



ОБЛАСНИЙ
КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР
УРОЛОГІЇ
І НЕФРОЛОГІЇ
ім. В.І. ШАПОВАЛА

УРОЛОГІЯ АНДРОЛОГІЯ НЕФРОЛОГІЯ

МАТЕРІАЛИ ЮВІЛЕЙНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

ХАРКІВ 5-6 ЖОВТНЯ

URO 2017

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСЕМІНОВАНИХ ПУХЛИННИХ КЛІТИН В КІСТКОВОМУ МОЗКУ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Возіанов С.О., Сакало В.С., Жильчук Ю.В., Сакало А.В., Черниченко О.А.</i> м. Київ.....	45
ТЕХНІЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З МАЛИМИ НИРКОВИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ <i>Добровольський В.А., Лесняк О.М., Строй О.О., Грицина Ю.Р., Лесняк М.О., Банира О.Б.</i> м. Хмельницький, м. Львів.....	46
ДІАГНОСТИКА РАННІХ ФОРМ РАКА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Довбиш М. А., Бачурін Г. В., Губарь А. О., Попович А. О., Унгурян А. Б., Довбиш І. М.</i> м. Запоріжжя.....	47
ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ПРОСТАТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЇЇ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ <i>Зайцев В.І., Ілюк І.І., Марчук О.А.</i> м. Чернівці.....	49
РІДКИЙ ВИПАДОК ТОТАЛЬНОГО НЕКРОЗУ ПРУТНЯ <i>Зайцев В.І., Федорук О.С., Миндреску О.І., Колесніков С.Б., Ілюк І.І., Проданчук І.Г., Ключевська Я.Д.</i> м. Чернівці.....	51
КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ШЛЯХОМ ТУР'а ТА РАННЬОЇ ІНСТИЛЯЦІЇ ХІМІОПРЕПАРАТУ <i>Зеляк М.В., Вальчишин М.П., Вальчишин А.М., , Закала І.С. , Романчук В.Р.</i> м. Івано-Франківськ.....	52
ВОЗМОЖНОСТИ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Криворотько Ю.В., Мещанин Р.Г., Гарагатый И.А.</i> г. Харьков.....	54
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САРКОПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Криворотько Ю.В., Хареба Г.Г., Щукин Д.В.</i> г. Харьков.....	55
ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З РАКОМ НИРКИ T1a ПОХИЛОГО ВІКУ <i>Лесняк О.М., Добровольський В.А., Строй О.О., Грицина Ю.Р., Лесняк М.О., Банира О.Б.</i> м. Хмельницький, м. Львів.....	56
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И . РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Лесовой В.Н., Хареба Г.Г., Щукин Д.В., Дубинина А.Н.</i> г. Харьков.....	57
ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПСА У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Молчанов Р.М., Пілін Є.В.</i> м. Дніпро.....	59

Згодом, у кожній з виокремлених груп було проведено видалення пухлин згідно наведеного вище алгоритму: у Групі 1 застосовувалась енуклеорезекція пухлини, у Групі 2 – РЧА, у Групі 3 – резекція нирки, у Групі 4 – нефректомія без лімфаденектомії. Вивчалась частота конверсій/реінтервенцій серед задіяних пацієнтів.

Результати. У Групі 1 в 3 (1,7%) випадках під час енуклеорезекції пухлини відбулось інтраопераційне розкриття порожнинної системи нирки, що змусило провести хірургічну корекцію та ушивання дефекту. У Групі 3 у 4 (2,3%) хворих не вдалось зберегти цілісну анатомічно функціонуючу нирку, тож ми вимушені були виконати нефректомію.

У жодного з хворих Групи 4 не вдалось провести органозберігаюче лікування. Отже, з-поміж відібраних 172 хворих конверсія/реінтервенція виявилась необхідною у 7(4,1%) випадках. Відповідно, у 165 (95,9%) хворих не виникла потреба в інтраопераційній зміні тактики лікування.

Висновки. Представлена власна шкала із застосуванням LVIV score дозволяє визначити технічну можливість проведення органозберігаючого лікування у хворих з SRM із точністю до 95,9%.

Запропоновану шкалу можна застосовувати під час вибору оптимального лікування у хворих з малими нирковими новоутвореннями.

ДІАГНОСТИКА РАННІХ ФОРМ РАКА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Довбиш М. А., Бачурін Г. В., Губарь А. О., Попович А. О., Унгурян А. Б., Довбиш І. М.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Рак передміхурової залози (РПЗ) на сьогодні набув статус не тільки медичної, але й соціально значущої проблеми. Смертність від РПЗ сягає 3,9% в структурі загальної онкологічної смертності в країні [1-2] і займає провідне місце серед онкологічних захворювань і друге місце після раку легенів серед причин смерті. З урахуванням частоти РПЗ в індустріально розвинутих країнах, та тенденція до омолодження середнього віку хворих [2-3], актуальність діагностики ранніх, локалізованих форм не викликає сумнівів і вимагає пошуку скринінгових підходів до методів його раннього виявлення. Значення виявлення локалізованих форм рака зростає, так як це дає можливість застосовувати радикальні методи лікування.

Мета дослідження – вивчити цінність діагностичних методів дослідження в діагностиці ранніх форм раку передміхурової залози.

Матеріали і методи. Спостерігали 151 хворого РПЗ віком від 40 до 85 років. Застосовували загально-клінічні, біохімічні аналізи крові, простат-специфічний антиген (ПСА) та його фракції, пальцеве ректальне дослідження (ПРД), ультразвукові та рентгенологічні методи дослідження, морфологічні методи, мультіспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ). Оперативні втручання виконані у 131 хворого. Клінічні прояви були аналогічні таким при ДГПЗ з розвитком на ранніх етапах проявів еректильної дисфункції і подальшим приєднанням обструктивних і ірритативних симптомів порушення сечовиділення (32,6% і 24,9% спостережень відповідно). У 1/3 пацієнтів перебіг РПЗ був практично безсимптомним. При цьому у переважної більшості (65,1%, $p < 0,01$) пацієнтів показники ПСА знаходилися на рівні "сірої шкали", що вимагало проведення додаткових досліджень.

Результати та їх обговорення. У більшості випадків (72%) аденокарцинома ПЗ при УЗД була у вигляді гіпоехогенної ділянки в периферійній зоні (72%). Аналогічні за характером ділянки спостерігались при гострому простатиті, доброякісній гіперплазії та інфаркті простати. Трансабдомінальне сканування було не завжди ефективно в розпізнаванні невеликих (0,5-2 см) вогнищевих змін ПЗ, особливо в зоні, яка перекривається лонними кістками ("німа зона") [2-4]. Методики кольорового доплерівського картування (КДК) з надлобкового доступу малоефективні внаслідок віддаленості органу. ТРУЗД на сьогоднішній день виявилась безсумнівним лідером серед візуальних методів діагностики захворювань ПЗ [3,5]. Недоліком ультразвукового сканування в режимі сірої шкали при ТРУЗД було те, що приблизно 78% виявлених гіпоехогенних вогнищ виявляються не злоякісним вогнищем, а 47% раків, що не піддавались пальпуванню розміром більше 1 см взагалі не візуалізуються [3-5]. Приблизно 75% карцином в ділянці перехідної зони і 35-42% карцином в периферійній зоні виявилися ізоехогенними незалежно від ступеня диференціювання за Глісоном. Гіперехогенні раки в перехідній і периферичній ділянці залози зустрілися в 2,3% випадків. Чутливість і специфічність ТРУЗД у визначенні стадії РПЗ з використанням режиму сірої шкали склали 67 і 46% відповідно. Незаперечна перевага в техніці ТРУЗД має тривимірне сканування, що дозволяє одержувати більш якісні зображення з поліпшеним просторовим розрізненням. Тривимірне

сканування в режимі сірої шкали покращує візуалізацію як самої пухлини, так і екстракапсулярної інвазії. Точність тривимірного ТРУЗД у визначенні стадії РПЗ помітно перевищує точність двовимірного сканування (94 і 72% відповідно).

Методики енергетичного доплерівського картування (ЕДК) перевела діагностику захворювань ПЗ на новий рівень. Відмінності в васкуляризації при доброякісних змінах і РПЗ дозволили вже на перших етапах застосування методу з високою точністю проводити диференційну діагностику гіпоехогенних ділянок в ПЗ. УЗ-ангіографія в поєднанні з методиками ЦДК/ЕДК при ТРУЗД підвищує чутливість діагностики раку з 73 до 82%, а специфічність - з 41 до 76%. При застосуванні енергетичного доплерівського ТРУЗД щодо пацієнтів з підозрою на РПЗ, отримали найкращі результати: чутливість 93%, специфічність 71%, передбачена цінність позитивного результату 82%, передбачена цінність негативного результату 87%. Причому близько 22% карцином не були гіпоехогенним і не візуалізувалися в режимі сірої шкали. Також помічено, що якщо в гіпоехогенному вузлі в режимі сірої шкали реєструвався підвищений кровотік, то ризик виявити в ньому рак становив 82%. В гіповаскулярному вузлі аналогічний ризик становив усього 16%. Чутливість ЕДК в діагностиці екстракапсулярної інвазії виявилася невисокою – 56%.

Використання контрастних речовин (левовіст) суттєво не поліпшило чутливість ТРУЗД в діагностиці РПЗ і навіть ускладнювало візуалізацію невеликих вузлів, незважаючи на те що щільність мікроциркуляторного русла в РПЗ приблизно в 4 рази перевищувала таку в навколишній нормальній паренхімі.

В даний час з'явилася можливість діагностувати РПЗ на більш ранній, сприятливий для радикального лікування стадії і дати перспективну оцінку лікування локалізованого раку шляхом проведення суто спланованих досліджень. Диференціація внутрішньо-і екстракапсулярного характеру росту пухлини є основним критерієм у визначенні стадії захворювання, а саме стадії Т2 або Т3 РПЗ. Але ПСА має високу специфічність тільки при високих значеннях ($> 10\text{--}20$ нг/мл). Коливання рівня загального ПСА в межах 4-10 нг/мл неспецифічні і характерні як для раку, так і для більшості доброякісних захворювань ПЗ. Вважається "золотим стандартом" в дослідженні ПЗ ТРУЗД дає неправдиві висновки в 60% раку в стадії Т3, у зв'язку з чим диференціація між стадією Т2 і Т3 тільки на основі УЗД не може вважатися достатньою.

Основним методом діагностики РПЗ в цьому дослідженні було трансректальне УЗД (ТРУЗД). Додаткові відомості про стан ПЗ отримані в 118 спостереженнях при проведенні трансректального дослідження з УЗ-ангіографією. Так, практично в половині спостережень (52,3%) відзначалася асиметрична (у порівнянні з контралатеральною стороною) васкуляризація паренхіми ПЖ. При цьому в більшості спостережень уражені ділянки були гіперваскулярними (38,1%, $p < 0,05$). Проте у 32 випадках при проведенні досліджень в режимах кольорового та енергетичного доплерівського картування в ділянках ПЗ, уражених пухлиною, кількість судин була порівняною з таким, що визначалися в контралатеральній ділянці ПЗ з помірною деформацією судинного малюнка.

Основна увага при УЗД РПЗ приділялася оцінці регіонарної поширеності виявленого утворення. За даними УЗД переважали локалізовані, тобто обмежені власною капсулою, форми РПЗ (54,6%, $p < 0,05$), локалізувалися в одній частці ПЖ (63,8%, $p < 0,01$), що відповідало I і II (T2a) стадіями основного процесу.

У діагностиці первинної пухлини розрізнявальна здатність методів МСКТ і МРТ виявилася порівнянною між собою по переважній більшості ознак. Це положення відноситься як до оцінки змін з боку самої ПЖ, при цьому достовірних відмінностей між методами не виявлено, так і до оцінки самого новоутворення, достовірні відмінності відзначені виключно для різних розмірів та обсягів первинної пухлини.

При порівняльній оцінці розрізнявальної здатності методів МСКТ і МРТ у визначенні стадії РПЗ, що проводиться за аналогічними з УЗД критеріям, очевидно, що ці можливості порівняні поміж собою. Вірогідно вище вони виявилися лише для окремих критеріїв (локальна неоднорідність структури клітковини - 26%, $p < 0,05$) МРТ - оцінки перипростатичної клітковини.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що результативність променевих методів діагностики в визначенні II-IV стадії РПЗ статистично достовірно не розрізнялася. На підставі результатів операційної та патоморфологічної верифікації для оцінки діагностичної ефективності комплексного застосування променевих методів дослідження у визначенні стадії РПЗ розраховані показники чутливості променевого передопераційного визначення стадії РПЗ, які склали 91,8%, специфічності – 87,1% і достовірності отриманих висновків – 84,5%.

Важливо, що кожен з перелічених методів обстеження (визначення вмісту ПСА, пальцеве ректальне дослідження, УЗД) окремо не можуть бути використані ні в якості скринінг-методу, ні в якості діагностичного критерію наявності або відсутності РПЗ. Проте комбінація цих методів є оптимальною для діагностики РПЗ в поліклініці та стаціонарі.

Висновки.

1. Для первинної діагностики РПЗ оптимальним є проведення визначення рівня ПСА крові, проведення ПРД, трансректальне УЗД ПЗ.

2. В оцінці регіонарної поширеності і віддаленого метастазування основного процесу оптимальним є комплексне застосування УЗД, МСКТ і МРТ з урахуванням інформативності і наявності протипоказань для кожного методу.

3. Оптимальною є така послідовність променевої оцінки регіонарної поширеності первинної пухлини: екстраорганне поширення (цілісність, безперервність і диференціювання капсули ПЖ; щільність, структура, рівномірність і товщина перипростатичної клітковини; чітке диференціювання зовнішнього контуру пухлини) і внутрішньоорганне розповсюдження (диференціювання хірургічної капсули ПЗ).

Література:

1. Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов // Онкоурология. 2014. № 1. С. 6–8.
2. Александров В. П., Карелин М. И. Рак предстательной железы. СПб.: СПбМАПО, 2014.
3. Матвеев Б. П., Бухаркин Б. В., Комарова Л. Е. и др. Анализ предварительных результатов по скринингу рака предстательной железы // Урол. и нефрол. 2008. № 2. С. 30–34.
4. Blocker D.E., Romocki L.S., Thomas K.B. et al. Knowledge, beliefs and barriers associated with prostate cancer prevention and screening behaviors among African-American men // J. Natl. Med. Ass. 2015. V. 98. N 8. P. 1286–1295.
5. Watanabe M., Nakayama O., Shiraishi T. et al. Comparative studies of prostate cancer in Japan versus United States. A review // Urol. Oncol. 2015. V. 5. P. 274–283.

ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ПРОСТАТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЇЇ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ

Зайцев В.І., Ілюк І.І., Марчук О.А.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Рак простати (РП) за середньосвітовими даними посідає третє місце серед причин смерті від злоякісних новоутворень, а у деяких країнах він на першому місці. Так, у США в 2009 році приблизно 27 000 чоловіків померли від раку простати з 192 000 чоловіків, у яких виявлене захворювання. Це означає, що приблизно 15% всіх чоловіків з раком простати можуть умерти від нього. Однак, це ж значить, що приблизно 85% пацієнтів виживуть - доказ прогресу, зробленого сучасною наукою в лікуванні раку простати.

Рак простати відносно рідко діагностується на ранніх стадіях, так як в латентний період дане захворювання не дає практично ніяких клінічних патогномонічних симптомів. Достатньо значно частина РП виявляється випадково, при визначенні в крові рівня простатспецифічного антигену (ПСА), який являється основним онкомаркером РП. Іншим варіантом інцидентального виявлення РП є ситуація, коли він діагностується за результатами гістологічного дослідження після операцій у пацієнтів з доброякісною гіперплазією простати (ДГП). Частота такого виявлення сягає 10-15%. Враховуючи, що в літературі не описані можливі перед- чи післяопераційні можливі ознаки існування РП у пацієнтів з ДГП, нами було проведене дане дослідження.

Мета роботи: виявити прогностичні ознаки існування РП у пацієнтів з ДГП, у яких пухлина випадково була виявлена за результатами гістологічного обстеження після ТУРП, базуючись на даних стандартної історії хвороби.

Матеріали дослідження: було проаналізовано 110 історій хвороб чоловіків з передопераційним діагнозом «доброякісна гіперплазія простати», яким було проведено трансуретральну резекцію простати (ТУРП) та випадково виявлено РП. Жоден з цих пацієнтів не мав ніяких ознак існування РП перед втручанням. Пацієнти були поділені на 2 групи. Перша група складалася із 58 хворих, де діагноз ДГП після ТУРП та гістологічного дослідження матеріалу був підтверджений. Друга група складалася із 52 хворих, у яких після проведення гістологічного дослідження матеріалу діагноз був змінений на «рак простати».

Для аналізу відмінностей між групами нами спочатку була проаналізована література щодо можливих факторів ризику появи РП у чоловіків, виходячи із реальної клінічної практики, яка існує на Україні (тобто базуючись на даних стандартної історії хвороби).

У дослідженні використовувались такі показники: вік, наявність цукрового діабету, наявність гострої затримки сечі, оцінювалася вага пацієнта та інформація щодо ефективності попереднього