

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 позадилоной простатэктомии (РПЭ).

Материалы и методы.

За период с июля 2007г по август 2011г в урологическом отделении ГБУЗ ТООД позадилоная 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 подтверждённый 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.

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, 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 позадилоная 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.

Цель исследования: изучить ранние и отдалённые результаты РПЭ, оценить варианты её оптимизации.

Материалы и методы.

За период с июля 2007 г. по август 2011 г. в онкоурологическом отделении ГБУЗ Тюменский ООД позадилоная РПЭ выполнена у 121 больных РПЖ. У большинства пациентов ($n=81$ или 69,3%) диагноз был установлен после скрининга ПСА и выполнения мультифокальной ТРУЗИ-биопсии по этому поводу. Критерии отбора на операцию – обязательная гистологическая верификация, отсутствие отдалённых метастазов и тяжёлой сопутствующей соматической патологии. 82 больных (70,53%) получали неoadъювантную гормонотерапию (НАГТ), однако с 2011 г. мы более ограниченно стали назначать НАГТ вследствие технических особенностей проведения РПЭ после данного лечения. Распределение больных по клиническим стадиям было следующее: T_1 – 24 (19,8%), T_2 – 62 (51,2%), T_3 – 35 (28,9%). Надо отметить, что послеоперационная конверсия стадии (патоморфологическая) в сторону ухудшения отмечена у 22 больных (18,6%), в сторону улучшения – у 3 (2,4%).

Все вмешательства выполнены из позадилоного нижнее-срединного доступа по стандартной методике Walsh с удалением по возможности запирательных, подвздошных, пресакральных лимфоузлов. Среднее количество удаляемых лимфоузлов – 11 (от 5 до 20). 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). С 2011 г. по избирательным показаниям мы выполняем нервосберегающую уни- и билатеральную РПЭ ($n=5$).

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 52 случаях (42,9%). 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. 18 больным (14,8%) потребовалось назначение наружной ДЛТ и немедленной ГТ в режиме МАБ в связи с морфологически подтвержденным наличием экстрапростатической инвазии, позитивного хирургического края и (или) метастазами в ре-

гионарные лимфоузлы, согласно клиническим рекомендациям EAU от 2009 г.

Выводы. На основании нашего небольшого (4-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 неoadъювантной ГТ показано у очень ограниченной группы пациентов;
- применение ультразвукового скальпеля позволяет минимизировать послеоперационную лимфоррею.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ HIFU-ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Лыков, А.В. Купчин

Тюменский ООД

Радикальная простатэктомия, бесспорно, является золотым стандартом в лечении локализованных форм рака предстательной железы (РПЖ). Несмотря на это ряду пациентов провести хирургическое лечение не представляется возможным по тем или иным причинам (высокий хирургический риск ввиду интеркуррентных заболеваний, перенесённые операции на органах малого таза, а также отказ пациента от оперативного лечения). Появление такого малоинвазивного метода лечения РПЖ, как высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук (HIFU) может явиться альтернативой для определённой группы больных локализованным РПЖ, а также вариантом комплексного лечения при местнораспространённом РПЖ.

Цель исследования: проанализировать первый опыт лечения РПЖ методом HIFU-терапии.

Материалы и методы. За период с ноября 2010 г. по октябрь 2011 г. в онкоурологическом отделении ГБУЗ ТООД проведено 17 сеансов HIFU-терапии больным РПЖ. Лечение осуществлялось на аппарате «Ablatherm» (Франция). Средний возраст больных $61,8 \pm 3,2$ лет. Начальный уровень ПСА в среднем 15,6 нг/мл (от 5,8 до 30). Распределение больных по клиническим стадиям: T_{1c} – 2, T_{2a} - T_{2b} – 8, T_{3a} – 6 больных и один пациент с метастатическим РПЖ.

Объём предстательной железы у всех больных не превышал 30 см³ (от 10,5 до 26,8 см³). Таким образом, лечение осуществлялось без предварительной ТУРП. Среднее время процедуры составило 102,53 мин (от 86 до 125 мин), средний объём тканей, подвергнутых процедуре лечения – 136,6% от объёма ПЖ. Всем пациентам процедура лечения осуществлялась под спинномозговой анестезией. Критериями выбора в поль-