

впливають аденоблокатори). Найбільше при цьому зменшились епізоди ургентності (на 57%) та нетримання сечі (НС) (на 78%).

Іншим, не менш важливим, було питання сторонніх ефектів такого тривалого лікування, перш за все – появи затримки сечі. Загалом гостра затримка сечі (ГЗС) виникла впродовж року у 8 пацієнтів (0,7%, або 7/1000 чоловіко-років лікування), що подібно до 0,4% ГЗС у 12-тижневому дослідженні SATURN, що вказує на схожу незначну кількість такого ускладнення. Крім того, важливим фактом є відсутність збільшення ризику ГЗС при тривалому лікуванні пацієнтів із ДГПЗ. Слід вказати, що половина пацієнтів мала об'єм простати 36–74 мл (75 мл була верхня межа включення в дослідження), що вважається одним з головних факторів ризику для появи ГЗС – і ці пацієнти входили в групу ризику. Цікаво також, що абсолютна більшість випадків ГЗС припадала на перші 4 міс. лікування, що ще раз підтверджує відсутність збільшення її ризику при тривалому лікуванні.

Отримані за рахунок наведених досліджень факти доводять доцільність та безпечність використання ХЛ самостійно чи у комбінації з аденоблокаторами у чоловіків з ДГПЗ. Але на наш погляд, не тільки ними обмежується контингент чоловіків, яким використання ХЛ може принести користь. Чисельні дослідження показали ефективність застосування аденоблокаторів у інших груп чоловіків (яка часто перетинається з ДГПЗ) – при наявності хронічного простатиту або синдрому хронічного тазового болю (ХТБ). Натепер аденоблокатори нарівні з антибіотиками є головними (і часто єдиними) рекомендованими препаратами для лікування хронічного простатиту, вони ж рекомендовані

для лікування ХТБ. Наша практика та роботи інших авторів вказують на велику частку пацієнтів із простатитом та ХТБ, у яких присутні симптоми накопичення – перш за все часті денні та нічні сечовипускання. У таких пацієнтів не так часто спостерігається ургентність та НС, але негативний вплив дизурії на якість життя, емоційний стан та сексуальну функцію не слід недооцінювати. Перевагою цих пацієнтів перед чоловіками з ДГПЗ є низький ризик ГЗС, що певним чином знімає психологічний бар'єр у лікарів при вирішенні використати ХЛ у цих пацієнтів. Серйозних робіт по використанню ХЛ при хронічному простатиті та ХТБ ми не знайшли, але наш невеликий досвід та розуміння основ виникнення дизурії у чоловіків свідчить про те, що включення ХЛ як елемента комплексної терапії таких пацієнтів має під собою певне підґрунтя та потенціал. У цьому аспекті можна згадати історію використання ХЛ при ДГПЗ, коли від абсолютного нерозуміння доцільності застосування ХЛ багато урологів за рахунок появи нових досліджень та власного досвіду впевнилися у можливості збільшення ефективності лікування тих пацієнтів, у яких інші методи лікування не дали результату.

Таким чином, накопичений на теперішній момент досвід свідчить про великі можливості застосування холінолітиків у чоловіків з різною патологією та потенціал подальших досліджень у цьому напрямку. Адекватне призначення ХЛ дає виразний ефект та є безпечним. На наш погляд, у майбутньому є гарна перспектива збільшення кількості чоловіків, у яких використання ХЛ може дати додатковий результат при лікуванні дизурії, який неможливо досягнути іншими методами лікування.

ЛАПАРОСКОПІЧНА РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ З ВИКОРИСТАННЯМ СЕГМЕНТАРНОЇ ШЕМІЇ

Р.М. Молчанов^{1,2}, О.О. Гончарук², Л.Г. Хітько²

¹ ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² Клініка «Гарвіс»

На сьогоднішній день основним методом лікування пухлин нирок є хірургічний. Впровадження сучасних методів візуалізації та техніки оперативного втручання зробив нефрон-зберігаючу хірургію привабливою альтернативою радикальної нефректомії у пацієнтів з пухлиною нирки. Основними цілями резекції нир-

ки є повне місцеве хірургічне видалення злоякісного новоутворення і збереження адекватної функції нирок. Крім того, резекція нирки є важливою альтернативою радикальної нефректомії при певних доброякісних станах, які вражають нирку.

Всі сучасні методи резекції нирки передбачають використання стискання ниркової ар-

терії для полегшення гемостазу, радикального видалення пухлини і реконструкції паренхіми. Зеро-ішемія була введена як метод усунення ниркової ішемії. Після введення методів зеро-ішемії дослідники довільно застосовують цей термін до методів, що варіюється від використання затиску до вибіркової блокади ниркових артерій і / або вен або їх гілок. Останні дані показують, що резекція нирки з застосуванням зеро-ішемії забезпечує найкращі функціональні результати, мінімізуючи або повністю усуваючи глобальну ішемію, зберігаючи більший обсяг васкуляризації нирки. У той же час не доведено переваги будь-якого з цих методів. Вибір методу повинен бути адаптований до кожного окремого випадку на основі характеристик пухлини, можливості хірургічного втручання, досвіду хірурга, демографічних даних пацієнта і базової функції нирок.

Мета дослідження: встановити ефективність і безпеку сегментарної ішемії при резекції нирки.

Матеріали та методи. Напередодні операції проводилася оцінка даних комп'ютерної томографії з контрастним посиленням і обов'язковою візуалізацією всіх фаз накопичення та виділення контрасту. В якості альтернативи можливе використання МРТ з контрастуванням. Особливо важливим є аналіз кровопостачання нирки, що дозволяє виявлення сегментарних елементів ниркового кровотоку в області пухлини і можливість його стиснення.

Після мобілізації ободової кишки виконують дисекцію судин в області воріт нирки, максимально виділяючи сегментарну гілку, що забезпечує кровоплин ураженого сегмента нирки. Визначається ділянка паренхіми нирки, що ура-

жена пухлиною. На сегментарну судину накладається затискач «бульдог». Після розтину капсули нирки, проводиться енуклеорезекція з використанням «холодних» ножиць. Гемостаз проводили шляхом накладення безперервного обвідного шва в області дна кратера резекції, що дозволяє прошити судини, що кровоточать, і закрити дефекти чашково-мискової системи при їх наявності. При необхідності проводили локальний гемостаз з використанням кліпсами Absolock, що розсмоктується. Після зняття затискача з сегментарної судини накладали другу лінію безперервного шва з фіксацією кліпсами Hem-o-lock.

Результати. Наш досвід резекцій нирки при пухлинах T1a представлений 38 випадками.

Середній вік пацієнтів склав 56 (35–73) років. Середній діаметр пухлини 3,3 см (1,0–4,2). Середній індекс маси тіла 28,2 (19,1–38,0). Середній нефрометричний індекс RENAL 6 (4–10). Середній час операції 122 хв. (84–186). Час сегментарної ішемії 16,3 хв. (7–22 хв.). Середня крововтрата склала 118 (40–500) мл. Середні зміни eGFR при виписці були 3,8 мл/хв. Середня тривалість госпіталізації склала 4,2 дня (3–5 днів). Ускладнення представлені кровотечею в ранньому післяопераційному періоді (5 годин), яку зупинено лапароскопічним шляхом з прошиванням ділянки кровотечі паренхіми. Гемотрансфузія виконана одна (в того ж пацієнта). Екстравазація сечі з неповністю закритого дефекту чашки виявлена на 2-гу добу післяопераційного періоду, ліквідована шляхом установки стента – 1 випадок.

Висновок. При лапароскопічній резекції нирки у пацієнтів з пухлинами T1a сегментарна ішемія є безпечною і ефективною альтернативою повної теплової ішемії.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ЭВОЛЮЦИИ БЛЯШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ У МУЖЧИН

Ю.Н. Гурженко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Пусковым механизмом БП является повреждение тканей (увеличения механического тканевого напряжения в белочной оболочке) полового члена во время коитуса. Это приводит к незначительным разрывам белочной оболочки и повышению проницаемости сосудов. Увеличивается микроциркуляция крови в очаге.

Следующий этап – кровоизлияние, что вызывает стаз форменных элементов крови, нарушение реологических свойств крови, давление на стенки эндотелия, дисконплектация эндотелиальных клеток, выход плазменных белков (гликозаминогликанов, мукополисахаридов, гликопротеидов). Развивается отек тканей. Следующий этап –