

Фурманом (помірнодиференційована пухлина). Остаточний діагноз: рак правої нирки pT3aN0M0 стадія ІІІ, клінічна група 3. Пацієнт підлягає ретельному післяопераційному спостереженню. Особливостями даного випадку є молодий вік пацієнта, невеликий розмір пухлини (4 см) та можливість збереження нирки.

Клінічний випадок 3. Хворий А., 58 років. В анамнезі – аномалія розвитку лівої нирки: повне подвоєння лівої нирки, термінальний уретерогідронефроз нижньої половини лівої нирки. Скарг з боку нирок не виказував, не дивлячись на вроджену патологію нирок. При диспансерному огляді випадково була виявлена пухлина правої нирки. Оскільки КТ-картина схожа на доброякісну пухлину нирки, як терапевтична тактика обрана резекція правої нирки. Висновок патогістологічного дослідження – онкоцитом нирки. У процесі лікування нирка збережена. Особливість даного випадку полягає у наявності двобічної патології нирок: вродженої аномалії зліва і пухлинного ураження справа. Доброякісний характер пухлини зумовив можливість проведення органозберігаючої операції.

Клінічний випадок 4. Хворий С., 47 років. При плановому диспансерному огляді виявлено новоутворення лівої нирки. За даними КТ з контрастним підсиленням – пухлина діаметром 7 см середнього та нижнього сегменту лівої нирки, в чіткій капсулі, однорідної структури. Незважаючи на великий розмір пухлини та її центральну відносно воріт нирки локалізацію, виконана органозберігаюча операція – резекція нирки. Висновок патогістологічного дослідження – хромобластна карцинома нирки.

Як бачимо, завеликі розміри пухлини, місцеве її поширення, наявність пухлинних тромбів у судинах та деякі інші ознаки локального розповсюдження онкопроцесу далеко не завжди унеможливають виконання нефронозберігаючої операції. Ретельна персоніфікована оцінка загального стану пацієнта та локальних особливостей ураження нирки пухлиною, з одного боку, кваліфікація і досвід хірурга та злагоджена робота усіх фахівців, що забезпечують хід операції з іншого, сприяють успішному виконанню резекції нирки навіть за умов наявності деяких ускладнюючих або обмежуючих хірургічне втручання факторів. До того ж, хоча й нечасто, але пухлини нирок можуть визначатися вже при патогістологічному дослідженні доброякісними, що в такому разі зводить нанівець доцільність проведеної нефректомії.

В цілому, узагальнення досить великого світового і багаторічного власного досвіду хірургічного лікування пухлин нирок запевняє у пріоритетності органозберігаючого підходу за умов, що це технічно можливо і не суперечить онкологічній доцільності.

Література:

1. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 18. К. - 2017.
2. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Kidney cancer. Version 1.2018 – September 7, 2017.
3. Hung-Jui Tan, E.C. Norton, Z Ye et al. Long-term survival following partial versus radical nephrectomy among older patients with early-stage kidney cancer / JAMA. 2012 Apr 18; 307(15).
4. P. Zapala, B. Dybowski, N. Miazek et al. Open partial nephrectomy for entirely intraparenchymal tumors: a matched case-control study of oncologic outcome and complication rate / Braz J Urol. 2017; 43(2): 209–215.
5. M.Spalliviero, B.Ying Poon, O. Aras, et al. Interobserver Variability of R.E.N.A.L., Padua, and Centrality Index Nephrometry Score Systems / World J Urol. 2015 Jun; 33(6): 853–858.
6. T. Klatte, V. Ficarra, C. Gratzke et al. A Literature Review of Renal Surgical Anatomy and Surgical Strategies for Partial Nephrectomy / Eur Urol. 2015 Dec; 68(6): 980–992.
7. Клінічні рекомендації Європейської асоціації урології <https://uroweb.org/guidelines/>

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ ТАЗА НА УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН

Савенков В.И., Гарагатый А.И., Колупаев С.М.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шاپовала», г. Харьков

Несмотря на то, что синдром нижних мочевых путей не является заболеванием, угрожающим жизни пациента, все же, по различным данным, до 40% обращений к урологу приходится на данную патологию. При этом если у мужчин в жалобах преобладает ирритативная симптоматика, то у женщин основным поводом к обращению к врачу служит чаще всего недержание мочи, носящее как стрессовый, так и постоянный характер.

Целью нашего исследования было оценить выраженность стрессового недержания мочи у женщин в зависимости от перенесенного хирургического лечения, в частности, гистерэктомии.

Материалы и методы. Нами были оценены результаты уродинамического исследования 24 пациенток, перенесших гистерэктомию с июня 2016 по август 2017 гг. по различным причинам (группа І). Контрольную группу составили 23 здоровых женщины с сохраненной маткой и без признаков гиперактивности мочевого пузыря, согласившихся пройти уродинамическое обследование

(група II). Условием включения в исследование служило также отсутствие в анамнезе кесарева сечения или других оперативных вмешательств на органах малого таза. Также пациентки обеих групп минимум в течение 1 месяца до прохождения контрольного комплексного уродинамического исследования (КУДИ) не получали медикаментозного лечения по поводу синдрома нижних мочевых путей.

Обе группы были сопоставимы по возрасту, общему состоянию и наличию сопутствующей патологии. Пациентки с подтвержденным ранее диагнозом гиперактивного мочевого пузыря в исследование включены не были, также как и больные с подтвержденным диагнозом стрессового недержания мочи.

Клинические проявления уродинамических нарушений оценивали по результатам анкетирования по шкале I-PSS. При оценке результатов уродинамического исследования обеих групп пациенток обращали внимание на возраст, конституцию пациенток, количество перенесенных родов, частоту воспалительных заболеваний нижних мочевых путей. Полученные данные оценивали с помощью статистической обработки в программе Stata 14.1.

Результаты. Уродинамические нарушения при анкетирования по шкале I-PSS констатированы у 6 пациенток (25,0 %) группы I. Средняя сумма у них составила 16 баллов, тогда как в группе II данный результат составил в среднем 7 баллов.

В группе I при КУДИ у 2 больных имелись признаки хронической задержки мочи (объем остаточной мочи 35 мл и 21 мл). Гиперактивность мочевого пузыря была отмечена у 9 пациенток (37,5 %): отмечалось повышение внутрипузырного давления в среднем на 32 мл, 97 мл (с повышением давления до 45 см H₂O), а также на 172 мл (91 см H₂O). Максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря составила 430 мл. Наполнение неоциста выше 450 мл в 19 случаях привело к дополнительному сокращению с повышением давления до 102 см H₂O с выраженной утечкой мочи.

Появление первого позыва к мочеиспусканию в группе I отмечено в среднем на 89 мл, нормальный позыв отмечен на 112 мл, сильный позыв – на 260 мл введенного раствора. Среднее значение максимального давления закрытия уретры в группе I составило 78,2±3,1 см H₂O, что было расценено как ослабление сфинктера мочевого пузыря.

Среднее значение уровня давления потери мочи при пробе Вальсальвы среди пациенток группы I составило 72,2 см H₂O. В группе II данный показатель составил 99,3 см H₂O. Данное различие явилось значимым даже с учетом оценки вышеописанных переменных (p<0.05).

По данным уродинамического исследования в контрольной группе было выявлено два случая гиперактивности мочевого пузыря (без клинических проявлений): у одной пациентки была отмечена гиперактивность детрузора на 53 мл, 78 мл введенного раствора с повышением давления до 41 см H₂O, а также на 178 мл – до 82 см H₂O, однако, без потери мочи; у второй пациентки гиперактивность выявлена на 69 мл и 183 мл с повышением детрузорного давления до 69 см H₂O, также без потери мочи.

В остальном, результаты КУДИ в группе II были сопоставимы с нормальными номограммами: первый позыв отмечен в среднем на 96 мл введенного раствора (скорость введения 50 мл/мин), нормальный позыв – на 148 мл, сильный позыв – на 287 мл. Максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря составила в среднем 476 мл. Максимальное давление закрытия уретры составило 99,4±4,1 см H₂O.

Выводы. Таким образом, было выявлено значимое снижение качества мочеиспускания у пациенток, перенесших гистерэктомию, при ухудшении у них основных уродинамических показателей с тенденцией к развитию стрессового недержания мочи, что свидетельствует о негативном влиянии этой операции на уродинамику.

Превышение количества пациенток с негативными данными КУДИ в сравнении с клинически значимыми указывает на наличие скрытых, потенциально опасных случаев в плане развития таких нарушений в последующем. Это подтверждает значимость уродинамического исследования в раннем выявлении и профилактике возможных нарушений мочеиспускания у пациенток после гистерэктомии.