

вання сечоводу було успішним в 3 (4,1%) випадках.

У зв'язку з вираженим заочеревинним фіброзом анастомоз між сечоводом та тубулярним клаптиком сечового міхура виконували через очеревинну порожнину в 4 (5,7%) випадках. При сечоводо-сечоміхурово-півхових норичях до виконання анастомозу проводили фістулопластику.

Мобілізація нирки потребувалася у 26 (37,1%). Повторні операції за клаптевою методикою виконувалися у 3 (4,3%) пацієнтів.

Клаптева методика в нашому виконанні що відрізнялася від класичної операції запропонованої Боарі: використовується мінімальна кількість швів фіксуючих сечовід до сечового міхура та відсутня фіксація тубулярного клаптика до поперекового м'язу.

Операція включала мобілізацію стінок сечового міхура, об'єм мобілізації залежав від необхідної довжини клаптика. Якщо довжина була потрібна більше 5 см, проводили мобілізацію контралатеральної та задньої частини сечового міхура. Висікали клаптик з вільною дистальною частиною шириною не менше 2,0 см, та фіксованою основою – не менше 4,0 см.

У 95% випадках в дистальній вільній частині формували підслизовий тунель довжиною не менше 10 мм, через який проводили стентований сечовід та фіксували до слизової оболонки сечового міхура одним вузлуватим швом.

Після клаптик тубуляризовували сечоводом до внутрі і фіксували до зовнішньої оболонки сечоводу за допомогою чотирьох вузлуватих швів. Останнім герметизували сечовий міхур, дренажуючи його уретральним катетером.

Уретральний катетер видаляли через 2 тижні, уретральний стент – через 2 місяці від операції. Результати оцінювалися кожні 3 місяці за допомогою аналізу скарг, клінічних проявів, даних ультрасоноскопії, за показниками – екскреторної урографії або МСКТ.

Довжина клаптика складала від 3 до 21 см ($9,8 \pm 1,4$ см). Загальна кількість інтраопераційних ускладнень не перевищувала 12,9%, післяопераційних – 15,8% (з них потребували хірургічної корекції лише 1,4%). Розмір клаптика не впливав на кількість ускладнень. Відсоток післяопераційних результатів (гарний+задовільний) склав 91,5%. Нефректомію виконали лише в 2 (2,3%) випадках. Стійке зменшення об'єму сечового міхура спостерігалось у 2 з 70 пацієнтів 2,3%.

Висновок. Основою надання хірургічної допомоги пацієнтам з ятрогенною уретеральною травмою, навіть проксимальних відділків сечоводу, слід вважати клаптеву методику. Переваги якої забезпечуються фізіологічними властивостями уротелія: високий рівень репарації та стійкість до абсорбції сечі. Методика максимального збереження кровопостачання клаптика та кукси сечоводу, забезпечує високий рівень позитивних віддалених результатів.

«СКЛАДНІ» ПУХЛИННІ ТРОМБИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ – КЛАСИФІКАЦІЯ ЧИННИКІВ СКЛАДНОСТІ ТА ЇХ ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Д.В. Щукін^{1,2}, В.М. Лісовий^{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. Складні ситуації в хірургії пухлинних тромбів нижньої порожнистої вени (НПВ) зустрічаються дуже часто, оскільки для цього хірургічного втручання характерні суттєві технічні проблеми і важкі інтраопераційні ускладнення, найнебезпечніші з яких це масивні кровотечі, гостра серцева недостатність і емболія легеневої артерії пухлинними масами. Ми

ретроспективно проаналізували основні чинники, які мають вплив на складність хірургічного видалення пухлинних тромбів НПВ.

Матеріали і методи дослідження. До дослідження залучено 108 пацієнтів, оперованих з приводу пухлин нирок з неопластичними тромбами, що поширювалися до нижньої порожнистої вени. Чинники, які впливали на складність

нефректомії з тромбектомією, були розділені на чотири групи, зокрема: параметри основної пухлини, кавального пухлинного тромбу, пацієнта і деякі особливі умови.

Усі операції проводилися з доступу «шеврон». При видаленні інтралюмінальних пухлинних мас каворенального або підпечінкового відділу НПВ для васкулярної ізоляції тромбу використовувалася стандартна техніка «трюх турнікетів». У випадках поширення пухлини до ретропечінкового або інтраперикардіального відділів НПВ, а також при її проникненні у просвіт правого передсердя застосовували трансплантаційну методику тромбектомії, яка включала мобілізацію печінки, хірургічний доступ до правого передсердя з боку черевної порожнини і пальцьове зміщення верхівки тромбу нижче за діафрагму або вічка головних печінкових вен.

У всіх пацієнтів оцінювалася частота вказаних чинників та їх прогностичне значення відносно періопераційної летальності та об'єму інтраопераційної крововтрати. Для порівняльної оцінки прогностичних параметрів використовувалася міжгруповий дискримінантний аналіз.

Результати та їх обговорення. Уніваріантний аналіз представив достовірне прогностичне

значення таких чинників, як розміри пухлини більше ніж 15,0 см, супрадіафрагмальна локалізація верхівки тромбу, лівобічні пухлини, максимальний діаметр тромбу більше ніж 3,0 см, наявність кров'яного тромбу нижча за пухлинну, повна блокада кавального кровотоку, ретроградне поширення тромбу, інвазія пухлини у стінку НПВ з необхідністю сегментарної резекції, ECOG більше ніж 1, наявність ознак емболії легеневої артерії до операції. Міжгруповий дискримінантний аналіз продемонстрував, що найбільш значущими чинниками прогнозування як періопераційної летальності, так і масивної інтраопераційної кровотечі є наявність кров'яного тромбу нижча за пухлинну ($F=8,295$), повна блокада кавального кровотоку ($F=7,109$), ретроградне поширення тромбу ($F=9,204$), інвазія пухлини у стінку НПВ з необхідністю сегментарної резекції ($F=6,477$), ECOG більше 1 ($F=3,195$).

Висновок. Результати нашого дослідження продемонстрували, що найважливішими параметрами прогнозу важких і летальних ускладнень при виконанні венакаватромбектомії є чинники, що характеризують особливості пухлинного тромбу, а також параметри, пов'язані із загальним станом пацієнта.

ОБ'ЄМ ФУНКЦІОНУЮЧОЇ ПАРЕНХІМИ НИРКИ ЯК ОБ'ЄКТИВНЕ ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ

*О.А. Войленко, Ю.В. Вітрук, М.В. Пікуль, С.Л. Семко,
О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко, Е.О. Стаховський*

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Радикальна нефректомія (НФ) і резекція нирки (РН) представляють собою стандартні хірургічні методики при лікуванні локалізованого нирково-клітинного раку (НКР). Проте до цього часу відсутні критерії, що впливають на вибір відповідної хірургічної тактики при лікуванні НКР.

Мета дослідження: визначення основних факторів, що впливають на вибір хірургічної тактики при лікуванні НКР на основі проведення багатофакторного аналізу основних клінічних і нефрометричних параметрів.

Матеріали і методи дослідження. Ретроспективно проаналізовано клінічні дані 1158 пацієнтів з локалізованим НКР ($T_1-T_2N_0M_0$), яким проведе-

но оперативне лікування в 2010–2018 роках. РН проведено в 922 (79,6%) випадках; НФ – в 236 (20,4%). Обидві групи були співставні за основними клініко-демографічними показниками: середній вік становив $M \pm m$ (95% CI) $54,2 \pm 11,1$ (50,8–58,2) року у групі РН і $55 \pm 10,9$ (51,7–58,7) року у групі НФ (Mann–Whitney test; $p=0,49$); співвідношення статі (61,9% чоловіків проти 38,1% жінок у групі РН та 61,7% проти 38,3% у групі НФ) ($\chi^2=0,005$; $p=0,94$); рівень швидкості клубочкової фільтрації – $86,9 \pm 17,8$ (72–99) мл/хв/1,73 м² проти $84,4 \pm 19,8$ (81–101) мл/хв/1,73 м² (Mann–Whitney test; $p=0,59$); ECOG статус Me [25–75%] 1 [0–1] проти 1 [0–1] (Mann–Whitney test; $p=0,41$) відповідно. Для визначення параметрів, що впливають