

При проведении моновариантного логического регрессионного анализа осложненный кардиологический анамнез (ОР 0,95, 95% ДИ 0,16-2,23, $p=0,05$), операции на брюшной полости и органах малого таза (ОР 2,17, 95% ДИ 1,13-4,15, $p=0,04$), функциональный класс ASA (ОР 1,72, 95% ДИ 0,83-3,14, $p=0,05$) оказались статистически значимыми предикторами развития тяжелых осложнений. Индекс коморбидности Чарлсона (ОР 1,12, 95% ДИ 0,43-2,56, $p=0,08$), ИМТ (ОР 2,12, 95% ДИ 1,31-3,93, $p=0,09$), ортотопический тип отведения мочи против других методов деривации мочи (ОР 0,56, 95% ДИ 0,19-0,97, $p=0,08$) продемонстрировали тренд к статистической значимости. Показатель сывороточного гемоглобина $90 <$ против $90 >$ ($p=0,2$), возраст пациентов $60 <$ против $60 >$ ($p=0,3$), стадия опухолевого процесса $T_{1-2}N_0M_0$ против $T_{3a-4a}N_0M_0$ ($p=0,3$), гетеротопический тип отведения мочи против других способов деривации мочи ($p=0,3$) не показали статистически значимого результата и не были включены в мультивариантный логический регрессионный анализ. В мультивариантном логическом регрессионном анализе ИМТ > 25 (ОР 2,42, 95% ДИ 1,52-4,32, $p=0,068$), функциональный класс ASA (ОР 2,14, 95% ДИ 1,43-4,12, $p=0,048$), индекс Чарльсона ≥ 1 (ОР 1,68, 95% ДИ 0,89-3,46, $p=0,024$), осложненный кардиологический анамнез (ОР 2,72, 95% ДИ 1,89-5,24, $p=0,024$), операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе (ОР 2,72, 95% ДИ 2,98-4,48, $p=0,018$) продемонстрировали тренд к статистической значимости. Ортотопический тип отведения мочи против других методов деривации мочи ($p=0,2$) не показал статистической значимости. На основании полученных предикторов осложнений РЦЭ, принята попытка определения группы риска пациентов. Так сочетание таких факторов риска, как ИМТ > 25 , осложненный кардиологический анамнез, операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе встретилось у 16 пациентов из 39, что составило 41%. В то время как сочетания таких факторов риска, как ИМТ < 25 , отсутствие кардиологической патологии, отсутствие в анамнезе операции на брюшной полости и органах малого таза составило 3 из 39 (7,7%). При анализе выживаемости была предпринята попытка сравнить выживаемость пациентов, с развившимися осложнениями в послеоперационном периоде (I группа), и пациентов без осложнений после операции (II группа). Наибольшая летальность пациентов I группы отмечается на первом го-

ду жизни. Живыми на данный момент являются 15 пациентов (16,3%) с средней продолжительностью жизни $34,5 \pm 23,5$ мес. Мы не располагаем данными о выживаемости 19 (20,6%) пациентов. У пациентов II группы в послеоперационном периоде наибольшая летальность отмечается на втором году после РЦЭ. Среди выявленных летальных исходов преобладают пациенты с методами деривации мочи по Studer и уретерокутанеостомией. Живыми на данный момент являются 15 пациентов (14,7%) с средней продолжительностью жизни $34,1 \pm 29$, мес.

Выводы.

Для профилактики развития тяжелых осложнений и планирования метода деривации мочи, прежде всего, необходимо предусматривать такие факторы риска, как ИМТ > 25 $\text{кг}/\text{м}^2$, наличие операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе и осложненный кардиологический анамнез.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ В ГБУЗ ТО ООД

*А.В. Лыков, А.В. Купчин, М.А. Сальников,
А.С. Петросян, А.В. Вайрадя*

Тюменский ООД

В настоящее время эндоскопические и лапароскопические методы операций становятся стандартом лечения многих заболеваний, при которых раньше требовалось более агрессивное открытое вмешательство. Преимущества лапароскопических операций перед открытыми – меньшая частота инфекционно-воспалительных осложнений, болевого синдрома, меньшая травматизация тканей, короткий реабилитационный послеоперационный период. Лапароскопическая нефрэктомия показана при раке почки I-II стадии без метастазов в регионарные лимфатические узлы. Несмотря на одинаковые отдаленные онкологические результаты пациенты, перенесшие лапароскопическую радикальную нефрэктомию в отличие от пациентов после открытой нефрэктомии имеют более короткий срок реабилитации и возвращения к нормальной жизнедеятельности.

Материалы и методы.

В 2012 году в отделении онкоурологии ГБУЗ ТО ООД начато освоение лапароскопических вмешательств при опухоли почки. Выполнено 8 операций, 2 из них – лапароскопическая

нефрэктомия, 6 – лапароскопическая гибридная нефрэктомия (с мануальной ассистенцией). Мужчин было 5, женщин – 3. У 6 больных диагностирован рак почки стадии $T_1N_0M_0$, у 2 – стадии $T_1N_0M_1$ с солитарными mts в костной системе. У всех больных в почке наблюдалось интраренальное расположение опухолевого узла. В 5 случаях была поражена правая почка, в 3 случаях – левая. Размеры опухоли варьировали от 3,0 см до 6,0 см. У 5 пациентов опухоль была бессимптомная (случайно выявлена при УЗИ), у 3 пациентов опухоль выявлена в связи с жалобами на боли в пояснице. Время операции варьировало от 130 до 240 мин. У одного больного через 6 часов после лапароскопической нефрэктомии диагностировано кровотечение из ложа опухоли, выполнена лапаротомия, гемостаз. У остальных больных осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Гистологически у всех больных верифицирован светлоклеточный почечноклеточный рак, у 3 из них – высокодифференцированный, у 5 – умереннодифференцированный.

У 7 больных наблюдалось быстрое исчезновение болевого синдрома после операции, наркотические анальгетики были отменены на 2 сутки, ненаркотические анальгетики – на 3 сутки. Парез кишечника разрешился на 2-сутки. У 4 больных наблюдалась незначительная подкожная эмфизема в зоне стояния ручного порта. Контрольные дренажи у 7 больных были удалены на 4 сутки послеоперационного периода.

Выводы.

На основании первого опыта выполнения лапароскопических операций при опухоли почки можно сделать вывод о наличии более быстрого реабилитационного периода в сравнении с открытыми операциями при той же патологии, снижении лекарственной нагрузки и использования анальгетиков.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

В России отмечается увеличение заболеваемости раком мочевого пузыря (РМП), с 2000 по 2010 год прирост заболеваемости по данной патологии составил 15,65%. В 30% случаях

впервые выявленный РМП является инвазивным. Радикальным оперативным методом лечения мышечно-инвазивного РМП является радикальная цистэктомия (РЦЭ) с последующей деривацией мочи.

Цель исследования: анализ радикального лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря с 1998 по март 2012 гг.

Результаты и их обсуждение.

За исследуемый период в хирургическом отделении № 2 ГБУЗ ТО «ООД» выполнено 290 РЦЭ по поводу РМП, из них мужчин – 264 (91,03%), женщин – 26 (8,97%). Средний возраст $54,76 \pm 21,92$ года. Оперативное вмешательство было единственным методом лечения у 131 (45,2%) больных. У 58 (20,0%) пациентов РЦЭ носила спасительный характер после безуспешного органосохранного лечения либо по жизненным показаниям. Переходно-клеточный рак верифицирован в 98,7%, плоскоклеточный – в 0,2%, аденокарцинома – в 0,3% случаев, лейомиосаркома и рабдомиосаркома в 0,06%. Высокая, умеренная, низкая степень дифференцировки переходного-клеточного рака определена в 12,0%, 41,4% и 43,1% соответственно. Процесс носил первичный характер у 86,8%, рецидивирующий – 13,2%. Химиотерапия предшествовала радикальной цистэктомии в неoadьювантном режиме у 119 (41,0%) больных по схеме MVAC, внутривезикулярная химиотерапия у 0,2%, внутривезикулярная иммунотерапия БЦЖ-вакциной у 0,24%, у 26 пациентов (8,9%) после радикального хирургического лечения была проведена адьювантная химиотерапия по схемам MVAC(GP). Распределение пациентов по стадиям в соответствии с классификацией TNM было таково: $T_1N_0M_0$ – 15 (5,2%), $T_2N_0M_0$ – 99 (34,1%), $T_{3a}N_0M_0$ – 76 (26,2%), $T_{3b}N_0M_0$ – 35 (12,1%), $T_{4a}N_0M_0$ – 18 (6,3%), $T_{3-4a}N_{1-2}M_0$ – 39 (13,4%), первично-множественный синхронный рак (РМП и РПЖ) – 8 (2,7%). Ортотопическая реконструкция мочевых путей по методике Studer использовалась у 90 (31,0%), Hautmann – 56 (19,3%). Формирование гетеротопического резервуара по методике Bricker применили у 36 (12,4%), сигмовидно-прямокишечного резервуара по Mainzrouch II – 16 (5,5%), другие гетеротопические методики применялись у 10,4% пациентов. Наложение уретерокутанеостом выполнено у 62 (21,4%) пациентов. Отсроченная реконструкция мочевых путей производилась у 16 (5,5%), а средний срок от момента первой операции до формирования новых мочевых путей составил 4,8 месяцев. Наиболее часто используемой опе-