

ЛАПАРОСКОПІЧНА РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ПРИ Т1 ПУХЛИНАХ: НОВИЙ ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ?

*С.В. Байдо, С.І. Приндюк, А.Б. Вінницька, А.В. Жигулін,
Д.А. Голуб, М.О. Сільвестров, Г.Б. Бернштейн*

Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги “ЛіСОД”, м. Київ

Лапароскопічна операція характеризується меншою травматичністю, косметичними та економічними перевагами, дозволяє зменшити рівень післяопераційного болю, частоту і тяжкість післяопераційних ускладнень, стаціонарний ліжко-день, прискорити терміни реабілітації і, як наслідок, підвищити якість життя хворих на рак нирки.

Ми маємо досвід лапароскопічної резекції нирки (ЛРН), виконаної 22 хворим (чоловіків 9 та жінок 13, середній вік 58,9 року). Усім пацієнтам проводилось ретельне доопераційне стадіювання (відповідно до вимог внутрішнього протоколу клініки згідно зі стандартами NCCN). Розмір пухлини від 3 до 5,5 см, у т.ч. в 4 випадках з інтрапаренхіматозним поширенням та 3 – з інвазією чашок. Середня тривалість операції склала $128,3 \pm 8,2$ хв., об'єм крововтрати – 250 ± 48 мл.

Тривалість ішемії становила від 12 до 23 хвилин, у чотирьох випадках використано принцип «zero ischemia» із застосуванням керованої гіпотензії без механічної оклюзії ниркової артерії.

Згідно з патогістологічним висновком в 17 випадках – нирковоклітинний рак, в 4 – онкоцитома, в одному – складна кіста, без наявності пухлини в краї резекції (врахована відсутність впливу на онкологічні результати лікування величини безпечного відступу від краю пухлини при виконанні резекції). Післяопераційні ускладнення виявлені в 2 випадках (паранефральний абсцес, паранефральна гематома).

Використання пролонгованої епідуральної анальгезії було необхідно в середньому протягом 1,5 (від 1 до 2) доби, відновлення перистальтики кишечника відбувалось у середньому через 9 (від 4 до 18) год, активізація хворих – через 16 (від 12 до 18) год після операції, уретральний катетер видалявся в середньому на 4-ту добу, дренаж на 5-ту. Виписка зі стаціонару була можлива на 5–6-ту добу після втручання, середній ліжкодень склав $7,12 \pm 0,52$ доби (що обумовлено бажанням пацієнтів госпіталізації до зняття швів).

Онкологічні результати операцій у пацієнтів після ЛРН не поступаються таким при відкритому втручанні. Усі досліджувані пацієнти живі, без ознак хвороби (у т.ч. місцевого рецидиву) при середньому терміні спостереження 18 місяців.

Лапароскопічна резекція нирки – ефективний малоінвазивний метод лікування хворих з невеликими пухлинами нирки, що забезпечує безпосередні результати, порівнювані з відкритими втручаннями, і разом з тим має суттєві переваги: відрізняється від «традиційної» кращими можливостями візуалізації та більш високою прецизійністю виконання оперативного прийому. В перспективі заплановано використання лапароскопічного датчика для ультразвукового дослідження нирки, що дозволяє уточнити розміри, локалізацію, структуру пухлини, а також її відношення до чашково-мискової системи.

НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОДІВ

С.В. Байдо, С.І. Приндюк, А.Б. Вінницька, А.В. Жигулін, Д.А. Голуб, Г.Б. Бернштейн

Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги “ЛіСОД”, м. Київ

Лапароскопічна операція характеризується меншою травматичністю, косметичними та економічними перевагами, дозволяє зменшити

рівень післяопераційного болю, частоту і тяжкість післяопераційних ускладнень, стаціонарний ліжко-день, прискорити терміни реабілітації і, як

наслідок, підвищити якість життя хворих. Наводимо приклад лапароскопічної пластики сечоводів, виконаної в клініці «ЛіСОД».

Пацієнтка Г., 1957 р.н., 03.11.11 перенесла лапароскопічну радикальну гістеректомію з приводу плоскоклітинної карциноми шийки матки T_{3b}N₁M₀G2 після неoad'ювантного курсу радіотерапії (ДПТ на таз – 45 Гр; «boost» на ділянку параметріїв – 10 Гр; брахітерапія – 27,5 Гр) на фоні радіосенситизації цисплатином 40 мг/м² (по червень 2011р.) Ранній післяопераційний період без ускладнень, через місяць виникли симптоми везіковагінальної нориці, яка успішно лікована кризьпівховою фістулопластикою (на 45-ту добу) та пролонгацією уретрального катетера.

Через 5 місяців (13.04.12) з'явилися ознаки двобічного уретерогідронефрозу, 19.04.12 – білатеральне стентування сечоводів. 31.05.12 при УЗД на фоні адекватно розташованих стентів зберігались ознаки двобічного уретерогідронефрозу – проведено рестентування зліва, справа – безуспішно, що змусило виконати пункційну перкутанну нефростомію. КТ-урографія (31.05.12)

встановила двобічні постпроменеві рубцеві стріктури дистальних відділів сечоводів.

12.09.12 виконана лапароскопічна двобічна пластика сечоводів з використанням тонкокишкової вставки (уретероілеонеоцистостомія), післяопераційний період перебігав без ускладнень, на 4-ту добу пацієнтка виписана. При контрольних УЗД сечовидільної системи (через 1 та 2 міс. після операції) ознак гідронефротичної трансформації та порушення функції нирок не виявлено, через 1 міс. видалена нефростома. Оскільки за даними біопсії парааортальних лімфовузлів виявлено метастаз плоскоклітинної карциноми шийки матки, то стенти залишені до визначення доцільності локальної променевої терапії на парааортальну зону для профілактики утворення рубцевих стриктур.

Дане втручання є виконуваним методом, що забезпечує задовільні функціональні результати, співставні з відкритою технікою, однак, вимагає високого рівня лапароскопічної кваліфікації уролога. У досвідчених руках операційний час не перевищує час відкритої операції, при цьому лапароскопічний доступ має суттєві переваги.

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЗВУЖЕНЬ СЕЧІВНИКА

О.В. Байло

Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

Сучасні досягнення ендоурології сприяли розвитку менш травматичних, високоефективних методів лікування звужень сечівника різного генезу.

Мета дослідження: визначити ефективність внутрішньої оптичної уретротомії і трансуретральної резекції в лікуванні звужень сечівника.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз результатів лікування звужень сечівника у 226 хворих з використанням внутрішньої оптичної уретротомії і трансуретральної резекції звуження.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Внутрішня оптична уретротомія була виконана у 73 хворих віком від 18 до 84 років і

протяжністю звуження від 5 до 10 мм, а у 153 – трансуретральну резекцію звуження з залишенням постійного катетера Фолея № 18 – 20 від 7 до 10 діб.

Після видалення катетера відновилось самостійне контрольоване сечовипускання, нормалізувались показники урофлоуметрії, покращилась якість життя. У 11 пацієнтів наступав рецидив звуження протяжністю до 0,8 см і їм було виконано повторно трансуретральну резекцію звуження з хорошими результатами.

Найближчі (до 1 місяця) і віддалені (до 3 років) результати лікування хворих були задовільними, що підтверджено даними урофлоуметрії і контрольного бужування сечівника.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз найближчих і віддалених результатів використання внутрішньої оптичної уретротомії і трансуретральної резекції