

2. Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой у больных основной группы способствовало достоверному снижению частоты ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, частоты ухудшения паренхиматозно-выделительной функции почек ($p < 0,05$).

3. Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой у больных основной группы способствовало улучшению показателей хирургической реабилитации больных, достоверному улучшению показателей дневного и ночного удержания мочи.

4. Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой у больных основной группы не ухудшает показатели дальнейшего прогрессирования опухоли при значительном улучшении показателей качества жизни больных ($p < 0,05$).

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОРТАНИ

*Д.Е. Кульбакин, М.Р. Мухамедов, А.А. Жеравин,
Е.Ю. Гарбуков, В.Э. Гюнтер, О.В. Черемисина,
К.Ю. Меньшиков, П.В. Суркова, Н.В. Васильев,
И.Г. Синилжин, С.В. Лунева*

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Учитывая роль, которую гортань играет в жизни человека, вопросы органосохраняющего лечения опухолей гортани будут всегда актуальными. Хирургический метод остается основным, как в комбинированном лечении больных с местно-распространенными стадиями первичного рака гортани, так и в случае лечения рецидивов после радикального курса лучевой терапии. Однако всегда возникает вопрос, о выборе объема операции. При выполнении органосохраняющей операции, с соблюдением онкологических принципов, у больных местно-распространенными стадиями рака гортани неизбежно возникает необходимость реконструкции резецированных структур. Адекватность реконструкции определяет функциональные исходы органосохраняющей операции и успех хирургического лечения в целом. Необходимо учитывать и ряд отрицательных факторов, связанных с предшествующим лечением (лучевая или химиолучевая терапия), в плане комбинированного лечения или неудач первичной терапии у больных местно - распространенными стадиями рака гортани. Таким образом, реконструктивный компонент при выполнении широких резекций у больных раком гортани является неотъемлемым. Развитие новых медицинских имплантатов, на основе никелида титана, открывает новые возможности в реконструкции гортани.

Материалы и методы.

На базе отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН за период с 2008 по 2010 гг. тринадцати больным раком гортани (T_{2-3} стадиями) выполнены органосохраняющие операции с реконструкциями имплантатами на основе ткани из никелида титана. Всем больным в плане предоперационной оценки распространенности опухоли проводилось обследование, включающее видеоларингоскопию и спиральную компьютерную томографию (СКТ) гортани с контрастированием. Объем органосохраняющей операции зависел от местной распространенности опухоли (расширенная переднебоковая и фронтальная резекции гортани). Создание имплантата на основе ткани из никелида титана осуществлялось индивидуально для каждого пациента, по данным предоперационного обследования (видеоларингоскопии и СКТ гортани). В плане комбинированного лечения данные органосохраняющие операции с реконструкцией выполнены 5 больным ($T_2 - 2$ больным, $T_3 - 3$ больным), и 8 больным по поводу рецидива рака гортани после радикального курса лучевой терапии ($rT_2 - 3$ больным, $rT_3 - 5$ больным). Реконструкция гортани включала в себя, как формирование жестко-эластического каркаса (при помощи имплантата из никелида титана), так и созданием внутренней выстилки реконструируемой стенки гортани. Формирование внутренней выстилки гортани осуществлялось при помощи перемещенного мышечного лоскута (в 8 случаях) или методом предварительной префабрикации мышечного аутотрансплантата, с использованием никелид-титановой конструкции, созданной по оригинальной методике (5 случаев). Метод реконструкции, с использованием префабрицированного мышечного лоскута, включал микрохирургический этап формирования сосудистых анастомозов. Выбор методики реконструкции зависел от местной распространенности опухоли, предшествующего лечения (лучевая или химиолучевая терапия).

Результаты органосохраняющих операций оценивались по данным видеоларингоскопии, СКТ гортани, сцинтиграфии гортани, доплеровского картирования зоны микрососудистых анастомозов. С помощью данных исследований оценивалось положение конструкции, состояние внутренней выстилки неогортани, а также кровотока и перфузия в зоне реконструкции. Внутренняя выстилка гортани во всех случаях была состоятельна, отмечено правильное стояние конструкции, без смещения. Так же выполнялось микроскопическое исследование фрагментов внутренней выстилки неогортани. Отмечено формирование многослойного кубического эпителия. Одиннадцать больных деканюлированы в сроки от 14 до 30 дней после операции. Самостоятельное питание полностью восстанавливалось к 5-7 суткам после операции. Голосовая функция, с различными нарушениями, была со-

хранена у всех больных. В двух случаях отмечался продолженный рост опухоли (из группы с реконструкцией местными мышечными тканями). Данным больным в последующем выполнена ларингоэктомия.

Выводы: Выполнение подобных органосохраняющих операций с реконструкцией, обеспечивает сохранение всех основных функций гортани у больных с местно-распространенными стадиями рака гортани, что позволяет рекомендовать их для более широкого использования в клинической практике. Однако необходим тщательный подход к отбору пациентов, с учетом распространенности опухоли гортани.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ПОЗАДИЛОННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Симоненко

Тюменский ООД

Цель исследования: проанализировать осложнения, ближайшие и отдалённые результаты радикальной позадилонной простатэктомии (РПЭ).

Материалы и методы.

За период с июля 2007г по август 2011г в урологическом отделении ГБУЗ ТООД позадилонная РПЭ выполнена у 121 больного раком предстательной железы (РПЖ).

Результаты и обсуждение.

Послеоперационные осложнения представлены в таблице.

Осложнения	n	%	Летальность, n (%)
1.Кровотечение (реоперация)	2	1,6	-
2. Ранение подвздошной артерии (интраоперационное протезирование)	1	0,8	
2. Ранение прямой кишки в т.ч. трансверзостомия	3	2,4	-
	1	0,8	
3. Лимфоцеле	6	4,9	-
4. Гнойно-воспалительные (дренирование)	4	3,4	-
5. ОЗМ (клапан)	2	1,6	-
6. Тромбоэмболия	2	1,6	2 (1,6)
7. Стриктура ПУС	3	2,4	-
ВСЕГО	23	19,0	2 (1,6)

Ранняя послеоперационная смертность составила 1,6% (2 больных умерли от тромбоэмболии легочной артерии). Интраоперационно в одном случае (0,8%) возникло профузное кровотечение вследствие разрыва атеросклеротически измененной наружной подвздошной артерии, в результате чего одномоментно кровопотеря составила около 1 литра, операция закончилась протезированием вышеуказанной артерии. Ин-

траоперационной смертности не отмечено. Двум больным (1,6%) потребовалась реоперация и гемостаз в сроки до 2 часов после РПЭ в связи с кровотечением из тазовых сосудов. У 3 больных было интраоперационное ранение прямой кишки, два случая закончились консервативно, в третьем случае в связи с формированием пузырно-прямокишечного свища наложена трансверзостомия. У 6 больных (4,9%) потребовалась пункция лимфоцеле под контролем УЗИ. У 4 больных (3,3%) в связи с формированием абсцессов мягких тканей в зоне операции потребовалось открытое хирургическое дренирование. У 2 больных (1,6%) после удаления уретрального катетера ввиду формирования клапана уретры и ОЗМ потребовалась ТУР шейки мочевого пузыря. У 3 больных ввиду формирования стриктуры пузырно-уретрального сегмента неоднократно выполнялась оптическая уретротомия в разные сроки после операции.

Рецидив РПЖ, морфологически подтвержденный возник у 2 больных (1,6%) в сроки 18 и 42 мес после РПЭ, им назначена наружная ЛТ в сочетании с ГТ. Биохимический рецидив в разные сроки после операции диагностирован у 22 (18,6%) больных, всем назначена ГТ в интермиттирующем режиме. 9 больных умерли от прогрессирования заболевания в сроки от 2 до 24 месяцев после операции. 2 больных умерли через 5 и 10 мес после РПЭ от обострения конкурирующих заболеваний.

Выводы.

Позадилонная 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, совершенствования техники операции.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*А.В. Лыков, А.В. Купчин,
М.А. Сальников, А.С. Петросян*

Тюменский ООД

Радикальная простатэктомия (РПЭ) – основной метод лечения локализованных форм рака предстательной железы (РПЖ). Несмотря на быстрое развитие лапароскопических и роботизированных методов, открытая позадилонная РПЭ является 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.