

РПЭ разных авторов, следует применять в клинической практике стандартизованную классифи-

кацию Clavien с соавт. (2009) с их градацией на большие и маленькие, ранние и отдаленные.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.А. Возианов³, С.Н. Шамраев^{3,2}, В.Д. Васильева⁴, И.О. Генбач¹

¹ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

² ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины»

³ ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

⁴ Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Введение. Радикальная цистэктомия (РЦЭ) – это метод лечения различных врожденных и приобретенных патологий мочевого пузыря, как функциональных, так и органических. Данная операция является «золотым стандартом» в лечении инвазивных и рецидивирующих форм рака мочевого пузыря (РМП), при этом остается наиболее травматичным и технически сложным оперативным вмешательством. По распространенности среди органов мочевой системы рак мочевого пузыря (РМП) занимает второе место и четвертое среди всех злокачественных новообразований в мире [2]. В Украине ежегодно заболевает РМП 4000–4400 мужчин и 800–900 женщин, умирает до 2500 человек, при этом, у 30% больных при первичном обращении выявляется инвазия опухоли в мышечный слой [5]. Согласно мнению ряда авторов частота мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (МИРМП) значительно снижается из-за погрешностей в диагностике и стадировании. Фактически при первичном обращении примерно у 60% больных РМП уже имеется мышечная инвазия [3]. Цистэктомия – это единственный эффективный и радикальный метод лечения РМП. Выбор оптимального объема операции основывается на информации о локализации, морфологическом строении опухоли, распространенности опухолевого процесса и соматическом состоянии больного. Стандартное выполнение радикальной цистэктомии (РЦЭ) предполагает эвисцерацию органов малого таза у женщин и удаление мочевого пузыря единым блоком с предстательной железой, семенными пузырьками и регионарными лимфоузлами у

мужчин, что позволяет не только полностью удалить опухоль в пределах здоровых тканей, но и делает возможным устранение потенциально возможных источников возникновения новых рецидивов. Основным аргументом в пользу такого объема вмешательства являются результаты морфологических исследований, которые демонстрируют наличие первично-множественного рака мочевого пузыря и простаты у 20–48% пациентов, перенесших РЦЭ [1,4]. На сегодняшний день нет ни одного рандомизированного исследования, показавшего преимущество какого-либо альтернативного метода лечения в сравнении с радикальной интервенцией.

Цель работы: оценка послеоперационных результатов лечения у пациентов, перенесших РЦЭ.

Материалы и методы исследования. В основу данного исследования положены материалы обследования и лечения 76 пациентов, перенесших РЦЭ по поводу инвазивного и рецидивирующего неинвазивного рака МП, его экстремии и некроза вследствие лучевой терапии. Возраст варьировал от 19 лет до 81 года (в среднем $59,4 \pm 1,4$ года). Для оценки общей выживаемости (ОВ) после РЦЭ с учетом послеоперационных осложнений пациенты были условно разделены на три группы: в первую вошел 41 (54%) пациент, перенесший послеоперационный период без осложнений; вторую группу составило 18 (24%) пациентов, у которых развились осложнения I и II степеней тяжести; у 17 (22%) пациентов, составляющих третью группу, развились осложнения III и V степеней тяжести (Clavien-Dindo, 2007). Рецидивный РМП был выявлен у 21 (28%) пациента, всем им ранее в

других клиниках в разные сроки была проведена трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря. Семь из них вошли в первую группу, девять – во вторую и пятеро – в третью группу. Пятерым из них, в дальнейшем, была выполнена резекция МП: трое из них вошли во вторую группу и по одному пациенту из первой и третьей групп послеоперационных осложнений. Всем пациентам были выполнены клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МЗ Украины № 554). Клиническая и патологическая стадии РМП определялись согласно системе TNM в редакции 2002 г. Степень дифференцировки устанавливалась по 3-ступенчатой системе гистоградации согласно системе ВОЗ. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel.

Результаты исследований. Анамнез заболевания варьировал от 1 до 204 месяцев и в среднем составил $38,0 \pm 7,2$ месяца. Течение основного заболевания было осложнено у 76% больных. Хроническая почечная недостаточность была выявлена у 21 (28%) пациента, одно- и двусторонняя пиелоэктазия наблюдалась у 34 (45%), анемия, развившаяся на фоне макрогематурии, – у 24 (32%), хронический пиелонефрит – у 16 (21%). Сопутствующие интеркуррентные заболевания имели 29 (38%) пациентов. Чаще всего диагностировались: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка, желчекаменная болезнь, нефролитиаз и гиперплазия предстательной железы. Средняя продолжительность операции составила в первой группе больных $6,1 \pm 0,4$ часа, $6,5 \pm 0,6$ часа у пациентов второй группы и $6,6 \pm 0,5$ часов в третьей. Кровопотеря соответственно составила $653 \pm 72,1$ мл, $1237 \pm 106,3$ мл и $1184 \pm 313,5$ мл. Лимфаденэктомия в объеме стандартной выполнена 51 (67%) пациенту и в объеме расширенной – 22 (33%). Метастатическое поражение регионарных ЛУ было выявлено у 18 (24%) пациентов, отдаленные метастазы – у одного пациента. Послеоперационный койкодень в первой группе был $26,1 \pm 1,6$ дня, во второй – $27,13 \pm 2,3$ дня и $35,4 \pm 4,1$ дня в третьей группе. При гистологическом исследовании операционного материала у 70 (92%) пациентов диагностирован переходноклеточный РМП, у двоих – (2,6%) полиморфноклеточный и в одном (1,3%) случае – аденокарцинома. Превали-

ровал рак высокой степени злокачественности G3 – у 53 (69,7%) пациентов; у 17 пациентов (22,4%) был выявлен низкодифференцированный рак G2; высокодифференцированная опухоль G1 была выявлена у троих (4%) пациентов. По способам деривации мочи пациенты распределены следующим образом: 12 (16%) пациентам была выполнена уретерокутанеостомия с У-У анастомозом, шесть (50%) из них вошли в первую группу, четверо (33%) – во вторую и двое (17%) – в третью. Неконтинентное отведение мочи по методике Vicker было осуществлено 33 (43,4%) пациентам: 22 (67%) пациентам из первой группы, пятерым (15%) из второй и шестерым (18%) из третьей групп. Наружное отведение мочи с формированием континентной стомы в модификации Indiana выполнено 7 (9,2%) пациентам. Во второй и третьей группах таких пациентов было по трое (42,8%) соответственно и один (14,3%) пациент вошел в первую группу. Ортотопическая цистопластика по Studer была произведена 24 (31,6%) пациентам: 12 (50%) пациентам из первой группы и шестерым (25%) пациентам во второй и третьей группах, соответственно. Были отмечены статистически значимые различия средних значений длительности операции, объема кровопотери и продолжительности послеоперационного восстановления у пациентов с различными методами деривации мочи. Так, длительность РЦЭ с формированием ортотопического МП в 1,9 раза больше операций с неконтинентной деривацией мочи ($t=2,3$, $p<0,05$) при этом максимальный объем кровопотери наблюдался у пациентов с У-У анастомозом, а длительность восстановления после данной операции в среднем была меньше чем у пациентов с ортотопической цистопластикой по Studer ($t=2,5$, $p=0,007$). У 46% пациентов развились послеоперационные осложнения, которые были разделены по степени тяжести согласно классификации Clavien-Dindo. Во 2-й группе пациентов к осложнениям II степени тяжести были отнесены: гемотрансфузия – у 11 (61,1%) пациентов, пневмония – у 2 (11,1%), обострения хронического пиелонефрита – у 4 (22,2%) и лимфорейя у одного (5,5%) пациента. В 3-й группе к осложнениям IIIa степени были отнесены: репозиция уретрального катетера под рентген контролем, консервативное закрытие мочепузырного свища (МПС) и острый флеботромбоз вен голени – по одному (5,8%) наблюдению. Нагноение послеоперационной раны выявлено у двоих (11,6%) пациентов. Осложнения IIIb степени требовали оперативного вмешательства с применением

общего наркоза: ушивание кишечного свища было выполнено троим (17,6%) пациентам, эвакуация гематомы полости малого таза — у одного (5,8%) пациента. У 5 (29,4%) пациентов — несостоятельность кишечного анастомоза и у двоих (11,6%) пациентов развилась толстокишечная непроходимость с последующей релапаротомией, ревизией брюшной полости и ушиванием дефекта анастомозов. Осложнение V степени (летальный исход) отмечено у двоих (11,6%) пациентов. Корреляционный анализ не установил наличия зависимости развития периоперационных осложнений от кровопотери, метода деривации мочи и длительности операции на уровне значимости $p > 0,05$. Статистически значимая прямая связь ($r = +0,4$) была обнаружена между возрастом пациентов и наличием послеоперационных осложнений. Наличие одно- и двусторонней пиелоэктазии в анамнезе также является предиктором развития осложнений в послеоперационном периоде, что подтверждается наличием прямой, хотя и слабой, корреляционной связи ($r = 0,26$) на уровне значимости $p < 0,05$. В свою очередь, обратная корреляционная связь была выявлена между степенью тяже-

сти послеоперационных осложнений и трехлетней ОВ ($r = -0,42$) на уровне значимости $p < 0,05$. Анализ общей выживаемости (ОВ) в общей когорте пациентов показал следующие результаты: однолетняя ОВ — 87,1%, трехлетняя ОВ — 48,6%, пятилетняя ОВ — 41,4%.

Выводы. В 76% ОРЦЭ с различными видами деривации мочи выполняется у пациентов с интеркуррентной патологией и сопровождается развитием значительного числа «малых» (23,7%) и «больших» (22%) послеоперационных осложнений. На результаты лечения могут влиять факторы со стороны пациента (тенденция к ухудшению послеоперационных результатов у пациентов старше 65 лет) и хирурга (опыт менее 15 РЦЭ в год), что должно учитываться перед выполнением хирургического вмешательства. Увеличению риска послеоперационной летальности способствует развитие хирургических осложнений различной степени тяжести, что подтверждается наличием обратной корреляционной зависимости между степенью тяжести осложнений и трехлетней ОВ. Своевременная коррекция осложнений позволяет уменьшить риск поздней и отдаленной летальности.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

ЕНДОСКОПІЧНА ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНА РАДИКАЛЬНА ПРОСТАТЕКТОМІЯ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ТА ОЦІНКА НАЙБЛИЖЧИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

*С.О. Возіанов, В.М. Григоренко, Р.О. Данилець,
М.В. Вікарчук, Н.В. Бровко, Л.В. Перета*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Екстраперитонеальна радикальна простатектомія (ЕЕРПЕ) — методика радикального хірургічного лікування локалізованого та місцево-розповсюдженого раку передміхурової залози (РПЗ), що має ряд переваг перед відкритою та лапароскопічною операціями.

Мета дослідження: розширити показання до проведення ЕЕРПЕ, визначити найближчі результати операції.

Матеріали і методи дослідження. У період з березня 2012 по травень 2015 р. ЕЕРПЕ виконана 162 хворим з клінічно локалізованим РПЗ.

Вік хворих на момент операції становив в середньому $62,3 \pm 6,2$ (48–77) року, в т.ч. 26 (16,0%) старше 70 років. Рівень доопераційного ПСА в середньому складав $13,7 \pm 4,5$ (4,7–45,7) нг/мл, ступінь диференціації за Глісоном — $5,9 \pm 0,1$ (4–9). Індекс маси тіла більше 30 був у 31 (19,0%) хворого, 44 (27,2%) — раніше перенесли оперативне втручання на органах черевної порожнини, 12 (7,4%) — мали в анамнезі ТУР передміхурової залози з приводу гіперплазії, у 14 (8,6%) — об'єм залози був > 90 см³. Оперативне втручання проводилось за методикою, описаною