



**Материал и методы исследования.** Ретроспективный статистический анализ архивных данных пациентов с опухолью мочевого пузыря за период 1985-2015 гг. на базе урологического отделения МБУЗ ГКБ№2. Диспансерное наблюдение пациентов с опухолью мочевого пузыря проводилось через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

**Результаты и их обсуждение.** Возраст данной категории больных колебался от 35 до 88 лет, из них 399 мужчин и 202 женщины. Все больные были обследованы. Основными методами являлись: цистоскопия, УЗИ мочевого пузыря, МСКТ, МРТ, в/в экскреторная пиелография. Из наблюдаемых нами 601 больных, 487 человек находились на диспансерном наблюдении и были прооперированы (эндovesикальная электрокоагуляция, ТУР, открытые операции). При диспансерном наблюдении рецидивы опухолей через месяц выявлены у 11%, через 3 месяца - у 7%, через 6 - у 64% и через 12 месяцев - у 18%. Все больные были повторно прооперированы. У некоторых больных рецидивы опухолей в течение года повторялись от 2-х до 3-х раз, что доказывает целесообразность проведения диспансеризации.

#### **Выводы:**

- Рецидивы опухолей мочевого пузыря встречаются часто. Диспансерное наблюдение за больными позволяет выявить рецидивы опухоли на ранних стадиях развития.
- При выявлении опухоли, предпочтение отдают ТУР опухоли со стенкой мочевого пузыря или радикальной цистэктомии.
- После первичной ТУР опухоли мочевого пузыря желательно проводить эндovesикальную химиотерапию доксирубицином.

## **Эффективность применения медицинского клея «Сульфакрилат» при осложнениях органосохраняющей хирургии рака почки**

Феофилов И.В., Шкуратов С.С., Почивалов А.К.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ).

Кафедра урологии.

**Введение** Основным методом лечения рака почки долгое время являлась радикальная нефрэктомия. Резекция почки представляла собой метод выбора в случае двустороннего опухолевого поражения, при одной или единственной функционирующей почке. Внедрение новых методов визуализации повысило частоту обнаружения ранних стадий заболевания, при которых стало возможным выполнение органосберегающих операций. Если сравнивать традиционную нефрэктомию и резекцию при здоровой контралатеральной почке, то можно сказать о способности конкурировать органосохраняющего подхода при небольших размерах опухоли и удобной для резекции локализации. Поэтому отмечается интерес урологов к стремлению для широкого использования резекции почки при почечно-клеточном раке. Преследуя цель улучшения качества жизни пациента, поднимается вопрос об активном использовании малоинвазивной хирургии при органосохраняющих операциях. Но такой метод оперативного лечения как резекция почки сопряжен с рядом серьезных проблем – одной из которых являются геморрагические осложнения. Надежный гемостаз



всегда крайне важен при урологических операциях, особенно при органосохраняющих. Второй важный момент это восстановление герметичности мочевых путей.

**Цель работы:** Изучение эффективности применения медицинского клея Сульфакрилат в моноварианте, так и в комбинации с окисленной регенерированной целлюлозой Surgicel для профилактики осложнений при органосохраняющей хирургии почки.

**Материалы и методы:** С 2008 по 2017 г. в ГБУЗ НСО ГНОКБ выполнено 208 резекций почки, открытых 124 (59,6%), лапароскопических 84 (40,4%). Мужчин – 97 (46,6%), женщин – 111 (53,4%). Средний возраст – 53,3 (22–82) года. Поражение правой почки – у 97 (46,6%), левой – у 109 (52,4%), двусторонние опухоли – у 2 (0,9%) пациентов. В 7 (3,3%) случаях операция выполнялась при единственной функционирующей почке в стадии Т3а. Лапароскопическая резекция проводилась при стадии Т1а, Т1б.

При открытой резекции почки использовали срединный или люмботомический доступ. Пережатие почечной артерии для лучшей визуализации зоны резекции и предотвращения интраоперационной кровопотери использовалось в 15% случаев. Выполняли резекцию почки в пределах визуально неизмененных тканей, стремясь сохранить сегментарные сосуды. Ушивали вскрытую полостную систему, а также видимые дефекты сосудистых стенок, после чего накладывали дополнительные гемостатические швы на зону резекции Stratafix 3/0 или V-Loc.

I группа: В 90 случаях дополнительных методов гемостаза после коагуляции места резекции и наложения гемостатических швов не применялось.

II группа: В 22 случаях использовался клей Сульфакрилат после электрокоагуляции зоны резекции без наложения гемостатических швов.

III группа а) у 51 пациента при выполнении резекции почки после наложения гемостатических швов применялся медицинский клей Сульфакрилат после наложения гемостатических швов, б) в 45 случаях дополнительно укладывался гемостатический материал Surgicel.

**Результаты:** Осложнения раннего послеоперационного периода отмечены в 32(15,3%) из 208 наблюдений. Кровотечение, потребовавшее экстренного хирургического вмешательства в первой группе развилось у 10 (4,8%) пациентов, при этом в 4 (1,3%) случаях выполнена нефрэктомия, в 6 (3,2%) – коагуляция зоны кровотечения, использование медицинского клея «Сульфакрилат», гемостатического материала «Surgicel». Переливание компонентов крови потребовалось 3 пациентам из первой группы.

Во второй группе пациентов кровотечений потребовавших экстренного хирургического вмешательства не наблюдалось. Переливание компонентов крови проводилось в 1 случае.

Средняя кровопотеря во время операций составила в первой группе 102,6мл (минимальная 20мл – максимальная 4000мл), во второй 45,7мл (50мл-1500мл)

В одном случае первой группы пациентов (0,6%) пациента на 15-е сутки после операции около зоны резекции почки обнаружена нагноившаяся гематома, была выполнена перкутанное пункционное дренирование.

В 11 наблюдениях первой группы (5,2%) отмечалось образование мочевого свища. В 4 (1,9%) случаях было выполнено стентирование мочеточника, в 7 (6,4%) случаях была выполнена перкутанная нефростомия.

Во II группе в 1 случае при выполнении лапароскопической резекции почки с использованием дополнительных методов гемостаза (Сульфакрилат, Surgicel), образовался мочевой свищ в зоне резекции. Было проведено оперативное лечение в объеме перкутанной нефростомии.



Среднее время проведения оперативного лечения в I группе составило 74 минуты (мин50-макс140мин), II группа 62 мин (мин 45-макс 100мин), III группа 90 мин (70мин-180мин).

**Выводы:** Резекция почки оптимальный метод выбора в лечении больных с опухолями единственной, единственной функционирующей почкой, наличии системного заболевания, способного привести к резкому снижению функции контралатеральной почки, а также при двустороннем опухолевом поражении почек. Оставляя функционирующую почечную паренхиму у этой когорты пациентов, позволяет предотвратить ренопривные состояния, необходимости проведения программного гемодиализа. Лапароскопическая резекция может наравне конкурировать с открытой, при частом выполнении таких операций в клинике. Осложнения после резекции почки, в основном, связаны с техническими особенностями проведения хирургического вмешательства – мобилизацией почечных сосудов, длительностью их пережатия, объемом удаляемой почечной паренхимы, реконструкцией чашечно-лоханочной системы.

Наше исследование показало что применение такого гемостатического препарата как клей Сульфакрилат высокоэффективен при закрытии почечной раны и позволяет создать как надежный гемостаз, так и профилактику образования мочевых свищей. В моноварианте позволяет сократить время операции, обеспечивая надежный гемостаз при небольших резекциях. При более крупном дефекте оптимальным и более выигрышным методом гемостаза является наложение гемостатических швов анкерными нитями с последующим использованием медицинского клея Сульфакрилат и окисленной регенерированной целлюлозой Surgicel, что позволяло добиться отличного гемостаза, и высокой протекции от мочевых свищей.

## РЕКОНСТРУКТИВНАЯ УРОЛОГИЯ

### Опыт применения сетчатых имплантов при пролапсе тазовых органов и стрессовом недержании мочи у женщин

Ковтун Е.Г., Бощенко В.С., Гудков А.В.

г. Томск.

**Введение:** Полученные за последние десятилетия данные показывают, что эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов и недержания мочи при напряжении с использованием синтетических сетчатых имплантов может достигать 80-100%. Однако, проблема безопасности использования синтетических эндопротезов остается актуальной до настоящего времени. Несвоевременно выявленные осложнения могут стать причиной летальных исходов, повторных хирургических вмешательств, существенно ухудшить прогноз и привести к инвалидизации пациенток.

**Материалы и методы:** С 2015 по 2017 год в отделении урологии СибГМУ ГХК им. А.Г. Савиных было прооперировано 116 женщин с диагнозом недержание мочи при напряжении. Всем пациенткам выполнена операция: Петлевая пластика уретры синтетическим сетчатым имплантом «Урослинг» (ООО «Линтекс», г. Санкт-Петербург, Россия) с использованием конструкции TVT-O. У 17 пациенток с диагнозом пролапс тазовых