

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas

A decorative graphic consisting of four triangles: a solid black triangle pointing up at the top center, a solid grey triangle pointing down at the top right, a solid grey triangle pointing up at the bottom left, and a solid grey triangle pointing up at the bottom right.

**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXV
KONFERENCIJA**

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
Prof. dr. Vaiva Hendrixson
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė
Dr. Diana Bužinskienė
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
Doc. dr. Saulius Galgauskas
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas
Doc. dr. Valdemaras Jotautas
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė
Prof. dr. Marius Miglinas
Doc. dr. Birutė Zablockienė
Inga Kisielienė
Prof. dr. Violeta Kvedarienė
Dr. Žymantas Jagelavičius
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila
Doc. dr. Kristina Ryliškienė
Dr. Gunaras Terbetas
Prof. dr. Alvydas Navickas
Doc. dr. Rima Viliūnienė
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis
Doc. dr. Vytautas Tutkus
Dr. Danutė Povilėnaitė
Doc. dr. Sigita Burokienė
Dr. Agnė Abraitienė
Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė
Rafal Sinkevič
Gintarė Zarembaitė
Alicija Krasavceva
Karina Mickevičiūtė
Jogailė Gudaitė
Emilis Gegeckas
Auksė Ramaškevičiūtė
Tautvydas Petkus
Kristina Marcinkevičiūtė
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lissauskaitė
Rosita Reivytytė
Kamilė Čeponytė
Šarūnas Raudonis
Monika Rimdeikaitė
Inga Česnavičiūtė
Tadas Abartis
Rūta Bleifertaitė
Kristijonas Puteikis
Saulius Ročka
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė
Augustė Lapinskaitė
Emilis Šostak
Gratas Šepetyš
Gediminas Gumbis
Erika Ališauskienė
Indrė Urbaitė
Miglė Vilniškytė
Urtė Smailytė
Gabriela Šimkonytė
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

GYDYMO TAKTIKOS PRITAIKYMAS PACIENTUI, SERGANČIAM UROTELIO VĖŽIU, KURIAM BUVO ATLIKTA NEFREKTOMIJA BEI NUSTATYTA LĒTINĖ ECHINOKOKOZĖ: KLINIKINIS ATVEJIS

Darbo autorė. Vilija VALATKAITĖ (VI kursas).

Darbo vadovas. Dr. Albertas ČEKAUSKAS, Vilniaus Universiteto ligoninė Santaros Klinikos, Urologijos centras.

Ivadas. Transitinų ląstelių karcinoma yra dažniausias šlapimo pūslės vėžio histologinis tipas, o viršutinių šlapimo takų urotelio karcinoma pasitaiko santykinai retai. Pagal Europos Urologų Asociacijos gaires, radikali nefroureterektomija yra standartinis aukštos rizikos atvejų gydymo būdas, tačiau kai kuriems pacientams, dėl esančio solitarinio inksto, inkstų nepakankamumo ar daugybės gretutinių ligų ši procedūra gali būti netinkama. Šiame atvejuje pristatomas pacientas, kuris sirgo šlapimo pūslės karcinoma bei anamnezėje turėjo atliktą nefrektomiją ir kuriam reikėjo kruopščiai apsvarstyti taktiką gydant naujai atsiradusį šlapimtakiu naviką.

Atvejo aprašymas. 60-ies metų pacientui buvo diagnozuotas raumens neinfiltuojantis aukšto piktybiškumo šlapimo pūslės vėžys (pT1G2), atliktas TUR ir nuo to laiko jis buvo reguliariai sekamas. Jo anamnezėje daugybinės laparatomijos, prieš dvidešimt metų diagnozuota bei iki šiol gydoma *Echinococcus multilocularis* infekcija ir dėl nefunkcionuojančio inksto atlikta dešinės pusės nefrektomija. Vieno iš kontrolinių apsilankymų metu kompiuterinės tomografijos tyrimo vaizduose buvo aptiktas navikinis darinys, infiltruojantis distalinę likusio šlapimtakiu dalį. Buvo atlikta atvira distalinio šlapimtakiu rezekcija su Boari lopo ureteroneocistostomija. Galutinė histopatologinė diagnozė – urotelio papilinė karcinoma (pTaG2, aukšto piktybiškumo). Pacientas po operacijos toliau buvo gydomas intravezikine BCG terapija. Po 3 mėnesių buvo aptiktas BCG terapijai rezistentiškas šlapimo pūslės navikas ir buvo pakartota en bloc TUR. Atliekant kontrolinį tyrimą po 3 mėnesių nei liekamojo, nei naujų navikų požymių nenustatyta.

Išvados. Šiame klinikiniame atvejuje pagrindinis iššūkis buvo parinkti geriausią gydymo būdą pacientui, siekiant pašalinti naviką, apsaugoti nuo vėžio atsinaujinimo, bet kartu išvengiant dializės poreikio. Šiuo atveju reikėjo atsižvelgti ne vien į naviko lokalizaciją ar riziką, tačiau ir į daugybę papildomų faktorių. Priėmus sprendimą atlikti radikalią nefroureterektomiją, pacientas būtų iškart priverstas gauti dializę visą likusį gyvenimą, kadangi dėl koegzistuojančios lėtinės infekcijos jis nėra tinkamas kandidatas inkstų transplantacijai. Kitu atveju, pasirinkus konservatyvų gydymą, aukštos rizikos urotelio karcinomos atveju yra galima didesnė ligos progresavimo ir atsinaujinimo

tikimybė, o tai gali turėti įtakos išgyvenamumui. Distalinė ureterektomija, kaip inkstą tausojanti operacija, yra galima gydymo taktika net ir esant aukštos rizikos vėžiui, kai navikas lokalizuojasi distalinėje šlapimtakio dalyje, o paciento klinikinė situacija reikalauja alternatyvių sprendimų. Tais atvejais, kai pasirenkamas neįprastas neradikalaus gydymo būdas, reikia taikyti individualų kompleksinį gydymą bei atidų ir nuolatinį paciento stebėjimą, norint pasiekti geriausius rezultatus pacientui bei sekti onkologinį ligos aktyvumą.

Raktiniai žodžiai. Urotelio papilinė karcinoma; šlapimo pūslės vėžys; distalinė ureterektomija.