

# 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. Жильчук<sup>1</sup>, В.С. Сакало<sup>1</sup>, Ю.М. Бондаренко<sup>1</sup>, А.В. Сакало<sup>1</sup>, О.А. Черниченко<sup>1</sup>, В.В. Мрачковський<sup>2</sup>, А.В. Кондратенко<sup>2</sup>, Ю.Ю. Куранов<sup>2</sup>, П.М. Салій<sup>2</sup>, Я.В. Левчишин<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup> 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 pT<sub>2-4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. 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. Променеву 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.