

Диференціація ступеня ішемічного ушкодження паренхіми нирки у хворих на нефролітіаз із обструкцією сечоводу

С.О. Возіанов, В.В. Черненко, Л.Я. Мигаль, Г.Г. Нікуліна, Р.Є. Ладнюк, Н.І. Желтовська, А.Л. Ключ, І.Є. Сербіна, В.Й. Савчук

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Обструктивне ураження конкрементом сечоводу у хворих на нефролітіаз (НЛ), поширеність якого в Україні складає майже 40%, призводить до розладу уродинаміки, гемодинаміки і мікроциркуляції з боку обструкції та як наслідок – до розвитку гіпоксично-ішемічних ушкоджень паренхіми нирки. Ступінь цього ушкодження суттєво коливається, що й зумовлює актуальність своєчасної його діагностики та відповідно своєчасного лікування. Визначення активності ензимів сечі – це найбільш інформативний та неінвазивний метод, що об'єктивно відображує стан гіпоксично-ішемічних порушень у паренхімі нирки.

Обстежено 53 хворих віком від 17 до 65 років з верифікованим діагнозом – НЛ, перебіг якого було ускладнено обструкцією сечоводу конкрементом, та 30 практично здорових осіб того самого віку. Ступінь порушення ішемічних ушкоджень паренхіми нирки оцінювали за рівнем активності лізо-

сомних канальцевих ферментів Н-ацетил-β-D-глюкозамінази (НАГ) та β-галактозидази (β-Гал) у сечі з ниркової миски, яку отримували під час катетеризації або під час операції. Установлено, що у разі збільшення рівнів НАГ вище за контрольні значення у середньому у 2,5, а β-Гал у 1,5 разу діагностують перший або початковий, у 3,5 та відповідно у 2,0 разу – другий або помірний та у 4,5 та відповідно у 2,5 разу – третій або виражений ступінь ішемічного ушкодження паренхіми нирки.

Отже, отримані дані свідчать про можливість використання рівнів активності НАГ та β-Гал у хворих на НЛ щодо диференціації ступеня порушення ішемічного ушкодження паренхіми нирки та визначення на цій підставі обсягу та тривалості необхідних лікувальних заходів для оптимізації безпосередніх та віддалених результатів оперативного втручання.

Ад'ювантна та рятівна променева терапія у хворих на рак передміхурової залози

Ю.В. Жильчук¹, В.С. Сакало¹, Ю.М. Бондаренко¹, А.В. Сакало¹, О.А. Черниченко¹, В.В. Мрачковський², А.В. Кондратенко², Ю.Ю. Куранов², П.М. Салій², Я.В. Левчишин²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Радикальна простатектомія (РПЕ) забезпечує довготривалий місцевий контроль у пацієнтів з локалізованим раком передміхурової залози (РПЗ). Разом із тим, біохімічний рецидив (БР) після РПЕ зустрічається приблизно у 15–40% хворих протягом 5 років. Післяопераційна променева терапія залишається основним методом лікування для таких пацієнтів. Лікування може здійснюватися безпосередньо після РПЕ з оцінюванням факторів ризику – ад'ювантна променева терапія (АПТ), або виконуватися у випадках біохімічного рецидиву – рятівна променева терапія (РПТ).

Мета дослідження: ретроспективне порівняльне оцінювання результатів виживаності у пацієнтів з несприятливими прогностичними факторами, які отримували АПТ та РПТ після РПЕ.

Матеріали та методи. За період 2002–2012 рр. на базі ДУ «Інститут урології НАМН України» спостерігали 62 пацієнтів, хворих на РПЗ зі стадією pT₂₋₄N₀M₀. Вік пацієнтів був від 46 до 70 років (середній вік 62,3 року). Усім хворим була виконана РПЕ. Порівняльна характеристика базувалася на таких показниках: біохімічно-безрецидивна виживаність (ББВ), безметастатична виживаність

(БМВ), загальна виживаність (ЗВ). Для пацієнтів, у яких до променевої терапії ПСА був у межах норми, біохімічний рецидив (БР) розцінювався підвищеним значенням ПСА $\geq 0,2$ нг/мл. Для решти пацієнтів БР розцінювався як три послідовних зростання сироваткового ПСА протягом 6 тиж. Промєнову терапію проводили на лінійному прискорювачі до СВД 62 Гр.

Результати. Із 62 пацієнтів 25 отримували АПТ, 37 – РПТ. Медіана часу спостереження після завершення променевої терапії (ПТ) склала 98 і 68 міс, від РПЕ до ПТ – 3,9 та 7,4 відповідно. 10-річна ББВ склала 74% і 41% у пацієнтів, які отримували АПТ і РПТ, відповідно ($p < 0,0001$). 10-річна БМВ була вищою у пацієнтів, які отримували АПТ, порівняно з РПТ і склала 96,4% і 80,1% відповідно ($p = 0,003$). 10-річна ЗВ була 90% і 78% для АПТ і РПТ відповідно ($p = 0,0541$).

Висновки. Аналіз результатів наших спостережень свідчить, що ад'ювантна променева терапія має суттєву перевагу в біохімічно-безрецидивній і безметастатичній виживаності в порівнянні з рятівною променевою терапією у хворих на РПЗ.