

3. Комяков Б.К., Карлов П.А., Замятнин С.А., Попов А.С. Десятилетний опыт хирургического лечения больных раком почки. // Материалы V конгресса Российского общества онкоурологов.-Москва.-6-8 октября 2010.-С.192.
4. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. Москва, 2003. – 527 с.
5. Переверзев А.С. Хирургия опухолей почки и верхних мочевых путей. Lora medfarm. Харьков, 1997.
6. Щукин Д.В., Илюхин Ю.А. Хирургия опухолевых тромбов нижней полой вены при раке почки.- Белгород, 2007. - 196 с.
7. Bihrl R., Libertino J.A. Renal cell cancer with extension into the vena cava. In: Decernion B.J., Pavone-MacAluso M.eds., Tumors or the kidney. Baltimore: Williams&Wilkins, 1986:111-123.
8. Novic A.C., Campbell S.C. Renal tumor / Campbell's Urology: Phyladelphia. - 2002. - P. 2672-731.
9. Nurmi M., Puntala P., Touminen J et al. Prognostic significance of symptoms and findings in renal adenocarcinoma // Stranchlenthérapie. -1985. - v.161. - pp. 632-636.
10. Scinner D.G., Pritchett T.R., Leiskovsky G., Boyd S.D., Stiles Q.R. Vena caval involvement by renal cell carcinoma. Surgical resection provide meaningful long-term survival. Ann Surg 2009 Sep 210:3 387-92.

УДК 616.62-089.844

© Г.Ю. Кудряшов, П.А. Карнаух, М.А. Золотых, 2011

Г.Ю. Кудряшов, П.А. Карнаух, М.А. Золотых  
**МЕТОД ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ  
 ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

*ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер», г. Челябинск  
 ЮУНЦ РАМН, Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгено-  
 радиологии Росздрава», г. Челябинск*

Цель: оценить результаты хирургического лечения пациентов с РМП, которым была выполнена илеоцистопластика по оригинальной методике, сравнить функциональные характеристики мочевых резервуаров в исследуемых группах больных. В отделении онкоурологии ГЛПУ «ЧОКОД» цистэктомии подверглись 237 пациентов, которым были выполнены различные варианты илеоцистопластики: по оригинальной методике оперировано 48 пациентов, по методу Studer - 19 пациентов, операция Бриккера - 128 пациентов, с формированием недетубулизованного резервуара - 42 пациента. Использование предложенной методики илеоцистопластики уменьшило количество осложнений в послеоперационном периоде, улучшило функциональные показатели неobladders. Объем резервуара через 6 месяцев составил 500-600 мл, давление в резервуаре оставалось стабильным на цифрах 18-23 см вод. ст. Полное удержание мочи достигнуто у 37(77.1%) пациентов. Разработанный нами метод илеоцистопластики прост в исполнении, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений в раннем и позднем периодах. Изменение методики формирования мочевого резервуара позволяет улучшить качество жизни пациентов, перенесших цистэктомию, не ухудшая показателей онкоспецифической выживаемости у этой категории пациентов.

**Ключевые слова:** илеоцистопластика, рак мочевого пузыря, цистэктомия.

G.U. Kudryashov, P.A. Karnaykh, M.A. Zolotykh  
**EMERGING ILEOCYSTOPLASTIC METHOD  
 IN SURGICAL TREATMENT OF BLADDER CANCER**

The purpose of the study was to assess the results of surgical treatment of patients with the bladder using an emerging method of ileocystoplasty, to characterize its early and late postoperative complications and postoperative life quality in comparison with the currently used methods. The results of treatment in 237 patients who had undergone a different method ileocystoplasty in a local oncological center were analyzed. Our original method was applied in 48 patients, Studer 's – in 19 cases, Brikker's – in 128 and in 42 patients reservoir from nondetubulized ileum segment was made. The elaborated ileocystoplasty technique has allowed to reduce the number of late postoperative complications. We have achieved better functional features of neobladder, the volume in 5-6 months after operation was 500-600 ml, hydraulic pressure in neobladder was constant and not more than 18-23 cm water pressure. Out of the total number, 37 (77.1%) patients who underwent ileocystoplasty with our original method were ultimately completely continent. Our original method is simple. It reduces the number of early and late postoperative complications. The proposed alterations to ileocystoplasty method does not result in an oncospecific survival rate reduction in patients who undergo radical cystectomy, but rather allow an improvement in the quality of life in those patients.

**Key words:** ileocystoplasty, urinary bladder cancer, cystectomy.

Лечение рака мочевого пузыря (РМП) является актуальной проблемой современной онкоурологии, что обусловлено высокой заболеваемостью с тенденцией к постоянному росту, широкой распространенностью заболевания, длительностью и сложностью лечения, высоким процентом инвалидизации [1, 4].

Число больных в России с впервые выявленным диагнозом РМП в 2008 г. составило 10042 мужчины и 2679 женщин. Средний возраст заболевших - 67,1 года. Прирост заболеваемости за 10 лет - 22,57%, при среднегодовом приросте - 2,06% [2].

Цистэктомия является радикальным хирургическим способом лечения рака мочевого пузыря [3,4]. После подобных операций важной проблемой становится медицинская и социальная реабилитация больных [6]. Каждого больного, которому планируется выполнение цистэктомии, рассматривают как кандидата для ортотопической пластики мочевого пузыря, позволяющей восстановить мочеиспускание через естественные мочевые пути. В настоящее время наиболее распространенным пластическим материалом является изолированный сегмент тонкой кишки [5]. Создание

ортотопического мочевого резервуара позволяет достичь мочеиспускания по нативной уретре и, как следствие, – создать условия для улучшения качества жизни больного [4,6].

Основными задачами при выполнении операций с контролируемым выделением мочи являются: создание резервуара достаточной емкости; формирование механизма, защищающего верхние мочевые пути от рефлюкса и инфицирования; конструирование механизма, удерживающего мочу в резервуаре и выпускающего ее по желанию больного [5, 6].

#### Материал и методы

В отделении онкоурологии ГЛПУ «ЧОКОД» за период с января 2000 года по 2010 год радикальная цистэктомия с последующей пластикой мочевого пузыря из изолированного сегмента подвздошной кишки выполнена 237 пациентам с РМП. Мужчин было 211 (89%), женщин - 26 (11%). Возраст больных составил от 35 до 82 лет (средний возраст 59 лет). В исследование вошли больные с pT 2a-pT4a и pT1 при наличии рецидива опухоли мочевого пузыря с мультицентричным ростом.

В зависимости от метода деривации мочи пациенты были разделены на группы: 128 пациентам выполнена операция Бриккера, 42 сформированы ортотопические резервуары из недетубуляризованного фрагмента подвздошной кишки, 19-ортотопические резервуары по методике Studer, 48-ортотопические резервуары из детубуляризованного фрагмента подвздошной кишки по оригинальной методике, разработанной в ГЛПУ «ЧОКОД» (уведомление о поступлении и регистрации заявки №2009139427 от 26. 10. 2009г). Данная методика используется в диспансере с 2006 года.

Суть данного способа заключается в том, что в U образном резервуаре формируется дополнительная недетубуляризованная петля, обращенная к уретре, с которой формируется резервуарно-уретральный анастомоз, а в проксимальном отделе резервуара остаются два недетубуляризованных конца, в которые имплантируются мочеточники, при этом правый конец оканчивается слепо, а левый выводится на переднюю брюшную стенку в левой подвздошно-фланковой области в виде уростомы, через которую выводятся наружу интубаторы мочеточников и уростомический дренаж.

Мочеточники пересекают, отступив 3 см от стенки мочевого пузыря, и выделяют на протяжении 7-9 см с окружающей клетчаткой.

Затем, отступив 25-30 см от илеоцекального угла, выделяется сегмент подвздошной кишки длиной 40-45 см на питающих сосудах брыжейки с использованием сшивающего аппарата. Проксимальность кишечного тракта восстанавливается формированием межкишечного анастомоза. Далее из выделенного сегмента подвздошной кишки формируется продольный U-образный резервуар за счёт межкишечного анастомоза бок в бок непрерывным вворачивающим швом, на протяжении 10 см по противобрыжеечному краю кишки и дополнительная нерассечённая петля, в дистальном его отделе, обращенная к уретре. В дальнейшем на вершине петли выполняется энтеротомия длиной 0.5 см вдоль кишки. Правый проксимальный конец резервуара длиной 5 см ушивается двухрядным швом и остаётся нерассечённым. Левый проксимальный конец резервуара длиной 10 см также остаётся нерассечённым и в дальнейшем выводится на переднюю брюшную стенку в левой подвздошной области в виде уростомы, через которую выводятся наружу дистальные концы интубаторов мочеточников и уростомического дренажа. На проксимальных недетубуляризованных концах резервуара формируются мочеточниково-резервуарные анастомозы - конец в бок (конец мочеточника в бок сегмента тонкой кишки) узловыми швами. Анастомозы формируются через отдельные энтеротомические отверстия. В просвет каждого мочеточника вводится рентгеноконтрастный дренаж (мочеточниковый катетер, диаметр которого выбирают в зависимости от ширины просвета мочеточника) на уровень лоханки почек.

В полость мочевого резервуара через уретру и энтеротомическое отверстие на дополнительной петле проводится мочевой катетер типа Фолея. Формируется внепросветный анастомоз узловыми однорядными швами между стенкой резервуара в области энтеротомического отверстия и уретрой: 2 шва на заднюю губу анастомоза, 2 – боковых, 1 - на переднюю губу анастомоза.

В группах по стадии заболевания пациенты распределились следующим образом: методика ГЛПУ «ЧОКОД» первая стадия заболевания у 3 (6,25%) пациентов, вторая у 36 (75%), третья у 9 (18,75%), четвёртая - 0. По методу Бриккера первая стадия у 7 (5,47%), вторая у 68 (53,1%), третья у 41 (32%), четвёртая у 12 (9,4%). По методике Штудер первая у 2 (10,5%), вторая у 10 (52,6%), третья у 7 (36,8%), четвёртая - 0. В группе с ортотопической илеоцистопластикой недетубуляризиро-

ванным сегментом подвздошной кишки первая стадия – 0, вторая у 22 (52,4%), третья у 20 (47,6%) больных.

Сравнение вышеуказанных групп пациентов в данном исследовании проводилось по следующим критериям: объем резервуара, давление в неoblаddере, функция удержания мочи. Проведен анализ ранних и отдаленных результатов лечения в исследуемых группах пациентов. Обработка статистических данных проводилась с помощью программы SPSS 17.0. Сравнение показателей выживаемости проводилось с помощью логрангового критерия и обобщенного критерия Уилкоксона (критерий Гехана). Отличия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты

При сравнении групп больных по стадиям заболевания статистически значимых различий получено не было  $p > 0,05$ . После пластики мочевого пузыря из изолированного сегмента подвздошной кишки по методике ГЛПУ «ЧОКОД», ранние осложнения развились у 7 (14,6%) больных и распределились следующим образом: несостоятельность швов резервуара у 3 пациентов, в одном случае потребовалось удаление резервуара. Спаечная кишечная непроходимость у 1 пациента, динамическая кишечная непроходимость у 2 пациентов, желудочно-кишечное кровотечение у 1 пациента, нагноение послеоперационной раны у 1 пациента, пневмония у 1 пациента, пиелонефрит - 0.

Группа пациентов, оперированных по методике Штудер, имеет сопоставимые с группой методики ГЛПУ «ЧОКОД» цифры осложнений в послеоперационном периоде, в данной группе также не зафиксировано атак острого пиелонефрита после удаления интубаторов из мочеточников. В группе пациентов, которым была выполнена пластика резервуара недетубуляризированным сегментом подвздошной кишки, большая часть осложнений представлена острым пиелонефритом, который развился у 8 (19,04%) пациентов, после удаления мочеточниковых интубаторов.

При сравнении групп пациентов по объему резервуара, давлению в неoblаddере, по сохранности удерживающей функции резервуара, получены следующие данные: по методике ГЛПУ «ЧОКОД» объем резервуара через 3 мес. после операции составил 350-400мл, через 6 мес- 500-600мл, максимальный объем резервуара зафиксирован у пациента через 18 мес. с момента операции и достиг 900мл, в последующем объем резервуара не увеличивался. Давление в резервуаре в течении всего

периода наблюдения было стабильным и соответствовало 18-23 см вод. ст. Полное удержание мочи достигнуто у 37 (77,1%) из 48 пациентов, частичное (ночное) неудержание наблюдалось у 11 (32,9%) из них.

По методу Штудера объем резервуара к 6 месяцам составлял 450-550 мл, стабилизация внутрирезервуарного давления произошла на цифрах 22-24 см вод. ст., полное удержание мочи достигнуто у 10 (52,6%) пациентов, у 9 (47,4%) пациентов зафиксировано ночное неудержание мочи.

Для сравнения в группе с ортотопической цистопластикой недетубуляризованным сегментом подвздошной кишки, мочевой резервуар в течении 6 месяцев увеличивался максимально до 200 мл, давление в нём соответствовало 30 - 40 см вод. ст. У двух пациентов во время измерения определялось волнообразное изменение давления в пределах 35-72 см вод. ст, связанное с сохраненной перистальтикой стенки резервуара. Полное удержание мочи достигнуто у 12 (28,6%) пациентов, у 30 (71,4%) определялось неудержание мочи различной степени.

Сравнение показателей выживаемости, проведенное с помощью логрангового критерия и обобщенного критерия Уилкоксона, показало, что предложенная нами методика илеоцистопластики не ухудшает результатов лечения.

Трёхлетняя онкоспецифическая выживаемость при выполнении ортотопической недетубуляризированной илеоцистопластики составила  $53,2 \pm 8,7\%$ , по методике Штудер  $53,9 \pm 14,2\%$ , по Бриккеру  $41,5 \pm 5,9\%$ , по методике ГЛПУ «ЧОКОД»  $54,9 \pm 9,5\%$ .

Трёхлетняя выживаемость больных РМП после цистэктомии, в зависимости от стадии заболевания составила: при I стадии 100%, при II стадии-  $54,71 \pm 5,6\%$ , при III стадии-  $27,3 \pm 6,8\%$ .  $p < 0,05$ .

При сравнении показателей трёхлетней выживаемости в зависимости от дифференцировки опухоли также получены статистически значимые различия: при G1 -  $64,6 \pm 12\%$ , при G2 -  $55,3 \pm 5,8\%$ , при G3  $33,0 \pm 6,6\%$ .

### Обсуждение

Основные усилия при лечении больных РМП, перенесших цистэктомию, направлены на увеличение продолжительности жизни и социальную адаптацию данной категории больных.

Определение качества жизни больных оказывается весьма ценным для оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение.

После радикальной цистэктомии качество жизни выше у тех пациентов, которым деривация мочи осуществлялась путем создания искусственного мочевого пузыря как наиболее физиологического метода.

Качество жизни после радикальной цистэктомии изучено у 237 пациентов. Мы наблюдали больных с различными вариантами илеоцистопластики. Особое внимание было уделено сравнению функциональных характеристик необладдера, сформированного по различным методикам. Определяется четкая зависимость между качеством жизни больных и методом деривации мочи после радикальной цистэктомии. Низкий уровень качества жизни отмечен у пациентов, которым выполнена операция Бриккера или замещение мочевого пузыря недетубуляризованным сегментом подвздошной кишки. У них наблюдалось резкое нарушение профессионально-трудового статуса и снижение социальной адаптации. Хорошее качество жизни отмечается у больных, которым была выполнена пластика с формированием резервуара низкого давления. Функциональные характеристики данных резервуаров сходны. Наличие

резервуара низкого давления, имплантация мочеточников в недетубуляризованные участки кишки позволяют исключить пузырно-мочеточниковый рефлюкс и иметь возможность адекватного контролируемого мочеиспускания.

#### **Выводы**

Предложенная нами методика илеоцистопластики проста в исполнении.

Введение в практику илеоцистопластики по оригинальной методике позволило снизить количество осложнений в послеоперационном периоде.

Анализ отдаленных результатов исследования показал, что онкоспецифическая выживаемость при использовании оригинальной методики сопоставима с используемыми в настоящее время вариантами илеоцистопластики

Формирование мочевого резервуара по методике ГЛПУ «ЧОКОД» позволяет добиться адекватного мочеиспускания, удовлетворительной функции удержания мочи. Тем самым достигается улучшение качества жизни пациентов, перенесших цистэктомию.

#### *Сведения об авторах статьи:*

**Кудряшов Григорий Юрьевич** - врач онкоуролог, ординатор отделения онкоурологии ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» г. Челябинск, ул. Блюхера 42, e-mail: bambg-74@mail.ru;  
**Карнаух Пётр Алексеевич** – д.м.н., заведующий отделением онкоурологии ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» г. Челябинск, ул. Блюхера 42, e-mail: oncourochell1@rambler.ru  
**Золотых Максим Алексеевич** – к.м.н., ассистент кафедры онкологии «ЧелГМА», врач онкоуролог. г. Челябинск, ул. Блюхера 42, e-mail: urogbl@mail.ru

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Матвеев Б. П., Фигурин К. М. Карякин О. Б. Рак мочевого пузыря. М., 2001.
2. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2007 году. М., 2009.
3. Руководство по онкоурологии. Под редакцией Б. П. Матвеева. М., Вердана; 2002. с 6-13.
4. Stein J. P., Lieskovsky G., Groshen S. et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1054 patients. J Clin Oncol 2001; 19(3): 666-75.
5. Hautmann R. E. Urinary diversion: ileal conduit to neobladder. J Urol 2003; 169:834-42.
6. Studer U. E., Zinng E. J. Ileal orthotopic bladder substitutes. What we have learned from 12 years experience with 200 patients. Urol Clin Nort Am 1997; 24:781-8.

УДК 616.65-002-006

© В.А. Максимов, А.А. Сердюк, А.А. Обыденнов, П.И. Тальберг, Д.В. Скворцов, 2011

## **В.А. Максимов<sup>1</sup>, А.А. Сердюк<sup>2</sup>, А.А. Обыденнов<sup>2</sup>, П.И. Тальберг<sup>2</sup>, Д.В. Скворцов<sup>2</sup> ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАСПЕРИНЕАЛЬНОЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

<sup>1</sup>ГКУБ № 47, г. Москва

<sup>2</sup>Окружное урологическое отделение ЮВАО ГП № 19 г. Москвы

В Окружном урологическом отделении городской поликлинике № 19 г. Москвы выполнено 970 трансперинеальных мультифокальных биопсий предстательной железы. Биопсия выполнялась из 12 точек. Диагноз доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) верифицирован у 481 пациента (49,6%), хронический простатит у 50 пациента (5,2%), ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом у 176 пациентов (18,1%), рак предстательной железы у 263 пациентов (27,1%). У 46 пациентов выявлены очаги простатической интраэпителиальной неоплазии. При повторных биопсиях у этой категории больных у 25 (54,3%) был верифицирован рак предстательной железы. С увеличением ПСА выявляемость рака возрастает. Пациентам с выявленной ранее простатической интраэпителиальной неоплазией показано выполнение повторной биопсии. Количество точек, из которых выполняется биопсия должно определяться индивидуально.

**Ключевые слова:** трансперинеальная биопсия предстательной железы, рак предстательной железы, простатическая интраэпителиальная неоплазия.