

УРОДИНАМІЧНИЙ МОНІТОРИНГ НЕЙРОГЕННИХ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ

Ю.М. Дехтяр, Ф.І. Костєв, К.А. Залива, І.О. Главацький

Одеський національний медичний університет

Вступ. Проблема нейрогенних порушень акту сечовипускання є актуальною як у жінок, так і у чоловіків. Порушення функції нижніх сечових шляхів і розлади сечовипускання викликані гіперактивністю сечового міхура призводять до важких фізичних та моральних страждань, зумовлених глибокою психічною травмою, сексуальним конфліктом, розвитком неврозу і неврастенії.

Мета дослідження: визначення уродинамічних патернів, характерних для нейрогенних порушень акту сечовипускання в залежності від локалізації ураження нервової системи.

Матеріали і методи. Комбіноване уродинамічне дослідження було проведене 41 хворому з судинними захворюваннями головного та спинного мозку та 37 хворим, які страждають на різні форми дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) і мають функціональні порушення акту сечовипускання.

Результати. Встановлено, що у більшості хворих (69%) присутність більш ніж одного уродинамічного симптому (УС). Поширеність окремих УС або їхнє сполучення у хворих, що перебувають під впливом розладів нейрорегуляції НСШ в залежності від локалізації ураження нервової системи, була наступною. Для

коркових порушень сечовипускання в тім'яних долях більш характерні моторні сфінктерні розлади сечовипускання: детрузорно-сфінктерна диссинергія та псевдодиссинергія у 47% хворих. Для порушень сечовипускання в лобових долях більш характерні сенсорні розлади: нейрогенний сечовий міхур (СМ) без детрузорної гіперактивності (гіперсенсорна форма) – з 54%; гіпо-сенсорна форма нейрогенного СМ – 17%. Підкіркові розлади сечовипускання проявляються зниженням скоротливої активності детрузора (гіпотонія) – 36% та сфінктерними розладами – 28%. Для мозжечкових розладів сечовипускання найбільш характерні моторні детрузорні розлади – 43%.

Висновки. Порушення уродинаміки у хворих з ураженням нервової системи характеризуються зниженням здатності СМ до накопичення й утримання сечі за нормального або низького внутрішньоміхурового тиску, чому головною причиною є гіперсенсорність СМ. Вона визначає наполегливу потребу випорожнити СМ одразу після появи позиву. Другою особливістю є часте сполучення нестабільності СМ з ознаками обструктивного сечовипускання. Останнє найчастіше обумовлено первинною обструкцією шийки СМ.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВО-НЕІНВАЗИВНИМ РАКОМ СЕЧОВОГО МІХУРА, ЩО ОТРИМУЮТЬ ВНУТРІШНЬОМІХУРОВУ ГІПЕРТЕРМІЧНУ ХІМІОТЕРАПІЮ

Р.С. Чистяков, Ф.І. Костєв, О.І. Ткаченко, В.В. Лисенко

Одеський національний медичний університет

Вступ. EUA 2019 Guidelines рекомендують хворим на м'язово-неінвазивний рак сечового міхура високого ризику (МНРСМ) проводити або внутрішньоміхуровий курс БЦЖ-терапії як ад'ювантного лікування після ТУР, або виконувати радикальну цистектомію. Крім ефективності, якість життя (QoL) – це один із факторів при виборі

методу лікування. Гіпертермічна інтравезикальна хіміотерапія (HIVES) може бути альтернативним методом для цієї категорії хворих.

Мета дослідження: оцінка якості життя пацієнтів, яким проводилася внутрішньоміхурова гіпертермічна хіміоперфузія за допомогою системи COMBAT BRS.

Матеріали та методи. У 15 пацієнтів з МНРСМ, яким було заплановано ендовезикальне лікування, проспективно оцінювали якість життя, а також побічні ефекти протягом курсу лікування. Протокол лікування складав шести-тижневий курс інстиляцій Мітоміцина – С в дозі 40 мг з постійною температурою 43–44 °С протягом 50–60 хвилин один раз на тиждень за допомогою системи Combat BRS-HIVEC. Анкети IPSS, FACT BL, QLQ-C30 та шкала оцінки небажаних явищ СТСАЕ v 5.0 використовувались для оцінки якості життя та побічних ефектів. Оцінку QoL та показників загального аналізу сечі проводили перед кожним сеансом гіпертермічної хіміоперфузії, після сеансу оцінювались побічні ефекти (АЕ).

Результати. Усі пацієнти пройшли шести-тижневий курс інстиляцій Мітоміцина-С, всього було проведено 90 інстиляцій. Згідно зі СТСАЕ, найбільш актуальними побічними ефектами були АЕ 1–2-го ступенів: біль 14–24%, спазми сечового міхура 6–28% та гематурія 3–16%. Один пацієнт мав небажане явище 2-го ступеня (ли-

хоманка) протягом 2-го циклу; 2 пацієнти мали АЕ 1-го ступеня (бульозний дерматит) на циклі 3–4; всі пацієнти добре переносили лікування. Побічних ефектів 3–4-го ступенів не спостерігалось. Що стосується змін рівня якості життя за даними анкет IPSS, FACT BL, QLQ-C30, то протягом періоду лікування близько 50–60% пацієнтів демонстрували помірне погіршення якості життя на 4–5-му сеансі гіпертермічної хіміоперфузії, але у всіх пацієнтів покращувалась QoL в кінці курсу внутрішньоміхурових інстиляцій.

Висновки

Гіпертермічна хіміотерапія виявилася безпечною альтернативою для лікування МНРСМ проміжного та високого ризику, з побічними ефектами переважно 1–2-го ступенів. Лікування методом гіпертермічної внутрішньоміхурової хіміоперфузії добре переноситься, не додаючи значно більше побічних ефектів, ніж інстиляція окремо Мітоміцина-С, та не має гіршого профілю токсичності, ніж ті, що відображені в літературі щодо лікування БЦЖ.

МІСЦЕ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (РПЗ)

В.П. Чайковський, С.П. Стюпушкін, Р.В. Соколенко, В.А. Черниловський

КЗ «Міська клінічна лікарня № 4» ДМР»

Вступ. РПЗ – найбільш поширена злоякісна пухлина у літніх чоловіків в Європі. В даний час радикальна простатектомія (РПЕ) – єдиний метод лікування локалізованого РПЗ, який дає перевагу в канцерспецифічній виживаності в порівнянні з вичікувальною тактикою. У той же час, тактика лікування місцево-поширеного РПЗ – одне з найбільш неоднозначних питань сучасної онкології.

Мета дослідження: вивчити місце циторедуктивної простатектомії в лікуванні клінічно місцево-поширеного РПЗ.

Матеріали та методи. У нашому відділенні з 2012 до 2019 р. виконано 107 радикальних простатектомій. З цього числа 33 (31%) хворим виконана циторедуктивна простатектомія на стадії Т3–4 N0–1 M0. Циторедуктивна РПЕ виконувалася пацієнтам з передбачуваною тривалістю життя більше 10 років. Середній вік пацієнтів склав 64 роки (55–68 років). У 50% чоловіків мала місце інфравезикальна об-

струкція. Одному пацієнтові перед операцією була накладена троакарна цистостома, трьом пацієнтам була виконана порціална ТУР передміхурової залози. На етапі верифікації діагнозу ПСА в середньому був на рівні 37 нг/мл (20–134 нг/мл). 75% пацієнтів перед операцією проводилася неoad'ювантна ГТ від 1 до 5 місяців. ПСА на момент виконання операції становив в середньому 9 нг/мл (0,58–29 нг/мл), а обсяг передміхурової залози складав в середньому 62 см³ (17–106 см³). Після операції гістологічно у всіх пацієнтів був підтверджений екстракапсулярний ріст РПЗ. Інвазія сім'яних пухирців була визначена у 45% пацієнтів. Стадія Т4 спостерігалася у 14% пацієнтів. Всім пацієнтам виконувалася розширена тазова лімфаденектомія. Наявність метастазів в регіональних лімфатичних вузлах підтверджено у 36% пацієнтів гістологічно. Співвідношення РПЗ середнього і високого ризику становило 67/33. Рівень Глісона становив: ≤6 у 6 (18%), 7 (3+4) – у 8 (24%), 7 (4+3) – у 15 (46%), ≥8 – у 4 (12%) пацієнтів.