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 отдалённые 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 опухолях почки. К октябрю 2013 г. выполнено 25 операций: 6 – лапароскопическая нефрэктомия, 16 – лапароскопическая гибридная нефрэктомия (с мануальной ассистенцией), 3 – лапароскопическая резекция почки.

Мужчин было 14, женщин – 11. У 18 больных диагностирован рак почки стадии T₁N₀M₀, у 4 – T₂N₀M₀, у 2 – стадии T₁N₀M₁ с солитарными метастазами в костной системе, у 1 больного после лапароскопической резекции морфологически верифицирована склерозированная гемангиома почки.

В 13 случаях была поражена правая почка, в 12 случаях – левая. Размеры опухоли варьировали от 2,5 см до 8,0 см. У 17 пациентов опухоль была бессимптомная (случайно выявлена при УЗИ), у 8 пациентов опухоль выявлена в связи с наличием жалоб. Время операции варьировало от 130 до 320 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 24 пациентов верифицирован светлоклеточный почечноклеточный рак, у 10 из них – высокодифференцированный, у 14 – умереннодифференцированный.

У 24 человек после лапароскопических операций наблюдалось быстрое исчезновение болевого синдрома в послеоперационном периоде; наркотические анальгетики были отменены на 2 сутки, ненаркотические анальгетики – на 3 сутки. Парез кишечника разрешился на вторые сутки.

У 5 больных после гибридных операций наблюдалась незначительная подкожная эмфизема в зоне стояния ручного порта. Контрольные дре-

нажи у 18 больных были удалены на 3-4 сутки послеоперационного периода, у 1 больной после резекции почки – на 8 сутки (ввиду наличия серозного отделяемого).

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.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО ВАРИАНТА ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКИ

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

Тюменский ООД, г. Тюмень

Радикальная цистэктомия (РЦЭ) является стандартным методом лечения мышечно-инвазивного и некоторых других форм РМП. Ортотопическое замещение мочевого пузыря – наиболее физиологичный вариант деривации мочи после осуществления РЦЭ. Целью создания ортотопического резервуара является максимальная медицинская и социальная реабилитация пациентов, заключающаяся в восстановлении самостоятельного мочеиспускания. Интерес урологов в настоящее время прикован к созданию ортотопического неоциста с повторением всех свойств настоящего 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 пузырно-мочеточниковых рефлюксов.

Цель исследования: оценить 5-летний опыт применения модифицированного варианта экстраперитонеальной ортотопической илеоцистопластики.

Материал и методы.

За период с 1998 по август 2013 г. в онкоурологическом отделении ГБУЗ ТО ООД вы-

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