

5-річна CSS у групі РЧА становила 97,1%, тоді як у контрольній групі (АС) - 76,3% ($p < 0,05$).

5-річна OS у групі РЧА становила 76,5%, тоді як у контрольній групі (АС) - 65,8% ($p < 0,05$).

Як видно з отриманих результатів, у групі РЧА відзначались вищі показники 5-річної канцер-специфічної та загальної виживаностей, аніж у групі активного спостереження, де малоінвазивне лікування не проводилось. Це дозволяє широко застосовувати РЧА через відкритий доступ у лікуванні профільних хворих.

Також, обчислення індексу супутньої патології за Charlson (CCI) може застосовуватись під час визначення методу хірургічного лікування у хворих на НКР Т1а.

Висновки

Навіть за умови наявності важкої супутньої патології, хворим на НКР Т1а доцільно проводити малоінвазивне лікування (РЧА), оскільки це суттєво подовжує 5-річні загальну та канцер-специфічну виживаності в порівнянні з їх ровесниками, яким проводилось лише активне спостереження.

Завдяки можливості вільно маніпулювати коагулюючим електродом, застосування РЧА відкритим доступом дозволяє проводити повну деструкцію пухлин нирок розмірами до 4,0 см включно.

Критерієм відбору хворих для малоінвазивного лікування може вважатись показник індексу CCI ≤ 4 .

ЛИМФАДЕНЕКТОМИЯ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ

Лесовой В.Н., Хареба Г.Г., Щукін Д.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г.Харьков

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее распространённых злокачественных новообразований в мире. Наиболее эффективным методом радикального лечения РПЖ является радикальная простатэктомия (РПЭ).

Последние исследования показали, что выполнение тазовой лимфаденектомии во время РПЭ не улучшает выживаемость пациентов [Fossati, N., et al. Eur Urol, 2017.]. Однако является общепринятым мнение, что расширенная тазовая лимфодиссекция наиболее точно даёт важную информацию о стадии РПЖ и оценку прогноза заболевания, с которой не могут сравниться любые другие существующие методы исследования. Индивидуальный риск выявления метастазов в лимфатических узлах может быть оценен с помощью номограмм или формулы Роуча, что может быть показанием к выполнению расширенной лимфодиссекции, которая включает удаление л/узлов, расположенных вокруг наружных подвздошных артерии и вены, л/узлов obturatorной ямки, л/узлов расположенных краниально и каудально от obturatorного нерва, и л/узлов медиальнее и латеральнее от внутренней подвздошной артерии. Считается, что если использовать данный подход, то правильно установить стадию РПЖ можно у 94% пациентов [Mattei, A., et al. Eur Urol, 2008.].

Цель исследования. Оценить результаты лимфаденектомии при РПЭ: частоту гистологически подтверждённых метастазов в региональные лимфоузлы, осложнения лимфаденектомии и оценить методы их лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения у 129 больных РПЖ. Всем больным была выполнена РПЭ с тазовой лимфаденектомией без учёта индивидуального риска выявления метастазов в лимфатических узлах. Оценка состояния тазовых лимфатических узлов до операции проводилась на основании мультиспиральной компьютерной томографии. Критерием лимфаденопатии было увеличение регионарных лимфоузлов более 10 мм.

Результаты исследования.

Все РПЭ были выполнены позадилоном доступом. Возраст больных составил от 45 до 89 лет. Основным методом обезболивания – перидуральная анестезия. В сложных случаях, перидуральная анестезия сочеталась с искусственной вентиляцией лёгких. Средний уровень ПСА до операции – $14,3 \pm 3,1$ нг/мл. Распределение оперированных больных по стадиям РПЖ до операции: T1N0M0 – 25,6% (33 чел.); T2N0-XM0 – 60,5% (78 чел.); T3N0-XM0 – 13,9% (18 чел.); T4N0-XM0 – 0%. Из всех пациентов до операции, поданным КТ, увеличение лимфатических узлов более 10 мм было у 21 (16,3%) больных. Средняя длительность пребывания больных в стационаре: $15,5 \pm 1,4$ дня. Катетер из мочевого пузыря извлекался в среднем на $12,3 \pm 1,3$ сутки после операции. Метастазирование в тазовые лимфоузлы после операции выявлено у 14 (10,9%) больных. Сопоставление патоморфологических данных локального распространения опухоли с регионарным метастазированием показало, что у 92,8% больных с метастазами в л/узлы имеется локально распространённый рак (проращение РПЖ сквозь капсулу железы либо в семенные пузырьки с наличием перинеуральной и интраваскулярной инвазии опухоли).

Выделение жидкости по дренажам, более 3-4 сут, может быть связано как с выделением лимфы так и мочи (Хинман Ф, «Оперативная урология», 2001). Определить тип отделяемого из дренажа достаточно легко: необходимо оценить уровень креатинина в жидкости (в лимфе, уровень креатинина примерно соответствует содержанию его в сыворотке крови, а в моче его уровень намного выше). Если в отделяемом содержится лимфа, то в последующем это никак не скажется на времени удаления катетера из мочевого пузыря и восстановлении самостоятельного мочеиспускания. Но при лимфоррее существует риск развития позднего осложнения – лимфоцеле (скопление лимфы из поврежденных лимфатических сосудов). Считается, что основным осложнением тазовой лимфаденектомии является именно лимфоцеле. После расширенной лимфодиссекции частота лимфоцеле составляет 10,3% при расширенной и 4,6% при стандартной лимфаденектомии [Fossati, N., et al. A Systematic Review. Eur Urol, 2017.]. При лимфоцеле возможно будет необходима чрескожная аспирация содержимого, часто неоднократная, но может потребоваться открытая операция, при лимфоцеле больших размеров либо при его нагноении.

Для избегания образования лимфоцеле и применения инвазивных манипуляций для его дренирования, нами применяется тактика оставления дренажей до полного прекращения отделения лимфы из раны. Если лимфоррея продолжается менее 12 суток (средний период удаления катетера), это никак не приводит к удлинению послеоперационного периода. Длительная (более 12 суток) лимфоррея наблюдалась нами у – 12 (9,3%) больных. Открытая операция для дренирования лимфоцеле выполнена у 1 пациента (0,78%).

Для сокращения длительности лимфорреи можно рекомендовать:

- *Диета*: кормление жирной пищей блокирует выход лимфы за пределы сосудистого русла лимфы, увеличивает её вязкость и способствует более быстрому тромбированию лимфатических сосудов.
- *Введение транексамовой кислоты*. Имеются данные, свидетельствующие о том, что это значительно снижало объем послеоперационной лимфорреи [Peter N. / PNAS. June 2010.]
- *Склеротерапия*. Введение склерозантов представляется наиболее простым и способом решения проблемы лимфорреи. В литературе имеются данные о применении 5-Фторурацила, который вызывает значительную противовоспалительную реакцию. Можно предполагать, что снижение лимфорреи достигается за счет противовоспалительного эффекта 5-Фторурацила и способности препарата подавлять ангиогенез, тем самым уменьшая сосудистую проницаемость. Однако мы его не применяли из-за выраженного токсического действия на кожные покровы, и необходимости применения особо тщательных мер безопасности для мед. персонала, поскольку практически невозможно избежать выделение препарата наружу и его контакта с кожей при введении 5-Фторурацила в свищевой ход. Для уменьшения

выделения лимфы по дренажам нами были апробированы различные склерозанты: этиловый спирт, спиртовой раствор йода, бетадин, раствор стрептомицина, растворы тетрациклина и доксициклина. Наибольший положительный результат отмечен от применения раствора доксициклина, однако далеко не во всех случаях. В случае длительной лимфорреи, нами применяется тактика, общепринятая для заживления мочевых свищей, - формирование свищевого хода (около 6-7 суток), с последующим уменьшением его диаметра с помощью уменьшения размера дренажной трубки. Как правило, до времени извлечения катетера из мочевого пузыря и выписки пациента из стационара объём полости, в которой может скопиться лимфа, значительно уменьшается, формируется тонкий свищевой ход и выделение лимфы прекращается.

Выводы. Выполнение тазовой лимфаденектомии – лучший метод оценки стадии РПЖ и оценки прогноза заболевания с возможностью своевременного, раннего применения мультимодального лечения.

Считается, что выполнение тазовой лимфаденектомии, во время РПЭ, не улучшает онкологические результаты. Однако доказано, что некоторые метастазы формируются не клетками первичной опухоли, а путем диссеминации ранее образовавшихся метастазов. Другими словами, метастазы – метастазируют. Исходя из этих данных, можно сделать вывод о большей ценности лимфаденектомии и необходимости активного удаления вероятных метастазов, поскольку каждый поражённый л/узел будет являться потенциальным источником нового метастазирования.

Основные осложнения тазовой лимфаденектомии – длительная лимфоррея и образование лимфоцеле, которые могут удлинять послеоперационный период. При комплексном лечении, длительная лимфоррея и удлинение послеоперационного периода наблюдалась у 9,3% больных.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОПЫТА УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Лесовой В.Н., Щукин Д.В., Хареба Г.Г., Гарагатый И.А., Поляков Н.Н.,
Копица Н.П., Мозжаков П.В.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков
КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г.Харьков

Введение Мы провели ретроспективную оценку собственного хирургического опыта удаления почечно-клеточного рака с распространением в НПВ и в правое предсердие с использованием техники печеночной трансплантации, описанной Ciancio G. и соавт. В работе были представлены ключевые аспекты данной хирургической методики, включая доступ к правому предсердию через диафрагму со стороны брюшной полости. Особое внимание уделено пальцевому смещению верхушки опухолевого тромба ниже диафрагмы.

Материал и методы В работу были включены 5 пациентов с атриальными опухолевыми тромбами, у которых во время операции выполнялась классическая и piggy-back мобилизация печени, хирургический доступ к супрадиафрагмальной НПВ со стороны брюшной полости и наружное пальцевое смещение тромба ниже диафрагмы. Экстракорпоральное кровообращение не использовали ни в одном из случаев. Средняя длина атриальной части опухоли составляла $20,0 \pm 11,7$ мм (от 10 до 35 мм), а ширина - $14,8 \pm 8,5$ мм (от 10 до 30 мм). В исследовании оценивались особенности пациентов и хирургических вмешательств, а также периоперационные осложнения и летальность.

Хирургическая техника. Во всех случаях выполнялся доступ "шеvron". 12-перстная кишку мобилизовывали по Кохеру. После чего выполняли мобилизацию печени в классическом варианте: пересекали серповидную, треугольные и корональные связки. Piggy-back мобилизация печени осуществлялась путем пересечения и перевязки дорзальных