

цінність системи RENAL у виборі методу лікування між органозберігаючим та радикальним характеризується наступними параметрами: OR= 0,76 (95% CI 0,56-0,99); p = 0,03, системи PADUA – OR= 0,32 (95% CI 0,17-0,83); p = 0,02, системи C-index – OR= 0,33 (95% CI 0,16-0,79); p = 0,03, системи LVIV – OR =0,37 (95% CI 0,19-0,73); p = 0,02.

Проте, нами не встановлено суттєвих відмінностей між показниками сумарного балу за системами RENAL, PADUA та C-index у групах хворих, яким проводились окремі органозберігаючі методики, а саме: радіочастотна абляція, енуклеорезекція пухлини, резекція нирки. Водночас, у виокремлених групах різних методів органозберігаючого лікування відзначається відмінність між показниками сумарного балу LVIV score: OR= 0,45 (95% CI 0,14-0,93); p = 0,02.

Висновки.

Сучасні нефрометричні шкали дозволяють з високою імовірністю виокремити хворих, що можуть бути кандидатами на NSS. Водночас, нами не зафіксовано статистичних відмінностей між показниками сумарних балів RENAL, PADUA та C-index у групах різних методик NSS.

Запропонована нами нефрометрична шкала LVIV scoring system дозволяє обрати окремий вид органозберігаючого втручання на нирці у хворих з SRM.

ВАРИАНТЫ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ НЕОЦИСТОПЛАСТИКИ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Зеленский А.И., Антонян И.М., Базаринский О.Г., Зеленский Р.А.,
Налбандян Т.А., Гранкин И.А., Мошель Ф.Г.*

Харьковская медицинская академия последипломного образования
КНП «Областной центр онкологии», г. Харьков

Актуальность. Рак мочевого пузыря (РМП) характеризуется частыми рецидивами и прогрессированием. На частоту рецидивов не ВЛИЯЮТ препараты для системной и внутривезикулярной химио- и иммунотерапии. В этой связи, обсуждение хирургических аспектов лечение РМП, особенно его мультифокальных, рецидивирующих форм, характеризующихся инфильтрирующим инвазивным характером роста, остается весьма актуальным.

Одной из самых сложных и длительных операций является радикальное удаление мочевого пузыря и последующее формирование на его месте нового мочевого резервуара при сохранении управляемого мочеиспускания. Однако наряду с опытом проведения подобных операций, к сожалению, возрастает и опыт «осложнений». клиник с большим опытом радикальных цистэктомий (РЦЭ) и ортотопической неоцистопластикой (ОНЦП) указывает на 80% осложнений у пациентов с первые 12 недель после операции, при этом в 35% случаев это серьезные осложнения.

В этой работе мы хотели бы остановиться на анализе тех операций, когда формирование ортотопического резервуара, по каким либо причинам было отсрочено, либо решение о его пластике у больных с уретерокутанеостомией (УКС) возникло в динамике наблюдения после уточнения стадии и распространенности опухолевого процесса, исключения лимфаденопатии и метастазирование.

Цель работы – определение показаний к двухэтапному формированию ортотопического мочевого резервуара после РЦЭ и УКС, изучение условий и особенности выполнения операции.

В этой связи изучались основные причины, затрудняющие выполнение одномоментных операций, определялись показания к проведению отсроченной цистопластики, анализировались технические особенности и результаты 2-этапного хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Наш опыт РЦЭ и ОНЦП за 2009-2015 гг. составил 72 пациентов, возраст которых колебался от 41 до 76 лет, мужчин было 67, женщин – 5. Пациенты были разделены на 2 группы: первая – 43 больных с РМП стадии T2-3N0M0, которым после обследования было выполнено радикальное вмешательство с одномоментным формированием ортотопического неоциста. Во вторую группу вошли 19 больных (все мужчины), у которых I этап был ограничен радикальной цистпростатэктомией, лимфаденэктомией и уретерокутанеостомией. Двоим пациентам РЦЭ и УКС произведены в других клиниках.

Результаты и обсуждение. У всех больных диагноз РМП был верифицирован до операции (ТУР МП, щипковая биопсия). У большей части больных показанием к ЦЭ было наличие инвазивного РМП. Поверхностные опухоли (мультифокальные, низкодифференцированные, рецидивирующие) имели место в 15 случаях в I группе и у 6 пациентов – во второй. Неоднократно выполняли ТУР стенки мочевого пузыря 33 больным обеих групп. Дренирующие вмешательства – пункционная нефростома, к моменту РЦЭ было двусторонними у 15 пациентов I группы и у 7 – во второй. Учитывая средний возраст пациентов следует отметить высокую частоту сопутствующей патологии, в первую очередь сердечнососудистой, инфекционной, метаболической и эндокринной. 37 больным первой группы нецист был сформирован из тонкого кишечника, 6 – из сигмовидной кишки.

Основное внимание мы бы хотели привлечь к пациентам второй группы (19 человек). У 2 больного была стадия T1, у 11 - T2, еще у 6 - T3. Степень дифференцировки опухоли распределилась следующим образом: G1 – 3 пациента, G2 – 10 и G3 – 6 пациента.

Среди этих больных в двух случаях причиной изменения хирургической тактики стала тяжелая субоперационная декомпенсация и остановка сердца. У 6 пациентов этой группы в ходе вмешательства были выявлены пакеты увеличенных лимфоузлов – невозможность экспресс-диагностики, отсутствие убежденности в радикальности операции ограничило ее цистэктомией, УКС и лимфодиссекцией. Исследованные удаленные лимфоузлы были свободны от опухолевых изменений. В 2 случаях оперировавшие хирурги не владели методикой формирования неоциста. В 6 случаях цистэктомию проводили по экстренным показаниям при выраженной анемии и низком уровне альбумина. Высокий риск развития осложнений ограничивал нас в объеме первичной операции.

Всем мужчинам РЦЭ мы старались выполнить экстраперитонеально, что позволяло сохранить максимальной длину мочеточников и избежать травматизации содержимого брюшной полости, избежать начала спаечной болезни, что особенно важно в случае отсроченной кишечной нецистопластики.

Не менее важной считаем технику формирования самих кутанеостом: максимальное отведения кнаружи от средней линии дистальной части культи и ее бережную фиксацию к апоневрозу с созданием внутрикорпорального «провисания» мочеточников. Использование подобных приемов облегчает проведение II-го этапа операции – формирования ортотопического неоциста.

В наших наблюдениях это вмешательство было отсрочено в 12 случаях до 6 месяцев, в 4 – до 9 месяцев. Особенности подготовки к формированию ортотопического мочевого резервуара в два этапа считаем более тщательную предоперационную подготовку, которая включает проведение расширенного бак. исследование мочи - отдельные посева из обеих УКС, МСКТ для выявления возможных противопоказаний к пластической операции у онкобольного (исключение метастазов и лимфаденопатии).

Всем 19 больным второй группы выполняли операцию Штудера. После иссечения операционного рубца (ЦЭ), отдельными округлыми разрезами вместе с кожно-апоневротическим «венцом» мобилизовали мочеточники. Следующая особенность - использование для создания резервуара кишки большей длины, чем при одноэтапном пособии. Использовали 50-60 см подвздошной кишки, из которой формировался Y-образный резервуар, центральный сегмент по антиперистальтической методике обычного размера и

удлиненными (8-10 см) приводящими и отводящими концами кишки. Перед этим в пределах неизмененных тканей освобождали культы мочеточников от фрагментов апоневроза и кожи. По поводу осложнений повторные операции в первые 90 дней выполнены у больных первой группы по поводу непроходимости в 6 случаях, ушивание мочевого свища потребовалось произвести у 7 больных. Эндоскопические вмешательства по поводу рубцевания и деформации анастомозов, конкрементов неоициста произведены 20 пациентам первой группы и 4 – во второй. Стрессовое недержание мочи I-II ст имело у 5 пациентов первой группы и у 3 – во второй. Следует особо остановиться на трудовой реабилитации – 9 из 19 больных второй группы после ликвидации УКС и ортотопического отведения мочи вернулись к работе в полном объеме.

Выводы. Больные с УКС после РЦЭ могут быть подвергнуты пластической операции, а именно – отведению мочи в континентный ортотопический резервуар. Подобное вмешательство требует соблюдения определенных технических условий, а спектр осложнений при этом меньше, чем у больных после одноэтапного хирургического пособия.

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ АНДРОГЕННОЙ БЛОКАДОЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

При локализованных стадиях рака простаты у пожилых пациентов, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, могут быть предложены различные модальности:

- 1) отсроченное лечение (активное наблюдение или бдительное ожидание)
- 2) радикальная простатэктомия выполняется у лиц старше 75 лет, если риск прогрессирования рака и возможной смерти от этого превышает риск летальности от конкурирующей патологии. Основными проблемами являются ранние послеоперационные осложнения и большой процент недержаний мочи у более возрастных пациентов
- 3) наружная (лучевая) радиотерапия имеет аналогичный радикальной простатэктомии онкологический результат и связанную с лечением коморбидность независимо от возраста использованием предполагаемой суммарной дозы 72 Gg (высокой интенсивности или ориентированной на изображение). Данный вид лечения в сочетании с андрогенной блокадой влияет на прогрессирование патологии сердечнососудистой системы при средней и тяжелой степени проявления сопутствующей патологии
- 4) Минимально инвазивные методики аблятивные технологии развиваются в настоящее время быстрыми темпами, но еще не могут быть оценены в качестве рекомендаций
- 5) Андроген-депривационная терапия. В случаях с нематастатическим раком простаты немедленная антиандрогенотерапия назначается для уменьшения местной симптоматики. При местнораспространенном T3-T4 заболевании андрогенная блокада полезна при повышении ПСА более 50 нг/мл.

Распространенный рак простаты. Первой линией лечения гормонально-наивного (чувствительного) рака простаты является андроген-депривационная терапия. Необходимо оценивать минеральную плотность кости для предупреждения остеопороза, чтобы своевременно назначать препараты кальция и витамин Д.

Метастатический рак простаты у сохраненных, крепких пожилых пациентов является показанием для назначения доцетаксела. При этом, нужно обращать внимание на уровень гранулоцитов в крови.