

Матеріали науково-практичної конференції «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В УРОЛОГІЇ, АНДРОЛОГІЇ ТА ОНКОУРОЛОГІЇ»

м. Дніпро
28 жовтня 2016 р.

НОВИЙ СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ВЕЗИКО-УРЕТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНІЙ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

С.О. Возіанов, С.М. Шамраєв, А.М. Леоненко, О.С. Возіанов

*ДУ «Інститут урології НАМН України»
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

Вступ. На теперішній час відомо багато інтраопераційних варіантів формування везико-уретрального анастомозу при виконанні малоінвазивної радикальної простатектомії, які спрямовані на збереження та покращення функції утримання сечі після операції. Однак методики, яка б дозволяла досягти оптимальних функціональних результатів, — досі не представлено, що диктує необхідність вдосконалення техніки цього етапу радикальної простатектомії.

Мета дослідження: оцінка безпосередніх результатів нової методики формування везико-уретрального анастомозу під час виконання малоінвазивної радикальної простатектомії у хворих на рак передміхурової залози.

Матеріал та методи дослідження. Ретроспективно з акцентом на функціональні результати було проаналізовано 290 історій пацієнтів, які перенесли радикальну простатектомію в умовах наукових відділів ДУ «Інститут урології НАМН України» за 2013–2015 роки. Пацієнти обстежені відповідно до протоколів надання медичної допомоги (наказ МОЗ України №554). Розроблено модифікацію малоінвазивної радикальної простатектомії, суть якої полягає у формуванні дворядного вузлового везико-уретрального анастомозу у поєднанні з елементами додаткової стабілізації везико-уретрального сегмента та передньою суспензією сечового міхура (подана заява на винахід). Період динамічного спостереження дещо коливався: кожні 2 тижні у перші 3 місяці, 3–4 тижні — в термін 3–6 місяців, кожні 6 місяців — в термін до 5 років,

надалі — щорічно. Клінічна і патологічна стадії РПЗ діагностувались відповідно до редакції 2009 року TNM Міжнародної протиракової спілки. Ступінь диференціації пухлини передміхурової залози встановлювали за Глісоном в редакції 2008 року. Статистична обробка результатів проводилась за методами варіаційної статистики та була реалізована пакетом програм Medstat, Statistica 8.0 Excel.

Результати та їх обговорення. Локалізована стадія РПЗ (сT1-2cN0M0) відмічена у 211 (72,8%) хворих. Крім того, у віддаленому післяопераційному періоді після малоінвазивних РПЕ (n=161) діагностовано 7 (4,3%) ускладнень 3–4 ступенів за Clavien–Dindo: формування тонкокишкової нориці — 1, перфорація прямої кишки з формуванням ректальної нориці — 2, травма сечоводу — 1, нориця сечового міхура — 1, симфізит — 2. За модифікованою методикою РПЕ оперовано 14 (8,7%) хворих, з яких 9 проведено ЕЕРПЕ та 5 — ЛРПЕ. Висхідну уретроцистографію виконували на 6-ту–7-му добу п/о періоду та при відсутності екстравазації видаляли уретральний катетер. Особливості периопераційного періоду в групі хворих, які перенесли модифікацію малоінвазивної РПЕ наведено нижче. Конверсій, гемотрансфузій та позитивного хірургічного краю не відмічено, медіана об'єму крововтрати дорівнювала 140 мл (коливання — від 100 до 300 мл), медіана терміну катетеризації сечового міхура після операції склала 8,3 доби (коливання — від 5 до 14 діб). У одного пацієнта проведено пункцію двобічного тазового лімфо-

целю (перед оперативним втручанням хворий проходив курс променевої та гормональної терапії). У одного пацієнта виникла необхідність інтраоперативного стентування лівої нирки з метою запобігання залучення лівого вічка до шва везико-уретрального анастомозу (виконано лапароскопічно). Ще у одного пацієнта проведено лапароскопічну цистостомію (вроджена вада сечовидільної системи: пенільна гіпоспадія, стан після висічення задньої хорди в дитинстві). За даними обстеження через 6–9 місяців у 12

(85,7%) пацієнтів відмічено повне утримання сечі, 1–2 прокладки в день використовують 2 (14,3%) пацієнти.

Висновки. Безпосередні функціональні результати нового способу формування везико-уретрального анастомозу при виконанні малоінвазивної РПЕ свідчать про доцільність його опрацювання та впровадження з метою розширення хірургічних можливостей при лікуванні хворих на локалізований РПЗ та вивчення віддалених результатів.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УРЕТРОПЛАСТИК СЛОЖНЫХ СТРИКТУР И ОБЛИТЕРАЦИЙ УРЕТРЫ

С.А. Возианов¹, С.Н. Шамраев^{1,2}, В.П. Стусь⁴, Н.Ю. Полион⁴, М.А. Ридченко³

¹ ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

² Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

³ Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

⁴ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Введение. Имеется несколько вариантов хирургической коррекции сложных форм стриктурной болезни уретры, которые включают: внутреннюю оптическую уретротомию, дезоблитерацию мочеиспускательного канала; долговременные рассасывающиеся и нерассасывающиеся стенты, открытые уретропластики. Радикальным способом лечения протяженных стриктур уретры (СУ) являются: уретро-уретро-, уретро-простато- или уретро-везикоанастомоз (УВА), буккальная пластика уретры (БПУ) или пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) в аугментационном или заместительном их виде.

Цель работы: провести сравнительный анализ периоперационных и функциональных результатов различных видов уретропластики у пациентов со сложными стриктурами уретры.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены клинические данные из историй болезни и амбулаторных карт 899 пациентов со СУ или ее облитерацией, которым выполнены разные виды уретропластик в количестве 1288. Данные собраны в 2003–2016 гг. из трех урологических клиник Украины. Больные обследованы согласно принятым стандартам оказания урологической помощи (оценива-

ли клиническую симптоматику по международному опроснику IPSS, локализацию, протяженность СУ и степень спонгиоза по данным УЗИ и ретроградной/микционной уретроцистографии) – «Наказ МОЗ України № 330». Данные также включали этиологию СУ, предыдущие методы коррекции или выполненные операции, а также периоперационные сведения о кровопотере, времени операции и анестезиологического обеспечения, послеоперационной госпитализации с анализом уровня успеха или неудач/осложнений коррекции мочеиспускательного канала (МИК). Результат лечения оценивался после восстановления самостоятельного мочеиспускания при контрольном амбулаторном или стационарном обследовании больных в течение 3, 6 (n=76) и 12 (n=32) месяцев с момента операции на основании субъективных и объективных параметров (шкалы IPSS, универсального опросника оценки качества жизни, количество остаточной мочи), урофлоуметрии и уретроцистографии (через 3 недели и через 3 месяца), уретроцистоскопии через 3–6 месяцев. Уровень осложнений оценивали по модифицированной шкале Clavien–Dindo. Результат лечения относительно отсутствия рецидива СУ оценива-