

Материалы и методы исследования. Среди выполненных нами 245 мини-ПНЛ за период 2014–2016 гг. операция заканчивалась установкой нефростомического дренажа в 224 (91,4%) случаях, а в 21 (8,6%) случае без установки перкутанного дренажа. В последних случаях, операция завершалась антеградной установкой мочеточникового JJ–стента как по антеградно (перкутанно) заведенной струне в мочеточник (9 случаев), так и ретроградно выведенной струне, из мочеточникового катетера через нефроскоп, перкутанно (12 случаев). Критерием исключения для бездренажной мини-ПНЛ служило интраоперационное кровотечение, исходные конкременты почки более 30 мм, продолжительность операции более 60 мин., выполнение более одного чрескожного доступа, перфорация ЧЛС почки, наличие резидуальных фрагментов, аномалии почек и ВМП, выраженная инфра-везикальная обструкция (ДГПЖ), большой объем ЧЛС (на фоне исходного гидронефроза). Больные в раннем послеоперационном периоде подвергались обязательному УЗИ осмотру.

Адреса для листування

А.И. Сагалевиц

E-mail: sagalevich@mail.ru

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО НА СПИНЕ – В ЧЕМ ОСОБЕННОСТЬ?

А.И. Сагалевиц, С.А. Возианов, Б.В. Джуран, В.В. Когут

*Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П.Л. Шупика*

Введение. Укладка больного на живот в сочетании с эндотрахеальным наркозом является наиболее часто используемая комбинация при выполнении перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ). Однако среди пациентов группы высокого анестезиологического риска, этот подход может приводить к гемодинамическим и респираторным осложнениям. Выполнение ПНЛ в положении больного на спине может минимизировать риски этих осложнений, а применение эпидуральной анестезии способствует более безопасному и комфортному интра- и постоперационному периоду.

Результаты. Все бездренажные ПНЛ были выполнены без значимых осложнений – ни у одного из пациентов не было выявлено урогематомы или послеоперационного кровотечения. Мочеточниковые JJ–стенты удалялись на 2–7-е сутки (в ряде случаев – в амбулаторном режиме). Отмечено, что в послеоперационном периоде больные без нефростомического дренажа вдвое меньше нуждались в обезболивании (особенно, когда перкутантный доступ имел место в межреберье или непосредственно под 12-м ребром). Средние сроки пребывания больных в стационаре после бездренажной ПНЛ составили 3,5 сут., в отличие от больных с перкутанным послеоперационным дренажем, где данный показатель составил 7,2 сут.

Выводы. Бездренажная ПНЛ является безопасной процедурой, однако должна выполняться опытным хирургом, с соблюдением всех требований и критериев перкутанной хирургии почек. Данная методика позволяет снизить болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, сократить применение обезболивающих препаратов и сократить послеоперационные сроки пребывания больных в стационаре.

Цель исследования: оценка целесообразности выполнения ПНЛ в положении больного на спине.

Материалы и методы исследования. За период 2014–2016 гг. выполнено 245 мини-ПНЛ по стандартной методике, где в 228 (93,1%) случаях операция проводилась в стандартном положении больного на животе, а в 17 (6,9%) случаях выбрано положение на спине, чему послужили различные сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой или дыхательной системы, с высоким анестезиологическим риском. Размер конкрементов почек варьировал от

1,5 до 3,5 см. Доступ в полостную систему почки производился с обязательным УЗИ и Ro-контролем. Операции проводились под региональной эпидуральной анестезией в 91,4% (224) случаях, а в 8,6% (21) под эндотрахеальным наркозом.

Результаты исследования. В результате работы мы не отметили значительной разницы в исследуемых группах между интраоперационными осложнениями, такими как кровотечение (до 6,9%), травма соседних органов (0%) и перфорация ЧЛС (0,8%). Различия не были отмечены и в результатах ПНЛ – состояние «stone free» достигало 92% в обеих группах. Однако при выполнении ПНЛ в положении больного на спине отмечено уменьшение времени продолжительности операции (нет

необходимости в укладке больного на живот), и в ряде случаев существует возможность проводить симультанные эндоскопические вмешательства (трансуретрально и перкутанно).

Выводы. Положение пациента на спине, во время выполнения ПНЛ, в комплексе с применением региональной (эпидуральной) анестезией является сравнительно безопасной методикой, особенно в руках опытного хирурга. Гемодинамические и респираторные параметры легко контролируются интраоперационно, что имеет ряд преимуществ для пациентов, урологов и анестезиологов. А осложнения и результаты лечения сопоставимы с таковыми как и при выполнении ПНЛ в стандартном положении пациента на животе.

Адреса для листування

А.И. Сагалевич
E-mail: sagalevich@mail.ru

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МОЛЕКУЛЯРНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

В.М. Григоренко, Г.В. Панасенко, Л.В. Перета, А.П. Онищук, Р.О. Данилець

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Нирково-клітинний рак (НКР) – широко розповсюджене онкоурологічне захворювання зі стійкою тенденцією до його зростання. Сучасний стан методик променевої діагностики дозволяє виявляти малі ниркові новоутворення і провести органозберігаюче лікування. Проте рання, доклінічна, діагностика потребує подальшого вивчення різних механізмів канцерогенезу і пошуку нових молекулярних онко-маркерів.

Мета дослідження: визначення рівнів експресії мікроРНК-30с та мікроРНК-138 у плазмі хворих зі світлоклітинною формою НКР до оперативного втручання як можливих генетичних маркерів пухлини.

Матеріали і методи дослідження. В дослідницьку групу увійшли 32 пацієнти, яким було проведено обстеження та лікування з приводу НКР за період з лютого 2014 до червня 2015 року (органозберігаюче лікування – 22, нефректомія – 10). Середній вік хворих – 55,0±1,4 року (26–77).

Результати. Всі хворі були обстежені згідно з клінічними рекомендаціями, з ураху-

ванням класифікації TNM та проліковані (оперативне втручання) згідно з локальними протоколами. За патогістологічним заключенням у всіх пацієнтів була виявлена світлоклітинна форма НКР.

Середній період спостереження становив 23±3,5 міс. За час спостереження рецидивів або поширення НКР виявлено не було.

До оперативного втручання пацієнтам була набрана кров для виявлення рівнів експресії досліджуваних мікроРНК. Після виділення плазми з крові хворого, поетапно, згідно з міжнародними протоколами, виділялася мікроРНК, проводилася реакція ревертазної транскрипції та визначалася концентрація генетичних маркерів за допомогою ПЛР у реальному часі у порівнянні із нормуючою мікроРНК U6. Нормуючі мікроРНК визначаються в біологічних рідинах у хворих і здорових осіб в однакових концентраціях. Проведені дослідження вказують на високі рівні експресії мікроРНК-30с та мікроРНК-138 у хворих із світлоклітинною формою НКР. Для уточнення специфічності можливих онко-