

с учетом возможности удаления опухолевого конгломерата, состояния кишечной стенки, наличия сочетания местного распространения опухолевого процесса с осложнениями, состояния пациента, а также сопутствующей патологии. В случае комбинированных вмешательств помимо удаления пораженного участка толстого кишечника производили также резекцию тонкой кишки, желудка, печени и поджелудочной железы, холецистэктомию, спленэктомию, аппендэктомию, аднексэктомию, экстирпацию матки с придатками, резекцию почки, мочеточника с уретероцистостомией, мочевого пузыря, иссечение брюшной стенки и резекцию диафрагмы. Чаще всего в случае комбинированного хирургического вмешательства при местнораспространенных злокачественных новообразования толстой кишки выполняли резекцию тонкой кишки - 24 (23,6%), мочевого пузыря - 10 (9,9%), иссечение брюшной стенки - 12 (11,8%), а также операции на внутренних гениталиях у женщин - 14 (13,8%).

Обязательно соблюдался принцип выполнения комбинированных хирургических вмешательств при онкологических заболеваниях - удаление опухолевого конгломерата единым блоком вместе с соседними структурами, вовлеченными в опухолевый процесс. Обструктивные резекции в основной группе пациентов выполнены в связи с сочетанием местного распространения опухоли и нарушений кишечной проходимости в 10 наблюдениях (12,7%), параканкрозного воспаления в 4 случаях (5,1%) и кишечных свищей - 3 (3,8%). В 14 случаях (82,4%) вторым этапом после обструктивных резекций выполнено восстановление кишечной проходимости в сроки от 4 до 6 месяцев. Симптоматические операции при местном распространении опухоли у больных основной группы выполнены в связи с множественным характером отдаленного метастазирования, нерезектабельностью опухоли (врастание опухоли в магистральные сосуды забрюшинного пространства, кости таза) и тяжестью состояния пациента. У 76 пациентов контрольной группы при местнораспространенном раке толстой кишки комбинированные резекции выполнены у 4 больных (5,3%) и у 72 больных симптоматические операции (94,7%): формирование обходного анастомоза - 38 (52,8%), выведение колостомы - 34 (42,7%). При комбинированных резекциях в контрольной группе пациентов выполнялись только резекции передней брюшной стенки. На морфологическом уровне изучено истинное прорастание опухоли толстой кишки в смежные структуры. Из 79 выполненных комбинированных резекций при местнораспространенном раке толстого кишечника в основной группе истинное прорастание опухоли в окружающие органы и ткани на морфологиче-

ском уровне выявлено в 43 наблюдениях (54,4%), в контрольной группе из 4 комбинированных операций - в 3 случаях (75%). Обязательно в случае выполнения комбинированных вмешательств с линии резекции смежных органов и тканей производили мазки-отпечатки со срочным цитологическим исследованием.

Результаты и обсуждение.

При местном распространении опухоли толстого кишечника у пациентов основной группы отмечены следующие послеоперационные осложнения (18 случаев - 13,5%): нагноение послеоперационной раны - 7 (5,3%); эвентрация органов брюшной полости - 3 (2,2%); послеоперационная пневмония - 5 (3,7%); ранняя спаечная кишечная непроходимость - 2 (1,5%); послеоперационный панкреатит - 1 (0,8%). Несостоятельность швов анастомоза отмечена в 1 случае (0,8%). В контрольной группе больных среди осложнений (14 случаев - 18,4%) наблюдались: нагноение послеоперационной раны - 7 (9,2%); острая сердечно-сосудистая недостаточность - 5 (6,7%); ранняя спаечная кишечная непроходимость - 1 (1,3%); послеоперационный панкреатит - 1 (1,3%). Зафиксировано 2 летальных исхода (1,5%) в группе радикально оперированных больных (основная группа): острая сердечно-сосудистая недостаточность - 1 и тромбоэмболия основного ствола легочной артерии - 1. Остальные летальные исходы в основной группе больных (14 случаев - 10,5%) отмечены в группе пациентов, которым произведены симптоматические операции. В контрольной группе пациентов умерло 19 больных (24,1%). Причинами смерти послужили: раковая интоксикация - 6 (7,9%); острая сердечно-сосудистая недостаточность - 8 (10,5%); тромбоэмболия основного ствола легочной артерии - 5 (6,5%).

Выводы.

При местном распространении опухоли толстой кишки оправданы комбинированные хирургические вмешательства; в случае генерализации процесса следует ограничиваться паллиативными или симптоматическими операциями.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОЙ ПОЗАДИЛОННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

*А.В. Лыков, В.П. Изгейм,
А.В. Купчин, В.В. Симоненко*

Тюменский ООД

Радикальная простатэктомия (РПЭ) - основной метод лечения локализованных форм рака

предстательной железы (РПЖ). Несмотря на быстрое развитие других (малоинвазивных) методов, открытая позадилоная РПЭ является хотя и рутинной, но наиболее распространённой и отработанной хирургической операцией. Более того, в связи с повсеместным скринингом и увеличением числа больных РПЖ в России количество этих операций ещё длительное время будет превалировать над остальными методами.

Цель исследования: изучить ранние и отдалённые результаты РПЭ.

Материалы и методы.

За период с июля 2007 г. по август 2010 г. в урологическом отделении ГЛПУ ТООД позадилоная РПЭ выполнена у 98 больных РПЖ. У большинства пациентов (n=68; 69,3%) диагноз был установлен после скрининга ПСА. Критерии отбора на операцию – обязательная гистологическая верификация, отсутствие отдалённых метастазов и тяжёлой сопутствующей соматической патологии. Большинство больных (n=82; 84,53%) получало неoadъювантную гормонотерапию (ГТ), так как по опыту нашей клиники считаем её целесообразной.

Все вмешательства выполнены из позадилоного нижне-срединного доступа по стандартной методике Walsh с удалением запирающих, подвздошных, пресакральных лимфоузлов. Длительность операции составляла не более 3 часов (в среднем 1 час 50 минут), объем кровопотери от 250 до 1300 мл (в среднем, по мере приобретения опыта, не превышает 300-400 мл). На операциях мы применяли различные виды аппаратуры, снижающие опасность кровотечения (ультразвуковые генераторы Autasonix, Harmonic, электрохирургический генератор LigaSure, биполярные ножницы Eticon).

Результаты и обсуждение.

Интраоперационно в одном случае возникло профузное кровотечение в результате разрыва атеросклеротически измененной наружной подвздошной артерии, в результате чего одномоментно кровопотеря составила около 1 литра, операция закончилась протезированием вышеуказанной артерии. Интраоперационной смертности не отмечено. В раннем послеоперационном периоде на 6-е сутки умер 1 больной от тромбоэмболии лёгочной артерии.

В послеоперационном периоде других серьёзных осложнений не отмечено. В 42,6% случаев имела место длительная лимфоррея. У 4 больных выполнялась пункция лимфоцеле под контролем УЗИ. У 3 больных в связи с формированием абсцессов мягких тканей в зоне операции потребовалось дренирование. Двум больным в сроки после операции до 3 месяцев потребовалось выполнить

ТУР шейки мочевого пузыря в связи с рубцовой стриктурой.

Группе больных (n=15; 15,3%) потребовалось назначение наружной ДЛТ и немедленной ГТ в режиме МАБ в связи с морфологически подтвержденным наличием экстрапростатической инвазии и (или) метастазами в регионарные лимфоузлы, согласно клиническим рекомендациям ЕАУ от 2009 г. Биохимический рецидив в течение 1 года после операции диагностирован у 12 (12,2%) больных, всем назначена ГТ в режиме МАБ. Двое пациентов умерли от прогрессирования заболевания в сроки 2 и 7 месяцев после операции. Один больной умер через 5 мес. после РПЭ от обострения конкурирующего заболевания.

Выводы. Позадилоная РПЭ является одной из технически сложных операций в онкоурологии, интра- и послеоперационные осложнения при которой неизбежны. Минимизировать данные осложнения возможно путём более тщательного и адекватного подбора пациентов для операции, а также применением различной аппаратуры, снижающей риск интраоперационного кровотечения. Считаем целесообразным также проведение немедленной ДЛТ и ГТ при морфологической послеоперационной конверсии стадии TNM.

ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ КАК ВАРИАНТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

*А.В. Лыков, В.П. Изгейм,
А.В. Курчин, В.В. Симоненко*

Тюменский ООД

Органосохраняющие операции (ОСО) при почечно-клеточном раке (ПКР) на сегодняшний день являются научно обоснованным и онкологически доказанным видом лечения, ставшим рутинной в арсенале онкоуролога. Статистический рост больных ПКР, особенно небольших размеров (в том числе инцидентальных опухолей) обуславливает рост числа ОСО по сравнению с нефрэктомией. Несмотря на развитие малоинвазивных ОСО при ПКР открытые резекции остаются актуальными, так как в некоторых случаях приходится выполнять интраоперационное УЗИ и нефротомию, чтобы выявить небольшое интрапаренхиматозное новообразование почки.

Цель исследования: изучить целесообразность энуклеорезекции, как варианта ОСО при локализованном ПКР.

Материал и методы. За период с начала 2008 г по июль 2010 г в отделении онкоурологии ТООД выполнено 212 открытых резекций почки, что составило более половины всех операций при