

ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО РАСПРАСТРАНЕННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Н. Тиляшайхов, Д.К. Абдурахмонов, Ш.М. Халилов, С.Р. Набиев

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан*

Цель исследования: проанализировать результаты различных радикальных хирургических вмешательств при лечении инвазивной формы рака мочевого пузыря.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 75 больных раком мочевого пузыря в стадии T2-4aIb-1Mo, получивших лечение в отделении урологии Таш.ГОД и урогенитального туберкулеза РСНПМЦФиП с 2009 по 2015 г. Средний возраст больных составил 45–75 лет (61±5). Больные, включенные в исследование имели ряд осложнений и сопутствующих заболеваний, которые делали невозможным длительно протекающие травматичные оперативные вмешательства. В связи с чем включенные в исследование больные подвергнуты оперативному лечению – радикальная цистэктомия с двусторонней уретерокутанеостомией. Контрольную группу (группа I) составили 35 (46,6%) больных, которым радикальная цистэктомия выполнялась лапаротомным доступом. Основную группу составили 40 (53,3%) (группа II) больных, которым цистэктомия выполнена экстраперитонеальным доступом – сохраняя целостность брюшины. Из анамнеза 93% из контрольной и 90% из основной имели гематурию, 33,3% и 45,7% дизурические явления и (рези, никтuriю, прерывистое мочеиспускание), 66,6% и 54,3%

боли в надлобковой области. 5 (6,6%) больных из I и 6 (8%) больных из II основной имели уретерогидронефроз различной степени.

Результаты. Средняя продолжительность операции в I группе составила 155 ± 5 мин, во II – 145 ± 6 мин. Послеоперационные осложнения в виде нагноения операционной раны в I группе наблюдались у 3 (10%) больных, во II – у 2 (5,7%), кровотечение впоследствии перитонит в I группе наблюдалось у 3 (10%) больных, во второй – не наблюдалось. Парез кишечника наблюдался у 4 (13,3%) в I группе, во II – не отмечен. Спаечный процесс в раннем и позднем послеоперационном периоде развился в 1 (3,3%) случае в I группе и ни в одном случае во II. В послеоперационный период среднее время пребывания в стационаре составило в I группе 12 дней, во II – 9 дней.

Выводы. Радикальная цистэктомия внебрюшинным доступом по длительности менее продолжительна относительно цистэктомии лапаротомным доступом. Экстраперитонеальная радикальная цистэктомия является методом выбора при раке мочевого пузыря с деривацией мочи через уретерокутанеостому. При экстраперитонеальном доступе отмечается снижение рисков и осложнений, связанных с вмешательствами в брюшной полости.

РОЛЬ ГЕМИНЕФРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

М.Н. Тиляшайхов, Д.К. Абдурахмонов, Ш.М. Халилов, Б.Н. Исмаилов

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан*

Рак почки является мало изученной и в то же время важной проблемой современной онкоурологии, как в этиологическом плане, так и в неясности механизмов его возникновения. ПКР характеризуется весьма вариабельным клиническим течением, что обусловлено генетической гетерогенностью и морфологическим разнообра-

зием данной группы опухолей. В связи с тем, что возросло количество малых опухолей, постепенно меняется отношение к основному виду оперативного вмешательства при опухолях почки – нефрэктомии. В последнее десятилетие существенно увеличилось количество органосохраняющих операций, и требует тщательного предопераци-

онного обследования для решения тактических и технических вопросов в выборе характера оперативного пособия и возможности осуществления операции.

По мнению Н.А. Лопаткина (1998) важно выявить соотношение опухоли и здоровой почечной паренхимы, а также ее ангиоархитектоника; отношение опухоли почки к соседним органам; функциональное состояние почки или почек; наличие метастазов; размер новообразования; локализация опухоли; направления роста опухоли; структура объемного образования и другие.

С 2012 по 2015 г. нами проведен анализ по изучению операций 37 пациентов, подвергавшихся оперативному вмешательству. Самому молодому больному было 25 лет, а самому старшему — 56 лет. Средний возраст составил $41,4 \pm 0,5$ года. Степень распространения опухолевого процесса оценивали в соответствии с Международной классификацией злокачественных опухолей TNM 1997 г., 5-го пересмотра. При этом учитывали клинические данные, результаты ультразвукового, рентгенологического, компьютерного и морфологического исследований. Больных с T1a стадией было 6 (16,2%), с T1b стадией было 12 (32,4%) больных, с T2 стадией 9 (24,3%) больных. У 13 (35,1%) больных выполнена клиновидная резекция, 9 (24,3%) больных энуклеорезекция, 5 (13,5%) больных фронталь-

ная резекция. Интраоперационная кровопотеря составляла от 200 мл до 600 мл практически у всех больных. У 3 (8,1%) больных проведены гемотрансфузия и переливание компонентов крови. В послеоперационном периоде у данных пациентов, подвергавшихся оперативному лечению, осложнений не было. Рана зажила первичным натяжением. Диагноз был верифицирован на основании лучевых методов исследований, гистологического заключения макропрепаратов резецированных тканей. По данным гистологии у пациентов с опухолями G1 составляет 55,5%, G2 — 18,1%, G3 — 18,1%, G4 — 7,4%. За время наблюдения все пациенты проходят контрольное УЗИ 1 раз в 3 месяца, КТ 1 раз в 6 месяцев, рентген грудной клетки, анализы крови и мочи для исключения прогрессирования онкопроцесса. В настоящее время у больных рецидив заболевания и летальных исходов не было.

По нашему мнению, общая выживаемость больных зависит от многих медико-социальных прогностических факторов, в том числе от степени дифференциации опухолевого процесса. При настоящем наблюдении прогностическое значение стадии ПКР уменьшается при увеличении степени анаплазии опухоли. Несмотря на то, что ядерный индекс является независимым прогностическим признаком, его оценка субъективна и зависит от индивидуальной интерпретации морфологом.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПУХОЛИ ПОЧКИ

*М.Н. Тилляшайхов, М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахмонов,
Ш.М. Халилов, М.Г. Абдикаримов*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан*

Цель работы: изучить дифференциально-диагностические признаки поражений почек опухолью и туберкулезом.

Материал и методы. Проанализированы результаты 3284 исследований в клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз с подозрением на нефротуберкулез (НТ). Среди обследованных, НТ был установлен у 1820 (55,4%) больных, хронический пиелонефрит — у 584 (17,8%), нефролитиаз — у 245 (7,5%), нефроптоз — у 160 (4,8%), аномалии структуры почек — у 74 (2,3%), амилоидоз почек — у 35 (1,1%), опухоль почки — у 53 (1,6%), патологии почек не обнаружено — у 313 (9,5%) пациентов.

Результаты и обсуждения. Клинико-лабораторные, рентгенологические и эхографические критерии диагностики НТ предусматривают констатации нормы и патологии в почках, а также локализацию, форму и характер специфического процесса. Такой системный подход позволит достичь высокой точности диагностики туберкулеза и опухоли почки. На основании клинико-лабораторных и лучевых методов исследования у 3284 больных с подозрением на туберкулез нами был разработан оптимальный комплекс дифференциальной диагностики туберкулеза почки, состоящих из 81 наиболее информа-