

маркерів на даний момент виконуються дослідження референтних значень експресії досліджуваних мікроРНК в умовно здорових осіб у порівнянні із нормуючою мікроРНК U6 (на етапі завершення).

Адреса для листування

В.М. Григоренко
E-mail: grygorenkosl@gmail.com

Висновки. Проведені дослідження свідчать про перспективність мікроРНК-30с та мікроРНК-138 як можливих генетичних онко-маркерів світлоклітинної форми НКР, виявлені дані потребують подальших досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ З ВНУТРІШНЬОВЕННИМ ПОШИРЕННЯМ

В.М. Лісовий, Д.В. Шукін, І.А. Гарагатий, Г.Г. Хареба, М.М. Поляков

Харківський національний медичний університет

Вступ. Ми провели ретроспективну оцінку результатів хірургічного лікування пацієнтів з внутрішньовенним поширенням нирково-клітинного раку, яким проводилася нефректомія з тромбектомією.

Матеріали та методи дослідження. Група нефректомії з тромбектомією включала 132 пацієнти, серед яких чоловіків було 74 (56,1%), а жінок – 58 (43,9%). Їхній вік варіював від 33 до 80 років і складав у середньому $58,6 \pm 12,8$ року. Пухлини правої нирки спостерігалися в 61 (46,2%) випадку, тоді як лівобічні новоутворення мали місце у 71 (53,8%) хворого. Розміри патологічних вогнищ в нирці коливалися від 35 мм до 198 мм і в середньому досягали $87 \pm 18,4$ мм. Гістологічна структура новоутворень відповідала світлоклітинному НКР в усіх спостереженнях.

Відповідно до рівнів локалізації дистального кінця інтралюмінальної пухлини в НПВ переважали тромби підпечінкового сегмента порожнистої вени (18,9%). Проте, загальна частота так званих «високих» тромбів (ретропечінковий, супрадіафрагмальний сегмент НПВ і праве передсердя) досягала 19,0%.

Інвазія основної пухлини в паранефральну клітковину або клітковину ниркового синусу була виявлена у 66 (50%) пацієнтів, проростання новоутворення в порожнинну систему нирки зафіксоване в 21 (15,9%) спостереженні. Віддалені і регіональні метастази мали місце у 29 (21,9%) хворих (віддалені – у 25 (18,9%), лімфатичні – у 12 (9,1%)). Поєднання віддале-

них і лімфатичних метастазів відзначалося в 7 (5,3%) випадках.

Доопераційне дослідження пацієнтів включало клінічне обстеження та лабораторні аналізи. Усім хворим проводилося ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і зачревного простору, комп'ютерна томографія легень, органів черевної порожнини і тазу. В усіх 132 спостереженнях використовувався хірургічний доступ «шеврон».

Результати. Середня тривалість госпіталізації усіх 132 пацієнтів склала $18,0 \pm 3,8$ доби, а середня тривалість операції – $186,3 \pm 38,8$ хв. Загальний рівень періопераційних ускладнень досягав 56,8% (75 з 132 пацієнтів). Інтраопераційні ускладнення були зафіксовані у 59 (44,7%) хворих, післяопераційні – у 36 (27,3%). Періопераційна летальність зафіксована в 10 (7,6%) випадках. Більшість смертей відзначалася під час операції – 7 (5,3%). В ранньому післяопераційному періоді (до 30 діб) померли 3 (2,3%) пацієнти.

У групі пацієнтів з пухлинними тромбами тільки ниркової вени летальність не була зафіксована. Отже, загальний показник смертності серед 69 хворих з тромбами НПВ складав (14,5%). Цей параметр мав найбільші значення в групі супрадіафрагмального поширення раку і достовірно відрізнявся при порівнянні результатів хірургії «високих» (супрадіафрагмальних і ретропечінкових) пухлинних тромбів і тромбів нижчої локалізації ($p < 0,05$).

Післяопераційні ускладнення також достовірно рідше зустрічалися у пацієнтів з тром-

бами, обмеженими тільки нирковою веною (12,7% – 8 з 63 спостережень) у порівнянні з групою кавального поширення ($p < 0,038$). Це стосувалось як легких, так і важких ускладнень.

Середній період спостереження за усіма пацієнтами, що увійшли до аналізу виживаності, складав $30,6 \pm 5,6$ міс. Медіана загальної виживаності в усій групі досягала 48,0 місяців ($Me=48$; $Q_{25-75}=30-60$), а медіана виживаності без прогресії – 30,0 місяців ($Me=30$; $Q_{25-75}=18-48$). Загальна 2- і 5-річна виживаність пацієнтів без метастазів не перевищувала 83,8% і 36,9 % відповідно, а вільна від рецидиву виживаність – 73,3% і 13,5%. Прогресія пухлини була виявлена у 63 (64,3%) пацієнтів у середньому через $25,8 \pm 4,6$ міс. Від неопластичної прогресії померло 38 (38,8%) хворих.

Аналіз онкологічних результатів залежно від рівня поширення пухлинного тромбу показав, що прогресія захворювання була зафіксована у 34 (64,2%) з 53 хворих з тромбами ниркової вени і у 29 (64,4%) з 45 пацієнтів з тромбами НПВ ($p > 0,426$). Медіани загальної виживаності та виживаності без прогресії в обох групах достовірно не відрізнялися. Статистичних відмінностей від рівнів загальної виживаності або виживаності без прогресії у пацієнтів цих груп (ниркова вена/НПВ) також виявлено не було.

Стосовно впливу рівня поширення тромбу в НПВ на тривалість життя, необхідно відмітити, що достовірно гірші параметри загальної ви-

живаності були зафіксовані в групі тромбів ретропечінкового відділу НПВ ($p < 0,016$ при порівнянні з тромбами каворенального, $p < 0,036$ – підпечінкового і $p < 0,025$ – супрадіафрагмального відділу НПВ).

При дослідженні прогностичного значення деяких клініко-морфологічних параметрів пухлини за допомогою уніваріантного аналізу було виявлено, що виживаність оперованих пацієнтів залежить від їх загального стану (статус за шкалою ECOG 1-2), гістологічної градації пухлини (градація 3–4/градація 1–2), інвазії пухлини в стінку НПВ і рівня тромбу в НПВ (ретропечінковий відділ НПВ і вище/нижче за ретропечінковий відділ НПВ).

Такі фактори, як присутність симптомів, розмір пухлини, інвазія новоутворення в жирову клітковину, консистенція тромбу і наявність тромбу в НПВ не були статистично значущими. Проте, при використанні мультиваріантного аналізу було виявлено, що достовірно прогностичне значення мав тільки такий параметр, як локалізація верхівки пухлинного тромбу на рівні ретропечінкового відділу НПВ і вище ($p < 0,0474$).

Висновки. Наша робота продемонструвала відсутність відмінностей показників виживаності у пацієнтів з тромбами ниркової вени і тромбами НПВ. Згідно з даними мультиваріантного аналізу статистичне значення мав тільки рівень тромбу в НПВ.

Адреса для листування

Д.В. Щукін

E-mail: urology.edu.ua@gmail.com

ПРОФІЛАКТИКА РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЧЕРЕЗМІХУРОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ З ГОСТРОЮ ЗАТРИМКОЮ СЕЧІ, ІНФІКОВАНИХ TRICHO MONAS VAGINALIS

С.П. Пасечніков^{1,2}, С.В. Нашеда²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

Мета дослідження: покращити результати черезміхурової простатектомії у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДППЗ), ускладнену гострою затрим-

кою сечі (ГЗС), інфікованих *Trichomonas vaginalis*, шляхом застосування етіотропної профілактики ранніх післяопераційних ускладнень (РПУ).