

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 Autosonix, 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

ПКР за этот период. Выделена группа больных (n=12), которым выполнялась так называемая энуклеорезекция, т.е. вылушивание опухолевого узла в капсуле без удаления части непоражённой паренхимы почки (в отличие от резекции, где мы обычно отступаем на 5-10 мм). У 4 больных наблюдалось опухолевое (метастатическое) поражение единственной почки, причем у 2 из них – многоузловое. Данной группе больных была успешно выполнена энуклеорезекция опухолевых узлов, ближайших осложнений не было, у одного больного потребовалось стентирование почки ввиду формирования мочевого свища (в последующем закрылся). У остальных 8 пациентов опухоль была случайно обнаружена при профилактическом УЗИ органов брюшной полости. Всем пациентам проведена компьютерная томография с внутривенным болюсным усилением, которая выявила наличие полностью интрапаренхиматозного расположения опухолевого узла. Размеры колебались от 2,0 до 4,5 см. Во время лапаротомии и ревизии почки всем больным выполнялось интраоперационное УЗИ для выявления зоны нефротомии. Затем на выключенном путём пережатия кровотоке выполнялась нефротомия и вылушивание опухолевого узла в капсуле с последующим ушиванием почки. У 2 больных потребовалось интраоперационное стентирование почки ввиду вскрытия ЧЛС.

Результаты: у всех больных не зарегистрировано интра- и послеоперационных осложнений. Все больные живы в сроки от 3 до 20 мес. При контрольных экскреторных урограммах функция почек удовлетворительная, при контрольных КТ с внутривенным болюсным усилением данных за мочевиные затёки, воспалительные изменения или рецидив не выявлено.

Выводы. Несмотря на небольшое количество наблюдений, с учётом хороших хирургических и онкологических результатов считаем данный вид операций оправданным при определённых показаниях.

---

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*С.А. Малинин, А.А. Маслов, Н.Д. Ушакова*

Ростовский НИОНИ

---

В последние годы острый послеоперационный панкреатит (ОПП) стал встречаться чаще, что, по всей видимости, обусловлено увеличением количества больших по объёму операций на

органах брюшной полости, а так же собственно ростом оперативной активности. Число больных с послеоперационным панкреатитом колеблется от 0,5 до 61%. Несомненно, большая разница частоты встречаемости зависит от различий в подходе и диагностике заболевания. Профилактика и консервативное лечение являются основой тактики при остром панкреатите, за исключением деструктивных форм с гнойным воспалением. В связи с этим, актуально изыскание новых методов воздействия на патогенетические механизмы указанного заболевания.

Цель исследования: оценка результатов профилактики и лечения острого послеоперационного панкреатита у онкологических больных. Учитывая целенаправленную специфичность лейкоцитов мигрировать в очаги воспаления, особый интерес представила разработка «адресной доставки» препарата в зону развития воспалительного процесса (хвост поджелудочной железы после спленэктомии) на клетках аутокрови. Целесообразным решением стала идея введения ингибиторов протеаз на аутоплазме, обогащенной лейкоцитами.

Материал и методы.

За 3 года в отделении ургентной онкологии РНИОИ выполнено 40 оперативных вмешательств, сопровождавшихся спленэктомией. Среди пациентов отмечено преобладание лиц женского пола – 23 и соответственно 17 мужчин. Оперативное лечение выполнялось больным, поступившим в отделение с первично установленным онкологическим диагнозом. В ходе дообследования перед операцией, больные с заболеванием крови, были консультированы гематологом. В некоторых случаях убедительных данных за онкологический процесс выявлено не было. Показания для операции были следующие: первичные и метастатические опухоли селезенки, неэффективность консервативной терапии иммунных осложнений (анемии и тромбоцитопении) гемобластозов, гемангиомы, кисты селезёнки, необходимость морфологической верификации основного диагноза, диагностики, а так же спленэктомия, как компонент расширенной гастрэктомии при раке. В количественном отношении по нозологии это составило: при неходжкинской лимфоме – 15; при раке желудка – 17; остальные 8 – при гемангиомах, кистах, миелолифолиферативных заболеваниях и т.д. К особенностям хода выполнения оперативных вмешательств относили выполнение широкой срединной лапаротомии, при необходимости дополняемой поперечным доступом по Юингу. В ходе выполнения спленэктомии тщательное внимание уделялось технике оперативного пособия, особенно при лимфолифолиферативных заболеваниях, когда размеры селезенки дос-