

# ПЕРЕВАГИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ ПРОТИ ВІДКИТОЇ ПАРЦІАЛЬНОЇ НЕФРЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

*С.М. Шамраєв, М.А. Рідченко, Д.М. Шамраєва*

*ДУ «Інститут урології НАМН України»*

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

**Мета дослідження:** порівняти онкофункціональні результати резекції нирки в групах хворих, яким парціальна нефректомія була виконана або лапароскопічно або із люмботомії.

**Матеріали та методи.** З 748 пацієнтів з клінічним діагнозом НКР cT1a-4N0M0, прооперованих в період з січня 2001 по січень 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 першої групи діагностована сечова нориця: її закриття досягнуто стентуванням сечоводу (Clavien–Dindo IIb) у 13 (5,7%) пацієнтів і у трьох (1,3%) – виконанням чрезшкірної нефростомії (Clavien–Dindo IIIa). Місцевий рецидив НКР відзначений також у 16 пацієнтів першої групи в період з 2014 по 2015 рік. Канцерспецифічне виживання (КСВ) склало 97,45%.

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

## РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДЛИННЫХ СТРИКТУРАХ И ОБЛИТЕРАЦИЯХ УРЕТРЫ

*С.А. Возианов, С.Н. Шамраєв, М.А. Рідченко*

*ГУ «Інститут урології НАМН України»*

Варианти лечения стриктур и облитераций уретры можно разделить на малоинвазивные/эндоскопические, которые в большинстве случаев являются паллиативными, и разные варианты уретропластик, которые можно разделить на анастомотические, аугментационные (которые увеличивают просвет) и заместительные методики. Отдельно выделяют методики лечения дистракционного дефекта уретры после перелома костей таза.

Классификация методов лечения стриктур уретры:

I. Малоинвазивные/эндоскопические методики:

1. Бужирование уретры.

2. Внутренняя оптическая уретротомия:

– «холодным» ножом;

– лазером.

3. Уретральные стенты:

– постоянные;

– временные.

## II. Уретропластика:

### 1. Иссечение рубцов и первичный анастомоз:

а) анастомотическая пластика уретры «ко-  
нец в конец»;

б) анастомотическая уретропластика без  
пересечения спонгиозного тела.

### 2. Аугментационная уретропластика:

а) использование лоскута на сосудистой  
ножке (flap) – методики Orandi, McAninch,  
Querty;

б) использование трансплантата (graft):

– без пересечения спонгиозного тела –  
методики onlay (ventral, dorsal/операция Barbagli,  
dorso-lateral/ операция Kulkarni), операции Asopa  
(inlay), Palmintery, Kodama;

– с пересечением спонгиозного тела –  
аугментационный анастомоз.

3. Заместительная уретропластика – много  
(дву-) этапные операции:

а) полное иссечение уретральной пло-  
щадки – методика Bracka (слизистая оболочка  
ротовой полости) или Shreiter (расщепленный  
кожный трансплантат);

б) сохранение уретральной площадки и  
использование местных тканей – методика  
Johanson.

**Цель исследования:** провести сравнительную  
оценку эффективности различных видов откры-  
тых уретропластик при протяженных стриктурах и  
облитерациях мочеиспускательного канала.

**Материалы и методы исследования.** Рет-  
роспективно оценены результаты открытых урет-  
ропластик у 122 пациентов за период 2008–  
2019 гг. Данные больные разделены на 4 груп-  
пы: 1 гр. – аугментационная буккальная урет-  
ропластика – 26 (21,3%), 2 гр. – уретро-уретро-  
или уретро-простатоанастомоз – 47 (38,5%),  
3 гр. – заместительная пластика кожно-фасци-  
альным лоскутом – 14 (11,5%), 4 гр. – замести-  
тельная буккальная уретропластика – 35 (28,7%).

**Результаты и их обсуждение.** Средняя дли-  
на СУ составила в 1 гр. –  $7,6 \pm 0,5$  см;  $1,6 \pm$   
 $0,6$  см – во 2 гр.;  $3,6 \pm 0,5$  см – в 3 гр. и в 4 гр. –  
 $8,2 \pm 1,9$  см. Поствоспалительные – у 32 (26,2%),  
посттравматические – у 59 пациентов (48,4%),  
идиопатическая – у 3 (2,4%), ятрогенные (пос-  
леоперационные) СУ отмечены у 28 (22,9%). Ре-  
цидивная форма стриктурной болезни МИК  
имела место у 55 (45,1%) пациентов, из них 34  
(27,8%) больных – после открытых пластик урет-  
ры (УУА, ПКФЛ, БПУ), 15 (12,3%) пациентов –  
после чреспузырной или позадилоной аденомэк-  
томии, 6 (4,9%) пациентов – после ТУР простаты.  
Средний период послеоперационной госпитализа-

ции составлял  $8 \pm 2,1$  суток при открытых урет-  
ропластиках и достоверно не отличался в исследу-  
емых группах. Большинство пациентов (76%) вы-  
писаны на амбулаторное лечение с уретральным  
катетером. Его удаляли наиболее часто в сроки 17–  
19 суток (в 68,2% наблюдениях).

Средний период восстановления самостоя-  
тельного мочеиспускания составил: в 1 гр. –  
 $17,8 \pm 0,5$ , во 2 гр. –  $16,9 \pm 0,8$ , в 3 гр. –  $19,2 \pm 1,3$  и  
в 4 гр. –  $17,0 \pm 1,6$  суток.

Общая частота осложнений открытых кор-  
рекций СУ в раннем периоде (до 1 месяца) со-  
ставила 15,6 % (у 26 из 122 пациентов); в поз-  
днем (больше 6 месяцев) – 31,9 %. В раннем  
послеоперационном периоде отмечали осложне-  
ния II степени по Clavien: острая задержка мо-  
чеиспускания (ОЗМ) – шесть (4,9%) наблюде-  
ний, орхоэпидидимит – 17 (13,9%), промежност-  
ный затек – три (2,4%). В позднем послеопера-  
ционном периоде наблюдали осложнения трех  
видов: Clavien II, IIIb, IV. У 10 (8,1%) пациентов  
была эректильная дисфункция, которая была  
ликвидирована путем приема ингибиторов фос-  
фодиэстеразы 5 типа и внутрикавернозными  
инъекциями простагландина (Clavien II); у 8  
(10,4%) пациентов с эректильной дисфункци-  
ей, которая не поддается медикаментозной кор-  
рекции, установлен полуригидный протез поло-  
вого члена. Летальных исходов при наблюдении  
до 36 месяцев – не отмечено.

При рецидиве СУ выполнили у 24 (19,6%)  
пациентов ВОУТ, у 12 (9,8%) – повторную за-  
местительную буккальную пластику уретры или  
уретропростатоанастомоз – с хорошим резуль-  
татом. Вместе с тем, наши данные об успехе дор-  
зальных on-lay или вентральных in-lay буккаль-  
ных уретропластик по методике Asopa, Kulkarni  
и Palmintery, в отдаленном периоде соответство-  
вало мировым данным. Так, в обзоре O. Chapple,  
D. Andrich, S. Kulkarni (2014) и соавторами при-  
водится 88,2% и 90,6% уровень успеха у 240 и  
93 пациентов с данной патологией, соответствен-  
но, при периоде наблюдения за большинством  
пациентов от 27,2 до 77,1 мес.

## Выводы

1. Аугментационная буккальная пластика  
уретры – из 26 пациентов со стриктурами / обли-  
терациями уретры хороший результат отмечен у  
20 пациентов, 4 пациентам в отдаленном после-  
операционном периоде проведено ВОУТ, двум па-  
циентам проведено повторную уретропластику.  
Первичная эффективность – 63,6%.

2. Уретроуретро- уретропростатоанастомоз –  
из 47 пациентов хороший результат – у 40,  
15 пациентам в отдаленном послеоперационном

периоде проведено ВОУТ, троим пациентам проведено заместительную буккальную пластику уретры. Первичная эффективность – 75,7%.

3. Пластика кожно-фасциальным лоскутом – из 14 пациентов – у 10 хороший результат, другим 4 пациентам проведено заместительную буккальную пластику уретры. Первичная эффективность – 75,2%.

4. Заместительная буккальная пластика уретры – из 35 пациентов хороший результат отмечено у 26, другим 5 пациентам выполняли ВОУТ, 3 больным в послеоперационном периоде проведено повторную заместительную буккальную пластику уретры, одному пациенту – уретропростатоанастомоз. Первичная эффективность – 70,1%.

## СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко*

*ГУ «Институт урологии НАМН Украины»*

**Цель.** Оценить непосредственные результаты современных методов хирургического лечения стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин.

**Материалы и методы.** Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 84 женщин со СНМ в период с 2013 по 2019 г. Согласно виду оперативного вмешательства женщины разделены на 3 группы: первая группа – 52 (61,9%) пациентки, которым был установлен трансобтураторный слинг по методике TVT-O (Gynecare, Ethicon, США), вторая группа – 21 (25,1%), перенесших коррекцию СНМ объемообразующим агентом Urolastik (Urogyn, Голландия), третья группа – 11 (13,1%) больных, которым выполняли позадилобковую везикопексию по методике Burch.

**Результаты и их обсуждение.** Пациенты были разделены согласно классификации по степени тяжести СНМ Canabathi K. (1994). I ст. СНМ во всех трех группах наблюдался у 14 пациенток (16,7%), II ст. – у 44 больных (52,4%), III ст. – у 26 (30,9%). Возраст больных варьировал от 35 до 86 лет. Операцию TVT-O выполняли с помощью набора Gynecare из одного разреза передней стенки влагалища (1 см) и 2 разрезов кожи на бедре в проекции на 2 см ниже горизонтальной линии, проходящей через головку клитора и проецирующихся на медиальную верхнюю четверть foramen obturatoria. На бедре слева перфоратор проводили «in-out», справа – «out-in». Далее ленту фиксировали к проводникам и без фиксации свободно располагали слинг под средней третью уретры. Во второй группе операцию проводили под местной инфильтрационной анестезией (1%-ный лидокаин 5 мл). После сборки системы доставки объемообразующего агента,

последний вводили парауретрально в объеме 0,4–1,4 мл по периметру уретры, избегая его инъекции в сосудистые зоны уретры. Контроль степени натяжения ленты и количества введенного объемообразующего агента проводили путем проведения пробы Вальсальвы при наполнении мочевого пузыря более 200 мл. Позадилобковую везикопексию по методике Burch выполняли путем подшивания паравагинальной фасции к Куперовым связкам с обеих сторон двумя лигатурами ETHIBOND 2/0. Время операции варьировало от 15 до 120 минут и в среднем составило: в первой группе – 53,4±4,2 мин., во второй группе – 28,9±2,1 мин. и в третьей группе – 105,7±6,1 мин. ( $p < 0,05$  для 2-й и 1-й, 2-й и 3-й, 1-й и 3-й групп). Кровопотеря при TVT-O в среднем составляла 75,4±8,9 мл, при введении Urolastik 5,1±0,8 мл, при использовании методики Burch 138,0±17,8 мл ( $p \geq 0,05$ ). Средний койко-день составил в первой группе 5,8±1,2 суток, во второй группе – 1,1±0,6 суток, в третьей группе – 10,1±1,4 суток. Период восстановления составил в 1-й и 2-й гр. от 1 до 4 суток, в 3-й группе от 5 до 10 суток. Кровотечений, ранений внутренних органов, а также нагноения ран не выявлено. У трех женщин (3,6%) второй группы введение объемообразующего агента проводили после неудачных операций по установке слинга. В 7 наблюдениях (8,3%) (по три пациентки – в 1-й и 3-й группах и одна – во 2-й группе) в послеоперационном периоде возникла острая задержка мочеиспускания (Clavien II), что было купировано уретральным дренированием на протяжении дополнительно еще 1 недели. Рецидив СНМ был у 5 (5,9%) больных. Две женщины получали селективные МЗ-холинолитики курсом 12 недель с позитив-