

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БЕЗПОСЕРЕДНИХ ТА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЦИСТЕКТОМІЇ З ТРАНСРЕКТАЛЬНИМ ВІДВЕДЕННЯМ СЕЧІ ЗА МЕТОДИКОЮ MAINZ–ROUCH II ТА ФОРМУВАННЯМ УРЕТЕРОІЛЕОСИГМОАНАСТОМОЗУ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА

О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко, А.В. Тимошенко, Е.О. Стаховський

Національний інститут раку

Радикальна цистектомія залишається стандартним хірургічним підходом в лікуванні м'язово-інвазивного раку сечового міхура (РСМ). Радикальна цистектомія (РЦ) при РСМ вимагає реконструкції нижніх сечовивідних шляхів. Визначення оптимального виду деривації сечі після цистектомії залишається актуальною проблемою сучасної онкоурології.

Мета: аналіз безпосередніх та віддалених результатів деривації сечі за Mainz–Rouch II (МП II) у порівнянні із методикою формування уретероілеосигмоанастомозу (УІСА).

Матеріали та методи: Аналізу підлягли 147 хворих на РСМ яким з 1988–2018 років, була виконана трансректальна деривація сечі з формуванням резервуару по МП II – 125 (85%) та формування УІСА – 22 (15%). Середній вік хворих становив $57,03 \pm 7,3$ року; серед них 118 (80,2%) чоловіків та 29 (19,8%) жінок. За стадіями онкологічного захворювання хворі розподілені наступним чином: I ст. (T1N0M0) – 2 (1,3%) хворих; II ст. (T2N0M0) – 36 (24,4%); III ст. (T3–4aN0M0) – 57 (38,7%), IV ст. (T4bN0M0–T1–4N1–3M0) – 52 (35,6%). Первинний РСМ діагностовано у 101 (68,7%) хворого серед них у 82 (55,7%) випадках проведено МП II та 19 (13%) – УІСА. Рецидивний РСМ – 46 (31,3%) хворих серед них МП II – 43 (29,2%) та 3 (2,1%) з УІСА. Усі хворі підлягли комплексному обстеженню (клініко-лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні дослідження), що визначило: уретерогідронефроз (УГН) діагностовано у 61 (41,4%) хворих на РСМ, МП II – 52 (35,3%), УІСА – 9 (6,1%) ($p < 0,01$). Ознаки ХП виявлені у 120 (81,6%) хворих, МП II – 105 (71,4%), УІСА – 15 (10,2%) ($p < 0,01$). ХНН діагностовано у 55 (37,4%) хворих, МП II – 49 (33,3%), УІСА – 6 (4,1%) ($p < 0,01$). Термін спостереження складає від 3 міс. до декількох років. Якість життя (ЯЖ) оцінювали за допомогою опитувальника SF–36. Результати досліджень

підлягали статистичній обробці із використанням програмного забезпечення SPSS.

Результати. Інтраопераційні ускладнення в групі МП II виникли у 6 (4,8%) хворих. При виконанні уретероілеосигмоанастомозу інтраопераційних ускладнень не спостерігалось. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді після МП виникли серед 53 (33,6%) пацієнтів, після УІСА – 5 (22,7%) пацієнтів, що пов'язані з порушенням функції органів і систем, інфекційно-гнійними запаленнями, неспроможністю сформованого анастомозу. Найчастішими ускладненнями у віддаленому післяопераційному періоді після МП II були метаболічний ацидоз, ХП та ХНН. Метаболічні порушення, обумовлені всмоктуванням частини сечі в товстому кишківнику, виявлені в 27 (21,6%) хворих. Нечисельними ускладненнями після УІСА являлися ХП у 3 (13,6%) хворих. При обстеженні через 12 місяців після операції відмічено позитивний вплив формування уретероілеосигмоанастомозу на анатомофункціональний стан нирок у порівнянні із трансректальним відведенням сечі з формуванням сигморезервуару за МП II. Відмічається зменшення випадків УГН при УІСА у 4 (66,7%) хворих з 6 та при МП II у 10 (14,8%) хворих з 61 ($p < 0,01$).

Висновок. Аналіз віддалених результатів після радикальної цистектомії з формуванням сигморезервуару за методикою Mainz–Rouch II та формуванням уретероілеосигмоанастомозу показав, що відведення сечі за методикою Mainz–Rouch II призводить до розвитку значної кількості післяопераційних ускладнень, таких як: гнійно-септичні ускладнення, газових рефлюксів у нирку, інфекцій сечовивідних шляхів, стенозів уретеро-кишкового анастомозу, хронічної ниркової недостатності. Створення уретероілеосигмоанастомозу у 20 хворих (91%) дозволило покращити або нормалізувати уродинаміку верхніх сечовивідних шляхів.