

**Матеріали конференції  
«ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ В ОНКОУРОЛОГІЇ,  
ПЛАСТИЧНІЙ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ  
СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ»,  
м. Київ,  
27–29 квітня 2017 р.**

**INTRAOPERATIVE PLATELET RICH PLASMA INJECTION  
FOR IMPROVEMENT OF CONTINENCE RECOVERY  
AFTER RADICAL PROSTATECTOMY IN LOCALLY  
ADVANCED PROSTATE CANCER PATIENTS.  
EXPERIMENTAL RESEARCH AND PRELIMINARY  
CLINICAL RESULTS**

*V.V. Lysenko<sup>1</sup>, V.L. Medvedev<sup>2</sup>, A.M. Opolskiy<sup>2</sup>, A.V. Medvedev<sup>2</sup>,  
L.G. Roshia<sup>1</sup>, V.V. Sazhiyenko<sup>3</sup>, R.S. Chystiakov<sup>1</sup>, A.D. Melenevskii<sup>1</sup>,  
D.N. Osadchii<sup>1</sup>, V.A. Snysarenko<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> University clinic of Odessa National Medical University*

*<sup>2</sup> Chair of urology of Kuban Public Medical University*

*<sup>3</sup> Chair of reconstructive medicine and reproductive technology  
of Odessa National Medical University*

**Introduction.** The functional results of the radical prostatectomy (RPE) in locally advanced prostate cancer (PCa) are worse because the nerve sparing technique do not use. The stricture of the vesicourethral anastomosis is detected in 7.5 - 14% cases (Wang R. et al, 2012), about 17% patients have incontinence after surgery in pT3 prostate cancer. The trophic decoders result in scars surround of the vesicourethral anastomosis that might be one of cause of the incontinence. Regenerative technology such as platelet rich plasma (PRP) can improve the trophic properties of the tissue.

**Objective.** The aim was to study the influence of the PRP injections on morphological changers of the urethral anastomosis on an experimental animal model. Then the first experience of the intraoperative PRP injection in vesicourethral anastomosis area during RPE in pT3a-pT3b PCa was assessed.

**Materials and methods.** Experimental study included 10 mini pigs (weight 14–16 kg), under i.v. anesthesia complete circular urethral dissection in membranous part of the urethra was performed. Running Biosin 4–0 urethral suture was done: 5 cases of the urethral restoration were performed with periurethral injections PRP 3 ml in the anastomosis

area. Reoperation with excision of the areas of the urethral anastomosis were performed 3 month later and morphological changers were evaluated.

Only patients with locally advanced prostate cancer who underwent laparoscopic non-nerve sparing RPE were included in clinical study. The 10 ml PRP was prepared intraoperatively in accordance manual protocol and it was injected surround urethra before the vesicourethral anastomosis formation in 12 patients and 9 patients were operated without PRP. The continence and rate of the postoperative anastomosis stricture were assessed in both groups. The mean time follow up was 20 months.

**Results.** Normal urethral epithelium of the pigs contained of the 8–10 layers. There were some capillaries and middle size collagen bands in the submucosal layer. The specimens of urethral anastomosis 3 month after surgery contained chronic inflammation with lymphoid follicles and higher fibrosis with sick bands. The specimens of the urethral anastomosis 3 month after surgery with periurethral PRP injections had small difference from normal urethral tissue, the epithelium had same layers and only poor fibrosis submucosal layer was identified.

артерію 96%-вого етанолу в кількості від 12 до 16 мл. У хворих з резекцією нирки з приводу раку і профузною кровотечею з артеріальної кукси, емболізація проводилася шляхом селективної катетеризації артеріальної кукси з введенням в її просвіт спеціальної мікроспіралі.

**Результати:** У хворих з місцево-поширеним раком нирки у 100% випадків ми домоглися повної оклюзії ниркової артерії і зупинки профузної кровотечі. Через 72 години у всіх цих хворих відзначалося зменшення розмірів пухлин на 10–12%, а незначне кровопостачання пухлин зберігалось через колатералі (за даними доплерографії) у 5 хворих. До 3 місяців вижили всі хворі. До цього часу розміри пухлин у 7 з 11 хворих зменшилися на 18–20%, і у 4 з них виконана нефректомія. До 6 місяців вижило 9 з 11 хворих, а до року – 6 хворих, в тому числі всі хворі після нефректомії.

У хворих з резекцією нирки з приводу раку і кровотечею з артеріальної кукси, емболізація і оклюзія артеріальної кукси досягнута в обох випадках із зупинкою кровотечі. Рецидиву кровотечі у цих хворих не відмічалось.

**Висновки.** Екстрена селективна хіміо-емболізація ниркових артерій при профузній нирковій кровотечі у хворих з місцево-поширеним раком нирки є ефективним малоінвазивним методом зупинки кровотечі, сприяє уповільненню росту пухлини і дозволяє виконати у ряді хворих видалення ураженої пухлиною нирки.

Селективна емболізація артеріальної кукси у хворих з резекцією нирки з приводу раку і кровотечею у віддалені терміни після операції з артеріальної кукси дозволяє зупинити кровотечу і зберегти нирку після резекції.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКОВОЇ АТИПОВОЇ МЕТАПЛАЗІЇ ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО ШАРУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*М.І. Ухаль, О.М. Ухаль, І.П. Пустовойт*

*Одеський національний медичний університет*

**Вступ.** Відомо, що в розвитку злоякісної пухлини сечового міхура важливу роль відіграють попередні передракові захворювання. До них відносяться: цистит різної етіології, лейкоплакія, перехідно-клітинна папілома, аденома, ендометріоз. У так званій сприятливій гуморальній фазі початку запального процесу має місце підвищена секреція клітинами уротелія захисного слизу, секреторного імуноглобуліну А та ряду інших факторів. У міру хронізації запального процесу різко зменшується захисна секреторна функція покривного епітелію, відбувається атрофія епітеліального шару сечового міхура з частим розвитком в цій фазі патологічного процесу перехідно - клітинних папілом або поліпів. Прогресування епітеліальної метаплазії призводить до осередкового клітинного ороговіння званим за рахунок характерного кольору лейкоплакією. При цьому лейкоплакія є найбільш частим передраковим захворюванням сечового міхура. За особливостями морфологічних проявів виділяють наступні форми лейкоплакії: плоскоклітинна; веррукозна (бородавчаста) та ерозивна. При всіх цих формах показана біопсія змінених ділянок. Виявлення при біопсії атипії базальних клітин і

базально-клітинна гіперактивність, свідчать про можливість злоякісної трансформації лейкоплакії. Ці зміни також супроводжуються вираженою детрузорною гіперактивністю та больовим синдромом. Цим хворим показано видалення метаплазованого епітеліального шару.

**Мета дослідження:** оцінка ефективності комплексного лікування хворих на хронічний цистит, ускладнений розвитком лейкоплакії з різним ступенем атипії зміненого епітеліального шару шляхом коагуляції гольмієвим лазером метаплазованого епітелію в поєднанні з медикаментозною відновною патогенетичною терапією в післяопераційному періоді.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено у 16 жінок хворих на хронічний цистит, ускладнений різними формами лейкоплакії і атипії базальних клітин сечового міхура. У всіх цих хворих мала місце детрузорна гіперактивність і больовий синдром. Вік хворих коливався від 28 до 65 років. Тривалість захворювання від 3 до 6 років. Вибір для коагуляції метаплазованого епітеліального шару (лекоплакії) гольмієвого лазера пов'язаний з тим, що генеровані гольмієвим лазером випромінювання

поглинається тканиною на глибину менше 0,5 мм, що вкрай важливо, оскільки при цьому не зачіпається власна пластинка і м'язовий шар. Лазерну коагуляцію виконували контактним методом в безперервному або імпульсному режимі з потужністю від 10 до 16 Вт. Торець світловода підводили до ділянки зміненого епітеліального шару сечового міхура та виконували коагуляцію всієї зміненої клітинної ланки.

При виборі алгоритму комплексного медикаментозного лікування, після лазерної коагуляції метаплазованого епітелію, виходили з необхідності стимуляції відновлення нормального епітеліального шару, блокада патологічного гіперзбудження нервових волокон в субуретеліальному просторі та зняття спастичного компонента уретральної уродинаміки. З цією метою для стимуляції регенерації нормального уретеля, починаючи з третього дня після лазерної коагуляції хворим призначали інстиляцію в сечовий міхур розчину Цистогіала (0,1% – 50 мл 4–5 інстиляцій). Для зняття гіперрефлексії призначали блокатори М-холінорецепторів (Везікар по 5 мг на добу 30 діб); для зняття ірратативної уретральної обструкції призначали блокатор альфа-один адренорецепторів Урорек (по 8 мг один раз на добу 30 днів).

**Результати та їх обговорення.** При цистоскопії підтверджено, що метаплазія епітеліального шару (лейкоплакія) в основному локалізувалися в шийці сечового міхура і в області трикутника Л2 с. За даними біопсії плоскоклітинна епітеліальна лейкоплакія підтверджена у 68,8% хворих, верукозна лейкоплакія – у 18,7% і ерозивно – у 12,5%.

При цитологічному і гістологічному дослідженні біоптатів із зон лейкоплакії помірна

атипія базальних клітин виявлена у 81,3% хворих і виражена – у 18,7% пацієнтів.

Під час лазерної коагуляції метаплазованого епітеліального шару (лейкоплакії) і в ранньому післяопераційному періоді нами не було відзначено ускладнень. Тривалість операції залежала від площі зміненого епітеліального шару і коливалася від 10 до 15 хв. Середній післяопераційний ліжко-день складав  $3,7 \pm 2,3$  доби. Через 10 діб після операції у більшості хворих зменшувався больовий синдром та детрузорна гіперактивність. Через 60 днів після операції 87,5% хворих скарг на больовий синдром та детрузорну гіперактивність не пред'являли. При контрольній цистоскопії у цих хворих епітеліальний шар в зоні лазерної коагуляції блідо-рожевого кольору з помірним судинним малюнком. Фрагментів метаплазії епітеліального шару в ці терміни дослідження не визначалося. У решти 12,5% пацієнток також відзначалося значне зменшення больового синдрому та детрузорної гіперактивності. При цистоскопії в зоні лазерної коагуляції у цих хворих залишалися помірно виражені вогнища гіперемії з відсутністю видимих ad oculus ознак рецидиву лейкоплакії.

**Висновок.** Комплексне лікування хворих на хронічний цистит, ускладнений розвитком лейкоплакії та атипії базальних клітин шляхом коагуляції гольмієвим лазером зміненого епітеліального шару в поєднанні з медикаментозною патогенетичною терапією в післяопераційному періоді, є ефективним способом відновлення нормального епітеліального захисного шару, що супроводжується ліквідацією детрузорної гіперактивності і больового синдрому.

## АБЛАСТИЧНИЙ СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ДИВЕРТИКУЛА СЕЧОВОГО МІХУРА

*М.І. Ухаль, І.П. Пустовойт, О.М. Семанів, М.М. Зотов*

*Одеський національний медичний університет*

**Вступ.** Дивертикули сечового міхура зустрічаються у клінічній практиці досить часто. Відомі два види дивертикулів – вроджені і набуті. Найбільш частим ускладненням дивертикулів сечового міхура вважається цистит. Він розвивається внаслідок застою сечі в порожнині дивертикула. З тієї ж причини може розвиватися і сечокам'яна хвороба. Також в літера-

турі описані випадки, коли в дивертикулі розвивалася злоякісна пухлина. У більшості випадків дивертикул сечового міхура вимагає оперативного лікування. До нині відкриті оперативні втручання, спрямовані на видалення дивертикула сечового міхура, залишаються основними методами лікування даного захворювання. При виконанні оперативного лікування