

мощности подаваемого тока, так и от скорости вращения. При ее увеличении возрастание количества удаленной в единицу времени ткани сопровождается ослаблением коагуляционного воздействия. Таким образом, одновременно регулируя режим энергии и скорость вращения можно добиться оптимизации абляции ткани. Резекция выполняется легче и быстрее для паренхиматозной ткани, чем для фиброзной. Исходя из нашего опыта в техническом отношении наиболее оптимально использование трансуретральной роторезекции в моноварианте для желез малого и среднего размеров (до 40 см³), а для желез больших размеров целесообразна комбинация с ТУР петлевым электродом. Необходимо отметить, что образующиеся при абляции пузырьки газа значительно ухудшают визуализацию операционного поля. У больных с открытым цистостомическим дренажом субъективно создаются более оптимальные условия работы возможно за счет улучшения ирригации и вымывания продуктов vaporизации в просвет мочевого пузыря. По нашим наблюдениям роторезекция по скорости удаления ткани уступает ТУР «петлей», значительно превосходя в этом отношении электроvaporизацию. Однако, снижается и время, затраченное на коагуляцию кровоточящих сосудов. Особую осторожность следует соблюдать при резекции тканей апикальной части, так как не контролируемый визуально коагуляционный эффект может повредить зону «наружного сфинктера» и привести к недержанию мочи. В этой области мы используем резекцию петлей для получения биопсийного материала.

Выводы

Трансуретральная роторезекция сочетая в себе эффективное удаление ткани простаты с минимальной кровопотерей во время операции и обеспечивая хорошие клинические результаты в отдаленном сроке наблюдения, по нашему мнению, является достойной альтернативой традиционной ТУРП.

Литература

1. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А.: Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты.- Триада X.- Москва.- 1997.- 144 стр.
2. Madersbacher S., Marberger M: Is transurethral resection of the prostate still justified?,- BJU International.- 1999, - Vol. 83.- p. 227-237.
3. Michel M., Kohrmann K., Weber A. et al.: Rotoresect: New technique for resection of the prostate: experimental phase. J Endourol 1996.- Vol. 10.- № 5. – p. 473-478.
4. Michel M., Keller H., Frede T., et al.: The Rotoresect system for bloodless transurethral resection of the prostate. Advantages in clinical application by technical modifications - J Endourol.- 1999.- Vol. 13 (suppl. 1). - FP 2-15.- p. A 31

РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ С ДВУХСТОРОННЕЙ ПОЭТАПНОЙ УРЕТЕРОСИГМОСТОМИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Костев Ф.И., Филиппов П.С., Филиппов С. А.

Клиника урологии и нефрологии Одесского государственного медицинского университета.

Одесский областной клинический онкологический диспансер

Summary

There was held an analysis of 56 cases of radical cystectomy with double-sided stage-by-stage urethrasigmastomy at the patients with bladder cancer of the 2nd - 4th stages. The age of the patients varied from 46 to 75. The post-operative complications are as follows:

- *secondary healing of post-operative wound is registered in 17 cases (30.3%)*
- *acute pyelonephritis - 12 cases (21.4%)*
- *chronic nephritic deficiency - 8 cases (14.2%)*
- *insolvency of urethrasigmaanastomosis*
- *peritonitis - 1 case (1.8%)*
- *post-operative lethality - 4 cases (7.1%)*

The method employed ensures high quality of life at a low operational risk.

Рак мочевого пузыря составляет 50-70% всех злокачественных новообразований мочеполовой системы и 4% всех онкологических заболеваний. Современные подходы к лечению рака мочевого пузыря предусматривают расширение показаний к радикальному хирургическому лечению. Единственной подлинно радикальной операцией при раке мочевого пузыря является цистэктомия. С момента выполнения первой цистэктомии (Bardeuheuer 1886 г.), до настоящего времени, особую остроту имела проблема деривации мочи, от решения которой во многом зависит качество жизни и отдаленные результаты лечения больных раком мочевого пузыря. Идеальным решением вопроса с точки зрения функции и качества жизни после радикальной цистэктомии является создание искусственного кишечного мочевого пузыря с сохранением самостоятельного мочеиспускания. Мы отдаем предпочтение илеоцистопластике по Hautmann и Wenderonh (7). Но операция – илеоцистопластика имеет строгие критерии отбора пациентов и не может применяться у значительного количества больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при распространении опухоли на шейку мочевого пузыря, предстательную железу и заднюю уретру. На протяжении пяти последних лет для деривации мочи при цистэктомии, когда невозможна илеоцистопластика, мы применяем двухстороннюю поэтапную уретеросигмостомию.

Располагая опытом клиник онкологии и урологии Одесского государственного медицинского университета, который насчитывает более 50 больных, перенесших цистэктомию с различными вариантами уретеросигмостомии, нами модифицирована операция по деривации мочи в «непрерывный» кишечник, позволившая уменьшить послеоперационные осложнения. Применяемая нами методика позволяет расширить показания к цистэктомии при лечении рака мочевого пузыря.

Необходимые условия: отсутствие выраженной дилатации верхних мочевых путей и острого пиелонефрита; отсутствие заболеваний нисходящего отдела толстого кишечника и хорошая функция анального сфинктера. Предоперационная подготовка предусматривает лечение латентного пиелонефрита, применение гепатопротекторов (эссенциале, карсил, легален) в течение одного месяца и санацию толстого кишечника (фталазол, сульгин, левамицетин) в течение недели перед операцией.

Первый этап операции состоит во внебрюшинной левосторонней уретеросигмостомии с подвздошной лимфаденэктомией. Имплантиацию мочеточника в сигмовидную кишку осуществляем с обеспечением антирефлюксной защиты. Продолжительность операции 45-60 минут. Через 3-4 недели происходит адаптация пациента к новым условиям мочеиспускания. Также происходит адаптация толстой кишки к постоянному поступлению мочи и левой почки к функционированию в новых условиях. Второй этап хирургического лечения больных раком мочевого включает радикальную цистэктомию и правостороннюю уретеросигмостомию с антирефлюксной защитой. Продолжительность операции не превышает трех часов. Кровопотеря 300- 500 мл.

За последние 5 лет данная методика применена у 56 больных с верифицированным раком мочевого пузыря в возрасте от 46 до 75 лет. На основании общеклинических, рентген-радиологических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических методов исследования больные распределились следующим образом:

| | |
|--|-------------|
| II стадия (T2a-bNOMO) | 30 (53,6%); |
| III стадия (T3aNOMO) | 10 (17,9%); |
| IV стадия (T2-4 N1MO) | 7 (12,5%); |
| рецидивные опухоли (после TUR и резекции мочевого пузыря) | 9 (16,0%). |

В послеоперационном периоде частичная несостоятельность уретеросигмоанастомоза отмечалась у 4 (7,1%) пациентов. У троих, осложнение устранено консервативно, у одного произведена односторонняя уретерокутанеостомия.

Другие осложнения раннего послеоперационного периода: острый пиелонефрит-12(21,4%); хроническая почечная недостаточность - 8 (14,2%);

вторичное заживление послеоперационной раны-17(30,3%); перитонит- 1 (1,8%)
Послеоперационная летальность составила 4 (7,1%). Причины смерти больных: острая сердечная недостаточность-2; острая тромбоэмболия легочной артерии -1; перитонит -1.

Хирургическая реабилитация больных раком мочевого пузыря методом радикальной цистэктомии с поэтапной двухсторонней уретеросигмостомией является эффективным методом лечения, обеспечивающим высокое качество жизни при низком операционном риске.

Литература

1. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Панова Л.А., Семикоз Н.Г. Формирование искусственного мочевого пузыря из прямой кишки. Донецк, 1995.
2. Великанов К.А. Урология и нефрология 1967, №5, с 67
3. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. Москва 2001.
4. Пытель А.Я., Опухоли мочевого пузыря и их лечение. Ташкент 1972.
5. Рихтер Г. А., Злокачественные опухоли мочевого пузыря и их лечение. Москва 1959.
6. Цулукидзе А.П. Новообразования мочевого пузыря и их оперативное лечение. Тбилиси 1964.
7. Wenderoth U. K., R. Bachor, G. Egghart, D. Frohneberg, K Miller, R Hautmann, The ileal neobladder experience and results of more than 100 consecutive cases. J. Urol. 143 (1990) 6492 - 6497

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.Г.Мартов, Б.Л.Гущин, А.П.Гнатюк, Д.А.Ергаков.

НИИ Урологии Мз РФ, Москва

Summary

We evaluated the prognostic significance of a second transurethral resection in patients with moderately differentiated Ta-1 bladder cancer. The information was gathered from MEDLINE, current urology journals, abstracts from recent urological meetings and personal experience. A total of 31 patients with primary T1 bladder cancer were evaluated. A second transurethral resection was performed in 8 patients in case of moderately differentiated Ta-1 bladder tumor or concomitant carcinoma in situ in the first resection. Of the 31 patients who underwent repeat resection 8 (26%) had no residual tumors. Residual tumor after the first transurethral resection presents a common finding in bladder cancer patients. The second transurethral resection offers a possibility to preserve the bladder. Furthermore, residual disease can be detected and removed. In case of upstaging to muscle infiltrating tumor, cystectomy is the next therapeutic step.

Актуальность

Несмотря на успехи в лечении онкологических заболеваний, проблема рака мочевого пузыря (РМП) ещё далека от своего решения. Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения рака мочевого пузыря является высокая частота рецидивов заболевания.

Несмотря на высокий показатель общей 5-летней выживаемости (более 70%), развитие рецидивов отмечается более чем у 50% больных (по данным НИИ урологии при наблюдении за более чем 300 больными поверхностными формами РМП). Высокий процент неудовлетворительных результатов характерен уже для начальной стадии заболевания – стадии поверхностного роста (Ta-T1), выявляемой у 70% первичных больных.

Риск рецидива у этих пациентов составляет около 70%. Почти в 30% рецидивов отмечается повышение стадии заболевания или степени злокачественности, т.е. поверхностный РМП прогрессирует в инвазивную форму, особенно если первичная опухоль достигла lamina propria. При трансуретральной резекции ТУР и последующем гистологическом исследовании определяется занижение стадии опухоли в 30-35% случаев. У 40-45% больных, стадия заболевания которых была признана поверхностной, при повторной ТУР выявляется инвазивный рак. После ТУР у 50-60% больных поверхностным РМП определяются рецидивы в течение первого года наблюдения, причем в 10-20% случаев опухоль становится инвазивной и снижается степень её дифференцировки. По данным различных авторов, через 2-6 недели после первичного вмешательства (ТУР) в 38%-63% случаев при повторных резекциях ещё обнаруживались резидуальные опухоли. Считается, что возникновение рецидивов обусловлено несколькими причинами:

1. Биологическими особенностями опухоли, характеризующимися множеством опухолевых зачатков вследствие диффузного характера неопластических изменений в слизистой мочевого пузыря (истинные рецидивы).

2. Наличием не выявленных и не удалённых во время операции очагов карциномы in situ (CIS).

3. Наличием участков дисплазии высокой степени дифференцировки или мелких папиллярных опухолей (ложные рецидивы).

4. Возможностью имплантации опухолевых клеток во время органосохраняющих операций (имплантационные рецидивы).