рацией в данных ситуациях явилась методика Mainz-pouth II. Средняя продолжительность одномоментной операции Studer – 3,7 часа, Hautmann – 3,8 часов, Bricker – 2,7 часа, Mainz-pouch II – 2,5 часа, УКС – 2,08 часа. Кровопотеря при выполнении РЦЭ составила 546,7±235,6 мл. Сохранение апикальной части простаты и сосудисто-нервных пучков произведено у 29 (10,0%) пациентов. При анализе показателей выживаемости выявлено, что 4 пациента (1,5%) выбыли из-под постоянного наблюдения в результате переезда в другой регион, судьба 52 (17,9%) осталась не известна. Доля лиц, состоящих на диспансерном учете и проживших с момента операции до 1 года, составила 3,8%, от 1 до 2 лет – 3,3%, от 2 до 3 лет – 2,7%, от 3 до 4 лет 2,3%, от 4 до 5 лет - 1,3%, более 5 лет 1,7%. Большая часть пациентов – 189 пациентов умерли в различные сроки с момента операции: в первые 6 месяцев после оперативного лечения умерло 20,5%, от 6 месяцев до 1 года – 13,1%, от 1 года до 2 лет – 14,2%, от 2 до 3 лет – 8,3%, от 3 до 4 лет – 4,6%, от 4 до 5 лет 2,5%, более 5 более 2,5%. На настоящий момент живы 43 (14,7%) больных.

Выводы.

Таким образом, осуществление РЦЭ с ортотопическим отведением мочи, несмотря на травматичность операции и развитие значительного числа осложнений, является методом выбора.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭТОМИИ

А.В. Лыков, А.А. Кельн, А.В. Купчин, М.А. Сальников, А.С.Петросян, А.В. Вайрадян

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

Радикальная цистэктомия (РЦЭ) большое по объему оперативное вмешательство, остается одним из сложных в онкоурологии и сопровождается в 50-60% случаев развитием ряда осложнении.

Цель исследования: изучить частоту развития и особенности течения ранних и поздних осложнений у пациентов после РЦЭ.

Результаты и обсуждения.

Проанализированы результаты лечения 113 пациентов, с развившимися в послеоперационном периоде осложнениями различной степени тяжести. РЦЭ была единственным методом лечения у 61 (26,5%) больных, у 24 (10,4%) пациентов носила спасительный характер на фоне профузного кровотечения. Предпочтительным методом деривации мочи явилась ортотопическая реконструкция мочевых путей у 59,6%, из них по методике Studer – 40 (35,7%) и Hautmann - 26 (23,2%), формирование гетеротопического резервуара по методике Stenzel 4 (3,5%), Bricker – 11 (9,9%), сигмовидно-прямокишечный резервуар по Mainz-pouch II – 6 (5,1%), Kock-Pouch – 4 (3,7%), выполнение уретерокутанеостом – 21 (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 61 (26,5%) пациента: правосторонний – 15 (6,5%), левосторонний – 26 (11,3%), двусторонний – 20 (8,7%). ХПН была у 7,8% пациентов. 12,2% больных по наличию тяжелой сопутствующей патологии и выраженности анемического синдрома относились к категории тяжелых. Ожирение (ИМТ› больше 30) у 8,83% пациентов, ИМТ меньше 20 - 11,6%, ИМТ 20-25 – 34,8%, ИМТ 25-30 – 19,6%. На момент РЦЭ у 58,0% имелись тяжелые интеркуррентные заболевания: ИБС – 37,5%, ГБ II-III стадии 45,5%, ОНМК - 3,5%, нарушения сердечного ритма - 8%, ЯБЖ и ДПК 18,7%. Интраоперационные осложнения верифицированы у 2,7% больных: кровотечение из сакральных вен – 0,9%, ранение прямой кишки – у 1,8%. В сроки до 30 дней после операции летальность составила 4,8% (11 пациентов). Медиана времени от выполнения РЦЭ до смерти составила 13 (3-25) суток. Случаев интраоперационной смертности не было. В раннем послеоперационном периоде умерли 4,8% больных. Причиной летальных исходов явились: тромбоэмболия легочной артерии (0,87%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (0,87%), острое нарушение мозгового кровообращения (0,87%), перитонит в результате несостоятельности резервуара (0,44%), перитонит в результате несостоятельности межкишечного анастомоза (0,44%), желудочно-кишечное кровотечение (0,44%), почечная недостаточность (0,44%), канцероматоз (0,44%). Диагностировано 109 осложнений у 90 пациентов в раннем послеоперационном периоде. Наиболее часто наблюдались общехирургические (эвентрация петель кишечника – 7,6%) и инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей – 16,1%. Среди специфических осложнений, связанных с формированием неоцистиса, выявлены: несостоятельность уретро-резервуарного – 1,2% и мочеточнико-резервуарного анастомо-

зов – 0,8%, несостоятельность швов резервуара – 0,4% и резервуарно-кожный свищ – 1,5%, резервуарно-влагалищный свищ – 0,8%. Дополнительные оперативные вмешательства потребовались 14,3% больным, при чем выполнено хотя бы 1 (от 1 до 4) открытое хирургическое вмешательство в среднем на 12 сутки (диапазон 4-24 дней). Поздние (после 30 дней от РЦЭ) послеоперационные осложнения развились у 23 пациентов. Поздняя послеоперационная летальность зарегистрирована у 2 пациентов (0,8 %). Повторные операции были произведены в 7 (3,0%) случаях. Одним из наиболее частых осложнений в отдаленном периоде был вторичный пиелонефрит (4,3%).

Выводы.

В раннем послеоперационном периоде на первый план выходят соматические, общехирургические и инфекционно - воспалительные осложнения. Среди отдаленных осложнений лидирующие позиции занимают урологические заболевания, связанные с резервуаров, и требуют хирургической коррекции.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ОБОИХ СТВОЛОВ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА С РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ЦИСТОПРОСТАТЭКТОМИИ С КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКОЙ

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

Тюменский ООД

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – острая закупорка тромбами, образовавшимися в крупных сосудах большого круга кровообращения. ТЭЛА по праву считается одним из тяжелейших и катастрофически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся высокой летальностью. С легочной эмболией неизбежно сталкиваются представители как хирургических, так и терапевтических специальностей. По данным Американской медицинской ассоциации, ежегодно в Соединенных Штатах отмечается до 650 тыс. случаев ТЭЛА, 356 тыс. из которых заканчиваются смертью больного. До сих пор бытует отношение к ТЭЛА как к фатальной неизбежности, предотвратить которую не представляется возможным. Действительно, около 70-80% случаев ТЭЛА заканчиваются летальным исходом в первые 2 часа после её развития. Вместе с тем в настоящее время существуют реальные возможности предотвращения и лечения этого распространенного и опасного заболевания.

Материалы и методы.

Больной П., 60 лет. В течение 6-7 мес до обращения за медпомощью периодически макрогематурия, в ноябре 2011 г обратился к урологу, после проведённого обследования поставлен DS: Мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря $T_3N_0M_0G_3$, нефункционирующий гидронефроз слева. Сопутствующая патология: Артериальная гипертония II ст, риск 4; сахарный диабет 2 типа средней тяжести, ожирение 3 ст. Получил 2 курса неоадъювантной ПХТ по схеме MVAC. При контрольной цистоскопии эффект от ПХТ незначительный, запланирована радикальная операция. 1.02.2012 г. – радикальная цистопростатэктомия с экстраперитонеальным формированием неоциста по Hautman. Макропрепарат: опухоль левой стенки мочевого пузыря до 7 см. Гистологически: низкодифференцированный переходноклеточный рак с прорастанием всех слоёв мочевого пузыря, в простате железисто-мышечная гиперплазия, в 15 удалённых лимфоузлах подвздошных и запирательных зон таза синусовый гистиоцитоз. В послеоперационном периоде получал инфузионную, антибактериальную терапию (ввиду явлений адаптационного пиелонефрита), фрагмин по 7,5 тыс.ед. ежедневно. Сохранялась длительная лимфоррея по контрольным дренажам из малого таза, дренажи удалены на 20-е сутки. Уретральный катетер удалён на 25-е сутки, появилось самостоятельное мочеиспускание, но ввиду формирования надлобкового мочевого свища уретральный катетер установлен повторно. На 34-е сутки послеоперационного периода (5.03.2012 г.) у больного после физической нагрузки около 10.00 внезапно возникла потеря сознания, при осмотре – сознание спутанное, частое поверхностное дыхание, артериальное давление 60/40 мм.рт.ст., жалобы на резкие боли в правой нижней конечности. Больной доставлен в отделение реанимации, переведён на ИВЛ, начата интенсивная терапия. Заподозрена тромбоэмболия легочной артерии, источником которой предположительно могли быть глубокие вены правой нижней конечности. Выполнена КТ - ангиопульмонография, КТ органов брюшной полости и малого таза: на уровне деления легочного ствола и ниже, в правой и левой легочных артериях имеются дефекты контрастирования от 0,5 до 1,6 см, обтурирующие просвет. В правой бедренной вене имеется дефект контрастирования, в