

вены. Диссекция ветвей почечной артерии оказывается, как правило, возможной и при использовании трансперитонеального доступа. Для этого мы обычно мобилизации и пересекали надпочечниковую, гонадную и иногда поясничную вены слева, гонадную и поясничную вены справа. Все операции были выполнены лапароскопически без конверсии в открытые вмешательства. Ни в одном наблюдении не отмечено серьезных послеоперационных осложнений, потребовавших повторных операций.

Заключение. Лапароскопическая резекция почки с применением сегментарной или субсегментарной ишемии является безопасным методом, позволяющим заметно снизить ишемическое повреждение функции почки по сравнению с методом пережатия почечной артерии. Использование метода может существенно расширить показания к выполнению лапароскопических органосохраняющих операций при почечно-клеточном раке.

Таблица 1*Характеристика пациентов*

Параметр	1-я группа (n=46)	2-я группа (n=49)
Возраст, годы	57±9,6 (45-80)	59±8,9 (33-77)
Индекс массы тела	27,3±3,8 (19,5–36,2)	26,9±4,3 (19,2–36,4)
Размер опухоли, см	3,4±0,6 (2,1–7,3)	3,5±0,5 (1,5–7,2)
Объем кровопотери, мл	195 (70-500)	258 (100-900)
Продолжительность операции, мин	138±41 (80-165)	182±27 (90-205)
Продолжительность тепловой ишемии, мин	22±5,5 (17-46)	31±5,6 (20-56)

Таблица 2*Показатели СКФ до и после операции*

Параметр	1-я группа (n=46)	2-я группа (n=49)	
СКФ пораженной почки до операции, мл/мин	56,4±5,3	53,8±4,7	p>0,05
СКФ пораженной почки через 3 мес. после операции, мл/мин	32,2±6,9	39,8±5,7	p<0,05
Величина снижения СКФ через 3 мес. по сравнению предоперационным уровнем, мл/мин	26,6±5,3	15,0±5,2	p<0,05

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Б.Я. Алексеев, К.М. Ньюшко, А.С. Калпинский, Н.В. Воробьев, М.П. Головащенко, В.И. Чиссов Резекция S-образной перекрестно-дистопированной почки у большого почечно-клеточным раком. Онкоурология; 2012 (1): 94-99.
2. Я.В. Гриднева, В.Б. Матвеев, Д.В. Перлин, Р.Г. Фу, В.В. Алешин, Д.А. Белов Возможности хирургического лечения диссеминированного рака почки. Онкоурология; 2009 (3): 71-74.
3. Becker F, Van Poppel H, Hakenberg OW, et al. Assessing the impact of ischaemia time during partial nephrectomy. Eur Urol 2009; 56: 625–35.
4. Benway BM, Baca G, Bhayani SB, et al. Selective versus nonselective arterial clamping during laparoscopic partial nephrectomy: impact upon renal function in the setting of a solitary kidney in a porcine model. J Endourol 2009; 23: 1127–33.
5. Desai MM, Gill IS, Ramani AP, et al. The impact of warm ischemia on renal function after laparoscopic partial nephrectomy. BJU Int 2005; 95: 377–83.
6. Gill IS, Kavoussi LR, Lane BR, et al. Comparison of 1,800 laparoscopic and open partial nephrectomies for single renal tumors. J Urol 2007; 178: 41–6.
7. Guillonnet B, Bermudez H, Gholami S, et al. Laparoscopic partial nephrectomy for renal tumor: single center experience comparing clamping and no clamping techniques of the renal vasculature. J Urol 2003; 169: 483–6.
8. Funahashi Y, Hattori R, Yamamoto T, et al. Ischemic renal damage after nephron-sparing surgery in patients with normal contralateral kidney. Eur Urol 2009; 55: 209–16.
9. Heuer R, Gill IS, Guazzoni G, et al. A critical analysis of the actual role of minimally invasive surgery and active surveillance for kidney cancer. Eur Urol 2010; 57: 223–32.
10. Kim FJ, Rha KH, Hernandez F, et al. Laparoscopic radical versus partial nephrectomy: assessment of complications. J Urol 2003; 170: 408–11.
11. Lane BR, Novick AC, Babineau D, et al. Comparison of laparoscopic and open partial nephrectomy for tumor in a solitary kidney. J Urol 2008; 179: 847–52.
12. Ng CK, Gill IS, Patil MB, et al. Anatomic Renal Artery Branch Microdissection to Facilitate Zero-Ischemia Partial Nephrectomy. Eur Urol 2012; 61: 67–74.
13. Shao P, Qin C, Yin C, et al. Laparoscopic Partial Nephrectomy With Segmental Renal Artery Clamping: Technique and Clinical Outcomes. Eur Urol 2011; 51: 849-855.
14. Thompson RH, Lane BR, Lohse CM, et al. Every minute counts when the renal hilum is clamped during partial nephrectomy. Eur Urol 2010; 58: 340–5.
15. Thompson RH, Blute ML. At what point does warm ischemia cause permanent renal damage during partial nephrectomy? Eur Urol 2007; 52: 961–3

РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ У ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА

Перлин Д.В.^{1,2}, Сапожников А.Д.^{1,2}, Александров И.В.^{1,2}, Дымков И.Н.¹

¹ Волгоградский областной уронефрологический центр,

² кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии, Волгоградский государственный медицинский университет

Rezumat**NEFRECTOMIA RETROPERITONEOSCOPICĂ DE LA DONATOR VIU ÎNRUDIT**D.V. Perlin^{1,2}, A.D. Sapozhnikov^{1,2}, I.V. Aleksandrov^{1,2}, I.N. Dymkov¹¹Centrul Regional de Uronefrologie, Volgograd; ²Catedra de Urologie, Nefrologie și Transplantologie, Universitatea de Stat de Medicină, Volgograd

Noi am modificat metoda de nefrectomie retroperitoneoscopică de la donator viu înrudit și am evaluat rezultatele primelor 10 intervenții. Am efectuat patru nefrectomii pe stânga și șase nefrectomii pe dreapta „fața-verso” de la donator în viață. Nu au existat conversii de trecere la operații deschise. Toți rinichii prelevați au fost transplantați cu succes. Nefrectomia cu acces retroperitoneoscopic de la donator în viață este o metodă sigură și fezabilă. Metoda are trei avantaje principale în comparație cu nefrectomia laparoscopică convențională: nici un contact cu intestinul, splină, ficatul sau alte structuri intraabdominale; acces mai confortabil la nivelul arterei renale, absența creșterii directe a presiunilor intraperitoneale.

Summary**RETROPERITONEOSCOPIC LIVE DONOR NEPHRECTOMY.**D.V. Perlin^{1,2}, A.D. Sapozhnikov^{1,2}, I.V. Aleksandrov^{1,2}, I.N. Dymkov¹¹Volgograd Regional Urological Center, ²Department of Urology, Volgograd State Medical University

We modified the method of retroperitoneoscopic live donor nephrectomy and evaluated results of first 10 procedures. We performed four left- and six right-sided donor nephrectomy. There were no conversions to open or hand-assisted surgery. All organs have been successfully transplanted. Retroperitoneoscopic live donor nephrectomy is safe and feasible. The method has three main advantages over conventional laparoscopic nephrectomy: no any contact with bowel, spleen, liver and other intra-abdominal structures, more comfortable access to the renal artery, absence of direct increasing of intraperitoneal pressures.

Актуальность. Отдаленные результаты трансплантации почки от живых родственных доноров существенно превосходят результаты пересадки трупных органов. Основными преимуществами подобных операций являются гораздо меньшая продолжительность консервации, как правило, лучшая гистосовместимость реципиента и донора, исчерпывающее обследование донора, отсутствие преморбидных повреждений органов. Кроме того, родственная трансплантация позволяет значительно сократить время ожидания для реципиента и, соответственно, уменьшить влияние негативных побочных явлений длительной заместительной терапии. Все эти преимущества достигаются благодаря добровольному пожертвованию органа живым донором. Поэтому основными условиями выполнения донорской нефрэктомии должны быть минимальное влияние на общее состояние здоровья и образ жизни донора и безопасность в отношении возможности осложнений. Внедрение с середины девяностых лапароскопической нефрэктомии позволило значительно увеличить число подобных операций за счет гораздо большей привлекательности для доноров вследствие меньшего косметического дефекта и быстрого практического полного восстановления физической активности [1,19]. Однако лапароскопическая трансперитонеальная операция содержит потенциально больший риск повреждения органов брюшной полости по сравнению с традиционной открытой, выполняемой внебрюшинно. Кроме того, высокий уровень внутрибрюшного давления сопровождается определенным риском развития интраоперационных сердечно-сосудистых и послеоперационных легочных осложнений. Оптимальным решением может быть ретроперитонеоскопическая нефрэктомия, сочетающая в себе косметические преимущества эндоскопических вмешательств и операций, выполняемых внебрюшинным доступом. В этой статье мы приводим методику и результаты первый опыт применения в на-

шей клинике десяти первых ретроперитонеоскопических донорских нефрэктомий.

Материалы и методы. В период с декабря 2010 по январь 2014 в нашей клинике было выполнено 10 ретроперитонеоскопических донорских нефрэктомий с последующей трансплантацией почки родственному реципиенту. Четыре нефрэктомии были выполнены слева, шесть - справа. Показаниями к изъятию органа справа были относительно меньшая функция правой почки по данным радиоизотопного исследования, наличие кисты, умеренная каликоэктазия. Трех донорам ранее производились открытые оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Доноры были обследованы по стандартному протоколу, включающего определение клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина, радиоизотопную стинциграфию, рентген-компьютерную томографию. Предоперационная подготовка доноров включала стандартную очистительную клизму накануне и не требовала назначения фортранса (в отличие от подготовки к лапароскопической операции). На операционном столе пациента располагали на боку в позиции переразгибания в поясничном отделе, под углом 90 градусов. После обработки операционного поля выполняли доступ в забрюшинное пространство через разрез 1-1,5 см по задне-подмышечной линии ниже 12 ребра на 1 см. Важным ориентиром является пальпация внутренней поверхности 12 ребра. Рабочее пространство формировали с помощью самодельного баллона, собранного из катетера Фолея и пальца хирургической латексной перчатки. При помощи шприца Жане в баллон нагнетали 600 – 800 мл воздуха для отслойки фасции Герота от поясничной мышцы и гемостаза. После 5-7 минутной экспозиции под контролем пальца устанавливали 10 мм порт по средне-подмышечной линии, на 1,5-2 см выше гребня подвздошной кости и 10 мм порт в области формирова-

ния первичного доступа. Затем уже после формирования карбоксиретроперитонеума (16-18 мм.рт.ст.) под контролем камеры устанавливали 12 мм порт по передне-подмышечной линии, на 3-4 см выше гребня подвздошной кости, 5 мм порт несколько медиальнее на уровне пупка - для тракции брюшины и почки. В первую очередь визуализировали поясничную мышцу, при необходимости тупо отодвигая фасцию Герота (рис.1).

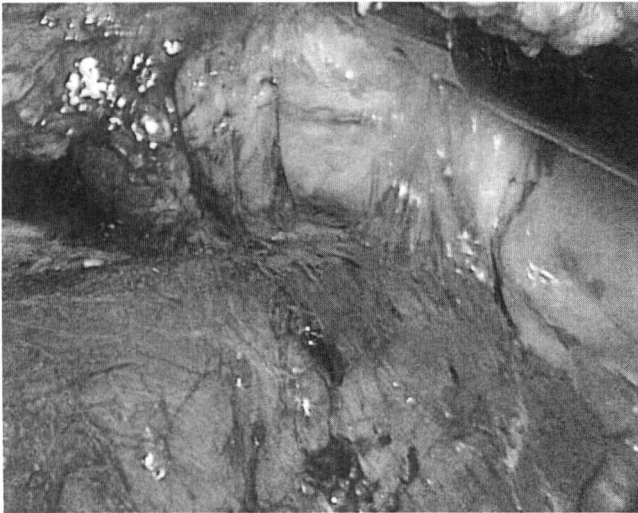


Рис.1. Визуализация поясничной мышцы.

Продвигаясь в медиальном направлении вдоль поясничной мышцы при выполнении правосторонней нефрэктомии выделяли боковую поверхность нижней полой вены (НПВ). Как правило, несколько выше ее определяется мочеточник и гонадная вена (рис. 2).

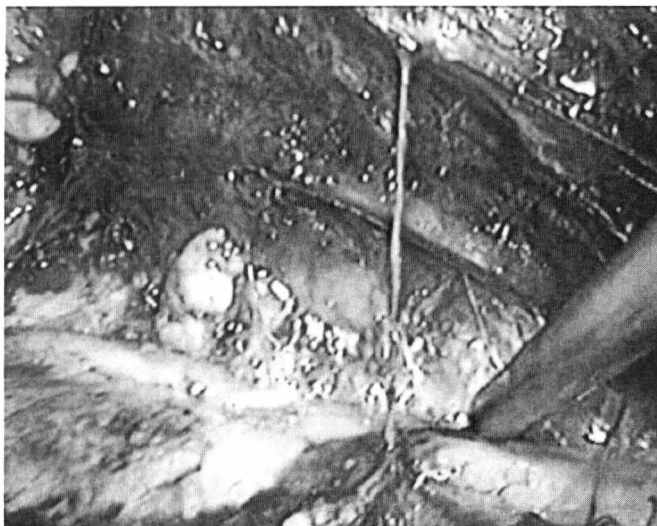


Рис.2. Боковая поверхность нижней полой вены и мочеточник.

Гонадную вену прослеживали до НПВ и вблизи нее пересекали с помощью аппарата комплексной биполярной коагуляции (LigaSure). Тупо (кончиком отсоса) и остро (крючком) раздвигая ткани, и двигаясь вдоль НПВ в сторону ворот почки, выделяли сначала почечную артерию, а затем почечную вену. При выполнении левосторонней нефрэктомии доступ осуществляли к боковой поверхности аорты, затем визуализировали и

выделяли почечную артерию. Слегка отодвигая артерию в каудальном направлении, визуализировали почечную вену (рис. 3).



Рис.3. Левая почечная артерия и вена.

Для выделения последней последовательно с помощью аппарата комплексной биполярной коагуляции (LigaSure) пересекали поясничную, гонадную, и надпочечниковую вены (рис. 4).

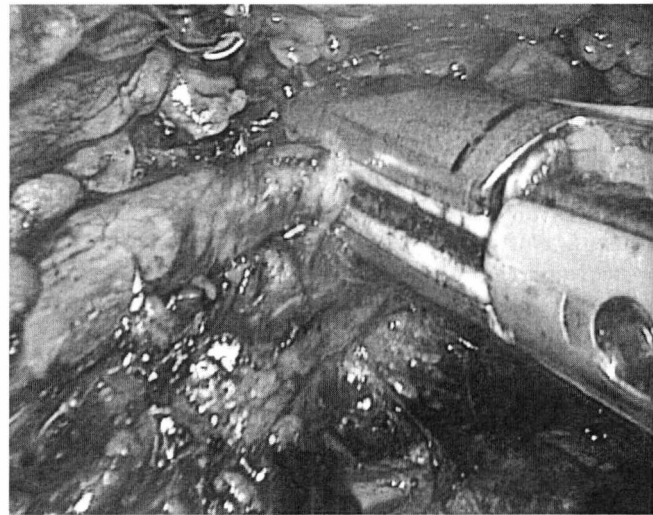


Рис.4. Пересечение гонадной вены.

После выделения сосудов последовательно освобождали из окружающей жировой клетчатки заднюю поверхность почки, верхний полюс, отделяя его от надпочечника с помощью ультразвукового диссектора, переднюю поверхность. В последнюю очередь выделяли нижний полюс и мочеточник в комплексе с окружающей клетчаткой и гонадной веной. После пересечения дистального конца гонадной вены и мочеточника также с помощью LigaSure «прокидывали» почку кзади, убеждались, что она полностью выделена и фиксирована только сосудами. С целью улучшения косметического эффекта мы не извлекали орган через разрез, соединяющий два порта в поясничной области. С этой целью мы отслаивали париетальную брюшину в

каудальном направлении почти до лона и в медиальном направлении за срединную линию. После этого делали поперечный разрез (6-7 см) кожи, подкожной клетчатки, переднего листка влагалища прямой мышцы живота, тупо раздвигали в стороны прямую мышцу. Затем через разрез 1,5 см внутренней фасции живота проводили в забрюшинное пространство пластиковый мешок для экстракции (EndoCatch) и подводили его к почке, частично захватывая ее. Почечную артерию пересекали после наложения на проксимальный конец двух пластиковых клипс с замковым механизмом HemoLock (рис. 5)



Рис.5. Лигирование почечной артерии при помощи клипсы HemoLock

почечную вену прошивали с пересечением модифицированным сшивающим эндоскопическим аппаратом (рис. 6).

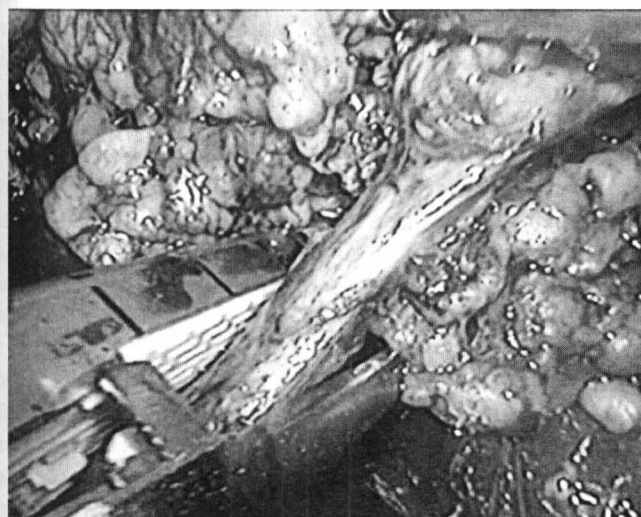


Рис.6. Лигирование почечной вены при помощи эндоскопического сшивающего аппарата.

Мешок с органом закрывали и удаляли через описанный выше разрез, рассекая непосредственно над ним листок внутрибрюшинной фасции. После послойного ушивания раны и ревизии дренаж помещали через латеральный порт. Все кожные разрезы от портов ушивали (рис. 7).



Рис.7. Шов на передней брюшной стенке после извлечения почки.

Результаты. При выполнении ретроперитонеоскопической нефрэктомии у 8 доноров была 1 почечная артерия, у двух - 2 артерии. Ни в одном случае не потребовалось перехода к открытой или хэнд-ассистированной операции. Средняя продолжительность левосторонней нефрэктомии составила 186 мин. (175-195 мин.), при правосторонней нефрэктомии 200 мин. (175-220 мин.), тепловая ишемия составила 3,9 мин. в обеих группах. У доноров не было отмечено интра- или послеоперационных осложнений. В обоих случаях, где были 2 почечные артерии, последние были анастомозированы между собой ex-vivo. Ни разу не возникла необходимость в реконструкции почечной вены. У всех реципиентов наблюдалась первичная функция трансплантата, хирургических осложнений отмечено не было. Креатинин плазмы на момент выписки составил 145 ± 39 мкмоль/л.

Обсуждение. Уникальность донорской нефрэктомии состоит в том, что эта операция выполняется не у больного для его лечения, а у совершенно здорового человека. В связи с этим совершенно необходимо соблюдение двух основных условий: минимизация влияния на здоровье донора и максимальная выгода для оказания помощи реципиенту. Соответственно применяемая хирургическая техника должна быть направлена на снижение риска осложнений для донора без компромисса в отношении функции трансплантата. С момента выполнения в 1995 году первой лапароскопической нефрэктомии критическое отношение к методу было связано в основном с более

продолжительной тепловой ишемией по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами, что теоретически могло оказывать отрицательное воздействие на результаты трансплантации. В то же время большинство исследователей не обнаружили различий при использовании обоих методов как по функции почки в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отношении отдаленной выживаемости трансплантата [8,7,12].

При этом достоверных различий в результатах трансплантаций, выполненных после лапароскопического и открытого изъятия почек не обнаружено при проведении как проспективных так и ретроспективных исследований [2, 9, 16, 15].

При этом лапароскопическая донорская нефрэктомия сопровождается гораздо меньшими болями после операции, и существенно меньшей продолжительностью госпитализации. El-Galley с соавторами [4] показали наиболее скорое возвращение к нормальной физической активности и к работе у доноров после лапароскопической нефрэктомии по сравнению с хэнд-ассистированными и открытыми операциями. Последние привлекательные для потенциальных доноров обстоятельства наряду с явными косметическими и функциональными преимуществами привели после внедрения лапароскопической нефрэктомии к значительному росту числа трансплантаций от живых доноров [6].

Частота осложнений, отмечавшихся более в период освоения лапароскопического метода, существенно снизилась по мере накопления опыта и в последние годы достоверно не отличается от уровня, отмечаемого при выполнении открытой нефрэктомии [5].

Тем не менее лапароскопические операции все еще сопровождаются определенным риском повреждения органов брюшной полости. При выполнении лапароскопической донорской нефрэктомии отмечены интраоперационные повреждения кишечника, печени, селезенки, диафрагмы, а также явления стойкого послеоперационного пареза кишечника [2,11,3].

При операциях справа иногда возникают трудности, обусловленные ранним делением почечной артерии и необходимостью ее выделения позади короткой почечной вены, либо ее выделения и пересечения в орто-кавальном промежутке. Кроме того, могут наблюдаться проблемы прямо или косвенно связанные с карбоксиперитонеумом и давлением, оказываемом на нижнюю полую вену и диафрагму: интраоперационные гипотония, сердечно-сосудистые и дыхательные осложнения, а также пневмония и парез кишечника в послеоперационном периоде.

Возможным вариантом решения значительной части проблем, связанных с донорской нефрэктомией может быть ретроперитонеоскопический доступ к почке. Такой подход сочетает в себе все достоинства видеоэндоскопических операций: малая травматичность, минимальный косметический и функциональный дефект, короткий период восстановления с преимуществами внебрюшинного доступа, который сводит к минимуму риск повреждения органов брюшной полости как при формировании рабочего пространства, так и

во время выделения почки. Полость, формируемая путем карбоксиретроперитонеума носит достаточно ограниченный объем и не оказывает такого выраженного давления на диафрагму и нижнюю полую вену, как карбоксиперитонеум. Это позволяет существенно снизить риск развития интра- и послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Последнее подтверждается опытом, накопленным нами при проведении ретроперитонеоскопических вмешательств по поводу объемных образований почки. Преимущества метода особенно ощутимы при выполнении операций пожилым больным и пациентам с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Доступ оказывается методом выбора и у пациентов с ранее выполненными повторными операциями на брюшной полости.

Стоит отметить, что ретроперитонеоскопический подход для изъятия почки у живых доноров был впервые описан Yang SC, с соавторами [17] еще в 1994 году – за год до публикации Ratner L.E. и Kavoussi L.R. метода лапароскопической донорской нефрэктомии [10]. Однако лишь немногие центры обладают опытом выполнения ретроперитонеоскопической донорской нефрэктомии [18,14,13].

Наиболее часто встречающиеся аргументы против этого метода – бедность анатомических ориентиров и тесное рабочее пространство [2].

Тем не менее, последовательная пошаговая диссекция тканей параллельно поверхности *m. psoas* после формирования карбоксиретроперитонеума позволяет даже у тучных пациентов достаточно быстро визуализировать нижнюю полую вену (справа), аорту (слева), почечную артерию и мочеточник. Более того, при ретроперитонеоскопии осуществляется доступ сразу к почечной артерии, что избавляет от необходимости ее выделения позади почечной вены в отличие от лапароскопии, что имеет особое значение для операций справа.

Опираясь на опыт выполнения операций при онкологических заболеваниях, мы пришли к выводу, что оптимальное расположение портов (обычно четыре) и смена при необходимости расположения камеры позволяют в относительно небольшом рабочем пространстве не только выделить почку, но и выполнить ее резекцию, а также наложить гемостатические швы на паренхиму.

Некоторые критические замечания относятся к косметическим недостаткам ретроперитонеоскопической нефрэктомии, так большинство хирургов для экстракции органа используют разрез, соединяющий проколы от двух портов в поясничной области. В таком случае шов более заметен и менее функционален (в результате пересечения мышц), чем надлонный, чаще применяемый при лапароскопических операциях. Поэтому мы несколько модифицировали методику. После полного выделения почки, сосудов и достаточной части мочеточника осуществляли диссекцию париетальной брюшины медиально и вниз и, таким образом, производили поперечный разрез для экстракции органа в надлонной области без пересечения прямых мышц живота. При

этом удается получить хороший косметический и функциональный результат.

Заключение. Таким образом, ретроперитонеоскопическая донорская нефрэктомия является безопасным и воспроизводимым методом. Выполнение операций таким доступом не сопровождается дополнительными техническими трудностями, не приводит к увеличению продолжительности тепловой ишемии и обладает не худшим косметическим эффектом по сравнению с лапароскопическими вмешательствами. В то же время

ретроперитонеоскопический метод имеет три основных преимущества: отсутствие контакта с органами брюшной полости, более безопасный доступ к почечным артериям и отсутствие выраженного повышения внутрибрюшинного давления. Все это позволяет считать ретроперитонеоскопическую нефрэктомию методом выбора для пожилых доноров, пациентов с ранее выполнявшимися операциями на органах брюшной полости, а также в случаях раннего деления почечной артерии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Alcaraz A, Rosales A, et al. Early experience of a living donor kidney transplant program. *Eur. Urol.* 2006; 50:542–8.
2. Bachmann A, Wolff T, Ruzata R, et al. Retroperitoneoscopic donor nephrectomy: a retrospective, non-randomized comparison of early complications, donor and recipient outcome with the standard open approach. *Eur. Urol.* 2005; 48:90–6.
3. Breda A, Bui MH, et al. Incidence of ureteral strictures after laparoscopic donor nephrectomy. *J Urol* 2006;176: 1065–8.
4. El-Galley R, Hood N, Young CJ, Deierhoi M, Urban DA. Donor nephrectomy: a comparison of techniques and results of open, hand-assisted and full laparoscopic nephrectomy. *J Urol* 2004;171:40–3.
5. Fisher PC, Montgomery JS, et al. 200 consecutive hand assisted laparoscopic donor nephrectomies: evolution of operative technique and outcomes. *J Urol* 2006;175:1439–43.
6. Greco F, Hoda MR., Alcaraz A., et al. Laparoscopic Living-Donor Nephrectomy: Analysis of the Existing Literature. *Eur. Urol.* 2010;58:498–509.
7. Kok NF, Lind MY, Hansson BM, et al. Comparison of laparoscopic and mini incision open donor nephrectomy; single blind, randomised controlled clinical trial. *BMJ* 2006;33:221–6.
8. Oyen O, Andersen M, Mathisen L, et al. Laparoscopic versus open living-donor nephrectomy: experiences from a prospective, randomized, single-center study focusing on donor safety. *Transplantation* 2005;79:1236–40.
9. Power RE, Preston JM, et al. Laparoscopic vs open living donor nephrectomy: a contemporary series from one centre. *BJU* 2006;98:133–6.
10. Ratner L. E., Ciseck L. J., Moore R. G. et al: Laparoscopic live donor nephrectomy. *Transplantation*, 60: 1047, 1995.
11. Ruzat R, Sulser T, Dickenmann M, et al. Retroperitoneoscopic donor nephrectomy: donor outcome and complication rate in comparison with three different techniques. *World J Urol* 2006;24:113–7.
12. Simforoosh N, Basiri A, et al. Comparison of laparoscopic and open donor nephrectomy: a randomized controlled trial. *BJU* 2005;95:851–5.
13. Sulser T, Gurke L, et al. Retroperitoneoscopic living donor nephrectomy: First clinical experiences after 19 operations. *J Endourol* 2004;18:257–62.
14. Suzuki K, Ishikawa A, Ushiyama T, Fujita K. Retroperitoneoscopic living donor nephrectomy without gas insufflation: five years Hamamatsu University Experience. *Transplant Proc* 2002;34:720–1.
15. Troppmann C, Perez RV, McBride M. Similar long-term outcomes for laparoscopic versus open live-donor nephrectomy kidney grafts: an OPTN database analysis of 5532 adult recipients. *Transplantation* 2008;85: 916–9.
16. Wilson CH, Bhatti AA, Rix DA, Soomro NA. Comparison of laparoscopic and open donor nephrectomy: UK experience. *BJU* 2005; 95:131–5.
17. Yang SC, Lee DH, Rha KH, Park K. Retroperitoneoscopic living donor nephrectomy: two cases. *Transplant Proc.* 1994 Aug; 26 (4): 2409.
18. Yang SC, Ko WJ, Byun YJ, Rha KH. Retroperitoneoscopy assisted live donor nephrectomy: The Yonsei experience. *J Urol* 2001;165: 1099–102.
19. Yuzawa K, Shinoda M, Fukao K. Outcome of laparoscopic living donor nephrectomy in 2007: national survey of transplantation centers in Japan. *Transplant Proc* 2009;41: 85–7.

PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI SCLEROZEI DE PROSTATĂ

Vitalii Ghicavii

Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Tratamentul sclerozei prostatei prezintă o problemă extrem de importantă a urologiei contemporane în legătură cu răspândirea mare a acestei afecțiuni, în deosebi la bărbații de vârstă înaintată și senilă. Până nu demult majorității pacienților li se exercita tratamentul prin rezecția „deschisă” a acesteia. În prezent un standard recunoscut totalmente în tratamentul sclerozei prostatei este rezecția transuretrală (TUR) a prostatei. În lucrare s-a convenit la o analiză mai profundă și completă a metodelor chirurgicale de tratament, utilizate în obstrucțiile infravezicale, provocate de scleroza prostatei, cu determinarea posibilităților de optimizare a acestora.

Astfel, rezultatele observației dinamice efectuate asupra bolnavilor din acest grup au confirmat în măsura respectivă eficiența clinică a rezecției transuretrale a prostatei în tratamentul bolnavilor cu scleroza prostatei.