

ПЕРЕВАГИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ НЕФРОНЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРОТИ ВІДКРИТИХ ЛЮМБАЛЬНИХ ПАРЦІАЛЬНИХ НЕФРЕКТОМІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НИРКОВО-КЛІТИННИМ РАКОМ

*С.О. Возіанов, С.М. Шамраєв, В.Д. Васильєва,
Д.М. Шамраєва, М.А. Рідченко*

ДУ «Інститут урології» НАМНУ

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

Матеріали та методи. Із 748 пацієнтів з клінічним діагнозом НКР cT1a-4N0M0, прооперованих в період з січня 2001 до січня 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 пер-

шої групи діагностована сечова нориця: її закриття досягнуто стентуванням сечоводу (Clavien–Dindo Ів) у 13 (5,7%) пацієнтів і у трьох (1,3%) – виконанням черезшкірної нефростомії (Clavien–Dindo ІІа). Місцевий рецидив НКР відзначений також у 16 пацієнтів першої групи в період з 2014 до 2015 року. Канцер-специфічне виживання (КСВ) склало 97,45%.

Висновки. Відмінностей в кінцевому гемостазі рани нирки не відзначено. Малотравматичний доступ дає змогу уникнути «великих» післяопераційних ускладнень (Clavien–Dindo ІІІ–ІV). 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.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕКОНСТРУКЦІЄЮ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ЗА ДОПОМОГОЮ КЛАПТЕВОЇ МЕТОДИКИ

Д.В. Шукін, В.М. Демченко

*Харківський національний медичний університет
Харківський обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала*

Вступ. Етіологічними чинниками ятрогенної травми сечоводу, яка складає 75% від загальної кількості, у 64% є оперативна гінекологія, у 26% – загальна хірургія, у 10% – оперативна урологія. Найбільш уразливим є дистальний відділок сечоводу (90% ушкоджень), на проксимальний (верхня і середня третини сечоводу) припадає лише 10% ушкоджень. Врахо-

вуючи, що більшість випадків цієї травми не діагностується під час операції, дана проблема створює деякі ускладнення, які можуть призвести до втрати функції нирки та інвалідизації, а в важких випадках – до летальних наслідків.

Матеріали та методи. До дослідження увійшли 73 пацієнти (69 жінок та 4 чоловіки) віком від 22 до 78 років. З правобічним уражен-

ням були 32 (43,9%) пацієнти, з лівобічним – 35 (47,9%), із двобічним – 6 (8,2%). Променеву терапію в анамнезі мали 6 (8,2%) хворих, травму сечоводу єдиної нирки – 2 (2,8%), травму подвоєних сечоводів – 5 (6,8%). Сечоводопіхові нориці мали 23 (33,3%) пацієнтки, комбіновані нориці були ідентифіковані у 3 (4,3%) хворих. Ураження сечоводу нижче здухвинних судин спостерігалися в 33 (45,2%) випадках, вище – в 34 (46,6%). Ураження верхньої третини сечоводу мало місце у 6 (8,2%) випадках. Етіологічними чинниками ушкоджень були: акушерсько-гінекологічна травма – 63 (86,3%), уретероскопія – 3 (4,1%), видалення прямої кишки – 5 (6,8%) та аорто-стегнове шунтування – 2 (2,8%). Для відновлення пасажу сечі по сечоводу у 70 пацієнтів застосовували клаптеву методику Боарі в оригінальній модифікації.

Результати. Інтраопераційні ускладнення: травма здухвинних судин – 1 (1,4%); травма

нижньої порожнинної вени – 1 (1,4%); крововтрата більше 500 мл – 7 (10%). Ранні післяопераційні ускладнення: підтікання сечі з післяопераційної рани – 8 (11,4%); загострення пієлонефриту – 23 (32,9%); стійкий парез кишечника – 13 (18,6%); хронічна затримка сечі – 2 (2,9%). Віддалений функціональний результат: гарний – 58 (82,9%); задовільний – 6 (8,6%); незадовільний – 6 (8,5%). Зменшення ємності сечового міхура зі стійкою гіперактивністю відмічалось у 2 (2,3%) пацієнтів.

Висновок. При досить високому рівні ранніх післяопераційних ускладнень, які потребували лише консервативної терапії, ми вважаємо, що основою надання хірургічної допомоги пацієнтам з ятрогенною уретеральною травмою є клаптева методика. Її головна перевага – гарні репаративні процеси уротелія, за рахунок гарного кровопостачання клаптика сечового міхура та високий рівень позитивних віддалених результатів.

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА ОЦІНКА КРОВОПЛИНУ СУДИН ЖІНОЧОЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*В.М. Григоренко, О.В. Ромащенко, В.В. Білоголовська,
С.М. Мельников, М.О. Косюхно, А.Л. Ключ*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Анатомічними складовими жіночої передміхурової залози є парауретральні залози та фасція Гальбанса. Жіноча передміхурова залоза (ЖПЗ) розташована вздовж уретри: довжина уретри обмежує зону формування ЖПЗ, а протоки ЖПЗ відкриваються в уретру (M. Zivacic, 2000).

Мета дослідження: ультрасонографічна оцінка кровоплину судин жіночої передміхурової як в спокої, так і при сексуальній стимуляції у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Проведено гінекологічне, сексологічне, ультрасонографічне дослідження 94 сексуально активних жінок-волонтерів віком від 24 до 42 років. Визначення ЖПЗ при УЗД проводилось у режимі сірої шкали (В-режимі) з використанням кольорового доплерівського картування (КДК) та оцінкою доплерометричних індексів судин парауретральних залоз як до, так і після сексуальної стимуляції (перегляд пацієнткою відео-еротичного фільму впродовж 20 хвилин). Для покращення візуалізації ЖПЗ проводили катетеризацію

сечового міхура та вводили в піхву балон, заповнений гелем.

Результати дослідження. Передній (міатальний) тип локалізації ЖПЗ виявлено при накопиченні тканин парауретральних залоз у проекції дистального відділу уретри у 67 (71,2%) обстежених, задній тип – в зоні задньої уретри – у 19 (20,2%), дифузний тип – вздовж уретри – у 7 (7,5%), відсутність – у 1 (1,1%). ЖПЗ візуалізувалась у вигляді чіткого ізоехогенного овального утворення розмірами: довжина – $2,2 \pm 0,6$ см, ширина – $1,52 \pm 0,4$ см, товщина $1,3 \pm 0,3$ см, об'єм – $4,75 \pm 0,5$ см³. Діаметр судин в зоні ЖПЗ становив від 0,17 до 0,21 см в спокої, а при стимуляції – 0,39–0,41 см. Максимальна систолічна швидкість кровоплину (Vps) була в спокої 8,9–11,1 см/сек, а при сексуальній стимуляції – 13,9–14,1 см/сек, індекс резистентності (IR) – 0,6–0,62 та 0,63–0,68, індекс пульсативності (IP) – 1,44–1,22 та 1,61–1,72, відповідно.

Висновок. Ультрасонографічне дослідження з доплерографією судин парауретральних