

Результати. Інколи джерелом інтенсивної венозної кровотечі після розсічення передньої фіброзної стромі буває, як правило, дорсальний венозний комплекс, а артеріальної – простатичні артерії на 5-й та 7-й годинах умовного циферблату заднього півкола шийки сечового міхура. Кровотечу із вен дорсального комплексу попереджають прошиванням двома Z-подібними вікриловими лігатурами передньої фіброзної стромі з венами. Розріз перед пальцевим вилуцуванням вузлів гіперплазії виконують в проміжку між цими двома попередніми лігатурами. Гемостаз під час кровотечі із простатичних артерій проводять накладанням двох Z-П-подібних кетгуттових № 3 лігатур над артерією з виведенням лігатур таким чином, щоб їхні кінці після проколу стінки шийки сечового міхура з боку адвентиції були виведені з боку слизової оболонки. Це дає змогу застосовувати кінці цих лігатур для моделювання шийки сечового міхура. Кінці цих лігатур через проколи фіброзної стромі зсередини-назовні зав'язуються зі

сторони адвентиції. Після проведення спарених уретральних дренажів або триходового катетера Фолі зашиванням розрізу передньої фіброзної стромі відновлюється цілість сечового тракту. Зрошення сечового міхура припиняють із зникненням макрогематурії, як правило, на третю добу. У цей самий день видаляють страхові дренажі із простору Retsii. Уретральний дренаж і шкірні шви видаляють на 5–7-й день. Більшість хворих виписують із стаціонару на 7–10-й день.

Із застосуванням описаної методики гемостазу прооперовано 43 хворих. Стаціонарний етап післяопераційного періоду перебігав у всіх пацієнтів задовільно, ускладнень, які б вимагали гемотрансфузій та повторних операцій, не було.

Заключення. Запропонований метод гемостазу при залобковій простій простатектомії доступний для виконання, надійний, рекомендується для застосування в урологічних стаціонарах, де виконують простатектомії залобковим доступом.

Аналіз результатів радикальних оперативних втручань у хворих на рак сечового міхура за 5 років

В.П. Стусь, В.М. Краснов, М.Ю. Поліон, І.А. Осінній, С.А. Дяговець

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені Мечникова»

Серед 28 країн Європейського Союзу (ЄС), більше ніж у 120 тис. людей щорічно діагностують рак сечового міхура (РСМ) та більше 40 тис. помирає щорічно. РСМ є шостою причиною смертності. РСМ коштував ЄС 4,9 млрд євро за 2012 рік, при цьому вартість послуг охорони здоров'я становила 2,9 млрд євро (59%), тобто 5% від усіх витрат на онкологічну допомогу. На лікування РСМ у 2012 році витрачено 3% усієї вартості онкологічних захворювань у ЄС (143 млрд євро).

Показання до цистектомії (ЦЕ):

- м'язово-інвазивний РСМ;
- рецидив після органозберігаючого лікування;
- наявність неперехідно-клітинних пухлин;
- кровотеча з сечового міхура;
- розпад пухлини;
- пухлинні норичі.

Спосіб деривації сечі у разі ЦЕ залежить від онкологічного статусу хворого, стану верхніх сечових шляхів та кишечнику, самопочуття пацієнта, досвіду та уподобань хірурга. При інконтинентних типах деривацій у КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені Мечникова» виконували уретерокутанеостомію та операцію Брікера, у разі континентних деривацій – операцію Штудера.

Протягом 5 років спостереження (2012–2016) було виконано 193 цистектомії, з них: операцій Брікера – 12, операцій Штудера – 21, тобто відсоток уретерокутанеостомій становив 82,9% (n=160). Отримані показники були порівняні з Національним Інститутом Раку, де цей показник склав 8%. Проте у порівняльному аспекті відсоток уретерокутанеостомій нашої клініки зменшився з 88,6% у 2012 році до 57,9% у 2016 році, а кількість операцій Штудера та Брікера відповідно зросла у 3,7 разу (з 11,4% до 42,1%).

Кількість ускладнень за шкалою Clavien–Dindo під час виконання уретерокутанеостомій: II – 145 (90,6%), III – 12 (7,5%), IV – 2 (1,3%), V – 1 (0,6%), при інших видах операцій: II – 31 (93,9%), III – 2 (6,1%). Середній бал за Карновським для уретерокутанеостомії – 68,1±0,6, для операції Брікера – 72,5±2,2 (p<0,05 порівняно з уретерокутанеостомією), для операції Штудера – 81,4±1,7 (p<0,001).

Таким чином, порівняння результатів власної роботи з провідними установами країни є важливим елементом удосконалення роботи і, як наслідок, дозволило збільшити кількість операцій Штудера та Брікера майже у 4 рази за 5 років.

Ключові слова: цистектомія, деривація сечі, операція Брікера, операція Штудера, уретерокутанеостомія.