1,3}, Божко Н.Н.^{1,2}

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

³ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины»

Цель исследования. Оценить результаты резекций почки, выполненных по поводу почечно-клеточного рака (ПКР) из открытого люмботомического и трансабдоминального лапароскопического доступов.

Материал и методы. 532 пациентам с ПКР, оперированных в клинике урологии (2006-2013 гг.), - 124 (23,3%) больным выполнена резекция почки (РП). Пациенты обследованы согласно протоколу оказания медицинской помощи (приказ МЗ Украины № 554). Среди нефрон-сохраняющих вмешательств, - 16 (12,9%) выполнено из лапароскопического доступа, 108 (87,1%) – открытым способом. 19 (38%) пациентам симультанно выполнено: пиелолитотомия - 7, кистэктомий – 7, нефропексий - 5, адреналэктомий – 13, регионарных лимфаденэктомий (ЛАЭ) – 11. Период наблюдения составил в среднем 28±2,1 мес (от 3 до 71 мес).

Результаты исследования и обсуждение. Возраст больных варьировал от 41 до 80 лет (в среднем 54,0±0,9 года). Мужчин было 53 (42,7%), женщин – 71 (57,3%). По абсолютным показаниям оперировано – 6 (4,8%) пациентов: диагностирован двусторонний рецидивный рак почки в 3 наблюдениях (контрлатеральная почка удалена по поводу ПКР от 4 до 7 лет назад), ещё у двух – имела опухоль единственной почки и в одном – двусторонний синхронный ПКР. По относительным – 61 (49,2%), по выбо-

рочным – 57 (46,0%). Распределение пациентов по стадиям: pT0 – 5 (4,0%), pT1a – 61 (49,2%), pT1b – 43 (34,7%), pT2 - 10 (8,1%), pT3a – 5 (3,9%). Метастазов в регионарные лимфоузлы не отмечено ни у одного из 11 (8,9%) пациентов, которым выполнена ЛАЭ. Категория M1 выявлена в 2 (1,6%) наблюдениях. Резекция правой почки выполнена 67 (54,0%) пациентам, левой – 57 (46,7%). Локализация опухоли в верхнем и верхушечном сегментах почки была у 36 (29,0%), в переднем – у 18 (14,0%), заднем – у 25 (20,2%), нижнем – у 45 (36,4%) больных. Диаметр опухоли в среднем составил 45,1±1,7 мм, в 61 (49,1%) наблюдениях её размер превышал 4 см. Экстраренальных опухолей (>75% опухоли расположено за пределами почки) было 38 (30,6%), интратренальных (>75% опухоли в пределах почки) – 21 (16,9%) экстра-интратренальных – 65 (52,5%). По виду РП: плоскостных было 32 (25,8%), клиновидных – 38 (30,6%), энуклеорезекций – 54 (43,6%); без ишемии – 16 (12,9%), с пережатием почечной артерии (время ишемии (ВИ) 28±1,2 мин) – 45 (36,3%), с пережатием артерии и вены почки (ВИ 29±1,0 мин) – 63 (50,8%), с ушиванием ЧЛС (ВИ 30±2 мин) – 29 (23,4%). После проведения РП дефект паренхимы у 14 (11,3%) больных ушивали в один ряд одиночными узловыми швами, у 103 (83,1%) – 2-рядным швом (1 ряд – на дно резекции