

цитокінів, особливо у хворих із синдромом запального хронічного тазового болю, що може бути додатковим критерієм у диференціальній діагностиці форм хронічного абактеріального простатиту. Враховуючи роль цитокінопоеред-

кованої хронічної запальної реакції в патогенезі хронічного абактеріального простатиту, включаючи і незапальну форму, повинно братись за основу при розробці удосконалених методів лікування.

## СЕГМЕНТАРНА ІШЕМІЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ

*Р.М. Молчанов<sup>1, 2</sup>, Л.Г. Хитько<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup> Клініка «Гарвіс» ТМ, м. Дніпро

**Вступ.** Згідно з рекомендаціями Європейської та Американської Асоціацій Урологів резекція нирки є кращим методом лікування у пацієнтів з нирково-клітинним раком у стадії T1 у зв'язку з відсутністю відмінності в канцерспецифічній виживаності в порівнянні з результатами радикальної нефректомії та зниженням ризику розвитку ниркової недостатності. В умовах проведення резекції нирки важливим є зниження часу і обсягу ішемії паренхіми нирки з метою максимального збереження функції резецированої нирки. Перспективним є метод селективної ішемії ділянки паренхіми, яка містить пухлину. Використання даного методу у поєднанні з лапароскопічною технікою виконання оперативного втручання дає можливість виділення сегментарних судин при наявності сприятливої ангіоархітектоники нирки.

**Матеріали та методи дослідження.** З вересня 2017 до вересня 2018 р. 34 хворим проведена лапароскопічна трансперитонеальна резекція нирки. Напередодні оперативного втручання всім пацієнтам проводилася комп'ютерна томографія з в/венним контрастуванням, на підставі якої оцінювалися ангіоархітектоніка нирки, що уражена пухлиною, визначалася можливість здійснення сегментарної ішемії. Під час операції проводили ретельне виділення судинних структур у ділянці воріт нирки з подальшим контролюванням артерій ураженого сегмента затискачем «бульдог» (Aescular, Tuttlingen, Germany) – I група (18 пацієнтів).

Проводили енуклеорезекцію пухлини за стандартною методикою з використанням «хо-

лодних» ножиць з подальшим ушиванням паренхіми П-подібними швами. Оцінювали тривалість оперативного втручання, обсяг крововтрати, час ішемії, а також рівень розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (eGRF) через 5 днів після оперативного втручання у порівнянні з групою хворих, у яких проводили резекцію при повній тепловій ішемії нирки – II група (16 пацієнтів).

**Результати.** Середній максимальний діаметр пухлини в I групі склав 39,1 мм (16–52 мм), в II групі – 34,1 (22–60 мм). Середній час оперативного втручання 142 хв. (105–200 хв.) і 162 хв. (140–210 хв.), середній обсяг крововтрати 287 мл (105–600 мл) і 323 мл (150–1000 мл) у I і II групах відповідно. Середній час часткової теплової ішемії в I групі склав 18 хв. (10–25 хв.), повної теплової ішемії в II групі 15 хв (8–23 хв). Через 5 діб після оперативного втручання зниження eGRF склало 18,7% (вихідне середнє 80,7 (68,5–96,4 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>) у групі з частковою в порівнянні 26,5% (вихідне середнє 74,8 (49,8–95,6 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>) у групі з повною ішемією.

### **Висновки.**

1. Лапароскопічна технологія забезпечує сприятливі умови для виборчого контролю кровообігу в паренхімі нирки при її резекції.

2. Використання сегментарної ішемії при лапароскопічній резекції нирки призводить до меншого зниження eGRF через 5 діб після оперативного втручання у порівнянні з повною ішемією.