

ния. Только у троих пациентов недержание сохранялось и по прошествии года после операции. По результатам контрольных обследований у пациентов средние показатели IPSS/QoI составили 13,1/2,4, Qmax увеличилась в среднем с 5,9 мл/с до 20мл/с. Послеоперационный объем остаточной мочи не превышал 30 мл.

**Выводы.** Эндоскопические методы коррекции обструктивных осложнений у пациентов, ранее перенесших радикальную про-

статэктомию, можно считать малотравматичными, высокоэффективными, при которых допускается многоэтапное лечение и их неоднократное выполнение. Малая травматичность позволяет сократить послеоперационный койко-день и сроки дренирования мочевого пузыря. Все это позволяет рекомендовать эндоскопическую хирургию в качестве метода выбора для коррекции обструктивных осложнений радикальной простатэктомии.

*Сведения об авторах статьи:*

**Джалилов Д.О.** – врач-уролог, аспирант кафедры эндоурологии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1. E-mail: endourology@mail.ru

**Мартов А.Г.** – д.м.н., профессор, зав. отделением ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1. E-mail: martovalex@mail.ru.

**Абдуллаев Д.А.** – врач-уролог, аспирант кафедры эндоурологии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Cancer progression and survival rates following anatomical radical retropubic prostatectomy in 3,478 consecutive patients: long-term results / Roehl K.A., Han M., Ramos C.G., Antenor J.A., Catalona W.J. // J. Urol. 2004. Vol. 172, N 3. P. 910-914.
2. Comparison of transperitoneal and extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy using match-pair analysis / Erdogru T., Teber D., Frede T., Marrero R., Hammady A., Seemann O., Rassweiler J. // Eur. Urol. 2004. Vol. 46, N 3. P. 312-319.
3. Complications and other surgical outcomes associated with extended pelvic lymphadenectomy in men with localized prostate cancer / Briganti A., Chun F.K., Salonia A., Suardi N., Gallina A., Da Pozzo L.F., Roscigno M., Zanni G., Valiquette L., Rigatti P., Montorsi F., Karakiewicz P.I. // Eur. Urol. 2006. Vol. 50, N 5. P. 1006-1013.
4. Complications of open radical retropubic prostatectomy in potential candidates for active monitoring / Loeb S., Roehl K.A., Helfand B.T., Catalona W.J. // Urology. 2008. Vol. 72, N 4. P. 887-891.

УДК 616.62-006.6-089.87.168.1-06-084

© С.П. Даренков, Г.Г. Кривобородов, С.В. Котов, А.А. Проскоков, И.С. Пинчук, А.Г. Юсуфов, 2013

С.П. Даренков, Г.Г. Кривобородов, С.В. Котов,  
А.А. Проскоков, И.С. Пинчук, А.Г. Юсуфов

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва*

Радикальная цистэктомия по-прежнему остается оперативным лечением со значительным количеством ранних послеоперационных осложнений. В данной работе предложена схема ведения пациентов до операции и в раннем послеоперационном периоде, разработанная для профилактики наиболее частых послеоперационных осложнений – пареза кишечника и ранней спаечной кишечной непроходимости.

По предложенной схеме был пролечен 61 пациент, перенесший радикальную цистэктомию с орто- и гетеротопической кишечной пластикой, выполненную на базах кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России за период с сентября 2010 года по ноябрь 2012 года. Были зарегистрированы и подвергнуты анализу все осложнения, развившиеся в течение 90 дней после оперативного лечения. В результате использования предложенной схемы удалось снизить частоту пареза кишечника, разрешившегося консервативно до 8,2%, а ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась в 6,6% случаев.

В нашей работе показано, что радикальная цистэктомия остается сложным оперативным вмешательством с большим количеством послеоперационных осложнений. Необходимо дальнейшее изучение этиологии, патогенеза и течения послеоперационных осложнений. Это позволит выработать оптимальную стратегию ведения больных после радикальной цистэктомии.

**Ключевые слова:** рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, ранние послеоперационные осложнения, тактика ведения раннего послеоперационного периода.

S.P. Darenkov, G.G. Krivoborodov, S.V. Kotov, A.A. Proskokov, I.S. Pinchuk, A.G. Yusufov  
**TACTICS OF EARLY POSTOPERATIVE FOLLOW-UP OF PATIENTS  
AFTER RADICAL CYSTECTOMY WITH BLADDER AUGMENTATION**

Radical cystectomy still remains a surgical treatment with the significant amount of early postoperative complications. The work offers the scheme of observing patients before operation and in the early postoperative period, designed to prevent the most common post operative complications, intestinal paresis and early adhesive intestinal obstruction.

61 patients after radical cystectomy with ortho-and heterotopic intestinal plastic performed on the basis of Chair of Urology of RNRMU for the period from September 2010 to November 2012 were treated according to this scheme. The complications that developed within 90 days after surgery were registered and analyzed. The use of the proposed scheme could reduce the incidence of intestinal paresis, eradicated conservatively to 8.2%, and the early adhesive intestinal obstruction developed in 6.6% of cases.

The work shows that radical cystectomy remains a difficult surgery with a great number of postoperative complications. Further study of the etiology, pathogenesis and course of postoperative complications is necessary. It will allow working out an optimal strategy for follow-up of patients after radical cystectomy.

**Key words:** bladder cancer, radical cystectomy, early postoperative complications, tactics of the early postoperative period.

Радикальная цистэктомия является «золотым стандартом» лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря и все чаще используется при мышечно-неинвазивном процессе с низкой степенью дифференцировки опухоли и полифокальном поражении [1]. В середине 20-го века послеоперационная летальность составляла от 30 до 40%. За прошедшие 30 лет в связи с совершенствованием оперативной техники смертность снизилась до 2%, а показатели тяжелых осложнений на – 2/3, что продемонстрировано в табл. 1.

В настоящее время даже у пациентов с выраженной сопутствующей патологией (сердечно-сосудистой, сахарным диабетом, метаболическими нарушениями) радикальная цистэктомия является операцией выбора. Однако надо отметить, что до сих пор, по данным разных авторов, частота послеоперационных осложнений остается на довольно высоком уровне – от 20 до 60% [2].

Таблица 1  
Статистические данные показателей летальности после радикальной цистэктомии

Год	Показатели летальности, %
1960	30 – 40
1970	15 – 20
1998	1 – 4
2008 - 2009	0,3 – 3,9

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями являются парез кишечника и ранняя спаечная кишечная непроходимость – от 5,5 до 60%. Структура наиболее часто встречаемых послеоперационных осложнений представлена в табл. 2.

Таблица 2  
Структура послеоперационных осложнений

Осложнение	Частота распространения, %
Парез кишечника разрешившийся консервативно	5,5 – 60
Несостоятельность межкишечного анастомоза	4 – 11,7
Несостоятельность мочеточниково-кишечных анастомозов	5 – 12
Раневые осложнения	12
Мочевая инфекция	7 – 10
ТЭЛА, инфаркт миокарда, инсульт	1 – 3

Несмотря на столь высокие показатели послеоперационных осложнений, до настоящего момента нет единой патогенетической тактики ведения пациентов в предоперационном и раннем послеоперационном периодах.

В настоящем исследовании мы предложили схему ведения пациентов, разработан-

ную на основе собственного опыта послеоперационного ведения пациентов, перенесших радикальную цистэктомию, и профилактики наиболее часто встречаемых осложнений.

**Материал и методы.** В данное исследование включен 61 пациент, перенесший радикальную цистэктомию с орто- и гетеротопической кишечной пластикой, выполненную на базах кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России за период с сентября 2010 года по ноябрь 2012 года. Было выполнено: ортотопических пластик по Studer – 21 (34,4%), операций Bricker – 40 (65,6%). По поводу рака мочевого пузыря прооперированны 58 человек, у 3-х пациентов производилось лечение микроцистиса. В исследуемой группе было 55 мужчин (90,2%) и 6 (9,8%) женщин. Возраст колебался от 39 до 82 лет (медиана 60 лет).

Распределение прооперированных больных по категориям pT и pN и степени злокачественности G представлено в табл. 3 и 4.

Таблица 3  
Распределение больных по категориям pT и pN

Категория pT	Пациенты
pT1	2 (3,5%)
pT2a	12 (20,8%)
pT2b	14 (24,1%)
pT3a	10 (17,2%)
pT3b	14 (24,1%)
pT4	6 (10,3%)
Категория pN	
pN0	48 (82,8%)
pN+	10 (17,2%)

Таблица 4  
Распределение больных по степени злокачественности G

Степень злокачественности G	Пациенты
Высокодифференцированная опухоль	22 (37,9%)
Умереннодифференцированная опухоль	28 (48,3%)
Низкодифференцированная опухоль	8 (13,8%)

Все пациенты велись по предложенной нами схеме:

1. За 2-е суток до оперативного вмешательства пациенту рекомендуется ограничить потребление продуктов, содержащих грубую клетчатку.

2. За 1-2-е суток до операции рекомендован переход к жидкой и легкоусвояемой пище.

3. За 1-2-е суток до операции проводится инфузия глюкозо-калиевой смеси под контролем КЩС и электролитного состава крови.

4. Накануне операции выполняется очистительная клизма, вводятся низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах.

5. Антибактериальная терапия – цефалоспорины III генерации + метронидазол.

6. Метоклопрамид назначают сразу после операции – 40 мг в сутки.

7. Удаление назогастрального зонда произведена сразу или на следующий день после операции.

8. Ранняя активизация пациента.

9. Использование продленной эпидуральной анестезии до 3-4 дней.

10. Вечером после операции – глюкозо-электролитная смесь (200-600 мл).

11. 1-й день (суммарно до 1200 мл жидкости):

– энтеральное питание (400-600 мл),

– эспумизан + вазелиновое масло по 40 мл 3-4 раза в день,

– глюкозо-электролитная смесь (600-800 мл).

12. 2-й день:

– то же, что и в 1-й день,

– хирургический стол № 0 (бульон, кисель).

13. Гипертоническая клизма на следующий день после операции.

14. Использование жевательной резинки со 2-го дня послеоперационного периода.

15. Стимуляция кишечника на 3-и сутки при клинике пареза кишечника антихолинэстеразными препаратами.

16. Восстановление назогастрального зонда при первых признаках гастростаза/пареза кишечника + активная стимуляция (антихолинэстеразные препараты + очистительные клизмы).

17. Удаление мочеточниковых интубаторов на 10-14-е сутки.

18. Удаление уретрального катетера на 14-18-е сутки.

19. Режим принудительного мочеиспускания, микции каждые 2 часа.

**Результаты.** Из медицинской документации были отобраны все случаи осложнений, развившихся в течение 90 дней после выполнения операции. У 34 (55,7%) пациентов не отмечено послеоперационных осложнений. Парез кишечника, разрешившийся консервативно, отмечен у 5 пациентов (8,2%), ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 4 пациентов (6,6%), несостоятельность межкисечного анастомоза – у 1 пациента (1,6%), раневые осложнения – у 10 пациентов (16,4%). Мочевая инфекция развилась у 7 па-

циентов (11,5%). ТЭЛА, инфаркт миокарда, инсульт – у 3 пациентов (4,9%). Смерть вследствие ТЭЛА и инфаркта миокарда наступила у 2 (3,3%) пациентов.

**Обсуждение.** Несмотря на огромный опыт, накопленный в радикальном оперативном лечении рака мочевого пузыря, многие авторы указывают на большое количество послеоперационных осложнений [3 – 5]. Но все авторы сходятся во мнении, что на первом месте по количеству возникших осложнений стоят парез кишечника и ранняя спаечная кишечная непроходимость, развивающиеся по разным данным от 5,5 до 60%. Это и самые частые причины повторных оперативных вмешательств и грозные осложнения, нередко являющиеся причиной смерти пациентов [6].

Несмотря на значительное количество послеоперационных осложнений, до сих пор не выработана единая схема ведения пациентов. Наша представленная схема направлена на профилактику пареза кишечника и ранней спаечной непроходимости в послеоперационном периоде. Парез кишечника при применении предложенной схемы встречался у 8,2% пациентов, спаечная непроходимость – у 6,6%, что ниже общемировых показателей.

Опираясь на свой опыт, мы считаем, что предоперационная подготовка должна включать очистительную клизму без использования слабительных препаратов осмотического свойства. По данным ряда авторов, применение слабительных средств приводит к нарушению микроциркуляции кишечника, что способствует увеличению частоты пареза в раннем послеоперационном периоде [7, 9]. Использование с первых суток водно-электролитной смеси способствует улучшению трофики кишечника. Раннее удаление назогастрального зонда не увеличивает частоту возникновения пареза кишечника [8]. В свою очередь, применение энтерального питания и использование жевательной резинки стимулирует моторику кишечника. Назначение продленной анестезии, по заверению ряда авторов и в результате нашего наблюдения, является профилактикой пареза кишечника.

В нашей работе показано, что радикальная цистэктомия остается сложным оперативным вмешательством с большим количеством послеоперационных осложнений. Необходимо дальнейшее изучение этиологии, патогенеза и течения послеоперационных осложнений. Учитывая факторы риска пациента: пол, возраст в момент выполнения операции, индекс массы тела, время операции, тип отведения мочи (ортотопическое, кондуит

или континентное гетеротопическое), индекс коморбидности Чарльсона, функциональный класс риска по критериям Американского общества анестезиологов, наличие метастазов, нерадикальность операции, степень дифференцировки опухоли и опытом оперирующего хирурга – все это позволит выработать опти-

мальную стратегию ведения больных после радикальной цистэктомии. Дальнейшие исследования необходимы для выработки единой и эффективной схемы ведения больных, что позволит улучшить показатели послеоперационных осложнений и снизить риски летального исхода к минимуму.

*Сведения об авторах статьи:*

**Даренков Сергей Петрович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1.

**Кривобородов Григорий Георгиевич** – д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1.

**Котов Сергей Владиславович** – к.м.н., доцент кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, зав. отделением урологии ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1.

**Проскоков Алексей Александрович** – к.м.н., зав. урологическим отделением ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации. Адрес: г. Москва, ул. Лосиноостровская, 45.

**Пинчук Илья Станиславович** – аспирант кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1.

**Юсуфов Анвар Гаджиевич** – врач-уролог 36 урологического отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. Адрес: 119049, г. Москва, Ленинский проспект, д. 10, корпус 12.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Slenzl A., Cowan N.C., De Santis M. et al. The updated EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer. *Eur Urol* 2009;55:815-25.
2. Buscarini M., Pasin E., Stein J.P. Complications of radical cystectomy. *Minerva. Urol Nefrol* 2007;59:67-87.
3. Shabsigh A., Korets R. et al. Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. *Eur Urol* 2009;55:164-76.
4. Novara G., De Marco V., Aragona M. et al. Complications and mortality after radical cystectomy for bladder transitional cell cancer. *J Urol* 2009; 182(3):914–21.
5. Svatek R.S., Fisher M.B., Matin S.F. et al. Risk factor analysis in a contemporary cystectomy cohort using standardized reporting methodology and adverse event criteria. *J Urol* 2010; 183(3):929-34.
6. Donat S.M. Standards for surgical complication reporting in urologic oncology: time for a change. *Urology* 2007;69(2):221-5.
7. Raynor MC, Lavien G, Nielsen M, Wallen EM, Pruthi RS. Elimination of 143 preoperative mechanical bowel preparation in patients undergoing 144 cystectomy and urinary diversion. *Urol Oncol*.
8. Ramirez JA, Svatek RS, McIntosh AG, Strehlow R, Lawrence V, Parekh DJ. Definition, incidence, risk factors, and prevention of 124 paralytic ileus following radical cystectomy: a systematic review. *Urol* 2009;178:125-30.
9. Slim K, Vicaut E, Launay-Savary MV, Contant C, Chipponi J. Updated 139 systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on the role of mechanical bowel preparation before colorectal surgery. *Ann Surg* 2009;249:203–9.

УДК 616.65-002-006

© А.Р. Геворкян, А.Ю. Авакян, 2013

## А.Р. Геворкян, А.Ю. Авакян ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ БИОПСИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ОКРУЖНОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗАПАДНОГО ОКРУГА Г. МОСКВЫ

*ГБУЗ «Городская поликлиника № 195», г. Москва*

РПЖ – опухоль, наиболее распространенная в Европе. Показатель заболеваемости – 214 случаев на 1000 мужчин, что превосходит показатель заболеваемости раком легкого и колоректальным раком (Boyle P. и авт., 2005). В России заболеваемость РПЖ неуклонно растет: за период 1999-2009 гг. заболеваемость РПЖ выросла с 15,69 до 38,41 на 100 тыс. населения (+ 144.8%) и в структуре онкологической заболеваемости мужского населения составляет 10.7 %. Целью нашего исследования было оценить частоту выявления рака предстательной железы при повторной биопсии простаты при первично диагностированной простатической интраэпителиальной неоплазии высокой степени и ASAP в окружном урологическом отделении ЗАО г. Москвы.

**Ключевые слова:** ПСА, биопсия предстательной железы, рак предстательной железы, ПИН высокой степени, ASAP.

## A.R. Gevorgyan, A.Yu. Avakyan BIOPSIES OF PROSTATE GLAND IN A DISTRICT DEPARTMENT OF UROLOGY OF MOSCOW WESTERN DISTRICT

Prostate cancer is the most widespread tumor in Europe with the incidence of 214 cases out of 1000 men, exceeding the incidence of lung and colon cancer. In Russia the morbidity rate of prostate cancer is constantly rising: during 1999-2009 it has increased from 15.69 to 38.41 per 100,000 (+ 144.8%) and it makes 10.7% in the set of men's oncological illnesses. The study aimed to evaluate the frequency of prostate cancer detection after repeated prostate biopsy in primarily diagnosed high-grade prostatic intraepithelial neoplasia and ASAP in a District Department of Urology of Moscow Western District.

**Key words:** PSA, prostate biopsy, prostate cancer, HGPIN, ASAP.