

полнено 343 РЦЭ по поводу РМП. Из всех операций 66 (19,3%) заканчивались уретерокутанеостомией, 277 (80,7%) – созданием кишечных резервуаров. В 215 случаях (62,7%) формировался ортотопический неоцист, в 62 (18,1%) – другие виды. Большинство ортотопических резервуаров (n=171; 79,5%) создано по методикам U.Studer и Hautmann-Abol-Eneim (в том числе, в оригинальной модификации). Условиями для выполнения ортотопической цистопластики являются: онкологический статус пациента, состояние верхних мочевых путей и кишечника, удовлетворительное самочувствие, отсутствие тяжёлой сопутствующей патологии, отсутствие опухолевого поражения простатической уретры у мужчин и шейки мочевого пузыря у женщин. Целью создания ортотопического резервуара является максимальная медицинская и социальная реабилитация пациентов, заключающаяся, главным образом, в восстановлении самостоятельного мочеиспускания. Для ортотопической континенции чаще всего мы используем 2 методики из сегмента подвздошной кишки: искусственный резервуар по Studer U.E и нашу методику, являющуюся модификацией неоциста по Hautmann-Abol-Eneim. В 2008 г. нами была предпринята попытка создать оригинальный неоцист с изоперильстальтическими «ушками», который располагается экстраперитонеально в малом тазу (подробное описание методики и первые результаты опубликованы в материалах III и IV Конгресса Российского общества онкоурологов в 2008 и 2009 гг.). В данное исследование мы включили 225 больных, перенесших ортотопическую илеоцистопластику за период с 1998 по 2013 гг.

Пациенты были разделены на 2 группы. В I группу вошли 115 больных, оперированных с 1998 по 2008 гг. по классическим методикам, во II группу – 110 больных, оперированных по модифицированной методике Hautmann-Abol-Eneim.

Результаты и обсуждение.

Общее количество осложнений в I группе составило 66 (58,0%), повторных оперативных вмешательств 21 (18,2%), послеоперационных летальных исходов 9 (7,8%). Подавляющее число осложнений являлись гнойно-септическими. Реоперации выполнялись по поводу эвентерации, несостоятельности мочекишечных и межкишечных анастомозов, мочевого перитонита. Количество осложнений во II группе составило 38 (34,5%), реопераций – 3 (2,7%), летальных исходов – 1 (0,9%).

Выводы.

Радикальная цистэктомия с ортотопической экстраперитонеальной илеоцистопластикой по Hautmann-Abol-Eneim в модификации позволяет значительно сократить количество фатальных осложнений за счёт отсутствия контакта сформированного неоциста, мочеточниково - резервуарных и резервуарно-уретральных анастомозов с брюшной полостью. Оригинальная конфигурация неоциста позволяет сформировать прямые анастомозы и избежать натяжения мочеточников. Экстраперитонеальная илеоцистопластика в настоящее время является приоритетной операцией после РЦЭ в онкоурологическом отделении ГБУЗ ТО ООД. Положительные результаты данного исследования позволили осуществить подачу заявки на изобретение №2013102124 от 18.01.2013 г.

ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКА ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.В. Лыков, А.А. Кельн, А.В. Курчин

Тюменской ООД, г. Тюмень

Радикальная цистэктомия (РЦЭ) – стандартная операция и основной метод лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (РМП). Выбор объема операции, так же как и тип деривации мочи после РЦЭ определяется общим состоянием и возрастом больного, онкологическим статусом, наличием сопутствующей патологии, состоянием верхних мочевых путей.

Ортотопическая интестинальная цистопластика (с возможностью самостоятельного контролируемого мочеиспускания) – наиболее приемлемый в физиологическом отношении способ замещения мочевого пузыря при отсутствии противопоказаний. За последние 10-15 лет результаты выполнения РЦЭ с интестинальной пластикой улучшились благодаря техническим новациям (шовные материалы, электрохирургические и ультразвуковые инструменты), появлению новых антибактериальных препаратов. Однако процент послеоперационных осложнений остаётся высоким, и интерес урологов направлен на создание «идеальной модели» ортотопического мочевого пузыря, который функционирует как резервуар низкого давления с координированной релаксацией шейки наружного уретрального сфинктера и сокращением детрузора, что

обеспечивает полное опорожнение мочевого пузыря без мочеточниковых рефлюксов.

Цель исследования: сравнить ближайшие результаты двух наиболее популярных ор-

тотопических цистопластик после РЦЭ, выполненных в онкоурологическом отделении Тюменского областного онкодиспансера.

Таблица 1

Структура послеоперационных осложнений

Вид осложнений	I группа (n=67)			II группа (n=88)		
	Осложнения	Реооперации	П/о летальность	Осложнения	Реооперации	П/о летальность
Тромбоз легочной артерии	1			1		1
Острая сердечно-сосудистая недостаточность				1		1
Острый панкреатит	2					
Кровотечение из сосудов малого таза				1	1	1
Перитонит (в результате несостоятельности резервуара, межкишечного и мочеточнико- резервуарного анастомозов)	1	1		8	8	3
Резервуарно- кожный и резервуарно-влагалищный свищи	9	1		6	6	
Острый или обострение хронического пиелонефрита	14			19	4	
Расхождение краев апоневроза (эвентрация петель кишечника)				13	13	
Желудочно-кишечное кровотечение	2	2		2	2	1
Динамическая кишечная непроходимость:	1			1		
Прогрессирование почечной недостаточности	1			2		
Пневмония	1			1		
Орхоэпидимит	1			1	1	
Лимфокиста малого таза	3					
Стриктура уретрально-резервуарного анастомоза				1	1	
Атония резервуара				4	1	
Энтерит	2			2		
Всего:	38	4		63	37	7

Материал и методы.

РЦЭ с применением различных способов дрификации мочи выполняется в отделении с 1998 г. по настоящее время. За данный период накоплен опыт выполнения 320 РЦЭ по поводу РМП. 195 операций заканчивались созданием ортотопического резервуара. Наиболее часто применялись 2 методики: илеоцистопластика по Studer и Hautmann. Надо отметить, что с 2008 г. мы несколько видоизменили методику Hautmann (заявка на изобретение № 2013102124 от 18.01.2013 г.), используя экстраперитонеальное расположение неоциста (подробное описание опубликовано в Материалах III и IV Конгрессов РООУ).

Таким образом, в исследование включены результаты хирургического лечения 155 больных, разделенных на 2 группы: оперированные по методике Hautmann в нашей модификации (n=67) и Studer (n=88).

Результаты и обсуждение.

Результаты сравнительного анализа структуры осложнений у пациентов двух групп представлены в таблице 1. Наибольшее количество осложнений, реопераций и послеоперационных летальных исходов зарегистрировано во II группе. У больных I группы летальных исходов не было, число реопераций в 9 раз меньше, чем во II группе, осложнения преобладали легкой и средней степени тяжести с благоприятным прогнозом для жизни. Наибольшее число осложнений в обеих группах связано с инфекционно-воспалительными заболеваниями. У 4 пациентов II группы в связи с неэффективностью консервативного лечения и клиники апостематозного пиелонефрита потребовалось хирургическое вмешательство. Перитонит в I группе исследования выявлен у 1 пациента вследствие несостоятельности межкишечного анастомоза. Во II группе перитонит различной этиологии диагностирован у 8 пациентов, что потребовало выпол-

нения повторных оперативных вмешательств, а у 3 из них в результате прогрессирования полиорганной недостаточности данное осложнение явилось причиной летального исхода. Другими причинами летальных исходов во II группе исследования явились: тромбоэмболия ветвей легочной артерии, острая сердечно-сосудистая недостаточность, профузное кровотечение из сосудов малого таза и желудочно-кишечное кровотечение (по 1 случаю). У пациентов обеих групп исследования выявлено формирование резервуарно-кожных, либо резервуарно - влагалищных свищей. Так, у пациентов I группы данный вид осложнений зарегистрирован в 9 случаях, у пациентов II группы – 6, что потребовало хирургического закрытия свища. Во II группе исследования эвентерация петель кишечника диагностирована у 13 пациентов (во всех случаях выполнена релапаротомия). Во II группе исследования наблюдалась атония резервуара у 4 пациентов, что привело к удалению резервуара у 1 больного и формированию уретерокутанеостом.

Выводы.

При сравнении двух вариантов илеоцистопластики на основании развившихся осложнений у пациентов обеих групп мы пришли к выводу, что наша методика является более адаптированной и приемлемой для создания ортотопического резервуара. Низкий уровень осложнений, минимальность повторных оперативных вмешательств, отсутствие летальных исходов и легкость воспроизведения делают методику формирования экстраперитонеального ортотопического резервуара привлекательной альтернативой существующим методам.

РАДИКАЛЬНАЯ ПОЗАДИЛОННАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ: ОПЫТ ОДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

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

Тюменский ООД, г. Тюмень

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 распространенной и отработанной хирургической операцией. Более того, в

связи с повсеместным скринингом и увеличением числа больных РПЖ в России количество этих операций, на наш взгляд ещё длительное время будет превалировать над малоинвазивными методиками.

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

Материалы и методы.

За период с июля 2007 г. по май 2013 г. в онкоурологическом отделении ГБУЗ ТООД позадилонная РПЭ выполнена у 232 больных РПЖ. У большей части пациентов (n=139; 67,4%) 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.

До 2011 г. на предоперационном этапе практически все больные, запланированные к радикальной простатэктомии получали 3-месячную неоадьювантную гормонотерапию (НАГТ) в режиме максимальной андрогенной блокады (МАБ). Однако, начиная с 2011 г. мы стали более ограниченно назначать НАГТ вследствие технических особенностей проведения РПЭ после гормонотерапии (фиброз перипростатических тканей, возникающий после данного лечения, значительно затрудняет визуализацию наружных слоёв и ориентиров для анатомичной мобилизации простаты). Показаниями к назначению МАБ с целью НАГТ в настоящее время считаем большие размеры простаты (более 80-100 см³) в сочетании с предикторами высокого риска прогрессии (уровень ПСА более 20 нг/мл и показатель Глисона 7-10).

Таким образом, 95 больных (40,9%) получили предоперационную НАГТ. Распределение больных по клиническим стадиям было следующее: T₁ – 41 (17,6%), T₂ – 139 (59,9%), T₃ – 52 (22,4%). Надо отметить, что послеоперационная конверсия стадии (патоморфологическая) в сторону ухудшения отмечена у 63 больных (27,1%), в сторону улучшения – у 5 (2,1%).

Все вмешательства выполнены из позадилонного ниже-срединного доступа по стандартной методике Walsh с удалением запирающих, подвздошных, пресакральных лимфоузлов. Тазовая лимфаденэктомия предшествовала РПЭ у 216 больных (93,1%). Среднее количество удаляемых лимфоузлов – 11 (от 5 до 20). Длительность операции составляла не более 3 часов (в среднем 1 час 50 минут), объем кровопо-