

**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.

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 уротелія, 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

набутого дивертикула, в обов'язковому порядку, повинна бути усунена причина, яка, власне, і спровокувала його розвиток. При лікуванні раку дивертикула сечового міхура вкрай важливим також є застосування принципу абластики з метою запобігання розвитку пухлини в сечовому міхурі або в оточуючих дивертикул тканинах.

Метою повідомлення є наш досвід використання модифікованого нами способу абластичного оперативного лікування раку дивертикула сечового міхура.

Матеріал і метод лікування. Хворий Н., 58 років, поступив в урологічне відділення КУ ООКЛ м. Одеса зі скаргами на слабкість, помірні болі над лоном, домішки крові в сечі, відходження згустків крові з сечею. Діагноз дивертикула сечового міхура і наявність в дивертикулі пухлини встановлено за допомогою УЗД, КТ і цистоскопії.

При УЗД сечового міхура стінки не потовщені. До зовнішньої поверхні лівої стінки сечового міхура тісно прилягає пухлина 68x40 мм. Передміхурова залоза 55x48x51 мм. Контури передміхурової залози чіткі, рівні.

КТ органів малого таза: об'ємний утвір малого таза зліва від стінки сечового міхура.

Цистоскопія: об'єм сечового міхура 300 мл, епітеліальний шар блідно-рожевий, вічка сечоводів щілиноподібні в звичайному місці. На лівій стінці сечового міхура з вічка дивертикула виглядає край папілярної пухлини.

Для абластичного видалення раку дивертикула сечового міхура в просвіт дивертикула введений дистальний кінець катетера Фолі. При наповненні балона катетера Фолі пухлина занурена в просвіт дивертикула. Відступивши 1 см від входу в дивертикул, накладено кісетний шов, який затягнутий над входом. Цим прийомом досягнуто відокремлення просвіту дивертикула

з пухлиною від порожнини сечового міхура. Для попередження пошкодження лівого сечоводу в його просвіт проведено сечовідний катетер. Відступивши на 1 см від кісетного шва, проведено круговий розріз стінки сечового міхура. Підтягуючи катетер Фолі в просвіт сечового міхура, нами поступово відділений від навколишніх тканин дивертикул і видалений. Рана стінки сечового міхура зашита дворядним вікріловим швом. За час виділення та видалення дивертикула контакт пухлини зі стінкою сечового міхура і навколишніми тканинами був виключений, що гарантувало абластичність оперативного втручання і дозволяло швидко і атравматично провести оперативне втручання.

Після дивертикулектомії, традиційним способом вилучені гіперплазовані тканини передміхурової залози, як причина розвитку дивертикула. Післяопераційний період протікав гладко. На 9-ту добу після операції хворий виписаний на амбулаторне лікування.

Гістологічне дослідження пухлини дивертикула сечового міхура: помірно диференційований \ G2 \ папілярний уротеліальний рак \ 4 см \, з поверхневою виразкою, слабкою імунною реакцією в стромі, без поширення за межі стінки дивертикула і в край резекції стінки сечового міхура. В стінці сечового міхура хронічний проліферативний цистит. У видалених гіперплазованих тканинах передміхурової залози злоякісного пухлинного росту не виявлено.

Висновок. Використання модифікованого нами способу оперативного лікування раку дивертикула сечового міхура дозволило досягти абластичності і малої травматичності виконання оперативного втручання, а також провести, без ризику інвазії пухлинного процесу, видалення гіперплазованих тканин передміхурової залози.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*Е.О. Стаховський, М.В. Чепурнатий, Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, П.С. Вукалович,
О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко, О.В. Буйвол, М.В. Пікуль, М.В. Мариниченко*

Національний інститут раку

Вступ. Плоскоклітинний рак сечового міхура зустрічається у 5% хворих із злоякісними утвореннями сечового міхура та є рідкісною високо-агресивною пухлиною, що визначає низький досвід у діагностиці та лікуванні даної

патології. Основні етапи діагностики нозології, визначені загальноприйнятими стандартами для перехідно-клітинної карциноми.

Мета роботи: аналіз особливостей діагностики плоскоклітинного раку сечового міхура.