

делеціями в генах глутатіон-S-трансферази GSTM1 GSTT1 у представників різних рас та популяцій (Yu C. et al., 2017).

Також є припущення щодо впливу ксенобіотиків на розвиток раку сечового міхура, які базуються на парному дослідженні ураженої та неуразеної стінки сечового міхура. Abdel-Gawars M. та спіавт. (2016) встановили більш високу концентрацію арсену, свинцю, селену, стронцію, цинку та алюмінію в ураженій пухлиною стінці сечового міхура, а Chang S.N. та спіавт. (2016) визначили більший вміст арсену, кадмію, хрому, нікелю та свинцю у сечі хворих на уротеліальну карциному. Tomasz Golabek зі спіавторами (2017) встановив, що концентрація хрому в ураженій пухлиною частині сечового міхура вище, ніж у незмінній. Taiwo O.A. та спіавт. (2015), навпаки, не змогли довести позитивну роль скринінгу раку сечового міхура серед робітників алюмінієвих виробництв.

Таким чином, вплив генетичних, молекулярних, екологічних факторів на розвиток раку сечового міхура не є достатньо вивченим, а подекуди наукові дані мають протиріччя та нечисельні. Це обґрунтовує наукову та практичну важливість ретро- та проспективних досліджень цієї проблематики.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОЗАДИЛОННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO.

Хареба Г.Г., Шукин Д.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков
КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г.Харьков

Введение. Наиболее распространенным методом радикального лечения РПЖ является радикальная простатэктомия (РПЭ) – одна из самых часто выполняемых операций в мире. РПЭ считается технически сложной операцией, и её выполнение может сопровождаться рядом осложнений.

Цель исследования. Ретроспективно оценить частоту осложнений позадилонной РПЭ по классификации Clavien-Dindo.

Материалы и методы. Проанализированы осложнения РПЭ у 513 пациентов. Операции выполнялись в КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала», г. Харькова в период с 2006 по 2016 год. Для этого использовалась классификация Clavien-Dindo (The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications, 2009).

Классификация хирургических осложнений Clavien-Dindo

Степень	Определение
I	Любые отклонения от нормального послеоперационного течения, не требующие медикаментозного лечения или хирургического, эндоскопического, радиологического вмешательства. Разрешается терапевтическое лечение: антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты, физиотерапия. Сюда же относится лечение раневой инфекции.
II	Требуется лечение в виде гемотрансфузии, энтерального или парентерального питания.
III	Требуется хирургическое, эндоскопическое или радиологическое вмешательство:
IIIa	Вмешательство без общего обезболивания.
IIIb	Вмешательство под общим обезболиванием.
IV	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС)*, требующие интенсивной терапии, наблюдения в отделении реанимации, резекции органа:
IVa	Недостаточность одного органа.
IVb	Полиорганная недостаточность.
V	Смерть больного.

*Геморрагический инсульт, ишемический инсульт, субарахноидальное кровотечение, за исключением транзиторной ишемической атаки.

Все РПЭ были выполнены позадилоном доступом. Возраст больных составил от 45 до 89 лет (Средний возраст: $66 \pm 3,4$ года). Основной метод обезболивания – перидуральная анестезия в сочетании с искусственной вентиляцией лёгких. Средний уровень ПСА до операции – $16,6 \pm 3,8$ нг/мл (минимальный – 1,2 нг/мл; максимальный – 130 нг/мл). Распределение оперированных больных по стадиям РПЖ до операции: T1N0M0 – 27,5% (141 чел.); T2N0M0 – 59,5% (305 чел.); T3N0-XM0 – 13,1% (67 чел.); T4N0-XM0 – 0%. Средняя длительность пребывания больных в стационаре: $16,1 \pm 1,4$ дня. Катетер из мочевого пузыря извлекался в среднем на $12,3 \pm 1,3$ сутки после операции.

Результаты исследования.

Осложнения I степени: 36 (7,02%) случаев раневой инфекции; длительная (более 10 суток) лимфоррея после лимфаденектомии – 67 (13%); переустановка катетера Фоллея в послеоперационном периоде - 15 (2,92%).

Осложнения II степени: проведение гемотрансфузии – 88 (17,2%).

Осложнения IIIa степени: повторные операции для переустановки уретрального катетера – 3 (0,6%);

Осложнения IIIb степени: операция для повторного наложения пузырно-уретрального анастомоза – 1 (0,2%); значительные гематомы послеоперационной раны – 3 (0,6%); повторная операция с целью остановки кровотечения – 2 (0,4%); открытая операция для дренирования лимфоцеле – 1 (0,2%);

Осложнения IV степени: инфаркт миокарда в послеоперационном периоде – 2 (0,39%)

Осложнения V степени: смерть пациента – 2 (0,39%), у одного из них смерть связана с массивной кровопотерей.

Также отмечались интраоперационные осложнения: травма прямой кишки с её ушиванием – 5 больных (0,97%); травма мочеточника с наложением уретероцистоанастомоза – 1 (0,2%);

Выводы. Среди послеоперационных осложнений РПЭ преобладают осложнения I степени. Довольно высока частота гемотрансфузий (осложнения II степени), но они больше выполнялись на более раннем этапе (периоде освоения операции). Частота более тяжёлых осложнений (IIIb степени и выше) невысокая.

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ ОНКОЛОГІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛОКАЛІЗОВАНИЙ РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Шамраєв С.М., Соснін М.Д., Леоненко А.М., Грицаюк А.А.
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ*

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) – це одна із найбільш розповсюджених злоякісних пухлин чоловічого населення.

В Україні поширеність РПЗ з 1994 по 2013 рр. зросла у 44 рази, а приріст загальної чисельності хворих становив 125,6% [1]. У США РПЗ займає друге місце в якості причини смерті дорослих чоловіків від онкологічних захворювань [2], а сумарно рак простати, легень, бронхів та колоректальний рак становлять близько 50% всіх нововиявлених неоплазій [3].

Кумулятивний ризик захворювання чоловічого населення на РПЗ в Україні на протязі життя (від 0 до 74 р.) складає 2,3%, для Італії цей показник становить 2,1%, Швейцарії 2,97%, а для Франції 2,6% [4].

В нинішню еру ПСА скринінгу локалізований РПЗ все частіше діагностується у молодих, працездатних, соціально та сексуально активних чоловіків. Методом першого вибору у лікуванні таких хворих є радикальна простатектомія (РПЕ). За більш ніж столітню історію розвитку, впровадження та удосконалення РПЕ розроблено цілий арсенал методик та підходів до її виконання, так на ряду із «традиційними» трансперинеальною