

ный конкремент I–II степеней, большая экстрапаренхиматозная лоханка почки) или необходимости сопутствующей коррекции пиело-уретерального сегмента, аномалий скелета у пациента с нефролитиазом, сочетании нефролитиаза с ХПН II–III степенями, а также при неуспехе предыдущего эндоскопического пособия или нежелании пациента ему подвергнуться. Особым

показанием к ЛПЛТ может служить социально-экономическая необходимость, требующая решения клинической проблемы за одну лечебную сессию. Обязательным этапом ЛПЛТ следует считать чрестроакарную эндопиелоскопию с возможной литоэкстракцией для достижения большего послеоперационного Stone-free уровня.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

ПОЗАДИЛОБКОВАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ: АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

С.Н. Шамраев^{1,2}, А.С. Возианов¹, А.Н. Леоненко¹,
А.Ю. Гурженко¹, А.Н. Кнышенко³

¹ ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

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

³ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) – наиболее опасная болезнь, с угрозой для жизни и существенным ухудшением ее качества, среди остальных заболеваний предстательной железы и остается важной медико-социальной проблемой в урологии. В развитых странах распространенность РПЖ колеблется от 114 до 125 на 100 000 мужчин, а 5-летняя общая выживаемость для всех стадий – 55,7%, с уменьшением этого показателя при наблюдении 10, 15 и 20 лет, соответственно, до 37%, 27% и 21% [1]. В Украине соответствующие показатели составляли в 2006 г. 122,4 и 34,3%, а в 2012 – 206,5 и 39,5% [2]. Приведенные выше данные свидетельствуют об увеличении количества больных РПЖ, которые нуждаются в специализированной медицинской помощи.

Цель исследования: оценка опыта выполнения открытой радикальной простатэктомии у пациентов с локальным и местно-распространенным раком предстательной железы позадилобным доступом, путем определения частоты и тяжести ранних и поздних осложнений.

Материалы и методы исследования. За период 2000–2013 гг. на базах кафедры урологии (ДОКТМО и ГУ «ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН Украины») и в отделе эндоурологии и литотрипсии ГУ «Институт урологии НАМН Украи-

ны» выполнено 163 ОРПЭ, однако полные периоперационные данные и наблюдение в период от 6 до 120 месяцев имели 96 пациентов (ниже это количество пациентов применено в расчетах послеоперационных осложнений). Предоперационное обследование и выбор ОРПЭ как варианта лечебной тактики осуществляли с рекомендациями Европейской ассоциации урологов, и с учетом приказов МЗ Украины № 330 от 15.06.2007 (Об усовершенствовании оказания урологической помощи населению Украины) и № 554 от 17.09.2007 (Об утверждении протоколов предоставления медицинской помощи по специальности «онкология»). Статус больного оценивали по классификации Восточной Кооперативной Группы по Онкологии (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG) [3], периоперационный риск оценивали по системе Американского общества анестезиологов (American Society of Anaesthesiologists, ASA) [4], клиническую стадию РПЖ устанавливали по TNM (2009) классификации [5]. У всех пациентов был установлен диагноз РПЖ в клинической стадии T1b-3bN0M0. Осложнения распределяли по степени тяжести, согласно модифицированной стандартной системе P.A. Clavien и соавт. (2009). Ранними считали те осложнения, которые возникали в течение первого месяца после позадилобной

ОРПЭ, поздними – те, что возникали после 3 месяцев, промежуточными – от 1 до 3 месяцев наблюдения. Выявление уровня общего ПСА более 0,2 нг/мл дважды после операции в течение 8–12 недель считали проявлением биохимического рецидива РПЖ. Полученные данные ретроспективно оценивали с помощью вариационной статистики с применением t-теста Стьюдента, F- критерия Фишера, коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Графическое отражение результатов осуществлено с помощью ПК Intel Core 2 Duo CPU.

Результаты. Всего выявлено 99 осложнений у **53/163 (32,5%)** больных. Превалирующие среди них были генитоуринарные осложнения – 68 (68,7%), кровотечение, которое требовало гемотрансфузий – 14 (14,1%), и инфекционные – 19 (19,2%). У 24 (25,0%) больных было два и более осложнений. При этом только у 21 (21,9%) пациента объем предстательной железы составил >80 см³, у 38 (39,6%) – 40–80 см³, у 37 (38,5%) <40 см³. Достоверно выявлена очень слабая связь между количеством осложнений и объемом предстательной железы $r=0,12$ ($p < 0,05$). Мы не наблюдали летальных случаев в течение 3 месяцев после позадилоной РПЭ (5-я степень осложнений по унифицированной системе RA Clavien, 2009). 13 (13,5%) пациентов имели 1-ю степень, 16 (16,7%) – 2-ю степень, 22 (22,9%) – 3-ю степень и два (2,1%) – 4-ю степень осложнений. Повторные хирургические вмешательства выполнены 16 (16,7%) больным: двум – реоперация под общей анестезией по поводу кровотечения (одному – из везикоуретрального анастомоза, второму – из поврежденной обтураторной артерии); двум – накладывали вторичные швы на рану; одному – пластика мочеточника с ЧПНС; одному – эндопротезирование уретры стентом «Мемокант» по поводу облитерации ВУА; пяти – TVT-О по поводу недержания мочи; шести – выполняли внутреннюю оптическую уретротомию (ВОУТ) по поводу стриктуры уретроцистоанастомоза, при этом у 2 пациентов – дважды, в 3 случаях также были сняты лигатурные камни; шести – выполняли трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря (ТУР ШМП) по поводу стриктуры уретроцистоанастомоза. Два пациента с 4-й степенью осложнений (тромбоэмболия легочной артерии и остановка сердечной деятельности – реанимация была успешной) нуждались в нахождении в отделении интенсивной терапии под наблюдением кардиологов в течение 10 суток. Относительно травмы прямой кишки – это осложнение (3-й степени) у больного было

ликвидировано интраоперационно, путем наложения двухрядного шва на прямую кишку (Викрил 3/0) с укреплением линии швов биокोलлагеновым комплексом «Collost». Пациент принимал антибиотики с уретральным дренированием мочевого пузыря в течение 18 суток, энтеральное питание было начато лишь на шестые сутки в результате развития динамической кишечной непроходимости. У больного также отмечена лимфорейя, за счет чего дренирование малого таза осуществляли в течение 23 суток. Шесть (6,3%) пациентов страдали острым эпидидимитом в течение первого месяца после позадилоной РПЭ, из которых – в двух случаях это осложнение ассоциировалось с недостаточностью везикоуретрального анастомоза (мочевой свищ) и продленным дренированием мочевого пузыря и малого таза, а в одном – с субвезикальной гематомой. Комплекс терапевтических мероприятий (антибактериальная, антиагрегантная, лимфотропная терапия с использованием блокады и суспензория мошонки) обеспечили адекватное лечение в течение 2 недель, и ни один из этих больных не нуждался в хирургическом вмешательстве. Периферическая невропатия за счет коксеплексита имела место в двух (2,1%) наблюдениях. Больные жаловались на слабость и парестезии в нижних конечностях, но это осложнение было ликвидировано в течение месяца благодаря фармакофизיותרпии. Следует отметить, что пациенты не имели неврологической симптоматики до операции, но оба страдали ожирением 3-й степени, один имел пролапс межпозвоночных люмбальных дисков.

У пациентов с осложнениями уретральное дренирование и срок госпитализации составили $12,6 \pm 0,5$ и $14,0 \pm 0,5$ суток против больных с неосложненным послеоперационным течением – $10,4 \pm 0,4$ и $14,2 \pm 0,7$ суток, соответственно. Выявлена слабая связь между количеством осложнений и временем пребывания в стационаре $r=0,2$ ($p > 0,05$) и средней силы связь между количеством осложнений и длительностью уретрального дренирования $r=0,55$ ($p < 0,05$).

Кроме того, больные, требующие хирургической коррекции поздних осложнений (16,7% наблюдений), нуждались в повторной госпитализации. Нами не найдено какой-либо связи между особенностями выполнения позадилоной РПЭ, клиническими характеристиками опухоли предстательной железы, ее объемом, оперирующим урологом и уровнем осложнений. Вероятно, это обусловлено малой выборкой (менее 200 РПЭ). Но следует отметить, что 14 (8,6%) больных с осложнениями Clavien III–IV на-

блюдали в первые 5 лет (2000–2004), в течение которых выполнено 35/163 (21,5%) РПЭ.

Оперированные больные в 46,9% наблюдений имели высоко- или среднедифференцированный РПЖ (сумма Глисона 2–4 и 5–6 баллов), что соответствовало местному распространению, то есть имели хороший прогноз по классификации D'Amico – менее 25% вероятности рецидива РПЖ в течение следующих 5 лет. Это вполне соответствует местному распространению опухоли предстательной железы – около половины больных имела патологическую стадию pT1a-2a (44,8%), чуть более трети – pT2b-3a (38,5%), каждый шестой – pT3b-4a (16,7%), положительные регионарные лимфоузлы – 12 (12,5%) наблюдений.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

Выводы. При выполнении более 20 ОРПЭ одним урологом – уровень всех осложнений значительно снижается (в наших наблюдениях – почти в два раза). Необходимо выполнять рутинное сонографическое исследование в ближайшем послеоперационном периоде всем больным, с целью ранней диагностики нарушения герметичности везико-уретрального сегмента, что является фактором риска формирования мочевого фистулы, стриктуры анастомоза, недержания мочи или задержки мочеиспускания. С целью унифицированного сопоставления уровня осложнений РПЭ разных авторов, следует применять в клинической практике стандартизованную классификацию Clavien с соавт. (2009) с их градацией на большие и маленькие, ранние и отдаленные.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСЕМІНОВАНИХ ПУХЛИННИХ КЛІТИН У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

Ю.В. Жильчук¹, В.С. Сакало¹, Ю.Й. Кудрявец³, В.М. Григоренко¹,
Р.О. Данилець¹, В.В. Мрачковський², А.В. Кондратенко²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

³ ІЕПОР ім. Р.Є.Кавецького

Вступ. Незважаючи на певні успіхи, що досягнуті в проблемі діагностики та лікування ряду солідних пухлин, та, в першу чергу, це стосується такого поняття як «мінімальної залишкової хвороби», чинники, котрі визначають та впливають на тривалість латентного періоду від початку дисемінації пухлинних клітин (ДПК) до клінічної маніфестації метастазів, поки що не до кінця відомі. Метастази в кістковий мозок (КМ) зустрічаються у хворих різних локалізацій, однак найбільш властиво це для раку передміхурової залози, молочної залози, легені, підшлункової залози. Рак передміхурової залози (РПЗ) залишається головною причиною смерті чоловіків похилого віку від злоякісних новоутворень у всьому світі. Серед прогностичних факторів у хворих на РПЗ домінуючими залишаються початковий рівень ПСА, клінічна

стадія та градація за Gleason (Damico et al., 1998). І хоча досягнуті суттєві успіхи в хірургічній техніці та ад'ювантній системній терапії, високий рівень біохімічних рецидивів (БР) – збільшення рівня ПСА після радикальної простатектомії (РПЕ) досягає 20–30%, виникає в перші 5 років. Однак може виникати через 10–15 років після операції, що вказує на зберігання пухлинних клітин у стані спокою до метастатичної прогресії. Численні дослідження довели здатність виявляти пухлинні клітини в крові та КМ, але клінічна значимість їх не була однозначною. Клітини РПЗ здатні поширюватись від первинної пухлини, проте доказів між прогресією захворювання та наявністю їх дисемінації обмежено невеликою кількістю експериментальних досліджень, крім цього існує мало відомостей про прогностичну значимість цих клітин після РПЕ.