

**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. Lysenko¹, V.L. Medvedev², A.M. Opolskiy², A.V. Medvedev²,
L.G. Roshia¹, V.V. Sazhiyenko³, R.S. Chystiakov¹, A.D. Melenevskii¹,
D.N. Osadchii¹, V.A. Snysarenko¹*

¹ University clinic of Odessa National Medical University

² Chair of urology of Kuban Public Medical University

*³ 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.

ва – 25 (58%), зліва – 18 (42%). Середній вік пацієнтів складав 63 ± 12 років. Чоловіків – 14 (32%), жінок – 29 (68%). Первинні злоякісні пухлини наднирників більше 6 см та ретрокавально розташовані пухлини були показаннями до ВАЕ. Показанням до лапароскопічної операції був розмір пухлин 2–13 см. ЛРН проводили з приводу доброякісних пухлин від 1,5 до 3 см та кіст розміром до 8 см. Серед 36 доброякісних пухлин 22 (61%) були гормонпродукуючими пухлинами, 14 (39%) негормонпродукуючими. Всі лапароскопічні втручання були виконані трансабдомінально.

Результати. Патоморфологічне дослідження виявило 7 (16,2%) злоякісних пухлин, у тому числі 5 метастатичних пухлин (4 випадки – метастази пухлин легень і 1 випадок – метастазування пухлини матки). Із доброякісних пухлин виявлено 23 (53%) аденоми, 7 (16,2%) феохромоцитом, 4 (9,3%) кісти та 2 гангліоневроми. Патоморфологічне дослідження після ЛРН: 5 аденом, 1 феохромоцитом і 4 кісти, 2 гангліоневроми. Середня тривалість лапароскопічних операцій склала 70 хвилин. Не було ніяких істотних відмінностей у тривалості операції між ЛАЕ

та ЛРН ($p > 0,8$). Середня крововтрата була 80 мл (50–250 мл) у ЛАЕ та 50 мл (20–80 мл) у ЛРН ($p > 0,05$). Зафіксовано одне післяопераційне ускладнення – кровотеча після ЛАЕ, яка була зупинена ендоскопічно. Тривалість застосування анальгетиків була 12–24 годин після лапароскопічних втручань. Ентеральне харчування починалось через 10 годин після лапароскопічної хірургії. Тривалість перебування в стаціонарі склала в середньому 4 (3–6) днів після лапароскопічної хірургії. Аналогічні дані зафіксовані для ЛРН. Симптоми гіпокортицизму були зафіксовані у одного пацієнта після тотальної адреналектомії, вирішено консервативно. Після ЛРН жодних ускладнень не зафіксовано. За час спостереження не зафіксовано жодного локального рецидиву (4–47 місяців).

Висновки. ЛРН відкриває нові стандарти для лікування доброякісних пухлин наднирників, надаючи можливість зберегти функціональну тканину надниркових залоз та запобігти розвитку гіпокортицизму в післяопераційному періоді. Це є особливо важливим у випадках із двостороннім поширенням процесу.

ЕКСТРЕНА ЕМБОЛІЗАЦІЯ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ НИРКИ І СЕЛЕКТИВНА ЕМБОЛІЗАЦІЯ КРОВОТЕЧІ З АРТЕРІАЛЬНОЇ КУКСИ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ З ПРИВОДУ РАКУ

М.І. Ухаль, О.М. Семанів, І.П. Пустовойт, Ю.М. Лунга

Одеський національний університет

Вступ. Відомо, що профузна кровотеча у хворих з місцево-поширеним раком нирок є нерідким ускладненням. Медикаментозні методи лікування при профузній кровотечі у цих хворих не завжди ефективні, а інвазивне оперативне втручання вкрай ризиковане. Разом з тим, використання екстреної емболізації ниркових артерій, як рятівного малоінвазивного оперативного втручання, застосовується рідко і в одиничних випадках. Крім того, в літературі практично відсутні дані про застосування селективної емболізації при пізніх профузних кровотечах з кукс артерій після резекції нирки з приводу раку.

Мета дослідження. Визначити ефективність екстреної емболізації ниркових артерій у хворих з місцево-поширеним раком нирки, ускладненим гематурією і анемією і селективної

емболізації артеріальної кукси у пацієнтів з профузною кровотечею після резекції нирки з приводу раку.

Матеріали та методи. Робота ґрунтується на результатах застосування екстреної емболізації ниркових артерій у 11 хворих з місцево-поширеним раком нирки, ускладненим профузною нирковою кровотечею і анемією і у 2 пацієнтів з повторними профузними кровотечами з кукси артерії у віддалені терміни (через 1,5 і 3 місяці відповідно) після резекції нирки з приводу раку. Вік хворих коливався від 50 до 70 років. Катетеризація ниркових артерій здійснювалася трансфеморальним доступом за методикою Сельдінгера. У хворих з місцево-поширеним раком нирки проводили хіміо-емболізацію шляхом введення в загальну ниркову

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