

стандартну антибактеріальну терапію. Хворі були розподілені на групи:

– 1-ша група: 26 пацієнтів – отримували терапію тамсулозіном у дозі 0,4 мг/добу;

– 2-га група: 18 пацієнтів – отримували свічі з диклофенаком натрію по 50 мг, один раз на добу, на ніч через день;

– 3-тя група: 24 пацієнти – отримували тамсулозін 0,4 мг/добу та свічі з диклофенаком натрію по 50 мг, один раз на добу, на ніч через день.

Тривалість лікування у всіх групах склала 4 тижні. Для оцінки ефективності лікування використали комплекс стандартних рутинних урологічних досліджень, показники ІPSS, QoL, визначення рівня PSA.

Стан хворих оцінювався відразу після лікування. У всіх групах виявлена позитивна динаміка.

Ефективність терапії пацієнтів першої групи склала 61,4% (3 пацієнти припинили терапію через місцеву дратливу дію препарату або диспепсію, у 4 осіб результати проведеної терапії розцінені як незадовільні).

Для хворих 2-ї групи ефективність лікування склала 80,1% (2 пацієнти припинили прийом препарату через виражений гіпотензивний ефект, у 2 пацієнтів поліпшення не відзначене).

У хворих 3-ї групи позитивний результат від лікування досягнуто в 88,0% (2 пацієнти не змогли застосовувати свічі з диклофенаком натрію через місцеву дратливу дію препарату або диспепсію, у 1-го хворого розвинулися явища ортостатичної гіпотонії, що зробили неможливим подальший прийом тамсулозіну). Незадовільних результатів у цій групі не зафіксовано.

В обох групах, що одержували диклофенак натрію, відзначене зменшення показників рівня tPSA в 93,9% пацієнтів (середня різниця tPSA до, та після лікування склала 1,13 нг/мл).

Таким чином, патогенетично виправдано та доцільно у випадках загострення хронічного неспецифічного простатиту у осіб із ДГПЗ, застосовувати комбіновану терапію селективними $\alpha 1$ -адреноблокаторами та нестероїдними протизапальними препаратами.

ВІДДІЛЕНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ КИШКОВОЇ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОДІВ

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

Національний інститут раку

За останні десятиріччя частота пошкоджень верхніх сечовивідних шляхів значно зросла. Це пов'язано з розширенням показань до оперативного лікування злоякісних новоутворень малого таза, широким впровадженням в практику ендouroлогічних, лапароскопічних оперативних втручань і частим застосуванням крупнофракційної променевої терапії

Мета дослідження: переглянути показання, вдосконалити хірургічну техніку та оцінити результати різних варіантів кишкової пластики сечоводу.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз 178 пацієнтів, які з 1982 до 2018 року підлягли реконструктивному хірургічному лікуванню шляхом заміщення пошкодженого сечоводу сегментом тонкої кишки. Середній вік пацієнтів склав $56,5 \pm 8,2$ року. Всі пацієнти пройшли комплексне обстеження до операції. Спостереження за пацієнтами становить від 6 місяців до 26 років.

Результати. Показаннями до кишкової пластики сечоводу були: 58 (32,6%) – ятрогенні пошкодження сечоводу; 109 (61,2%) – випадки заочеревинного фіброзу (променевої, ідіопатичний); 8 (4,5%) – пухлина сечоводу; 3 (1,7%) – непрохідність сечоводу внаслідок туберкульозу. У 29 (16,3%) пацієнтів було проведено сегментарну пластику сечоводу, у 39 (21,9%) – субтотальну, 57 (32%) – тотальну, 53 (29,8%) – двобічну кишкову пластику. Заміщення одного або обох сечоводів проводили ізоперистальтичним трансплантатом. Ілео-везикальний анастомоз виконували з антирефлюксним механізмом: у 109 (61,2%) пацієнтів дистальна частина тонкої кишки була вивернута, формуючи манжетку; у 69 (38,8%) хворих антирефлюксну манжетку доповнювали її моделюванням за методикою інтраілеальної пластики. У 21 (11,8%) пацієнта накладали плікаційні шви на протибіревий край трансплантата, що забезпечує ви-

рівнювання трансплантату і додатково запобігало розвитку рефлюксу.

Віддалені ускладнення: стриктура уретро-ілеального анастомозу у 3 (1,7%) пацієнтів, стриктура ілео-везикального анастомозу – 6 (3,4%), втрата функції нирки – 5 (2,8%), метаболічний ацидоз – 4 (2,2%). Проведення інтраілеальної пластики дозволило знизити кількість міхурово-кишкового рефлюксу до 8 (13,3%), у порівнянні з стандартною методикою манжет-

ки, при якій рефлюкс спостерігався у 41 (36,6%) випадку ($\chi^2 = 13$; $p < 0,01$).

Висновок. Кишкова пластика сечоводу залишається ефективним методом збереження функції нирки у пацієнтів з незворотними ураженнями сечоводу. З метою запобігання міхурово-кишкового рефлюксу ефективно застосування манжетки та інтраілеальної пластики, з формуванням в дистальному відділі кишкового трансплантата двох каналів.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА И ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ В УРОЛОГИИ

*О.С. Гармиш, Я.В. Смирнова, И.Г. Рац,
Н.В. Захарова, Е.С. Бачурина, К.А. Фомченко*

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Введение. Нарушения в системе гемостаза – одна из основных проблем в оперативной урологии. С одной стороны, это высокий риск периперационного кровотечения при любых видах оперативных вмешательств на почке и предстательной железе. С другой стороны, вероятность тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у больных с урологической патологией очень велика.

Больные, оперируемые по поводу урологической патологии, имеют дополнительные факторы риска развития ТЭО, к которым относят: нарушения гемостаза вследствие урологической патологии (ограничение больными приема жидкости, нарушение гемодинамики нижних конечностей и малого таза вследствие основного заболевания, «паранеопластический синдром Труссо» при онкоурологической патологии); возраст-ные анатомо-физиологические особенности организма (пожилой и старческий возраст – более 50% больных); наличие кардиоренального синдрома; развитие современных технологий позволяет выполнять радикальные реконструктивные оперативные вмешательства, но длительность и травматичность таких вмешательств значительно увеличивается, что существенно повышает риск ТЭО.

Отдельного внимания заслуживают дополнительные факторы риска ТЭО у гериатрических пациентов, оперируемых в урологии. Это нарушения гемодинамики вследствие поражения миокарда на фоне ИБС; атеросклеротическое поражение кровеносных сосудов; прогрессирующее с возрастом повышение концентрации в плазме крови не только фибриногена, но и продуктов деградации фибрина, повышение актив-

ности фибринстабилизирующего фактора (XIII); повышение адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов. Наступающая в пожилом и старческом возрасте дегидратация обуславливает развитие гемоконцентрации, замедление тока крови, повышение ее вязкости.

В то же время в оперативной урологии существует высокий риск интраоперационного кровотечения и послеоперационной гематурии, что значительно затрудняет проведение специфической профилактики ТЭО как со стартом перед оперативным вмешательством, так и в раннем послеоперационном периоде.

За последние годы использование транексамовой кислоты в оперативной хирургии показывает сокращение периперационной кровопотери и связанное с этим снижение потребности в переливании препаратов крови. Учитывая эти данные, европейские научные общества (Рабочая группа по лечению кровотечений при травме и Европейское общество анестезиологии) присвоили рекомендации по применению транексамовой кислоты в периперационном периоде и после травмы уровень 1А (сильный уровень доказательности).

Цель исследования: изучение влияния профилактических доз транексамовой кислоты на степень кровопотери интраоперационно и степень гематурии в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу кораллового нефролитиаза в условиях рентген-хирургического блока, возможность проведения специфической профилактики ТЭО у больных высокого риска.