

плоттю. У 5 хлопчиків зі ПСЧ після сіrcumcisіo дефект шкіри біля основи статевого члена вкривали переміщеним клаптом калитки.

Дітям з перетинчастим статевим членом (10) розсікали стовбурово-каліткову складку в поперечному напрямку, далі створювали пено-скротальний кут за описаною вище методою. Шкірну рану ушивали в поздовжньому напрямку з використанням Z-пластики для зменшення натягу біля основи (підстави) статевого члена та запобіганні формування грубого деформуючого рубця.

Корекцію члено-каліткової транспозиції (5 дітей) проводили шляхом циркулярного мобілізації стовбура члена біля основи із тканин калитки. Подальше виконували розріз шкіри в області лона, куди переміщували статевий член. Рану ушивали з формуванням пеноабдоминальної складки та створенням чіткого контуру основи члена.

Віддаленні результати простежені в строки від 3-х місяців до 4-х років. У всіх випадках отримано задовільний косметичний та функціональний результат, повторні оперативні втручання були не потрібні. Статевий член у всіх дітей добре візуалізувався та має вікові розміри, відзначене поліпшення психо-соціальної адаптації хлопчиків.

Таким чином, запропоновані операції для кожного різновиду прихованого статевого члена дозволили уникнути серйозних хірургічних ускладнень і значно знизити число незадовільних результатів лікування у віддаленому післяопераційному періоді.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЁННЫМ И НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Возианов С.А.¹, Шамраев С.Н.¹, Стусь В.Н.², Васильева В.Д.³, Шамраева Д.Н.⁴

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

²Днепровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр

³Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

⁴Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Лиман

Диагностика и лечение рака мочевого пузыря (РМП) является одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной онкоурологии как во всем мире, так и в Украине. РМП занимает 9-е место в мире по распространенности относительно других онкологических заболеваний. Более 60% всех новых случаев и более 8000 летальных исходов от РМП были зарегистрированы в странах с низким уровнем экономического развития. Согласно опубликованному в 2016 году глобальному обзору заболеваемости и смертности от РМП в мире, основанному на данных ресурса СІ5 – глобальной базе данных мировых канцер-регистров, самый высокий уровень заболеваемости был выявлен в Европе. Снижение уровня заболеваемости РМП наблюдались среди мужчин западной и северной частей Европы и возрастали в южной, центральной и восточной Европе. Показатели смертности среди мужского контингента Европы являлись самыми высокими в мире, особенно в восточной, южной Европе и странах Балтийского моря. В то же время, самые высокие показатели заболеваемости среди женщин были зарегистрированы в Дании, Норвегии и Швейцарии, а уровень смертности от РМП среди женщин Дании снизился на 2,3% с 1998 по 2012 годы. В целом уменьшение смертности женского населения наблюдается среди всех регионов Европы [1-3].

В Украине в 2014-2015 годах РМП занимал третье место в структуре мужской онкопатологии и 15-е – среди женской. Заболеваемость в среднем составляет 10,9 наблюдений, а смертность - 4,4 на 100 тыс. населения. Впервые мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (МИРМП) выявляется менее чем у 50% больных, хотя у большинства из них в дальнейшем имеется миграция стадии РМП до инвазии в мышечный слой, что способствует росту летальности до 1 года, которая достигает 21,9% [4].

Радикальная цистэктомия на протяжении последних 30 лет является «золотым» стандартом лечения локализованного МИРМП [5, 8]. Выбор оптимального объема операции основывается на информации о морфологическом строении опухоли, ее локализации, распространенности опухолевого процесса и соматическом состоянии больного. Стандартное выполнение РЦЭ 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. 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 [6, 7]. Анализ литературы свидетельствует о том аргументе, что на сегодняшний день не проведено ни одного рандомизированного клинически исследования, которое показало бы преимущество какого-либо альтернативного метода лечения МИРМП по сравнению с РЦЭ [8]. Впрочем, несмотря на появление миниинвазивной и роботизированной хирургии, РЦЭ сопровождается высокими показателями осложнений и смертности. Уровни ранних послеоперационных осложнений варьируют от 28% до 64% даже в специализированных мировых центрах [9-11]. А частота 90-дневной летальности, согласно демографическим исследованиям, остается в диапазоне от 5,1% до 8,1%, что является высоким для радикальных операций [12, 13]. В числе наиболее часто развивающихся послеоперационных осложнений после проведения РЦЭ с реконструкцией мочевых путей выделяют: гастроинтестинальные (27-29%): илеус – 7,3-13,8%, несостоятельность анастомоза- 1,1%; инфекционные (23-25%): перитонит - 1,5%, послеоперационный сепсис - 0,7%; раноассоциированные (15%): инфицирование послеоперационной раны – 6-8,8%, расхождение краев раны - 3,3%; кардиальные (5-11%): острая сердечная недостаточность - 2,2%, инфаркт миокарда – 1,5% и мочеполовые (11-17%): острая почечная недостаточность – 1,1%, недержание мочи – 0,3-19,0%. Процентное соотношение в структуре осложнений варьирует в зависимости от времени возникновения. Гастроинтестинальные, инфекционные и раноассоциированные осложнения преобладают в 30-дневный период, в то время как, гастроинтестинальные и мочеполовые осложнения остаются в процентном большинстве между 30 и 90 послеоперационными сутками [10, 12, 14].

Проведенная оценка онкоурологической литературы показала, что в большинстве исследований исходов РЦЭ не были использованы никакие стандартизированные системы градации осложнений, кроме как классификации их на «большие и малые». Это затрудняет сопоставление данных и, безусловно, приводит к недооценке течения интра- и раннего послеоперационного периода [16]. Кроме того, частота периоперационных осложнений часто использовалась в качестве суррогатных показателей хирургической компетентности, стандартов качества оказания медицинской помощи, успеха новых хирургических методик и даже была предложена в качестве ориентиров для финансовой компенсации [17].

Целью данной работы явилась оценка диагностических возможностей показателей общеклинического и специальных методов обследования больных, доступных для количественного учета, в прогнозировании благоприятных и неблагоприятных исходов и периоперационных осложнений при радикальном хирургическом лечении рака мочевого пузыря.

Материал и методы. Ретроспективному статистическому анализу подвергнуты истории болезни 126 пациентов, перенесших открытую радикальную цистэктомию, которые находились под наблюдением с 2005 по 2016 годы включительно. Для решения поставленной цели пациенты были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли те больные, которые имели благоприятный исход интра- и ближайшего послеоперационного периода – 82 (54,7%) наблюдения, - т.е. пациенты, у которых не было отмечено осложнений РЦЭ. Во 2-й группе представлены 44 (45,3%) пациента, имевшие осложненное течение периоперационного периода. В неё вошли те больные, у которых в ближайшем послеоперационном периоде были отмечены такие осложнения как: диастаз краев послеоперационной раны, ее нагноение; кровотечение, требующее гемотрансфузии; острый флеботромбоз вен голени; обострение хронического пиелонефрита; лимфорея с формированием лимфоцеле; гематома малого таза, не поддающаяся консервативному лечению; толстокишечная непроходимость и несостоятельность кишечного анастомоза для коррекции, которых требовались дополнительные инструментальные или оперативные пособия.

Пациентам выполнили клинические, лабораторные, рентгенологические, морфологические и ультразвуковые методы исследования согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МОЗ Украины №554) и рекомендациям EAU (2005-2015). Клиническая и патологическая стадии РМП определялись согласно системе TNM в редакции 2009 года [18]. Степень дифференцировки устанавливалась по 3-х ступенчатой системе гистоградации согласно системе ВОЗ [19]. Осложнения, развившиеся в 30- и 90-дневный срок, оценивали согласно модифицированной классификации Clavien–Dindo [15]. Полученные данные были подвергнуты математической обработке с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica Trial и Excel.

Результаты и их обсуждения. Результаты сравнительной статистической оценки групп пациентов приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная статистическая характеристика пациентов исследуемых групп после радикальной цистэктомии (p>0,05)

Показатель	I группа (82)		II группа (44)		t
	M	m	M	m	
Возраст, лет	60,8	12,8	58,2	9,5	0,16
Возраст в дебюте заболевания, лет	58,8	15,7	56,3	10	0,13
Время до РЦЭ с момента диагноза, дни	53,1	42,7	146,9	94,4	0,18
К/д госпитализации	28,2	10,6	37,7	14,6	0,52
К/д п/о	20,9	8,2	29,3	12,0	0,58
Длительность наркоза, часы	5,7	2,5	7,3	2,6	0,44
Длительность операции, часы	5,3	2,4	6,6	2,4	0,4
Кровопотеря, мл	800,7	637,1	1016,0	878,5	0,2
Дренирование раны, дни	15,3	7,2	18,4	7,0	0,31
Charlson index, n	5,4	2,5	5,7	2,5	0,08
ИМТ, кг/м ²	26,6	4,3	26,4	4,3	0,04
Объем МП до РЦЭ, мл	253,5	98,6	201,3	135,3	0,31
Объем опухоли, мл	126,0	301,9	70,4	138,0	0,17
Мочевина крови, ммоль/л	6,9	3,1	7,6	3,4	0,16
Креатинин крови, ммоль/л	109,7	53,1	117,8	55,7	0,11
СКФ, мл/мин	79,8	29,5	78,4	32,4	0,03
Общий белок крови, г/л	64,1	11,6	62,1	10,2	0,13
Билирубин общий, мкмоль/л	13,9	13,1	10,3	4,1	0,27
Глюкоза крови, ммоль/л	5,5	2,2	5,3	1,7	0,08
Протромбиновый индекс, %	86,5	12,1	89,0	9,6	0,16
Фибриноген плазмы, г/л	3,3	0,6	3,5	0,9	0,22
Гематокрит, %	32,9	7,3	34,3	6,6	0,14
СОЭ, мм/час	30,5	17,7	32,3	17,1	0,07
ДНб, г/л	22,8	17,8	26,2	21,4	0,12
Эритроциты, *10 ¹² /л	4,0	0,7	3,9	0,8	0,19
Лейкоциты, *10 ⁹ /л	10,2	10,2	9,0	6,3	0,3
Нейтрофилы, %	69,5	11,6	69,6	7,5	0,17
Лимфоциты, %	20,3	12,8	17,6	6,8	0,18
Моноциты, %	4,8	2,1	5,3	1,7	0,19
Удельный вес мочи, усл.ед.	1012,0	5,6	1014,9	5,5	0,36
Белок мочи, г/сут	0,9	1,5	0,9	1,6	0,03
Лейкоциты мочи, в п/зр.	22,4	29,2	27,8	36,3	0,12
Эритроциты мочи, в п/зр.	50,8	41,7	52,9	39,9	0,04

Примечание: РЦЭ - радикальная цистэктомия, к/д - количество дней, п/о - после операции, СКФ-скорость клубочковой фильтрации, МП - мочевого пузыря, t – критерий Стьюдента; p - достоверность различий в сравниваемых группах

Как следует из данных таблицы, средний возраст больных в группе пациентов с благоприятным течением раннего послеоперационного периода составил 60,8 ± 12,8 лет и 58,6 ± 9,5 в группе пациентов с осложнениями. Данные показатели немного ниже по сравнению с возрастом больных в мультицентровых мировых исследованиях. Например, в исследовании с 679 пациентами перенесших РЦЭ в 18 европейских центрах средний возраст пациентов составлял 70,0 лет, а средний возраст 50 625 пациентов подвергнутых цистэктомии в США в период с 2001 по 2008 год составлял 68,4 года [20, 21]. Такая незначительная разница между показателями может быть обусловлена тем, что радикальному оперативному вмешательству подвергаются чаще пациенты в возрасте 55-74 лет (43-48%), против 14% старше 75 лет [22]. Не вдаваясь в детальное описание всех исследованных параметров, можно констатировать, что в результате проведенного сравнительного статистического анализа 33 объективных (имеющих количественное выражение) показателей, характеризующих

анамнез захворювання і об'єктивний статус пацієнтів в досліджуваних групах, достовірних різних виявлено не було.

В той же час, середній термін від проведення біопсії і діагностування МИРМП до виконання РЦЕ склав $53,1 \pm 42,7$ днів в групі з неосложненим післяопераційним періодом і $146,9 \pm 94,4$ днів в групі з різними ускладненнями. Цей показник, воєнній групі пацієнтів, не відповідає рекомендаціямEAU, де дані терміни не повинні перевищувати 90 днів з моменту діагностування МИРМП і перевищує ліміт в 1,6 разів [23]. При проведенні ретроспективного аналізу лікування більш ніж 300 пацієнтів в одній з клінік США було встановлено, що затримка в виконанні операції більш ніж на 90 днів призводить до статистично значимого підвищення частоти розвитку віддалених метастазів (81,0% проти 52,0%). Подібні дані були отримані при проведенні аналізу даних 247 хворих, значно кращі показники безрецидивної і загальної виживаності були зареєстровані у пацієнтів, отримавших лікування в термін до 90 днів, порівняно з хворими, яким лікування було проведено через більш тривалий період часу [24]. По даним Sánchez-Ortiz RF. і співавт. (2003) 93,0% пацієнтів перенесли РЦЕ в термін, рекомендуєEAU, однак не було виявлено статистично значимого зв'язку між затримкою в виконанні РЦЕ >3 місяців і поширеністю онкологічного процесу з наступним зниженням загальної виживаності (ОВ). Аналогічні висновки були зроблені Bruins H.M. і співавт. (2016) при проведенні аналізу даних більш ніж 1500 пацієнтів, що дозволило авторам зробити висновок про рекомендаційний характер проведення операції в термін 3 місяців, а не слугувати фіксованою часовою точкою [25, 26].

Інтересними є дані по супутній патології у пацієнтів, перенесли РЦЕ. Так, індекс коморбидності Charlson був дуже високим серед пацієнтів першої групи, але аналогічний такому серед пацієнтів другої групи - $5,4 \pm 2,5$ і $5,7 \pm 2,5$, відповідно. По думці авторів, більш ніж 40% пацієнтів з індексом Charlson >4 знаходяться в зоні високого ризику 10-річної смертності без урахування канцер-специфічної летальності і достовірно збільшує ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень [27]. Цей факт неодноразово підтверджено в роботах провідних онкоурологів Європи і США [28-30].

Висновок. Таким чином, не виявлено достовірних різних по середнім величинам в групах неосложненого і ускладненого раннього післяопераційного періоду після РЦЕ. Слід вважати необхідним застосувати метод математичного моделювання для розробки профілактичних заходів, спрямованих на запобігання ускладнень РЦЕ і прогнозування їх розвитку.

ПОЗАДУЛОННА І ЕНДОСКОПІЧНА РАДИКАЛЬНА ПРОСТАТЕКТОМІЯ: АНАЛІЗ БЕЗПОСЕРЕДНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА УСКЛАДНЕНЬ

*Возіанов С.О., Шамраєв С.М., Леоненко А.М.
ДУ "Інститут урології НАМН України", м. Київ*

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) є одним з найбільш розповсюджених та важливих медико-соціальних проблем як для урологічної дисципліни, так і для охорони здоров'я в цілому.

В Україні показник захворюваності становить 36,9 на 100 тис. чоловічого населення, що на 50-60% нижче ніж у США та деяких країнах Європи. Сумарно щороку, на теренах нашої держави, реєструється біля 8000 випадків, а приріст загальної кількості хворих на РПЗ з 1994 до 2013 рр. склав 125,6%, крім того частка локалізованого РПЗ становить 52% хворих. При цьому щорічно біля 4200 чоловік потребують радикального хірургічного або променевого лікування в Україні. Приведені вище дані свідчать про прогресуюче збільшення кількості хворих на РПЗ, які потребують спеціалізованої медичної допомоги.

Незважаючи на впровадження таких методів лікування РПЗ як радіочастотна абляція, кріоабляція, трансуретральна радикальна простатектомія, 3D-конформна променева терапія, брахітерапія та ін., радикальна простатектомія (РПЕ) залишається "золотим стандартом" хірургічного лікування РПЗ, особливо в Україні в зв'язку з відсутністю всього арсеналу лікувальних технологій в медичних закладах. Техніка та методика виконання РПЕ не є сталою і постійно вдосконалюється.

Основні зусилля вчених спрямовані на пряму підвищення радикальності, а також зменшення кількості ускладнень та несприятливих наслідків РПЕ. Іншим напрямком є максимальне збереження контактних до зони хірургічного втручання тканин, що найчастіше досягається за