

За даними обстеження через 6-9 місяців у 8-ми пацієнтів відмічено повне утримання сечі, 1-2 прокладки в день використовують 2 пацієнти.

Висновки. Периопераційні та ранні функціональні результати модифікованої малоінвазивної РПЕ свідчать про доцільність продовження її опрацювання та впровадження з метою розширення хірургічних можливостей спеціалізованого лікування локалізованого РПЗ. Удосконалена методика ЛРПЕ та ЕЕРПЕ потребує вивчення віддалених результатів.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТКРЫТОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ЗА ПЕРИОД С 2005 ПО 2015 ГОДЫ

С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, В.Н. Стусь, В.Н. Краснов, В.Д. Васильева,

А.Н. Носов, И.Б. Джалилов, Н.Ю. Полион, Д.Н. Шамраева

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г.Киев

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г.Киев

Днепропетровская медицинская академия, г.Днепропетровск

Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Красный Лиман

Введение: Радикальное хирургическое лечение рака мочевого пузыря (РМП) является одной из сложных и актуальных проблем урологии. Преимущественное поражение РМП наблюдается среди мужчин и занимает 4 место среди наиболее злокачественных опухолей человека, что может быть обусловлено связью с генетическими, гормональными особенностями и анатомической предрасположенностью к застою мочи в мочевом пузыре в пожилом возрасте. РМП занимает 9-е место среди мировой онкопатологии. Ежегодно регистрируется 380 тыс. новых случаев заболеваемости РМП, более 150 тыс. из них умирает в течении года [1-7]. В Украине в 2009 году выявлено 4799 новых случаев заболеваемости РМП (3915- среди мужчин и 884 – среди женщин), 2227 человек умерло (192 - мужчины, 315 – женщины). Заболеваемость составляет 10,4 на 100 тыс. населения, а смертность 4,9 на 100 тыс. Менее чем у 50% больных впервые выявляется МИРМП, хотя у большинства пациентов диагностируется РМП с инвазией в мышечный слой, что способствует росту летальности до 1 года, которая достигает 25,8% [8]. Как при современном состоянии проблемы, так и 10 лет назад о факте значительного занижения частоты МИРМП свидетельствуют работы ряда авторов, где при первичном обращении примерно у 60% больных РМП уже имеется мышечная инвазия [9]. Выбор оптимального объема операции основывается на информации о локализации, морфологическом строении опухоли, распространенности опухолевого процесса и соматическом состоянии больного. Стандартное выполнение ОРЦЭ предполагает эвисцерацию органов малого таза у женщин. У мужчин данное хирургическое вмешательство включает удаление мочевого пузыря единым блоком с предстательной железой, семенными пузырьками и регионарными лимфоузлами, что позволяет не только полностью удалить опухоль в пределах здоровых тканей, но и делает возможным устранение потенциально возможных источников возникновения новых рецидивов (принцип зональности). 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 ОРЦЭ [10, 11]. Согласно данным литературы, не проведено ни одного рандомизированного клинически исследования, в котором было показано преимущество какого-либо альтернативного метода лечения МИРМП по сравнению с ОРЦЭ [12].

Цель работы - проанализировать частоту, тип и тяжесть осложнений после ОРЦЭ за период с 2005 по 2015 годы, определить факторы риска развития ранних периоперационных осложнений, ранней и отдаленной летальности после ОРЦЭ.

Материал и методы исследования. Ретроспективно анализированы истории болезней, медицинские карты, карты диспансерного наблюдения 108 пациентов, которые получали хирургическое лечение в радикальном объеме в 4 урологических клиниках по поводу рака мочевого пузыря, его экстропии и вторичного сморщивания в возрасте от 19 до 80 лет (в среднем 59,0±12 лет). Для оценки факторов риска развития ранних и отдаленных послеоперационных осложнений после РЦЭ пациенты были условно разделены на три группы: первую группу составили 66 (61,1%) пациентов, которые перенесли послеоперационный период без осложнений. Во второй группе - 21 (19,4%) пациент с осложнениями I и II степеней тяжести. В третьей группе - 21 (19,4%) пациент с осложнениями III и V степеней тяжести (Clavien-Dindo, 2007 года). Пациенты обследованы согласно

протоколам оказания медицинской помощи (приказ МОЗ Украины №554). Клиническая и патологическая стадии РМП определялись согласно системе TNM в редакции 2002 года. Степень дифференцировки устанавливалась по 3-х ступенчатой системе гистоградации согласно системе ВОЗ. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica Trial и Excel. Вычисленные значения средней арифметической (M), ошибки определения средних арифметических (m), среднеквадратичного отклонения (σ), степень достоверности различий (p) между средними и относительными величинами средних определяли с помощью t -критерия Стьюдента. Степень связи факторов оценивали по критерию Пирсона. Разница между средними сравниваемыми величинами (p) считалась существенной и статистически вероятной, если она была не меньше чем 0,05.

Результаты и обсуждения. Анамнез заболевания варьировал от 1 до 264 месяцев и в среднем составил $32,9 \pm 52,7$ месяца. Цистоскопия с ТУР-биопсией опухоли МП была выполнена 95 (88,0%) пациентам. Согласно гендерного распределения абсолютным большинством пациентов были мужчины - 95 (88,0%), женщин было 13 (12,0%), соотношение 7,3:1. Большинство пациентов предъявляли жалобы на наличие примеси крови в моче - 92 (85,2%) пациента, боли и рези при мочеиспускании – у 61 (56,5%). Симптомы нижних мочевых путей были отмечены у 62 (57,4%) пациентов. Основным показанием к проведению ОРЦЭ в группах исследования в 91 (90,3%) наблюдении стал мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (МИРМП) в стадии $T_{2-4}N_{0-1}M_{0-1}$. Семерым пациентам (6,5%) ОРЦЭ была проведена по поводу мышечно-неинвазивного рака высокого онкологического риска (низкодифференцированный переходноклеточный рак стадии T1, CIS). Экстрофия мочевого пузыря стала показанием к удалению мочевого пузыря у троих (2,8%) пациентов. Одному пациенту (1,0%) ОРЦЭ была проведена в связи с вторичным сморщиванием мочевого пузыря. Рецидив РМП был выявлен у 11 (10,2%) пациентов, всем им ранее в разные сроки выполняли резекцию МП. В процессе сбора анамнеза и обследования отмечено наличие двух и более сопутствующих заболеваний, при этом каждый второй пациент (50%) имел индекс коморбидности Charlson >5 . Корреляционный анализ выявил слабую прямую связь ($r=0,14$; $p<0,05$) между показателем индекса Charlson и степенью тяжести послеоперационных осложнений. Обратная слабая корреляционная связь ($r=-0,13$; $p<0,05$) была обнаружена между показателем ИМТ >30 , который имели 25 (23,1%) пациентов, - и степенью тяжести послеоперационных осложнений. Лимфаденэктомия в объеме стандартной выполнена в 72 (66,7%) наблюдений и в объеме расширенной – в 32 (29,6%). Поражение регионарных лимфатических узлов обнаружено у 29 (26,9%) больных. Анализ зависимости частоты летальных исходов от агрессивности опухолевого процесса (наличие лимфогенных метастазов, увеличение T стадии) в данном исследовании выявил статистически значимую прямую корреляционную связь ($r=+0,5$; $p<0,05$). Характеристики пациентов по группам представлены в табл.1.

По способам деривации мочи пациенты распределились следующим образом: 32 (29,6%) пациентам была выполнена уретерокутанеостомия с У-У анастомозом (УУКС), 21 (65,6%) из них вошли в первую группу, 8 (25%) – во вторую и трое (9,4%) – в третью. Неконтинетное накожное отведение мочи по методике Wicker было осуществлено 38 (35,2%) пациентам: 26 (68,4%) пациентам из первой группы, четверым (10,5%) из второй и 8 (21,0%) из третьей групп. Наружное отведение мочи с формированием континентной стомы в модификации Indiana выполнено 7 (6,5%) пациентам. Во второй и третьей группах таких пациентов было по трое (42,8%) соответственно и один (14,3%) пациент вошел в первую группу. Ортогипическая цистопластика по Studer была произведена 29 (26,9%) пациентам: 17 (58,6%) пациентам из первой группы, пятерым (17,2%) пациентам второй группы и семерым (24,1%) пациентам в третьей группе.

У 39% пациентов развились послеоперационные осложнения. Во 2 группе пациентов к осложнениям II степени тяжести по Clavien-Dindo были отнесены: гемотрансфузия – у 10 (9,3%) пациентов, пневмония – у 2 (1,8%), обострения хронического пиелонефрита – у 3 (2,8%), лимфорея у 4 (3,7%) пациентов и диастаз краев послеоперационной раны – в 2 (1,8%) наблюдениях. Осложнения, которые требовали релапаротомии, представлены в табл.2.

Таблица 1.

Клиническая характеристика пациентов

	Общая когорта (n=108)	Clavien 0 (n=66)	Clavien I-II (n=21)	Clavien III-V (n=21)
Возраст, лет				
Mean±SD	59±12	60,4±13,8	56,7± 8,2	58,4 ±10,3
Медиана (диапазон)	60 (19-80)	62 (19-80)	56 (43-75)	60 (40-78)
Пол, n (%)				
Мужчины	95 (88,0)	56 (84,8)	20 (95,2)	19 (90,4)
Женщины	13 (12,0)	10 (15,2)	1 (4,8)	2 (9,5)
Анамнез заболевания, мес				
Mean±SD	32,9±52,7	37,3± 62,1	27,4 ±33,3	24,2± 32,2
Медиана (диапазон)	12 (1-264)	12 (1-264)	12 (1-124)	12 (1-144)
ИМТ, кг/м²				
Mean±SD	26,99±4,5	27,2 ± 4,7	26,7± 4,4	26,6 ±4,5
Ожирение (>30), n (%)	25 (23,0)	17 (25,8)	4 (19,0)	4 (19,0)
Charlson index, n (%)				
- (0-2)	17 (15,7)	14 (21,2)	1 (4,8)	2 (9,5)
- (3-5)	37 (34,3)	19 (28,8)	10 (47,6)	8 (38,0)
- >5	54 (50,0)	29 (43,9)	10 (47,6)	15 (71,4)
НАТ, n (%)	13 (12,0)	8 (12,1)	4 (19,0)	1 (4,8)
Вид деривации, n (%)				
Операция Indiana	7 (6,5)	1 (1,5)	4 (19,0)	2 (9,5)
Операция Studer	29 (26,9)	17 (25,8)	5 (23,8)	7 (33,3)
Операция Bricker	38 (35,2)	26 (39,4)	4 (19,0)	8 (38,0)
УУКС	32 (29,6)	21 (31,8)	8 (38,0)	3 (14,3)
Характеристики патогистологического исследования				
pT, n (%)				
pT0	4 (3,7)	3 (4,5)	-	1 (4,8)
pTcis, pT1	3 (10,2)	2 (3,0)	-	1 (4,8)
pT2	32 (20,4)	19 (28,8)	7 (33,3)	6 (28,6)
pT3a	17 (15,7)	8 (12,1)	4 (19,0)	5 (23,8)
pT3b	25 (23,0)	17 (25,8)	5 (23,8)	3 (14,3)
pT4	27 (25,0)	17 (25,8)	5 (23,8)	5 (23,8)
ПХТ, n (%)				
Метастазы в ЛУ, n (%)	29 (26,9)	16 (24,2)	8 (38,0)	5 (23,8)
Отдаленные метастазы, n (%)	2 (1,8)	2 (3,0)	-	-
Степень дифференцировки, n (%)				
G1-G2	33 (30,6)	19 (28,8)	7 (33,3)	7 (33,3)
G3-G4	71 (69,4)	44 (66,7)	14 (66,7)	13 (61,9)
Послеоперационные характеристики				
Интраоперационная кровопотеря, мл				
Mean±SD	800,1±674,9	424,0± 70,1	1290,5± 1027,1	769,0 ± 696,1
Медиана (диапазон)	600 (50-5000)	400 (50-500)	1000 (100-5000)	600 (100-3200)
Интраоперационная гемотрансфузия, n (%)	41 (37,9)	-	20 (95,2)	21 (100)
П/о койко-дни, сут				
Mean±SD	25,0±10,9	19,9± 8,6	28,2± 7,2	31,5± 10,9
Медиана (диапазон)	23 (8-39)	18 (10-39)	30 (14-39)	23 (8-64)
Время дренирования п/о раны, сут				
Mean±SD	16,1±7,3	14,5±6,9	19,6±5,5	17,6 ±7,3
Медиана (диапазон)	15 (5-35)	14 (5-33)	15 (11-38)	15 (6-35)
1-летняя ОВ, %	97,2	100	100	85,7
3-летняя ОВ, %	70,4	78,8	76,2	38,1

Таблица 2.

Причины послеоперационных осложнений III-V степени (Clavien-Dindo)

Показания к релапаротомии	
Несостоятельность кишечного анастомоза, n (%)	7 (6,5)
Гематома малого таза, n (%)	1 (0,9)
Толстокишечная непроходимость, n (%)	2 (1,8)
Кишечный свищ, n (%)	2 (1,8)
Некроз артификального МП n (%)*	1 (0,9)

*- пациент с некрозом неовезика также имел несостоятельность кишечного анастомоза

В 3 группе к осложнениям IIIa степени было отнесено: установка перкутанной нефростомы у 2 (1,8%) пациентов, острый флеботромбоз вен голени - в одном (1,0%) наблюдении. Нагноение послеоперационной раны выявлено у двоих (1,8%) пациентов. Осложнения IIIb степени требовали оперативного вмешательства с применением общего наркоза: ушивание кишечного свища было выполнено троим (2,8%) пациентам, эвакуация гематомы полости малого таза - у одного (1,0%) пациента. У 6 (5,6%) пациентов - несостоятельность кишечного анастомоза и у троих (2,8%) пациентов развилась толстокишечная непроходимость с последующей релапаротомией, ревизией брюшной полости и ушиванием дефекта анастомозов. Осложнение V степени (летальный исход) отмечено у троих (2,8%) 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. В свою очередь, обратная корреляционная связь была выявлена между степенью тяжести послеоперационных осложнений и трехлетней ОВ ($r = -0,5$) на уровне значимости $p < 0,05$. Анализ общей выживаемости (ОВ) в общей когорте пациентов показал следующие результаты: однолетняя ОВ - 97,2% и трехлетняя ОВ - 70,4%.

Выводы. Повышение индекса коморбидности по Charlson достоверно ($p < 0,05$) коррелирует с увеличением степени тяжести осложнений, при этом показатель индекса > 3 наблюдался у 84,3% пациентов. На результаты лечения непосредственно влияют патологоанатомическая стадия онкопроцесса и степень злокачественности, которые увеличивают частоту «больших» осложнений и ранней летальности ($r = 0,5$; $p < 0,05$). Наименьшее количество осложнений наблюдалось среди пациентов с наружным отведением мочи после РЦЭ: УУКС (69,8%) или операция Bricker (58,4%), что соответствует данным мировой литературы. Следует отметить позднее диагностирование РМП и преобладающее количество паллиативных РЦЭ (63,7%), что свидетельствует о недостаточной профилактической и просветительской работе по выявлению и лечению пациентов с МИРМП.

ВЛИЯНИЕ АНДРОГЕННОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА ОБЩУЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.А. Гарагатый, Ю.В. Криворотько

Харьковский национальный медицинский университет

Стандартное первичное лечение распространенного рака предстательной железы (РПЖ) основано на уменьшении уровня циркулирующих андрогенов и ингибирования их воздействия на опухоль. Андрогенная депривация имеет ограниченную эффективность и закономерно приводит к развитию гормонорезистентности. С целью улучшения результатов проводятся исследования различных режимов терапии и комбинаций антиандрогенов с другими препаратами, включая цитостатики.

С 1988 года спектр андроген-депривационной терапии (АДТ) существенно расширился, что повлияло на различие подходов к методикам данного вида лечения рака предстательной железы.

Когда применяется АДТ? Существуют абсолютные и относительные показания: