

ПЕРЕВАГИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ ПРОТИ ВІДКИТОЇ ПАРЦІАЛЬНОЇ НЕФРЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

С.М. Шамраєв, М.А. Рідченко, Д.М. Шамраєва

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Згідно з рекомендаціями AUA і EAU нефрон-зберігаючі операції (НЗО) показані як терапія першого вибору при лікуванні пацієнтів із нирково-клітинним раком (НКТ) проти радикальної нефректомії (РНЕ) з 2008 р.

Мета дослідження: порівняти онкофункціональні результати резекції нирки в групах хворих, яким парціальна нефректомія була виконана або лапароскопічно або із люмботомії.

Матеріали та методи. З 748 пацієнтів з клінічним діагнозом НКТ cT1a-4N0M0, прооперованих в період з січня 2001 по січень 2015 року, НЗО виконані в 294 (39,3%) спостереженнях: 67 (22,8%) – з лапароскопічного доступу, 227 (77,2%) – з люмботомії.

Результати дослідження. Резекція правої нирки виконана у 153 (52,704%) пацієнтів, лівої – у 141 (47,95%). Чоловіків було 137 (46,59%), жінок – 157 (53,4 %). Діаметр пухлини в середньому склав $43,2 \pm 2,05$ мм. Розподіл пацієнтів за стадіями: pT0 – 19 (6,46%), pT1a – 140 (47,61%), pT1b – 113 (40,47%), pT2 – 14 (4,76%), pT3a – 8 (2,72%). Інтраопераційна крововтрата склала в середньому $286,25 \pm 21,4$ мл. У

ранньому післяопераційному періоді у 16 (5,44%) пацієнтів першої групи діагностована сечова нориця: її закриття досягнуто стентуванням сечоводу (Clavien–Dindo IIb) у 13 (5,7%) пацієнтів і у трьох (1,3%) – виконанням чреширної нефростомії (Clavien–Dindo IIIa). Місцевий рецидив НКТ відзначений також у 16 пацієнтів першої групи в період з 2014 по 2015 рік. Канцерспецифічне виживання (КСВ) склало 97,45%.

Висновки. Відмінностей в кінцевому гемостазі рани нирки не відзначено. Малотравматичний доступ дає змогу уникнути «великих» післяопераційних ускладнень (Clavien–Dindo III–IV). Жодне з ускладнень не привело до інвалідності хворих або подальшої нефректомії. НЗО можливо застосовувати при мінімальній інвазії в паранефральну клітковину. Дотримання принципів НЗО дозволяє розширити показання до них при розмірах пухлини більше 4 см (6,46% спостережень) з досягненням хороших онкологічних (КСВ – 97,45%) і функціональних результатів без збільшення частоти ускладнень.

РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДЛИННЫХ СТРИКТУРАХ И ОБЛИТЕРАЦИЯХ УРЕТРЫ

С.А.Возианов, С.Н.Шамраев, М.А. Ридченко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Варианты лечения стриктур и облитераций уретры можно разделить на малоинвазивные/эндоскопические, которые в большинстве случаев являются паллиативными, и разные варианты уретропластик, которые можно разделить на анастомотические, аугментационные (которые увеличивают просвет) и замещающие методики. Отдельно выделяют методики лечения дистракционного дефекта уретры после перелома костей таза.

Классификация методов лечения стриктур уретры:

I. Малоинвазивные/эндоскопические методики:

1. Бужирование уретры.
2. Внутренняя оптическая уретротомия:
 - «холодным» ножом;
 - лазером.
3. Уретральные стенты:
 - постоянные;