

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ: ВЕЗИКО-УРЕТРАЛЬНИЙ АНАСТОМОЗ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

В.П. Стусь, А.Л. Суварян

Дніпровський державний медичний університет

За даними різних авторів, частота виникнення стриктури везико-уретрального анастомозу (СВУА) варіює від 9,6 до 21,8% (Wessells H. et al., 2017, Browne B.M., 2017 et al.). Для діагностики СВУА застосовують стандартні методи обстеження: ретроградну уретрографію, мікційну цистоуретрографію, уретроцистоскопію, антеретроградну цистоуретроскопію (при наявності у пацієнта цистостомічного дренажу), урофлуометрію.

У лікуванні СВУА можна застосовувати ендоскопічні та відкриті методи оперативного втручання. Суть ендоскопічних методик лікування полягає у видаленні фіброзної тканини з метою забезпечення адекватного пасажу сечі через ВУА і також в дилатації рубцевої тканини. Сучасні ендоскопічні методи лікування СВУА складаються з трансуретральної резекції (ТУР), лазерної та плазмової абляції, внутрішньооптичної уретротомії і бужування. Ендоскопічні методи використовуються як перший етап лікування через низьку травматичність, легкість виконання та інформативність. За даними різних авторів, ефективність ендоскопічного лікування може досягти до 64% (Ramirez D., 2013, Brede S., 2013, Nagpal K., 2015). Однак через виразні рубцеві зміни у везико-уретральному сегменті ендоскопічні методи не можуть забезпечити безрецидивного перебігу, та, по суті, є більш паліативними методами лікування. Хороших результатів можна досягти при висіченні рубцево змінених тканин зі створенням нового везико-уретрального анастомозу відкритою операцією із застосуванням різноманітних доступів (промежинний, позадулонний або змішаний), у деяких випадках з виконанням пубектомії. Перевага промежинного доступу полягає у відсутності попередніх втручань і, відповідно, у відсутності післяопераційних рубців на шкірі. Недоліком таких операцій є вимушений вплив на зовнішній сфінктер уретри і, як наслідок, великий відсоток появи післяопераційного нетримання сечі. Перевага позадулонного доступу полягає в тому, що через розташування стриктури проксимальніше зовнішнього сфінктера уретри, останній залишається інтактним під час операції, що позитивно позначається на триманні пацієнтом сечі

в післяопераційному періоді. Недолік такого доступу – це вимушена груба мобілізація сечового міхура із спаєчного процесу після попередньої простатектомії. Відкритий везико-уретральний анастомоз є технічно складною операцією, обумовленою грубими рубцевими змінами в області везико-уретрального сегмента, близьким розташуванням прямої кишки та виразною паравезикальною, параректальною венозною сіткою.

У клініку звернувся пацієнт Л., 71 рік, зі скаргами на неможливість самостійного сечовипускання, наявність епіцистостоми. Із анамнезу виявлено, що рік тому була виконана операція: радикальна лапароскопічна простатектомія з приводу С-г простати T26N0M0. ПГЗ: помірно диференційована аденокарцинома простати (Гліссон 6 (3+3)). У післяопераційному періоді зазначено подальше погіршення акту сечовипускання. Із приводу ГЗС – епіцистостомія, потім операція: ендоскопічна ревізія везико-уретрального анастомоза, заміна цистостоми. Направлений в ОКЛМ для дообстеження і лікування. В анамнезі життя: гіпертонічна хвороба 2 ст, ст. 2, ризик 3. Гіпертрофія лівого шлуночка. ІХС. Дифузний кардіосклероз із порушенням ритму (по типу передсердн.). НАК ІІ, НМК ІІст., НТК ІІст. СН І. Консультація кардіолога, ЕХОКГ. Лікувався з приводу лівобічної атипової пневмонії. ЛН І. Коронавірусна х-ба. Локальний статус: область нирок без патологічних змін. При бімануальній пальпації: нирки пальпаторно безболісні. Симптом побивання поперекової ділянки негативний з 2 сторін. При пальпації в надлобковій ділянці сечовий міхур не пальпується. Зовнішні статеві органи: без патології. Діурез по епіцистостомі 1600 мл. Сеча світла. Ректально: передміхурова залоза не відзначається. Слизова прямої кишки рухлива, б\б. СКТ-КТ-картина післяопераційного стану з боку передміхурової залози з наявністю конкременту в сечовому міхурі 11x13 мм; накладання цистостоми. Мішкоподібна аневризма черевного відділу аорти. Грубий фіброз легеневої паренхіми після перенесеного запального процесу. Збільшені лімфовузли в середстінні та пахових ділянках не спостерігаються. Ретроградна уретрографія:

звуження та деформація везико-уретральному відділу 1,5 см. Мікційна цистоуретрографія: об'єм сечового міхура 150 мл. Звуження везико-уретрального відділу 1,5 см. ПСА 0,003 мг/мл.

Встановлений діагноз: С-г простати N26N0M0. Операція: радикальна лапароскопічна простатектомія). Кл. гр. 111. Стриктурна везико-уретрального анастомоза. Епіцистостомія. Операція: ендоскопічна ревізія везико-уретрального анастомоза, заміна цистостоми. Камінь сечового міхура. Хронічний цистопієлонефрит. Функціонуюча епіцистостома. Супутній: гіпертонічна хвороба 2 ст, ст. 2, ризик 3. Гіпертрофія лівого шлуночка. ІХС. Дифузний кардіосклероз із порушенням ритму (по типу передсердн.). НАК 11, НМК 11 ст., НТК 11 ст. СН 1.

Виконана операція: цистолітоекстракція, пластика везико-уретрального сегмента. Післяопераційний період відбувся без ускладнень. Вилучений уретральний катетер на 15-ту добу. Ретроградна уретрографія: уретра прохідна на всій протяжності, екстравазація контрасту немає. Перекрита цистостома, самостійне сечовипускання

відновлено протягом 2 діб, потім утруднене сечовипускання. Відзначає рідкий стул. Уретроскопія: уретра прохідна для тубуса уретроцистоскопії по всій протяжності. Область анастомозу вільно прохідна для тубуса, дещо набрякла, покрита фібринозними відкладеннями. Відновлено уретральний катетер №18. Консультація гастроентеролога: антибіотикоасоційована діарея. Випикується у задовільному стані з епіцистостою та уретральним катетером. Для виключення пошкодження прямої кишки виконана ректороманоскопія – пошкоджень не виявлено. Через тиждень видалений уретральний катетер, через 3 тижні прикрита епіцистостома. Самостійне сечовипускання відновлено. Епіцистостомічний дренаж видалений.

У наступному сечовипусканні вільне, відзначає невиразне нетримання сечі (1 прокладка в день).

Таким чином, відкрита реконструкція везико-уретрального сегмента дає можливість досягти стійких та хороших результатів у відновленні самостійного сечовипускання.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФЕБУКСОСТАТУ У ЗАПОБІГАННІ ПОДАЛЬШОГО ЗНИЖЕННЯ ШКФ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ, ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК ТА ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ

*Ю.О. Мицик, Д.З. Воробець, О.А. Боржівський, В.М. Артишук,
Х.Ю. Козловська, І.О. Макагонов, Н.В. Чернова, Р.В. Габчак, А.Ц. Боржівський*

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Вступ. Підвищення рівня сечової кислоти в крові може призвести до гострого ушкодження нирок, а отже, до ризику розвитку хронічної хвороби нирок (ХХН). Іншим відомим фактором ризику розвитку ХХН є діабетична нефропатія (ДН). Раніше було доведено, що фебуксостат здатний уповільнювати прогресування ХХН та зменшувати зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) у пацієнтів без ДН. Однак потенціал фебуксостату для запобігання подальшого зниження ШКФ (а отже прогресування ХХН) у пацієнтів з гіперурикемією з та без ДН, яка є асоційованою з ХХН, все ще не є всебічно вивчений.

Мета дослідження. Оцінити ефективність застосування фебуксостату у запобіганні подальшому зниженню ШКФ у пацієнтів з гіперурикемією з та без ДН асоційованої із ХХН.

Матеріали та методи. У проспективному дослідженні брали участь 73 дорослих пацієнти з гіперурикемією та ХХН ≥ 3 стадії (34 пацієнти з ДН та 39 без ДН). Середній вік становив $62,4 \pm 10,3$ року. У всіх випадках, до та через 6 місяців після початку лікування, була визначена розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ). У пацієнтів з ДН середня рШКФ була $39,68 \pm 8,86$ мл/хв/1,72 м², тоді як у пацієнтів без ДН вона становила $42,31 \pm 8,54$ мл/хв/1,72 м². Усі пацієнти з ДН були рандомізовані у дві групи: лікування фебуксостатом (Аденурік) у дозі 40 мг на день (n=16) або плацебо (n=18). Пацієнти без ДН також були рандомізовані: лікування тією ж дозою фебуксостату (n=20) або плацебо (n=19). Статистичну значущість враховували, коли значення P було $< 0,05$.