

тери от 250 до 1300 мл (в среднем, по мере приобретения опыта, не превышает 300-400 мл). С 2011г по избирательным показаниям мы выполняем нервосберегающую уни- или билатеральную РПЭ (n=13).

На операциях мы применяли различные виды аппаратуры, снижающие опасность кровотечения (ультразвуковые генераторы Autosonix, Harmonic, электрохирургический генератор LigaSure-Atlas, биполярные ножницы Eticon).

#### Результаты и обсуждение.

Сроки удаления уретрального катетера варьировали от 7 до 21 суток, в зависимости от прекращения отделяемого по тазовым дренажам (в среднем – 14 суток). Длительная лимфоррея отмечена в 96 случаях (41,3%). Отмечено более быстрое прекращение лимфорреи при использовании ультразвукового скальпеля «Harmonic» для выполнения тазовой лимфаденэктомии. Полного недержания мочи после удаления катетера не отмечено ни у одного больного. У пациентов с нервосберегающей методикой отмечено несколько более раннее восстановление удержания мочи. 42 больным (18,1%) потребовалось назначение наружной ДЛТ и/или немедленной ГТ в режиме МАБ в связи с морфологически подтвержденным наличием экстрапростатической инвазии, позитивного хирургического края и/или метастазами в регионарные лимфоузлы, согласно клиническим рекомендациямEAU от 2010г.

#### Выводы.

На основании нашего небольшого (6-летнего) опыта выполнения РПЭ считаем целесообразным:

- проведение немедленной ДЛТ и ГТ при морфологической послеоперационной конверсии стадии TNM;
- применение нервосберегающей методики у тщательно отобранной группы больных;
- назначение неоадьювантной ГТ показано у очень ограниченной группы пациентов;
- применение ультразвукового скальпеля позволяет минимизировать послеоперационную лимфоррею.

---

### **ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ**

*А.В. Лыков, А.А. Кельн, А.В. Купчин*

Тюменский ООД, г. Тюмень

---

Радикальная цистэктомия (РЦЭ) является стандартным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Ввиду объема и травматичности данное вмешательство нередко сопровождается развитием ряда тяжелых осложнений. Так, по данным большинства авторов различные осложнения после РЦЭ достигают 30-60%. Понимание причин, факторов риска их развития дает хирургу возможность спрогнозировать течение послеоперационного периода и предотвратить возникновение тяжелых осложнений.

Цель исследования: выявить факторы риска развития тяжелых осложнений после РЦЭ.

#### Материалы и методы.

В ходе работы проанализированы истории болезней 113 больных, оперированных в онкоурологическом отделении Тюменского ООД за период с 1998 по 2013 г. Степень тяжести послеоперационных осложнений оценивалась по классификации Клавьева. У 43,3% больных были выявлены тяжелые осложнения. Для изучения факторов риска развития тяжелых осложнений применены моно- и мультивариантный логический регрессионный анализы.

Результаты и обсуждение. РЦЭ была единственным методом лечения у 61 (53,9%) больного, у 24 (21,2%) пациентов носила спасительный характер на фоне кровотечения. Предпочтительным методом деривации мочи явилась ортотопическая реконструкция мочевых путей (у 59,6% больных). Из них по методике Studer прооперировано 35,7% пациентов, Hautmann – 23,8%, формирование гетеротопического резервуара по различным методикам – 22,2%, уретерокутанеостомия – 18,9%.

У 43,5% пациентов была выявлена анемия с показателями гемоглобина: ниже 70 г/л – 6,1%; 70-89 г/л – 7,4%; 90-110 г/л – 30% пациентов. Гидронефроз выявлен у 26,5%, ХПН у 7,8% пациентов.

12,2% больных по наличию тяжелой сопутствующей патологии и выраженности анемического синдрома относились к категории тяжелых. Ожирение (ИМТ больше 30) было у 8,83% человек: ИМТ меньше 20 – 11,6%, ИМТ 20-25 – 34,8%, ИМТ 25-30 – 19,6%. На момент РЦЭ у 58,0% больных имелась тяжелая сочетанная интеркуррентная патология: ИБС – в 37,5% случаев, гипертоническая болезнь II-III стадии 45,5%, последствия ОНМК – 3,5%, нарушения сердечного ритма – 8%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 18,7%.

Интраоперационные осложнения верифицированы у 2,7% больных (n=2): кровотечение из сакральных вен, ранение прямой кишки. В сроки до 30 дней после операции летальность составила 4,8% (n=11). При проведении моновариантного логического регрессионного анализа осложненный кардиологический анамнез (ОР 0,95, 95% ДИ 0,16-2,23, p=0,05), операции на брюшной полости и органах малого таза (ОР 2,17, 95% ДИ 1,13-4,15, p=0,04), функциональный класс ASA (ОР 1,72, 95% ДИ 0,83-3,14, p=0,05) оказались статистически значимыми предикторами развития тяжелых осложнений. Индекс коморбидности Чарлсона (ОР 1,12; 95% ДИ 0,43-2,56; p=0,08), ИМТ (ОР 2,12; 95% ДИ 1,31-3,93; p=0,09), ортотопический тип отведения мочи против других методов деривации мочи (ОР 0,56, 95% ДИ 0,19-0,97, p=0,08) продемонстрировали тренд к статистической значимости. Показатель сывороточного гемоглобина  $90 <$  против  $90 >$  (p=0,2), возраст пациентов  $60 >$  против  $60 <$  (p=0,3), стадия опухолевого процесса T<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> против T<sub>3a-4a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (p=0,3), гетеротопический тип отведения мочи против других способов деривации мочи (p=0,3) не показали статистически значимого результата и не были включены в мультивариантный логический регрессионный анализ.

В мультивариантном логическом регрессионном анализе ИМТ  $> 25$  (ОР 2,42; 95% ДИ 1,52-4,32; p=0,068), функциональный класс ASA (ОР 2,14; 95% ДИ 1,43-4,12; p=0,048), индекс Чарльсона  $\geq 1$  (ОР 1,68; 95% ДИ 0,89-3,46; p=0,024), осложненный кардиологический анамнез (ОР 2,72; 95% ДИ 1,89-5,24; p=0,024), операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе (ОР 2,72; 95% ДИ 2,98-4,48; p=0,018) продемонстрировали тренд к статистической значимости. Ортотопический тип отведения мочи против других методов деривации мочи (p=0,2) не показал статистической значимости.

На основании полученных предикторов осложнений РЦЭ была предпринята попытка определения группы риска пациентов. Так, сочетание таких факторов риска, как ИМТ  $> 25$ , осложненный кардиологический анамнез, операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе встретилось у 16 пациентов из 39, что составило 41%. Сочетание же таких факторов риска, как ИМТ  $< 25$ , отсутствие кардиологической патологии, отсутствие в анамнезе операции на брюшной полости и органах малого таза составило 3 из 39 (7,7%).

Выводы.

На основании нашего опыта выполнения РЦЭ мы считаем, что для профилактики развития тяжелых осложнений и планирования метода деривации мочи, прежде всего, необходимо предусматривать такие факторы риска, как ИМТ  $> 25$  кг/м<sup>2</sup>, наличие операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе и осложненный кардиологический анамнез.

### **ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМИСЯ СТЕНТАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*Н.А. Малтабарова, Н.А. Шаназаров, А.И. Кокошко, С.Б. Иримбетов, Д.Н. Козьменко, А.Х. Исламгалиев, Н.Е. Сейтжанов*

Медицинский университет Астана, Казахстан  
РНЦ скорой неотложной помощи, г. Астана, Казахстана  
Городской онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан

Одной из основных проблем при неоперабельном раке пищевода или желудка с переходом на пищевод является устранение дисфагии и восстановление энтерального питания [3]. Вследствие высокой запущенности заболевания, не менее 50% больных раком пищевода уже изначально нуждаются в симптоматическом лечении, преимущественно направленном на устранение дисфагии [7]. Учитывая возраст, признаки декомпенсации состояния по сопутствующей патологии, высокий риск интраоперационных и послеоперационных осложнений несовместимых с жизнью – оперативное лечение зачастую противопоказано [5].

Как правило, до 2012 года в условиях городского онкологического диспансера г. Астаны, для проведения энтерального питания у данной категории больных, выполняли гастростомию, а в ряде случаев и энтеростомию. Однако эти операции сопряжены с повышенным риском осложнений и смерти у ослабленных, пониженного питания больных. Кроме того, гастростомия или энтеростомия – калечащие операции, которые приводят к социальному дискомфорту больного и окружающих его лиц [8]. В настоящее время общепризнанным в мире «золотым» стандартом устранения стеноза пищевода по причине новообразований является метод эндопротезирования с применением стентов [10, 16]. Данный метод позволяет