

ным эффектом, одной женщине повторно вводили Urolastik для коррекции недержания мочи – также с хорошим эффектом.

Выводы. Первичная эффективность слинговых операцийTVT-О составила 84,4%, введения объемообразующих агентов – 87,9%, позадилобковой везикуэксии по методике Burch – 70,0%. Выбор метода коррекции СНМ

основывается на степени недержания и желании пациентки перенести тот или иной вид операции. Знание этапов операций, обеспечение лечебного заведения необходимым оборудованием и опыт операционной бригады являются обязательными условиями по предупреждению осложнений хирургического лечения СНМ.

МОНОПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко, Д.Н. Шамраева

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель исследования: оценить непосредственные результаты лечения гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) методом трансуретральной монополярной энуклеорезекции.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 52 мужчин ДГПЖ, в ГУ «Институт урологии НАМН Украины», методом монополярной трансуретральной энуклеорезекции в период с января 2016 по март 2019 г. Трансуретральная энуклеорезекция предстательной железы монополярной петлей является одним из начальных методов лечения в спектре эндоскопических технологий, позволяющих удалять аденому больших размеров, однако не получивший дальнейшего применения в клинической практике ввиду длительной кривой обучения для хирургов. Суть метода сводится к «холодному» вылушиванию гиперплазированной ткани в пределах хирургической капсулы предстательной железы, что позволяет коагулировать сосуды на «протяжении», тем самым снижая риск интраоперационного кровотечения. Операцию выполняли используя обычный петлевой электрод для монополярной резекции толщиной 0,35 мм. Создавали круговой надрез слизистой оболочки в области наружного сфинктера уретры, отступив от него на 3–5 мм с обеих сторон по периметру уретры. С помощью тубуса резектоскопа, в качестве толкателя, отодвигали гиперплазированную ткань тупо от хирургической капсулы, по направлению от наружного сфинктера уретры к шейке мочевого пузыря и проводили ее резекцию монополярной петлей. При этом стремились разделить весь объем ткани на 3 блока: центральный от 5 до 7 часов условного циферблата, левый – от 5 до 12 часов условного циферблата и против

часовой стрелки, правый – от 7 до 12 часов условного циферблата и по часовой стрелке. Оставляли вылущенную дистальным концом резектоскопа ткань простаты на тканевом мостике в области шейки мочевого пузыря (в виде «гриба») – в бескровном хирургическом поле, и выполняли ее резекцию как в антеградном, так и в ретроградном направлении для ускорения процесса резекции ткани. В процессе диссекции также проводили коагуляцию сосудов хирургической капсулы. В 2018 году в 4 урологическом отделении ГУ «Институт урологии НАМН Украины» было выполнено 2 трансуретральных резекции простаты с применением биполярного резектоскопа с хорошим результатом.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных варьировал от 59 до 82 лет. Операцию проводили под спинальной анестезией. Время операции варьировало от 85 до 170 минут и в среднем составило $120,3 \pm 4,7$ мин. Кровопотеря в среднем составляла $59,5 \pm 2,6$ мл. Средний койко-день составил $6,7 \pm 1,9$ суток. Период уретрального дренирования мочевого пузыря составил в среднем $6,2 \pm 0,6$ суток. До хирургического вмешательства сумма баллов международного опросника I-PSS составила в среднем $30,8 \pm 0,9$; индекс качества жизни составил $6,1 \pm 0,4$ балла; среднее значение до операции максимальной объемной скорости мочеиспускания составило $4,4 \pm 0,5$ мл/с; объем предстательной железы определялся по формуле Terris-Stamey (1991) и в среднем равнялся $85,5 \pm 6,1$ мл; количество остаточной мочи в среднем составило $80,2 \pm 19,9$ мл, обструктивные симптомы нижних мочевых путей присутствовали у всех пациентов исследуемой группы.

Следует отметить, что у пятерых мужчин (9,6%) операция проводилась по причине рецидивной ДГПЖ (в анамнезе больных была чреспузырная аденомэктомия), у двух пациентов (3,8%) был диагностирован камень мочевого пузыря и первым этапом проводили контактную цистолитотрипсию. 12 пациентов поступили с острой задержкой мочеиспускания и дренирование мочевого пузыря в предоперационном периоде проводилось: эпицистостомой – двум пациентам (3,8%), уретральным катетером Фоли – десяти (19,2%) мужчинам. Кровотечений, ранений внутренних органов, перфораций мочевого пузыря не выявлено. У одного пациента (1,9%) в послеоперационном периоде возник стеноз шейки мочевого пузыря (Clavien IIIa), что потребовало проведения ТУР шейки мочевого пузыря – с хорошим эффектом.

Проведено сравнение пациентов, которые были распределены на 3 группы: 1 гр. – пациенты, которым была проведена ТУЭРП (52 пациента), 2 гр. – монополярная ТУРП (55 пациентов), 3 гр. – биполярная ТУРП (55 пациентов). Результаты оперированных больных изучены до операции и через 3 месяца после нее.

Выводы. Первичная эффективность трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы при объеме простаты от 70 до 180 мл составила 88,2%. Считаем необходимым накопление опыта трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы (как моно-, так и биполярной методики), особенно ее выполнение при объеме простаты ≥ 120 мл, ввиду меньшей травматичности вмешательства, меньшей кровопотери, меньшего времени операции и периода восстановления мочеиспускания при меньшей финансовой обеспеченности операции.

ВИКОРИСТАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ФЛЮОРЕСЦЕНЦІЇ У ВИВЧЕННІ ЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМИ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЩУРІВ

*Є.В. Пілін, Р.М. Молчанов, В.В. Кошарний,
Л.В. Абдул-Огли, К.А. Кушнарьова*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Лімфатичні вузли (ЛВ) є важливою системою гомеостазу внутрішнього середовища організму. Статус регіонарного ЛВ має діагностичне значення і для визначення обсягу злоякісного росту, оскільки метастазування пухлини до регіонарних ЛВ є першим кроком поширення пухлини більшості злоякісних новоутворень.

Особливо важливою є можливість візуалізації і оцінки стану ЛВ безпосередньо в ході хірургічного видалення пухлин. Діагностувати метастатичне враження ЛВ можна тільки морфологічними або молекулярно біологічними методами. Неінвазивні методи дослідження (комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, УЗД) не можуть дати чіткої відповіді про наявність чи відсутність метастазів в лімфатичних вузлах.

Визначення сторожових ЛВ набуває все більшого визнання і введена для пухлин різної локалізації в стандарти хірургічного лікування Європейської організації з вивчення і лікування раку. Поняття сторожового лімфовузла (СЛ) як анатомічно першого, розташованого на шляху лімфатичного відтоку від органа вперше було дано в 60-х, і доповнено у 70-х роках ми-

нулого століття. Анатомічні особливості шляхів лімфовідтоку від того чи іншого відділу органа дозволили розробити концепцію біопсії СЛ, згідно з яким метастази в регіонарних лімфатичних вузлах з'являються в певному порядку. Як правило, один або кілька регіонарних лімфатичних вузлів, які називаються «сторожовими» першими уражаються мігруючими зі струмом лімфи пухлинними клітинами. В той же час дослідження СЛ не входить в стандарт хірургічного лікування. Існують три основні методи визначення СЛ: контрастно-візуальний, ізотоп-асоційований і поєднаний (барвник + ізотоп).

Нами проведена серія експериментів по використанню діагностичних речовин з флюоресценцією. В першій серії експериментів вивчали розповсюдження флуоресцентного барвника при введенні в інтактну простату щурів, в другій – на тлі змодельованого хронічного запалення простати. Виявлені особливості відтоку при запальному процесі, а саме більша швидкість розповсюдження флуоресцентної речовини.

Крім того, виявлено її накопичення в регіонарних лімфатичних вузлах, що було