



В.І. Бачурін¹, Г.В. Бачурін¹, А.В. Бачурін¹, Т.Ф. Криворотько², О.Ю. Міхно²

ОНКОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ В УМОВАХ НЕВІДКЛАДНОЇ УРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

¹Запорізький державний медичний університет,

²КУ «ЗМКЛЕ та ШМД», м. Запоріжжя

Ключові слова: онкоутворення, патологія, гематурія, швидкість осадження еритроцитів, простатспецифічний антиген.

Ключевые слова: онкообразования, патология, гематурия, скорость оседания эритроцитов, простатспецифический антиген.

Key words: oncoprocess, pathology, haematuria, erythrocyte sedimentation rate, PSA.

В урологічну клініку в ургентному порядку госпіталізовано 320 хворих, серед них 83 з вираженою макрогематурією (25,9%), приводом для гематурії були такі захворювання: пухлини нирок – у 19 осіб, пухлини сечового міхура – у 32, рак передміхурової залози виявлено у 32 чоловіків. Відзначено, що рак сечового міхура виявляли частіше у чоловіків, ніж у жінок, й у молодшому віці. Простатспецифічний антиген не завжди доволі високий у хворих на рак передміхурової залози, тому при встановленні діагнозу рекомендовано застосовувати комплекс показників, а не будь-який один (специфічний), хоч і визнаний усіма урологами.

В урологическую клинику в ургентном порядке госпитализированы 320 больных, из них 83 с выраженной макрогематурией (25,9%), основанием для гематурии были такие заболевания: опухоль почек – 19 человек, опухоли мочевого пузыря – 32, рак предстательной железы отмечен у 32 мужчин. Отмечено, что рак мочевого пузыря чаще наблюдали чаще у мужчин, чем у женщин, и в более молодом возрасте. Простатспецифический антиген не всегда был довольно высоким у больных раком простаты, поэтому при установлении диагноза рекомендуем использовать комплекс показателей, а не один какой-либо (специфический), хоть и признанный всеми урологами.

320 urgent patients were hospitalized in urology clinic, among them 83 patients had pronounced macrohematuria (25,9%). The causes of hematuria were: kidney tumor -19 patients, urinary bladder tumor -32 patients, prostate cancer -32 patients. It was noted, that urinary bladder tumor occurred more often in men than in women and in younger age. Such an index PSA not always was increased in prostate cancer patients. So, authors recommend to use complex of indices for making diagnosis but not only one index though specific and well-known among urologists.

Актуальність проблеми лікування хворих на онкологічні ураження органів сечостатевої системи хворих пояснюється частотою виникнення, незадовільними результатами лікування (оперативним та хіміотерапією) й не зовсім чіткими класифікаціями цієї патології. Останнім часом все частіше виявляються хворі з онкопатологією, госпіталізовані в урологічні відділення за невідкладними показниками (гостра затримка сечі, кров'яна «тампонада» сечового міхура тощо).

Гематурія (кров у сечі), як один із основних симптомів, є причиною для невідкладної госпіталізації. Вона може свідчити про значні деструктивні зміни з боку нирок, сечового міхура або передміхурової залози (у чоловіків). Саме тому вкрай важливо знати, як саме впливає втрата крові на гомеостаз.

За нашими даними, до урологічного відділення клініки за 2011 рік госпіталізовано 320 хворих за невідкладними показниками. Серед них у 83 осіб (25,9%) після додаткового обстеження, оперативного втручання, патогістологічних досліджень видалених препаратів підтверджено наявність пухлинних утворень нирок, сечового міхура та передміхурової залози.

МЕТА РОБОТИ

Звернути увагу практичних урологів на факт значної кількості онкопатології серед урологічних хворих. Дати оцінку показникам, що підтверджують наявність онкопатології, та вірно їх оцінювати.

ПАЦІЕНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проблеми надання допомоги хворим на злоякісні утворення нирок пояснюється досить великою кількістю випадків (3% у структурі загальної онкопатології) та високою смертністю від них. Це стосується в основному людей працездатного віку (М.В. Терзійський, 2006; І.О. Клименко, 2002) За нашими даними, в клініку ургентно госпіталізовано 19 хворих на рак нирки. Серед них 6 чоловіків і 13 жінок. Серед чоловіків молодшими за 60 років були 4 особи, віком до 60–75 років –

2, а серед жінок молодшими за 60 років були 3 особи, віком до 60–75 років – 7, старше 75 років – 3 особи. Отже, серед чоловіків рак нирки відзначено у молодшому віці, а серед жінок – у старшій віковій категорії (табл. 1).

Таблиця 1

Хворі на рак нирки

Чоловіки				Жінки			
Вік				Вік			
<60 років	60–75 років	>75 років	Загалом	<60 років	60–75 років	>75 років	Загалом
4	2	-	6	3	7	3	13

З анамнезу захворювання відомо, що гематурії вперше з'являлись за кілька місяців до госпіталізації, але вони були короточасні та «безбольові». У зв'язку з цим хворі, на жаль, займались самолікуванням та не звертали уваги на цей факт. Вони звертались до лікаря, коли гематурія була стійка, або вже неможливо було виконати сечовипускання.

Найчастіше хворі направлені до клініки з діагнозом: пухлини правої (лівої) нирки (8), СКХ ниркові кольки (7), кіста лівої нирки (3) та термінальний гідронефроз (1). Через незначну кількість хворих не можемо стверджувати, ліва чи права нирка вражається частіше.

Під час госпіталізації в ургентному порядку проводили (загальні) аналізи крові. При цьому суттєвої різниці між показниками крові у чоловіків і жінок не помічено. Так, серед чоловіків середній показник еритроцитів дорівнював $4,6 \cdot 10^{12}/л$ (при коливанні від $4,2$ до $5,0 \cdot 10^{12}/л$), а у жінок кількість еритроцитів у середньому сягала $4,0 \cdot 10^{12}/л$ (при коливанні від $3,9$ до $4,5 \cdot 10^{12}/л$). Рівень гемоглобіну серед чоловіків у середньому дорівнював 149 г/л (при коливанні від 136 до 160 г/л). У жінок рівень гемоглобіну у середньому був дещо нижчим і дорівнював 132 г/л (при коливанні від 127 до 148 г/л).

Усім хворим виконано операції – радикальні нефректомії. Показово, що у чоловіків відновлення показників крові

Показники крові у хворих на рак нирки

Показники	Чоловіки				Жінки			
	Доба				Доба			
	До операції	3-я	7-а	14-а	До операції	3-я	7-а	14-а
Еритроцити $10^{12}/л$	4,6	3,9	3,7	3,4	4,0	3,7	3,5	4,0
Гемоглобін г/л	149	133,5	125	120	132	122	111	130
ШОЕ мм/год	12,5	9,6	25,8	44	18,5	31	37,6	32

Таблиця 3

Хворі на рак сечового міхура

Чоловіки				Жінки			
Вік				Вік			
<60 років	60–75 років	>75 років	Загалом	<60 років	60–75 років	>75 років	Загалом
9	12	3	24	1	4	3	8

(еритроцитів) відбувалось повільніше ніж у жінок. Так, на першу добу післяопераційного періоду кількість еритроцитів у середньому дорівнювала $3,9 \cdot 10^{12}/л$, наприкінці 14 доби кількість еритроцитів не перевищувала у середньому $3,4 \cdot 10^{12}/л$. Водночас у жінок середній показник рівня еритроцитів до кінця 14 доби досягав $4,0 \cdot 10^{12}/л$ (майже доопераційного рівня). Аналогічні зміни помічено з боку рівня гемоглобіну. Так, у чоловіків навіть через 2 тижні він у середньому не перевищував 120 г/л (до операції – 149 г/л), у жінок від початку – 132 г/л, а через 2 тижні повністю відновлювався і в середньому сягав також 130 г/л (табл. 2).

Характерні зміни спостерігали відносно до показників ШОЕ. У чоловіків вона була дещо нижчою та на початку лікування становила в середньому 12,5 мм/год, а у жінок – 18,5 мм/год. Якщо у чоловіків ШОЕ коливалась у післяопераційному періоді від 9,6 мм/год (3 доба), 25,6 мм/год (7 доба), то через 2 тижні цей показник у середньому підвищувався до 44 мм/год (1 хворий).

У жінок ШОЕ значно завищена, що підтверджують наступні дані. Перед операцією ШОЕ у середньому дорівнювала 18,5 мм/год. Вона постійно підвищувалась (31 мм/год, 7 доба), на кінець тижня становила 37,6 мм/год, але наприкінці 2 тижня цей показник не перевищував 32 мм/год.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Рак сечового міхура є однією з актуальних проблем в урології. Кількість хворих з цією патологією щороку збільшується не менш ніж на 3–5% (В.М. Лісовий, 2006; М.И. Коган, 2002). За нашими даними, рак сечового міхура значно частіше виявляють у чоловіків. Так, серед 32 осіб, госпіталізованих у клініку з діагнозом раку сечового міхура, було 24 чоловіка і тільки 8 жінок (табл. 3).

Серед чоловіків молодшими 60 років були 9 осіб. Віком від 60 до 75 років – 12 хворих, 3 особи були старшими 75 років. Водночас, серед хворих жінок молодше 60 років була одна жінка, 4 особи віком 60–75 років, 3 жінки були старші 75 років. Слід зазначити, що крововтрати як у чоловіків, так і у жінок не суттєво позначались на показниках крові. Зокрема, у чоловіків середній показник кількості еритроцитів в крові дорівнював $4,1 \cdot 10^{12}/л$ (при коливанні від $2,8 \cdot 10^{12}/л$ до $4,8 \cdot 10^{12}/л$), а у жінок аналогічний показник не перевищував $4,0 \cdot 10^{12}/л$ (при коливанні від 3,6 до $4,8 \cdot 10^{12}/л$). По-

казники гемоглобіну у чоловіків відповідно дорівнювали 130 г/л (до операції), а у жінок – 125 г/л. Привертає увагу, що компенсаторні можливості у чоловіків дещо знижені у післяопераційному періоді, про що свідчить динаміка змін кількості еритроцитів, що від першої доби післяопераційного періоду ($3,9 \cdot 10^{12}/л$) до 14 доби у середньому не перевищували $3,5 \cdot 10^{12}/л$. У жінок за зазначений період кількість еритроцитів не зменшувалась нижче рівня $4,02-3,7 \cdot 10^{12}/л$.

Надалі динаміка рівня гемоглобіну у чоловіків до 14 доби становила 110–125 г/л. У жінок рівень гемоглобіну постійно зростав від 129 г/л (7 доба) до 132 г/л (14 доба). ШОЕ у чоловіків у доопераційному періоді у середньому досягала 49,5 мм/год, а у жінок – 33,8 мм/год. Особливість полягала у тому, що у чоловіків навіть наприкінці другого тижня ШОЕ не тільки не зменшувалась, але сягала у середньому 54,7 мм/год. У жінок ШОЕ мала тенденцію до зменшення і наприкінці другого тижня не перевищувала у середньому 19,3 мм/год, а через 14–15 днів була у межах 18,5 мм/год.

Отже, з боку гомеостазу помічено суттєві позитивні зміни, особливо у жінок (табл. 4).

Здійснено патогістологічне дослідження усіх видалених препаратів. Встановлено, що низкодиференційований рак був у 9 хворих, вискодиференційований рак – у 10 осіб, а у інших розподіл відбувався між перехідно-клітинним (2), поліпоподібним, недиференційованим (11).

У зв'язку з малою кількістю спостережень не можемо підтвердити перевагу того чи іншого характеру раку у порівнянні чоловіків і жінок. Такі спостереження (набір клінічного матеріалу) необхідно продовжити. Серед важливих проблем у порушенні функції нижніх сечових шляхів, особливо у чоловіків похилого віку, найчастіше спостерігають гостру затримку сечі, або «тампонаду» сечового міхура за рахунок вливу великої кількості крові з вен, уражених біля шийки сечового міхура новоутворенням за рахунок раку простати (С.Н. Шамраєв, 2005; С.А. Сохін, 2002). Незважаючи на це, показники крові суттєво не змінюються на момент госпіталізації, саме цей факт іноді урологи помилково недооцінюють.

Таких хворих було 32, вік пацієнтів: до 60 років – 1 особа, 60–75 років – 20, старше 75 років – 11 чоловіків (табл. 5).

Аналіз показників крові показав, що суттєвих змін з боку «червоної» крові на момент госпіталізації не помічено. Ко-



Таблиця 4

Показники крові у хворих на рак сечового міхура

Показники	Чоловіки				Жінки			
	Доба				Доба			
	До операції	3-я	7-а	14-а	До операції	3-я	7-а	14-а
Еритроцити, $\cdot 10^{12}/л$	4,1	3,9	3,5	3,5	4,0	3,8	4,02	3,7
Гемоглобін, г/л	130	110	125	105	122	125	129	132
ШОЕ, мм/год	49,5	33,3	36	54,7	33,8	12,88	19,3	18,5

Таблиця 5

Група хворих на рак простати

Чоловіки			
Вік			
< 60 років	60–75 років	>75 років	Всього
1	20	11	32

ливання кількості еритроцитів – від $3,1 \cdot 10^{12}/л$ до $5,1 \cdot 10^{12}/л$. Усі хворі оперовані. Серед них відкрито простатектомію виконано 15, ТУРП – 17 особам. Слід зазначити, що навіть при лікуванні протягом 2–3 тижнів післяопераційного періоду не помічено суттєвих змін з боку показників «червоної» крові. Так, при низьких показниках кількість еритроцитів від початку вони майже не змінювались до кінця лікування. Водночас у осіб, у яких ці показники зберігались майже в нормі ($4,1$ – $4,3 \cdot 10^{12}/л$), навіть через 2 тижні у середньому показники дорівнювали $4,2$ – $4,1 \cdot 10^{12}/л$ (табл. 6).

Порівнювали також показники гемоглобіну, що прямо залежать від кількості еритроцитів. Варіабельність значна, але в середньому кількість гемоглобіну дорівнювала 135 – 112 г/л.

Якщо зазначені показники можна пояснити стадією ракової інтоксикації, то такий показник, як ШОЕ не піддається чіткому аналізу. Вважається, що ШОЕ є одним із достовірних показників, що підтверджують рак простати (і не тільки). За нашими даними, у 14 (43,7%) цей показник не перевищував 3 – 10 мм/год, і тільки у 18 (56,3%) ШОЕ підіймалась від 18 до 63 мм/год. Отже, цей показник не може у 100% випадків підтверджувати наявність раку простати.

На сьогодні одним із найбільш інформативних показників є простатспецифічний антиген (ПСА). Слід зазначити, що в умовах невідкладної урологічної патології навіть цей показник має такі зміни, що заслуговують на особливу увагу. Якщо верхньою межею норми вважати (як у всьому світі) 4 нг/мл, то, за нашими даними, в середньому рівень цього показника дорівнював $10,3$ нг/мл (загальний) та $1,09$ нг/мл (вільний). Але коливання були від $3,0$ до $32,6$. Помічено, що при морфологічному дослідженні препаратів низькодиференційований рак передміхурової залози супроводжувався досить низькими рівнями ПСА ($4,5$ – $3,8$), а в окремих випадках ПСА досягав $16,6$ – $18,8$. Так, за нашими даними, у 25 осіб (78,12%) виявлено аденокарциноми, тільки у 7 (21,83%) хворих визначено перехідноклітинний, високо- та низькодиференційований рак простати. Закономірність не можна виявити в аспекті визначення ролі ПСА, оскільки невідкладна урологічна патологія майже завжди супроводжується супутнім запальним про-

Показники крові у хворих на рак передміхурової залози

Показники	Чоловіки			
	Доба			
	До операції	3-я	7-а	14-а
Еритроцити $\cdot 10^{12}/л$	4,2	3,9	4,0	4,1
Гемоглобін г/л	135	124	125	112
ШОЕ мм/год	18,4	30,2	34,8	39,6
ПСА (нг/мл)	10,3	-	-	-
загальний вільний	1,09	-	-	-

цесом (орхоепидидиміт, простатит, пієлонефрит тощо). Останнє значно впливає на динаміку показника ПСА. Навіть за наявності тільки склерозу простати ПСА підвищувався до $14,1$ нг/мл (загальний) та $0,8$ нг/мл (вільний).

ВИСНОВКИ

Серед загальноурологічних патологій значне місце посідає онкологічна. Хворих з такою патологією госпіталізують невідкладно.

Застосування ряду визнаних (і невизнаних) методів лікування на догоспітальному періоді хворих значно утруднює верифікацію онкопатології.

Посилання на будь-який один показник, навіть найдостовірніший, може призвести до трагічної помилки.

Сучасні технології дозволяють в комплексі та швидко обстежити хворого, тому нехтувати цим не можна.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клименко І.О. Сучасна діагностика раку нирки / Клименко І.О., Сакало В.С., Григоренко В.М., Терзійський М.В. // Тези допов. IX Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських товариств. – Луганськ-Київ-Чикаго, 2002. – С. 401.
2. Коган М.И. Современная диагностика и хирургия рака мочевого пузыря / Коган М.И., Перенечай В.А. – Ростов-на-Дону, 2002. – 239с.
3. Лісовий В.М. Динаміка ураженості населення Харківської області злочасними новоутвореннями сечового міхура / Лісовий В.М., Дубінін С.С., Гарагатий І.А., Дубініна Г.М. // Современные достижения онкоурологии / Под. ред проф. Переверзева А.С. и проф. Россихина В.В.) – Харьков, 2006. – С. 140–141.
4. Сохин С.А. Лечение распространенного рака предстательной железы / Сохин С.А. // Рак предстательной железы: Материалы ХЮНПКУ. – Харьков: ХМАПО, 2002. – С. 232–235.
5. Терзійський М.В. Использование противоопухолевой вакцины при распространенном раке почки / Терзійський М.В., Клименко И.А., Григоренко В.Н. // Материалы XI з'їзду онкологів України, Крим, Судак. – Судак, 2006. – С. 219.
6. Шамраев С.Н. К вопросу об усовершенствовании диагностики рака предстательной железы / Шамраев С.Н. // Здоровье мужчины. – 2005. – №4. – С. 132–137.

Відомості про авторів:

Бачурін В.І., д. мед. н., професор, зав. каф. урології ЗДМУ.

Бачурін Г.В., д. мед. н., доцент каф. урології ЗДМУ.

Бачурін А.В., к. мед. н., доцент каф. загальної хірургії ЗДМУ.

Криворотько Т.Ф., лікар-уролог урологічного відділення ЗМКЛІЕ та ШМД.

Міхно О.Ю., лаборант урологічного відділення ЗМКЛІЕ та ШМД.

Поступила в редакцію 02.07.2012 г.