

члена, мошонки, надлобкову область. Половой член в этих случаях значительно утолщен, деформирован рубцами от бывших и имеющихся изъязвлений. Увеличение регионарных паховых лимфатических узлов наблюдалось у лиц с нагноением олеогранулем и наличием изъязвлений.

Под нашим наблюдением находились 32 пациента с олеогранулемой пениса в возрасте от 22 до 48 лет. 24 пациента — бывшие заключенные и 8 — отслужившие срочную службу в армии. У 8 пациентов была диагностирована легкая форма олеогранулемы, у 12 — тяжелая форма, у остальных 12 — свищевая форма заболевания. У 16 пациентов произведено хирургическое удаление олеогранулематозных инфильтратов и поврежденных тканей в один этап с последующим замещением дефекта кожи пениса. Очень важным моментом оперативного вмешательства является оставление как можно большего лоскута внутреннего листка крайней плоти. У 3 пациентов выполнена операция по Райху в модификации В.Н. Лесового в один этап с хорошими отдаленными результатами. У 13 пациентов мы заместили дефект кожи пениса свободным кожным лоскутом, полученным из паховых областей. Кожные лоскуты накладывали

на пенис без натяжения, фиксируя все его края отдельными узловыми кетгутowymi и викриловыми швами. Послеоперационное течение у всех пациентов было без особенностей. У трех пациентов отмечен краевой некроз пришитого лоскута кожи, который после иссечения краев хорошо заэпителизировался. Отдаленные результаты у всех прооперированных пациентов благоприятные. У них исчезло ложное искривление пениса, восстановилась эрекция и появилась возможность полноценной половой жизни. Мы считаем, что консервативное лечение при олеогранулемах не только не эффективно, но и порочно. Поэтому все виды рассасывающей терапии должны применяться в раннем послеоперационном периоде с целью уменьшения рубцовых деформаций и ликвидации перифокальных воспалительных изменений. Консервативное лечение в предоперационном периоде допустимо только при наличии резко выраженных воспалительных явлений (гнойный баланопостит, инфицирование трофических язв, рожистое воспаление кожи полового члена). Данное лечение должно быть не продолжительным (2–3 недели). Его цель — снятие острых воспалительных явлений в зоне предстоящего оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ХІРУРГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПУХЛИНАМИ ЄДИНОЇ НИРКИ

В.М. Лісовий^{1,2}, Д. В. Шукін^{1,2}, Г.Г. Хареба^{1,2}, М.М. Поляков^{1,2}, І.М. Антонян³,
Р.В. Стецишин^{2,3}, А.І. Гарагатий¹, П.В. Мозжаків², В.О. Лийченко²

¹ Харківський національний медичний університет

² КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»

³ Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Хірургічне лікування пацієнтів з пухлинами єдиної нирки є одним з найскладніших розділів онкологічної урології. Ми провели ретроспективний аналіз клініко-морфологічних параметрів цих новоутворень, технічних особливостей їх видалення, рівня періопераційних ускладнень і віддалених результатів.

Матеріали і методи дослідження. До дослідження були залучені 40 (3,5%) з 1150 пацієнтів, що оперувалися з приводу пухлин нирок упродовж останніх 10 років. Середній вік хворих складав 64,2±9,4 року. У всій вибірці переважали чоловіки (28/12). У 37 (92,5%) спостереженнях хворі страждали на нирково-клітинний рак, у 2 (5%) випадках мали місце ниркові ангіоміоліптоми, у 1 (2,5%) пацієнтки відзна-

чався перехідно-клітинний рак верхньої чашки єдиної нирки. Єдина природжена нирка виявлена у 2 (5%) хворих, у 5 (12,5%) пацієнтів нирка видалялася з приводу неонкологічної патології, в інших 33 (82,5%) спостереженнях нефректомія проводилася з приводу пухлини нирки. Рівень креатиніну до оперативного втручання дорівнював у середньому 132±16,8 мкмоль/л. Екстракорпоральна резекція з ауто трансплантацією нирки використовувалася у 6 (15%) випадках, у 34 (85%) пацієнтів операції проводилися інтракорпорально. Інтракорпоральна резекція нирки в умовах її гіпотермічної перфузії була здійснена у 3 (7,5%) хворих. Розміри пухлин варіювали від 32 до 94 мм (58±8,6 мм). Стадії T1a відповідали 6 (16,2%) пухлин, T1b — 16

(43,2%), T2 – 3 (8,1%), T3a – 12 (32,4%). Серед новоутворень у стадії T3a в 3 (8,1%) випадках було поширення пухлини у сегментарні ниркові вени, у 3 (8,1%) – в основну ниркову вену, ще в 6 (16,2%) – в паранефральну або синусну жирову клітковину, а також в порожнинну систему нирки. Мультифокальний нирково-клітинний рак відзначався у 5 (13,5%) хворих. Віддалені метастази мали місце у 4 (10,8%) пацієнтів. Повністю інтрапаренхімні пухлини були ідентифіковані у 6 (16,2%) хворих, переважно інтрапаренхімні новоутворення виявлені ще у 8 (21,6%) випадках. Неoad'ювантну таргетну терапію застосовували у 3 (8,1%) з 37 хворих (сографеніб, пазопаніб, сунітініб). Гільйотинна або клиновидна резекція нирки використовувалася тільки у 5 (12,5%) спостереженнях, тоді як енуклеорезекція або енуклеація пухлини здійснювалися відповідно в 24 (60%) і 11 (27,5%) випадках. Тотальна теплова ішемія нирки застосовувалася у 12 (40%) пацієнтів, сегментарна теплова ішемія – у 10 (25%), в 9 (22,5%) випадках операції проводилися без ішемії. Інтра- або екстракорпоральна холодова перфузія нирки застосовувалася у 9 (22,5%) спостереженнях. Середній період післяопераційного спостереження склав $48,2 \pm 6,4$ місяця.

Результати та їх обговорення. У групі тотальної теплової ішемії середній час дорівнював $14,2 \pm 2,8$ хв. Цей параметр достовірно не відрізнявся від тривалості сегментарної теплової ішемії – $13,6 \pm 2,2$ хв. ($p > 0,05$). У пацієнтів з інтракорпоральною гіпотермічною перфузією нирки час холодової ішемії досягав $28,4 \pm 4,8$ хв., а в групі екстракорпоральної резекції з аутотрансплантацією – $68,8 \pm 9,4$ хв. Об'єм інтраопераційної кро-

вовтрати в середньому не перевищував $580,8 \pm 96,4$ мл. Ранні післяопераційні кровотечі, що потребували реоперації, мали місце у 3 (7,5%) пацієнтів. Післяопераційна анурія з необхідністю гемодіалізу відзначалася у 2 (5%) хворих упродовж 2 і 5 діб. У 6 (15%) випадках була виявлена олігурія, яка минула завдяки консервативним методам у середньому протягом $2,5 \pm 1,5$ діб. У ранньому післяопераційному періоді загинули 4 (10%) пацієнти: 2 – через кровотечу, 1 – через набряк мозку, 1 – через ішемічний інсульт і набряк мозку. У 3 з цих хворих були великі інвазивні пухлини, що потребувало використання екстракорпоральної хірургії в 2 випадках та інтракорпоральної гіпотермічної перфузії – в 1. Сечові нориці були зафіксовані у 2 (5%) хворих. Середній рівень креатиніну крові через 6 місяців після операції склав $148 \pm 26,4$ мкмоль/л і достовірно не відрізнявся від передопераційних значень ($p = 0,08$). Необхідності в хронічному гемодіалізі не було зафіксовано у жодного пацієнта. Упродовж періоду спостереження віддалені метастази були виявлені у 6 (18,2%) хворих з нирково-клітинним раком, локальний рецидив у залишку нирки – у 1 (3,0%). Загальна п'ятирічна виживаність не перевищувала 69,7%, канцерспецифічна виживаність – 78,8%.

Висновок. Результати нашого дослідження продемонстрували, що органозберігаюча хірургія пухлин єдиної нирки є складним хірургічним втручанням, яке нерідко вимагає застосування трансплантаційних технологій і може супроводжуватися високим рівнем важких ускладнень. Проте добрі функціональні та онкологічні результати поза сумнівом виправдовують її використання.

РОЛЬ ТАЗОВОЇ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ ПРИ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

Р.М. Молчанов, Є.В. Пілін

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Радикальна простатектомія є стандартом лікування локалізованого раку передміхурової залози (РПЗ). У комбінації з іншими методами використовується для лікування локально поширеного процесу. Важливим елементом радикальної простатектомії є тазова лімфодисекція (ТЛД).

Мета дослідження: визначити місце ТЛД в діагностиці та лікуванні раку передміхурової залози.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз публікацій з 2008 до 2019 р., включених до бази даних Medline з використанням пошукової системи PubMed.