

АНАЛІЗ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА 5 РОКІВ

Стусь В.П.¹, Краснов В.М.^{1,2}, Поліон М.Ю.^{1,2}, Осінній І.А.², Дяговець С.А.²

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

²КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова», м. Дніпро

У 28 країнах Європейського союзу (ЄС), щорічно більш ніж у 120 000 людей діагностується рак сечового міхура (PCM) та понад 40 000 людей помирає (він є шостою причиною смертності). Рак сечового міхура коштував ЄС 4,9 мільярда € за 2012 рік, при цьому вартість послуг охорони здоров'я була 2,9 мільярда (59%), складаючи 5% від усіх витрат на онкологічну допомогу. На лікування раку сечового міхура у 2012 році витрачено 3% усієї вартості онкологічних захворювань у ЄС (143 мільярди €).

Покази до цистектомії (ЦЕ):

- при м'язово-інвазивному PCM;
- рецидив після органозберігаючого лікування;
- неперехідно-клітинні пухлини;
- з паліативною метою при кровотечі з сечового міхура;
- при розпаді пухлини;
- пухлинні нориці.

Вибір способу деривації сечі залежить від онкологічного статусу хворого, стану верхніх сечових шляхів та кишківника, самопочуття пацієнта, досвіду та уподобань хірурга. Як інконтинентні типи деривації у нашій клініці виконували уретерокутанеостомію та операцію Брікера, а як континентну деривацію – операцію Штудера.

Протягом 5 років спостереження (2012–2016 рр.) у нашій клініці виконано 193 цистектомії, з них деривацій за Брікером – 12, за Штудером – 21, тобто відсоток уретерокутанеостомій склав 82,9% (n=160). Проте у порівняльному аспекті відсоток уретерокутанеостомій нашої клініки зменшився з 88,6% у 2012 році до 57,9% у 2016 році, а кількість деривацій за Штудером та за Брікером, відповідно, зросла в 3,7 разу (з 11,4% до 42,1%).

Кількість ускладнень за шкалою Clavien-Dindo при виконанні уретерокутанеостомій: II – 145 (90,6%), III – 12 (7,5%), IV – 2 (1,3%), V – 1 (0,6%), при інших видах операцій: II – 31 (93,9%), III – 2 (6,1%). Середній бал за Карновським у хворих, яким виконали уретерокутанеостомію – $68,1 \pm 0,6$, деривацію за Брікером – $72,5 \pm 2,2$ ($p < 0,05$ порівняно з уретерокутанеостомією), для деривації за Штудером – $81,4 \pm 1,7$ ($p < 0,001$).

Таким чином, своєчасна діагностика захворювання, застосування сучасних підходів до лікування є важливим елементом удосконалення роботи, що дозволило збільшити кількість «кишкових» деривацій майже у 4 рази за 5 років.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПІДКОВОПОДІБНОЇ НИРКИ

Ухаль М.І., Ухаль О.М., Рачок І.В., Пустовойт І.П., Лунга Ю.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Вступ. Підковоподібна нирка складає близько 10% всіх аномалій нирок. Пухлини підковоподібної нирки зустрічаються у 2% хворих з цією аномалією. Оперативне лікування є методом вибору. Разом з тим, проведення органозберігаючих операцій при раку підковоподібної нирки є досить складним завданням у зв'язку з особливостями кровопостачання, загрозою ушкодження аномально розташованих магістральних судин, і, як наслідок, порушення функції нирки в післяопераційному періоді.

Для профілактики указаних ускладнень важливим є доопераційна ретельна діагностика кровопостачання підковоподібної нирки, а також застосування сучасних малоінвазивних оперативних можливостей інтервенційної радіології.

Метою нашої роботи є підвищення ефективності лікування раку підковоподібної нирки використовуючи сучасні можливості діагностики та оперативного втручання.

Матеріали та методи. Наш досвід застосування сучасного підходу до діагностики та оперативного лікування раку підковоподібної нирки торкається двох пацієнтів чоловічої статі у віці 58 та 62 років. У обох випадках пухлини підковоподібної нирки були виявлені при УЗД органів черевної порожнини без явних клінічних ознак пухлинного процесу у нирках.

У хворого М. пухлина розташовувалася у верхньому полюсі правої половини підковоподібної нирки.

У хворого Ф. пухлина розташовувалася в нижньому полюсі правої половини нирки з поширенням на область воріт та на перешийок підковоподібної нирки.

Для доопераційної верифікації характеру пухлинного процесу, особливості кровопостачання пухлин, а також топічного розташування магістральних судин підковоподібної нирки нами використано МСКТ із спліт-болюсним контрастуванням нирок і судин.

Результати та їх обговорення: За допомогою МСКТ та спліт-болюсного контрастуванням нами чітко діагностована особливість кровопостачання пухлин і топічне розташування магістральних судин, а також підтверджені променеві ознаки злоякісного характеру пухлин та точні їх тривимірні розміри. При цьому, у хворого М. розміри пухлини були в межах $4 \times 3 \times 3$ см, у хворого Ф. – $4,5 \times 3 \times 3$ см. Це дозволило вибрати оптимальні методи оперативного лікування. Так, у хворого М. за добу до проведення резекції правої половини ниркової тканини, ураженої пухлиною, зроблена супер селективна катетеризація гілки артерії, яка кровопостачала пухлину та виконана її спиртова хіміоемболізація.

Через добу після хіміоемболізації, виконана резекція ниркової тканини враженої пухлиною. Резекція нирки виконана в межах зони ішемії.

За даними гістологічного дослідження видаленої пухлини мав місце світлоклітинний рак нирки. У краю ниркової тканини із зони резекції, пухлинної інвазії не виявлено. Післяопераційний період протікав гладко. Післяопераційний ліжко – день 8 днів. При УЗД з доплерографією та МРТ через 6 і 12 місяців, ознак пухлинного процесу в підковоподібній нирці не виявлено.

У хворого Ф. виконана резекція нижньої правої половини і перешийка підковоподібної нирки з одночасною репозицією половин нирки в поперекові зони. Завдяки доопераційній чіткій топічній діагностиці магістральних судин підковоподібної нирки вдалося уникнути їх ушкодження та зберегти функцію обох половин нирки в післяопераційному періоді.

За даними гістологічного дослідження мав місце світлоклітинний рак нирки. У краю ниркової тканини із зони резекції пухлинної інвазії не виявлено. Післяопераційний період в цілому протікав