

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-

тери от 250 до 1300 мл (в среднем, по мере приобретения опыта, не превышает 300-400 мл). С 2011г по избирательным показаниям мы выполняем нервосберегающую уни- или билатеральную РПЭ (n=13).

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 96 случаях (41,3%). 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. 42 больным (18,1%) потребовалось назначение наружной ДЛТ и/или немедленной ГТ в режиме МАБ в связи с морфологически подтвержденным наличием экстрапростатической инвазии, позитивного хирургического края и/или метастазами в регионарные лимфоузлы, согласно клиническим рекомендациямEAU от 2010г.

Выводы.

На основании нашего небольшого (6-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 неоадьювантной ГТ показано у очень ограниченной группы пациентов;
- применение ультразвукового скальпеля позволяет минимизировать послеоперационную лимфоррею.

ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

А.В. Лыков, А.А. Кельн, А.В. Купчин

Тюменский ООД, г. Тюмень

Радикальная цистэктомия (РЦЭ) является стандартным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Ввиду объема и травматичности данное вмешательство нередко сопровождается развитием ряда тяжелых осложнений. Так, по данным большинства авторов различные осложнения после РЦЭ достигают 30-60%. Понимание причин, факторов риска их развития дает хирургу возможность спрогнозировать течение послеоперационного периода и предотвратить возникновение тяжелых осложнений.

Цель исследования: выявить факторы риска развития тяжелых осложнений после РЦЭ.

Материалы и методы.

В ходе работы проанализированы истории болезней 113 больных, оперированных в онкоурологическом отделении Тюменского ООД за период с 1998 по 2013 г. Степень тяжести послеоперационных осложнений оценивалась по классификации Клавьева. У 43,3% больных были выявлены тяжелые осложнения. Для изучения факторов риска развития тяжелых осложнений применены моно- и мультивариантный логический регрессионный анализы.

Результаты и обсуждение. РЦЭ была единственным методом лечения у 61 (53,9%) больного, у 24 (21,2%) пациентов носила спасительный характер на фоне кровотечения. Предпочтительным методом деривации мочи явилась ортотопическая реконструкция мочевых путей (у 59,6% больных). Из них по методике Studer прооперировано 35,7% пациентов, Hautmann – 23,8%, формирование гетеротопического резервуара по различным методикам – 22,2%, уретерокутанеостомия – 18,9%.

У 43,5% пациентов была выявлена анемия с показателями гемоглобина: ниже 70 г/л – 6,1%; 70-89 г/л – 7,4%; 90-110 г/л – 30% пациентов. Гидронефроз выявлен у 26,5%, ХПН у 7,8% пациентов.

12,2% больных по наличию тяжелой сопутствующей патологии и выраженности анемического синдрома относились к категории тяжелых. Ожирение (ИМТ больше 30) было у 8,83% человек: ИМТ меньше 20 – 11,6%, ИМТ 20-25 – 34,8%, ИМТ 25-30 – 19,6%. На момент РЦЭ у 58,0% больных имелась тяжелая сочетанная интеркуррентная патология: ИБС – в 37,5% случаев, гипертоническая болезнь II-III стадии 45,5%, последствия ОНМК – 3,5%, нарушения сердечного ритма – 8%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 18,7%.