

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Факультет післядипломної медичної освіти
Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом онкології

На правах рукопису
УДК 616.62 - 006.6 - 089.168 (043.3)

Харченко Сергій Вячеславович

Наукова робота для здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА
ПІСЛЯ ЦИСТЕКТОМІЙ З УРЕТЕРОКУТАНЕО- ЧИ
УРЕТЕРОСИГМОСТОМІЄЮ**

Спеціальність 14.01.03 – «Хірургія»

Науковий керівник:
Доктор медичних наук, професор
Кононенко М.Г.

Рецензенти:
Доктор медичних наук, професор
Леонов В.В.
Кандидат медичних наук, доцент
Сікора В.В.

Суми 2012

ЗМІСТ

ПОДЯКА.....	4
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
РЕЗЮМЕ (SUMMARY).....	6
ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. Аналітичний огляд літератури.....	12
1.1. Показання до цистектомії з уретерокутанеостомією або уретеросигмостомією.....	11
1.2. Особливості хірургічної техніки цистектомії.....	15
1.3. Особливості хірургічної техніки уретерокутанеостомії.....	19
1.4. Особливості техніки уретеросигмостомії.....	20
1.5. Онкологічні результати цистектомії.....	24
1.6. Ускладнення цистектомії з уретерокутанеостомією та уретеросигмостомією.....	25
РОЗДІЛ 2. Матеріали та методи.....	33
2.1. Кількість хворих на РСМ.....	33
2.2. Загальна соціо-епідемічна характеристика хворих.....	33
2.3. Клінічні данні двох груп хворих.....	35
2.4. Характеристика пухлин.....	39

ЗМІСТ
(ПРОДОВЖЕННЯ)

РОЗДІЛ 3. Результати.....	41
ВИСНОВКИ.....	47
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТОК 1. Міжнародна TNM класифікація раку сечового міхура. Витяг з наказа Міністерства охорони здоров'я України від 15 червня 2007 р. N330.....	58
РЕФЕРАТ.....	60
ДЛЯ НОТАТОК.....	61

ПОДЯКА

Моїй сім'ї - мамі Людмилі, тату Вячеславу та брату Кирилу,

Колективу кафедри хірургії з дитячою хірургією з курсом онкології,

Колективу хірургічного відділення Глухівської центральної районної лікарні,

Колективу онкоурологічного відділення та поліклініки Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру,

Колективу Сумського обласного популяційного канцер-реєстру,

Всім, хто допомагав мені під час роботи над науковим дослідженням хворих на рак сечового міхура.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

РЦЕ - радикальна цистектомія

РСМ - рак сечового міхура

СМ - сечовий міхур

СШ - сечові шляхи

ТУР - трансуретральна резекція

УСС - уретеросигмостомія

УКС - уретерокутанеостомія

ЦЕ - цистектомія

ШКТ - шлунково-кишковий тракт

РЕЗЮМЕ

Результати лікування хворих на рак сечового міхура після цистектомії з уретерокутанео- чи уретеросигмостомією

Вступ: Кожного разу постає питання після видалення ураженого злоякісною пухлиною сечового міхура про вибір раціональної техніки відведення сечі з урахуванням усіх індивідуальних особливостей.

Мета роботи: порівняти два класичні методи відведення сечі (уретерокутанеостомія, уретеросигмостомія) у хворих на рак сечового міхура.

Матеріали та методи: В ретроспективне дослідження включено 38 хворих, що лікувалися в Сумському обласному клінічному онкологічному диспансері. Хворі поділені на дві групи. Група А (n=16) - пацієнти з уретеросигмостомією, група Б (n=22) - з уретерокутанеостомією. До аналізу ввійшли основні операційні, госпітальні та диспансерні показники.

Висновки: Сьогодні в онкохірургії жодна з форм деривації сечі не ідеальна. Згідно роботи автора загальне 5-річне виживання хворих у групі А досягло 13%, а в групі Б - 38%. В даній когорті за отриманими даними не вдалося доказати значимість у різниці основних операційних, госпітальних та диспансерних показників. Незважаючи на те, що після уретерокутанеостомії та уретеросигмостомії клінічно важливі показники якості життя низькі, тим не менш ці операції залишаються основними у пацієнтів з раком сечового міхура.

Ключові слова: *рак сечового міхура, цистектомія, деривація сечі, хірургічне лікування*

SUMMARY

Treatment results of patients with urinary bladder cancer after cystectomy with ureterocutaneo- or ureterosygmotomy

Introduction: Each time after extirpation of urinary bladder affected by malignant tumor it arises question on choice of an appropriate technique to renew urinary diversion taking into account all individual clinical features. **The aim** is to compare two classical methods of urinary diversion (ureterocutaneostomy, ureterosygmotomy) in patients with urinary bladder cancer.

Materials and methods: Under retrospective nature the study included 38 patients of Sumy Regional Clinical Specialized Centre. They were divided in two groups. The group A (n=16) was the cystectomized patients with ureterosygmotomy, the group B (n=22) was the patients with ureterocutaneostomy. The analysis based on main operation, hospital and follow-up parameters.

Results: To date there is not ideal form of urinary derivation in oncosurgery. According the present work 5-year overall general survival was 13% and 38%, in group A and B, respectively. The cohort's data have not able to approve significant differences in operation, hospital and follow-up measures. The author suggests that, notwithstanding clinical important parameters of the quality of life are low following ureterocutaneostomy or ureterosygmotomy, they should be main choice operations in selected patients with urinary bladder cancer.

Key words: *urinary bladder cancer, cystectomy, urinary diversion, surgical treatment*

ВСТУП

Актуальність проблеми

В світі пухлинні захворювання стають основною причиною смертності та інвалідизації, в Україні спостерігається аналогічна тенденція [8]. За останні роки зростає рівень захворюваності на рак сечового міхура (PCM), який може зайняти четверте «пріоритетне» місце у чоловіків на Заході, після раку легень, передміхурової залози, товстої кишки [3].

Згідно епідеміологічних даних більш ніж 250 000 хворих на PCM у світі реєструється щорічно, з них понад 4 000 в Україні [3].

Наприкінці 2000 року для населення України пік захворюваності, як і смертності, припадає на 70-74 роки для чоловіків і на 75-79 років - для жінок [3]. Важливо, що більше ніж у половини первинних хворих (до 56%) під час першого звернення до лікаря виявляють вже розповсюджену форму PCM [23].

Загальними показаннями до радикальної хірургії сечового міхура (CM) з лікувальною метою є хворі зі стадією T2-4aN0-NXM0. Також до цієї операції рекомендовано випадки БЦЖ-резистентних пухлин *in situ*, неінвазивного раку з високим ризиком типу T1G3, наявність рецидиву пухлини після трансуретральної резекції (ТУР) або іншої внутрішньоміхурової терапії [41,42].

Вибір хірургічного втручання залишається складним як для пацієнта так і для лікаря, оскільки з анатомічної точки зору існують різні варіанти відведення сечі: зовнішнє (на шкіру), внутрішнє (трансректальне) і безперервне (трансуретральне)[4].

На сьогодні представлено в літературі понад 100 оригінальних способів видалення CM з деривацією сечових шляхів (СШ) [6]. В 2011р. згідно рекомендацій групи дослідників з м'язово-інвазивного та метастатичного PCM

Європейської Асоціації Урології припущено, що спосіб відведення сечі не повинен впливати на онкологічні результати радикальної операції [60].

У великих спеціалізованих центрах ранній період після операції (до 30 післяопераційних днів) хворих різного віку на РСМ представляє найбільш критичний період в успішному лікуванні, саме він визначає наслідки пов'язані зі смертністю та пізніми ускладненнями [40].

Класичні органовилучаючі операції з видаленням СМ та пересадкою сечоводів в сигмоподібну кишку або на шкіру застосовують у рутинній практиці. Вони показані у тяжких хворих, а також у тих, що мають виявлені супутніми захворюваннями, початковими формами ниркової недостатності, блоком нирок з висхідним пієлонефритом та хронічною нирковою недостатністю [17,27]. Агресія сечового компоненту при УСС підвищує ризик розвитку пухлин кишківника [38,39].

Проведено аналіз пацієнтів історій хвороб та амбулаторних карт з УКС та УСС, тому що ці варіанти реконструкції пасажу сечі найбільш часті у осіб з РСМ в спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах Сумської області. До роботи були включені дані безпосередньо стаціонарного етапу спостереження та лікування хворих.

Мета і завдання дослідження

Мета даної роботи - представлення досвіду стаціонарного онкохірургічного лікування пацієнтів з РСМ та вивчення методів відведення сечі на прикладі уретерокутанеостомії (УКС) та уретеросигмостомії (УСС).

Для досягнення мети були визначені такі задачі:

1. Зробити огляд літератури про методи деривації сечі після цистектомії (ЦЕ).

2. Дослідити передопераційний стан пацієнтів, що ввійшли до дослідження. Виявити фактори, які є визначальними для післяопераційного перебігу в безпосередньо ранньому періоді лікування.

3. Проаналізувати різні медико-хірургічні особливості двох різних типів онкохірургічного лікування хворих на РСМ за даними операційних протоколів.

4. Порівняти перебіг післяопераційного періоду лікування хворих на РСМ.

Об'єкт дослідження: хворі з виявленим РСМ, яким рекомендовано хірургічне видалення пухлини.

Предмет дослідження: епідеміологічні характеристики хворих, особливості пухлин та клінічний стан хворих на РСМ, функції сечової системи, оцінка інтраопераційних та післяопераційних показників спостереження, медикаментозна підготовка в стаціонарі.

Методи дослідження: клінічні, параклінічні (аналіз сечі та крові), радіологічні (ультразвукова діагностика, екскреторна урографія, комп'ютерна томографія), ендоскопічні, морфологічні та статистичні дослідження (Microsoft Office 2010).

Наукова новизна отриманих результатів полягає у виконанні власного системного літературного огляду, комплексному вивченні та порівнянні хворих, прооперованих з приводу РСМ із застосуванням УКС та УСС.

Науково-практичне значення роботи. Проведені дослідження запропонують до уваги медичного товариства досвід обстеження та лікування хворих на РСМ, які були відібрані для УКС та УСС. Крім цього робота є

актуальним дослідженням оперативних радикальних втручань та можливих практичних способів профілактики післяопераційних ускладнень в стаціонарі.

Особистий внесок здобувача. Отримані матеріали є результатом самостійної роботи магістра. Автором персонально проведено збір архівної інформації всіх хворих на базі архіву Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру. В подальшому зроблено огляд літератури в системі Medline, GoogleScholar з українських, російських, французьких та англійських джерел. Проведено статистичний опис хворих, самостійно сформульовано заключні положення та висновки. Автором запропоновані практичні положення з метою поліпшення або профілактики можливих ускладнень у хворих на РСМ в ранньому післяопераційного періоді.

Апробація магістерської роботи. За темою магістерської роботи було написано 3 щорічних звіти, 1 тези доповіді, представлені на конференції. Здобувач приймав активну участь у 2 міжнародних конгресах, 1 регіональній конференції з хірургії.

РОЗДІЛ 1. Аналітичний огляд літератури

1.1. Показання до цистектомії з уретерокутанеостомією або уретеросигмостомією

Відведення сечі на шкіру після радикальної цистектомії (РЦЕ) не втратило своє практичне значення і розглядається в якості операції вибору та лікувальної альтернативи новим методам як трансуретральна резекція (ТУР) слизової СМ.

УКС - операція з лікувальним або паліативним наміром у пацієнтів з прогресуючим варіантом пухлини типу T4bN1M1 або стадій локального пухлинного проростання з обов'язковим урахуванням віку, супутньої патології, стану верхніх СШ, протипоказань до інших видів деривації сечі. Окремим показанням до УКС є хворий з солітарною ниркою.

УСС на відміну від УКС виконують при стадіях Ta-TisN0M0 –T4bN0M0, у хворих більш молодому віку хворого і за відсутності патології товстої кишки.

В національних українських та міжнародних рекомендаціях [21,22,31,53] РЦЕ при РСМ абсолютно показана в наступних ситуаціях, якщо розглядати пухлину за TNM класифікацією, 2002р. (Додаток 1): 1. Лікування пухлин міхура T2 - T4aN0M0; 2. Стадії Ta-TisN0M0 при розповсюджених поверхневих пухлинах сечового міхура, що нечутливі до інших методів лікування; 3. Порятункова ЦЕ (з паліативною чи симптоматичною ціллю) у випадку персистенції симптомів захворювання; 4. Свідоме бажання і розуміння пацієнта наслідків РЦЕ з послідуною зміною якості життя.

Протипоказання до РЦЕ з ортотопічною деривацією сечі [60,22]: 1. Виразковий коліт, хвороба Крона, ентероколіт; 2.Тромбоз судин брижі тонкої кишки; 3. Спайкова хвороба; 4. Позитивний край на рівні уретральної дисекції або міхурового макропрепарата у чоловіків та жінок; 5. Локалізація первинної

пухлини на міхуровій шийці або уретрі (у жінок); 6. Простатична пухлинна інфільтрація. Таким хворим можлива рекомендація деривації на шкіру або у кишківник (за виключенням відповідних протипоказань, особливо хвороб кишківника).

В Україні розроблені чіткий перелік операцій при РСМ. Рекомендовані види втручань [22] в залежності від стадії представлені в Таблиці 1.

Таблиця 1. Перелік оперативних втручань при РСМ

Вид операції		Стадії	Особливості використання
Основний перелік оперативних втручань	ТУР СМ	TaN0M0-T4aN0M0	-
	Парціальна резекція сечового міхура	TaN0M0-T4aN0M0	-
	Цистектомія з уретерокутанеостомією	T4bN1M1	Паліативна операція
Додатковий перелік втручань, які можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні	Цистектомія з зовнішнім відведенням сечі (крім уретерокутанеостомії). Операція Briesker, попереково-ободовий резервуар, операція Коск.	Ta-TisN0M0 – T4bN0M0	Втручання при Ta, Tis виконується при розповсюджених поверхневих пухлинах сечового міхура, що нечутливі до інших методів лікування
	Цистектомія з внутрішнім відведенням сечі. Операція Mainz-pouch 2, операція Atta, уретеросігмостомія	Ta-TisN0M0 – T4bN0M0	Втручання при Ta, Tis виконується при розповсюджених поверхневих пухлинах сечового міхура, що нечутливі до інших методів лікування
	Цистектомія з формуванням ортотопічного сечового міхура. Операція Studera,	Ta-TisN0M0 – T4bN0M0	Втручання при Ta, Tis виконується при розповсюджених поверхневих пухлинах сечового

	Операція Hautman, операція Reddi, операція double U		міхура, що нечутливі до інших методів лікування
--	---	--	---

Перед тим як планувати комплекс заходів, у тому числі радикальне видалення СМ, перш за все в онкологічній практиці роблять визначення клініко-статистичної групи хворого [11] (таблиця 2).

Таблиця 2. Клінічна класифікація злоякісних новоутворень

Група	Визначення
I а	Хворі з захворюваннями, які мають загрозу на злоякісне новоутворення. Вони підлягають поглибленому дослідженню та при постановці діагнозу – зняттю з обліку чи переводу в іншу групу
I б	Хворі на передракові захворювання
II	Хворі на злоякісне новоутворення, які мають в результаті застосування сучасних методів лікування реальні перспективи повноговилікування чи довготривалої ремісії
II а	Хворі, які підлягають радикальному, тобто направленому на повневилікування від пухлини, лікуванню
III	Практично здорові в результаті радикального лікування (хірургічного, променевого, комбінованого, комплексного) злоякісного новоутворення особи при відсутності рецидивів та метастазів
IV	Хворі з розповсюдженими формами злоякісного новоутворення, яким неможливо провести радикальне лікування, але разом з цим показано чи планується хірургічне комбіноване, комплексне,

	хіміогормональне чи інше фармакологічне паліативне чи симптоматичне лікування
--	---

«Своєчасність» РЦЕ в хірургічному лікуванні РСМ недостатньо досліджена і висвітлена в літературі. Вдалося знайти тільки один цікавий факт, що регламентує це питання. Ракова Агенція Британської Колумбії [32] дає оптимальні строки для проведення РЦЕ - до 3 місяців від встановлення діагнозу, але ідеальним є виконання операції в перші 4-6 тижні.

1.2. Особливості хірургічної техніки цистектомії

РЦЕ у чоловіків передбачає видалення СМ з вісцеральною очервиною, перивезікальною жировою клітковиною, передміхуровою залозою та сім'яними міхурцями; у жінок обсяг РЦЕ складає видалення СМ, сечівника, матки з частиною передньої стінки піхви та яєчників з покриваючою їх очервиною [16].

Обсяг лімфаденектомії на даний час залишається під запитанням [60]. В останній час спостерігаються тенденція до розширеної лімфаденектомії від біфуркації аорти [21].

Стандартна лімфаденектомія (лімфодисекція) топографо-анатомічно знаходиться в межах *a. iliaca communis*, *n. genito-femoralis*, *vv. iliaca externa*, *v. circumflexa*, *fossa obturatoria*. Розширена лімфаденектомія включає дисекцію біфуркації аорти, пресакральної зони та *a. mesenterica inferior* [57]. При цьому видаляється від 8 до 19 лімфатичних вузлів [29,57].

Ще в 1962 запропоновано [63] анатомічні орієнтири для двосторонньої тазової лімфаденектомії з приводу РСМ:

- латерально: *n. genitofemoralis*;

- медіально: стінка міхура;
- дистально: Пупартова зв'язка;
- проксимально: загальна клубова артерія, до точки перетину судини з сечоводом;
- нижня: тазове дно та гіпогастральні судини з медіальної та латеральної сторін.

Проте деякі автори сприймають цю концепцію не що інше як аналог сучасної розширеної лімфаденектомії [55]. Основним залишається розуміння, що РЦЕ не може бути радикальною без лімфаденектомії. Технічні елементи РЦЕ змінюється у зв'язку з розвитком ортотопічних операцій на СМ та вимогами покращення якості життя хворих (еректильної, сечоутримуючої функцій). Слід виділити нові напрямки у виконанні РЦЕ, навіть якщо вони породжують жваву дискусію щодо відповідності онкологічним принципам радикальності:

1. Збереження передміхурової залози та сім'яних міхурців, економне висічення шийки СМ;

1. Збереження уретри;
2. Збереження нервових стволів.

Простатектомія та уретректомія як етапи РЦЕ є дискусійними.

Запропоновано модифікації [9], так званої простатозберігаючої РЦЕ, але при умові що таке втручання некомпрементуватиме «онкологічності»:

- а) транспростатична циствезикулектомія;
- б) транспростатична РЦЕ (інфра- або супраампулярна — відносно сім'яного бугорка);

в) супрапростатична РЦЕ.

Модифікована ЦЕ може бути одно- та двоетапною. Перша модифікація виконується з експрес-гістологічним дослідженням лінії резекції. Друга модифікація починається з ТУР з плановим гістологічним дослідженням проксимального відділу уретри та простатичної тканини, а потім - ЦЕ [9].

Рекомендується, по-перше, не видаляти деякі паравезикальні структури (клітковина між передньобічною стінкою прямої кишки і задньої поверхньою простати та сім'яних міхурців), що містять гілки ThX11—L2 та SIII—V, які відповідають за континенцію сечі та потенцію у здорової людини [9] (до таких структур ще відносять задню поверхню капсули передміхурової залози та сім'яних міхурців); по-друге, межою проксимальної частини лімфаденектомії повинно бути місце перетину сечоводів з клубовими судинами.

Доведено, що у 29 - 48% хворих після РЦЕ діагностують пізніше інвазивний уротеліальний рак або рак *in situ* у простатичному відділі уретри з локалізацією пухлинних змін в проксимальній її частині [1].

При ураженні сечівника pT4a або раці *in situ* у простатичному відділі уретри [16] наполягають на симультанній уретректомії або профілактичній уретректомії (після 8-12 тижнів від РЦЕ). Якщо хірург залишає сечівник, він має призначити цитологічне дослідження уретри - 1 раз на 6-12 місяців. При позитивному результаті на ракові клітини у змивній рідині виконують вторинну уретректомію [30].

При впевненості у відсутності ракового ураження уретри чи сусідніх структур, у жінок можливим є збереження уретри з пубоуретральними зв'язками та передньою стінкою піхви, особливо при ортотопічному відведенні [33,44]. Уретру необхідно пересікти уретру на рівні до 1 см від шийки СМ [20].

Перевагами такої техніки є зниження крововтрати, ризику виникнення міхурово-піхвової нориці, збереження сексуальної функцій та континенції.

При порівнянні простатзберігаючої та нервозберігаючої ЦЕ по відношенню до денної та нічної континенції сечі та еректильної дисфункції, зроблено висновок в підтримку нервозберігаючої ЦЕ [1], якщо вона буде за принципами оригінальної методики простатектомії за Волшем і тазова дисекція не буде виконуватися медіально від сечоводів [46,61]. Нервозберігаючу техніку не рекомендують у хворих на РСМ з ураженням задньої стінки Т3 чи Т4 [20]. При пухлинній мультифокальності, щоб не отримати локального рецидиву операція повинна бути максимально агресивною [56].

Для гемостазу та судинного контролю пропонують [20]:

- проводити профілактичну перев'язку дорсального венозного комплексу на передній поверхні простати;
- оперувати анатомічно, ретельно виділяти судинно-нервові структури (клубові, обтюраторні та інші);
- пересікати пубопростатичні зв'язки безпосередньо біля симфізу (профілактика кровотечі навколо парауретрального сплетіння);
- ретельно перев'язувати всі лімфатичні судини під час дисекції (профілактика лімфоцеле);
- препарат видалення єдиним блоком.

Отже, РЦЕ - найбільш складна онкоурологічна операція, метою якої є канцерологічний контроль та максимально функціональне відновлення після втрати органа. Сучасні модифікації РЦЕ дають результати покращення якості життя пацієнта, якщо рішення щодо об'єму є індивідуальним та базується не

тільки на клінічних, але і в деяких випадках на перед- та інтраопераційних чи анатомічних особливостях хворого.

1.3. Особливості хірургічної техніки уретерокутанеостомії

УКС вперше виконана Le Dehtu в 1856 році [26]. Варіанти УКС [25] наступні:

- виведення обох сечоводів на шкіру через загальну стому при двосторонньому розширенні сечоводів;
- імплантація одного, більш ширшого сечоводу на шкіру з одночасним уретро-уретероанастомозом;
- виведення одного сечоводу на шкіру;
- УКС з протекцією великим чепацем.

Хірургічний доступ для УКС можливо зробити позаочеревинно або трансперитонеально. Під час позаочеревинного варіанту слід відсікати сечовід на рівні юкставезикального відділу та виводити кінець на шкіру з виступом приблизно 1-1,5 см, фіксуючи сечовідну стінку до апоневрозу та шкіри [26].

Профілактично потрібно виконувати наступні хірургічні маневри: кінці сечоводів мобілізувати на мінімально необхідному сегменті для виведення на шкіру, максимально бережно по відношенню до судин, не створювати перегибів сечоводу, стентування не повинно перерозтягувати просвіт сечоводу. Сечоводи виводять у поперековій, паховій, лобковій чи пупковій області [25].

Шіпілов В.І. [26] зазначає, що вибір УКС як метою деривації сечі можливий при різних ступенях ектазії мисково-сечоводного комплексу. Більш того, рекомендує двомоментні втручання при «операбельній» стадії

онкозахворювання: ЦЕ виконується спочатку з УКС, а на другому етапі - орто- або гетеротопічна реконструкція СШ.

Чухрієнко Д.П. [25] та співавт. екстеризують надшкірної кукси сечоводу в 1,5-2,5 см, при цьому для запобігання мацерації та рубцювання сечовідний виступ вкривають шкірним клаптом, філатовським стебелем чи сегментом тонкого кишківника.

Незважаючи на популярність позаочеревенного доступу. Для УКС [26] відмічають суттєву перевагу трансперитонеального доступу в інтраопераційній діагностичній ревізії органів очеревини та сусідніх з СМ органів з виявленням метастазування.

В практиці УКС була модифікована в уретероілеокутанеостомію (операція Бріккера, «мокра стома»), що є операцією вибору в лікуванні хворих на РСЧ [2], але в данній роботі автор не розглядає цей метод.

Альтернативою класичній хірургії є лапароскопічна УКС, адже перші спроби лапароскопічної уретеральної операції були зроблені Вікхемом Дж.І. ще в 1979, який успішно вилучив сечовий камінь із сечоводі лапароскопічно [43,52]. Накамура І. та ін. вважають, що показанням до лапароскопічної (ретроперитонеоскопічної) УКС є паліативна допомога хворому на запущений РСМ з обструкцією сечоводів.

1.4. Особливості техніки уретеросигмостомії.

Хірургічний доступ для УСС - нижня середина лапаротомія. Основні модифікації УСС з прямою імплантацією сечоводу: операція Тихова, операція Алкена, операція Кофея, операція Ріхтера [25].

Але найбільший науковий інтерес представляє УСС за Гудвінім-Белтом-Соррентино.

Сенс цієї методики деривації сечі полягає у вшиванні сечоводів «на катетерах» у сигмовидну кишку. Етапи УСС за Гудвіним-Белтом-Соррентино [25]:

1. Проводять лапаротомію;
2. Сечоводи з сусідньою клітковиною виділяють приблизно 5 см довжиною, перев'язують, відсікають біля СМ та катетеризують. Очеревину зшивають у місцях мобілізації сечоводів;
3. На 4-5 см вздовж теніям та по передній поверхні нижньої частини кишки виконують розріз 4-5 см. Тампонують просвіт обох кінців кишки.
4. Через розріз проводять сечоводи і фіксують вузловими швами до стінки кишки, ззовні також до серозно-м'язового прошарку стінки кишки;
5. Подібно вшивають протилежний сечовід;
6. Трансанально вводять дренажну трубку до рани кишки, вільні кінці сечовідних катетерів виводять по рані до анального отвору. Катетери фіксують, а дренаж виводять.
7. Розріз кишки пошарово зашивають: слизову (непереривним швом), серозно-м'язовий та серозно-серозний прошарок (вузловими швами). Рекомендується ушивати кишку поперечно або повздовж.
8. Дренажі зазвичай не потрібні. Лапаротомну рану ушивають глухо.

У хворого на РСМ можливо використовувати анастомоз між кишкою та сечоводом тільки за нормального тонуусу верхніх СШ. У інших пацієнтів рекомендується виконувати УКС [26].

Ключовим хірургічним етапом УСС є створення анастомозу між сечоводами та кишкою з антирефлюксним механізмом захисту. Відомо, що антирефлюксна методика може попереджувати рефлюкс у 85% хворих [37,45].

Останнім часом вивчають та практично використовують імплантацію сечоводів за Уоллесом, що забезпечує низький рівень ускладнень як при інконтинентній, так і при континентній деривації сечі [10] (Таблиця 3).

Таблиця 3. Способи формування уретеро-кишкового анастомозу за Уоллесом

Назва	Типи анастомозу		Особливості техніка
	Уретеро-уретеральний	Уретеро-кишковий	
Уоллес-1	бік-в-бік, сечоводи розташовані паралельно	Кінець-в-бік	Спочатку медіальний край уретеро-уретерального анастомозують з $\frac{1}{2}$ кільцем кишкового отвору, потім латеральний край з $\frac{1}{2}$ кільцем
Уоллес-2	бік-в-бік, сечоводи розташовані паралельно	кінець-в-кінець	Сечоводи зшивають У-подібним методом

Уоллес-3	бік-в-бік, сечоводи розташовані протилежно від співустя	бік-в-бік	Міжсечовідне співустя зшивають з кишкою Т-подіним методом
----------	---	-----------	---

Також розроблена низка оригінальних антирефлюксних технік імплантації ізольованого сечоводу [2,10,25,28,45]:

- Техніка за Несбітом (кінець сечоводу косо розсікається та вшивається в кишку по типу кінець в бік);

- Техніка за Аболь-Енейна-Гонейма (поперечна дублікатура або екстрамуральний тунель);

- Техніка за Гудвіним-Гогенфеллером (утворення підслизового тунелю в кишковому сегменті);

- Техніка за Коком (ніпельний клапан в афферентному відрізку кишки);

- Техніка за Штудером (імплантація сечоводів у ізоперистальтичний сегмент кишки довжиною до 20 см);

- Техніка за Ле Дюк-Камеєм (розрізання слизової кишки з розташуванням сечоводу між кутами слизової з подальшою його фіксацією).

На жаль, антирефлюксний та антистенотичний механізм не досконалий, тому що імплантація за антирефлюксною методикою збільшує ризик обструкції сечоводів у порівнянні з прямим анастомозом [37,45].

1.5. Онкологічні результати цистектомії

За даними зарубіжної літератури РЦЕ - найкращий лікувальний радикальний метод для м'язово-інвазивного РСМ. Основні онкологічні показники у прооперованих хворих на РСМ представленні в таблиці 4 [41].

Таблиця 4. Онкологічні показники у хворих на м'язово-інвазивний РСМ після радикальної цистектомії з лімфаденектомією

Назва показника	Кількість, %
Середнє 5-річне канцер-специфічне виживання	66
Середній 5-річний безрецидивний перебіг	58
5-річне загальне виживання	66
Орган-обмежений рак* з N0	78
Орган-необмежений рак** з N0	47
Рак з N+-стадією	25
5-річне безрецидивне виживання	68
Орган-обмежений рак з N0	85
Орган-необмежений рак з N0	58
10-річне загальне виживання	43
Орган-обмежений рак з N0	56
Орган-необмежений рак з N0	27
Рак з N+-стадією	21

10-річне безрецидивне виживання	60
Орган-обмежений рак з N0	82
Орган-необмежений рак з N0	55
Локальний рецидив	
Орган-обмежений рак	4
Орган-необмежений рак	15,9
Метастазування	
Орган-обмежений рак	9,5
Орган-необмежений рак	19,2

*Орган-обмежений рак - $< pT3N0M0$, **Орган-необмежений рак - $\geq pT3N0M0$

ЦЕ дає змогу отримати 10-річне безрецидивне виживання від 50 до 60% пацієнтів та приблизно 45% 10-річного загального виживання [41,34,35,47,50]. У віковій групі ≥ 75 років, 3-річне виживання коливається між 33 та 66%, а 5-річне - між 8 та 58% [40].

На аутопсіях хворих на РСМ в чоловічій уретрі зустрічається рак *in situ* в 18-19% випадках. Локальний уретральний рецидив після ЦЕ сягає до 12% хворих в строки від 1 до 9 років від моменту ЦЕ [13,18]. Найбільш частіше РСМ рецидивує в перші 2 роки після РЦЕ [20].

1.6. Ускладнення цистектомії з уретерокутанеостомією та уретеросигмостомією

В Західних країнах покращення хірургічної техніки та сучасний периопераційний догляд значно зменшує частоту післяопераційних ускладнень ЦЕ з рівнем операційної летальності від 20% до $< 2\%$ [41]. В післяопераційному

лікуванні смертність збільшується з часом (30-, 60- та 90-денний післяопераційний період) демонструючи 1,1%, 2,4%, 3,9% відповідно [48].

До 9% всіх ЦЕ потребують трансфузії, середня крововтрата складає від 560 до 3000 мл [47,48].

Перше місце в структурі післяопераційних ускладнень займають інфекції [48]. Серед 320 пацієнтів з пухлинами СМ у (51,4%) виявлена супутня інфекція СШ з переважно колібацилярним збудником [19]. У хворих на РСМ частота сечової інфекції зростає з підвищенням ракової агресії [19]. Типові ускладнення [48] для ЦЕ представлені в Таблиці 5.

Таблиця 5. Ускладнення після ЦЕ в ранньому післяопераційному періоді

Назва ускладнення	Кількість, %
Інфекційні ускладнення	25
Кишкова непрохідність	23
Інфекція післяопераційної рани	15
Лімфоцеле	8,1
Тромбоемболія легеневої артерії	8
Неспроможність анастомозу	3

Важливі фактори, що впливають на результат ЦЕ: правильність діагнозу (відсутність недооцінки чи завищення стадії, особливо стану лімфатичної системи, локалізація пухлини); вік пацієнта; супутні захворювання пацієнта

(індекс коморбідності Чарльсона); досвід хірурга та його річний обсяг ЦЕ; передопераційна променева та хіміотерапія, 30-денний післяопераційний період [40,41]. Доведено [14], що статистично важливим єдиним фактором, який суттєво впливає на ризик післяопераційної смерті, є ускладнення, що потребують релапаротомії.

В Україні згідно стандарту лікування хворих на РСМ розраховані прогностичні показники ускладнень та летальності [22] (Таблиця 5).

Таблиця 6. Стандартні показники ускладнень та летальності згідно національного українського стандарту

Стадії РСМ	Ускладнення, %	Летальність, %
Стадія 0 (Tis-aN0M0) Стадія I (T1N0M0)	< 5	< 0,1
Стадія II (T2a-bN0M0)	< 5	< 0,1
Стадія III (T3a-bN0M0) (T4aN0M0)	< 10	< 2
Стадія IV T4bN0M0 T1-4N1-3M0 T1-4N0-3M1	< 15	< 4

Інтраопераційні ускладнення під час ЦЕ виявляють у 8% хворих [5] і всі вони відносяться до судинних (пошкодження клубових та стегнових судин). Приблизно 16% хворих помирає від ускладнень перитоніту в ранньому післяопераційному періоді після ЦЕ. Серед ранніх ускладнень в післяопераційному періоді після ЦЕ переважає загострення пієлонефриту (29%), пневмонія (8%), злукова кишкова непрохідність (8%). В подальшому після ЦЕ у 21% хворих діагностують пізні специфічні ускладнення: стриктура уретеро-кишкового анастомозу, метаболічний ацидоз та інші.

Найбільш гострим питанням якості життя залишається вибір адекватної деривації сечі. УКС та УСС властиві переваги: УКС є простим методом, що добре переноситься хворими після операції, а УСС дає можливість континентного відведення сечі («суха стома»). Незалежно від ускладнень, УКС та УСС представляють фізіологічні та анатомічні проблеми (Таблиця 7).

Таблиця 7. Специфічні клінічні недоліки та ризики уретерокутанеостомії (УКС) та уретеросигмостомії (УСС)

УКС	УСС
1. Необхідність постійного бандажу з резервуаром для сечі.	1. Нефізіологічний градієнт тиску у верхніх СШ та термінальному відділі товстого кишківника.
2. Часта або постійна катетеризація.	2. Ризик висхідного пієлонефриту та рефлюкс-уропатії.

3. Ризик прямого зовнішнього інфікування.	3. Розвиток метаболічних порушень (хронічний ацидоз, гіперхлоремія).
4. Стрикттури шкірно-сечовідного отвору.	4. Діарейний синдром.
5. Мацерація шкіри та ризик раку сечоводу чи шкіри?	5. Ризик розвитку пухлин кишківника.
6. Психологічний дискомфорт через наявність стоми.	

У післяопераційному періоді у хворих на РСМ виділяють дві групи ускладнень [49]:

- «дериваційні» (стомальні ускладнення, інфекції СШ, післяопераційні зміни СШ, ниркова недостатність);
- «недериваційні» (всі, що пов'язані з ЦЕ, за винятком дериваційних).

Після ЦЕ для оцінки хірургічних післяопераційних ускладнень та їх лікування загальноприйнятою є класифікація за Клав'еном-Діндо [36,38] (Таблиця 8).

Таблиця 8. Класифікація хірургічних ускладнень за Клав'еном-Діндо

Ступінь	Визначення
Ступінь 1	Будь-яке відхилення від нормального післяопераційного періоду без потреби фармакологічного

		лікування або хірургічної, ендоскопічної чи радіологічної інтервенції. Включає ранові інфекції, що дрениуються у ліжка хворого. Застосовуються ліки різних фармакологічних груп: антимиетики, антипіретики, анальгетики, електроліти, фізіотерапія.
Ступінь 2		Потребують фармакологічного лікування засобами, що не перераховані в Ступені 1. Цим хворим проводять також переливання крові та тотальне парентеральне харчування
Ступінь 3	Підгрупа	Потребують хірургічної, ендоскопічної або радіологічної інтервенції
	3А	Операція без наркозу
	3Б	Операція з наркозом
Ступінь 4	Підгрупа	Стани, що загрожують життю хворого і потребують лікування у відділенні інтенсивної терапії. Включають такі ускладнення зі сторони ЦНС як мозкові геморагії, інсульти, субарахноїдальні крововиливи. Не включають транзиторні ішемічні атаки.
	4А	Моноорганна дисфункція (включаючи діаліз)
	4Б	Поліорганна дисфункція
Ступінь 5		Смерть

"Д" додається до будь-якого ступеня, якщо у хворого ускладнення має місце під час виписки, тобто у хворого буде потреба в спостереженні і оцінці ускладнення

Порівняння УКС та УСС [12,7,15,49,51,54,56] представлено в таблиці 8.

Таблиця 8. Порівняння ускладнень після цистектомії з уретерокутанеостомією та уретеросигмостомією

Назва	УКС	УСС
Максимальний загальний показник ускладнень	≤ 60,9%	≤47,8%
Рання післяопераційна летальність	3,8%	5,4 - 40%
Повторні операції	2,4 - 11%	18,4%
Пієлонефрит	14,8 - 42,3%	19 - 50%
Стрикттури сечоводів	4 - 8,3%	33 - 50%

Як видно, ускладнення частіше (60,9%) виникають після УКС у порівнянні з УСС (47,8%).

Характерно, що хронічний висхідний пієлонефрит виникає майже однаково часто як після УКС (42%), так і після УСС (50%).

18,4% ускладнень УСС потребують повторної хірургічної операції, що є дещо вищим у порівнянні з УКС. Пряма імплантанція сечоводів у кишківник ускладнюється стриктурою значно частіше (33-50%), ніж при УКС (8,3%).

Специфічними ускладненнями РЦЕ з УСС є гіперхлоремічний та гіпокаліємічний ацидоз, який у віддаленому післяопераційному періоді спостерігають [15] майже у кожного другого прооперованого.

Пересадка сечоводу підвищує ризик розвитку пухлини в місці анастомозу: при УСС - в сигмоподібній кишці (до 10% хворих в 10-річний термін від ЦЕ мають аденокарциному сигми); при УКС також відомі випадки раку сечоводу [59].

Таким чином, як УКС так і УСС властиві дериваційні ускладнення. Слід зазначити, що в сучасній медичній літературі все менше аналізують класичні операції (уретерокутанеостомію та уретеросигмостомію), віддаючи значну увагу ортотопічній техніці. Та все ж таки УКС та УСС залишаються методом вибору в більшості спеціалізованих клініках.

Важливо підкреслити, що метод деривації сечі впливає не на онкологічні результати, а на якість життя хворого [60].

РОЗДІЛ 2. Матеріали та методи

2.1. Кількість хворих на РСМ

Ретроспективно з грудня 2004 року по березень 2009 року відібрано та проаналізовано 44 хворих на рак сечового міхура, що лікувалися в онкоурологічному відділенні та поліклініці Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру. 6 хворих не були включені до подальшого дослідження за відсутністю важливої для дослідження архівної стаціонарної чи амбулаторної документації.

Критеріями включення в аналіз були: первинний рак сечового міхура без метастазів; хірургічне лікування в обсязі цистектомії з уретерокутанео- чи уретеросигмостомією; повнота та доступність даних для аналітичної обробки.

У 38 хворих оброблено дані записів щоденників спостереження, передопераційних епікризів, протоколів операцій, анестезіологічних карт, довідок щодо стаціонарного лікування, патологоанатомічних та лабораторних аналізів.

Для визначення термінів диспансеризації та причини смерті використали дані Сумського обласного популяційного канцер-реєстру.

2.2. Загальна соціо-епідемічна характеристика хворих

Всі хворі проживали на території Сумської області: 63% - у сільській місцевості, 37% - у містах (Таблиця 9).

Жителі більшості районів Сумської області ввійшли до дослідження: з них 16% були з Конотопського району, по 8% - з Білопільського та Буринського, по 5% - з Сумського, Липоводолинського та Лебединського, 47% - з інших районів.

В когорті хворих з м. Суми було 13%, з м. Ромни - 5%, 72% - з інших регіонів.

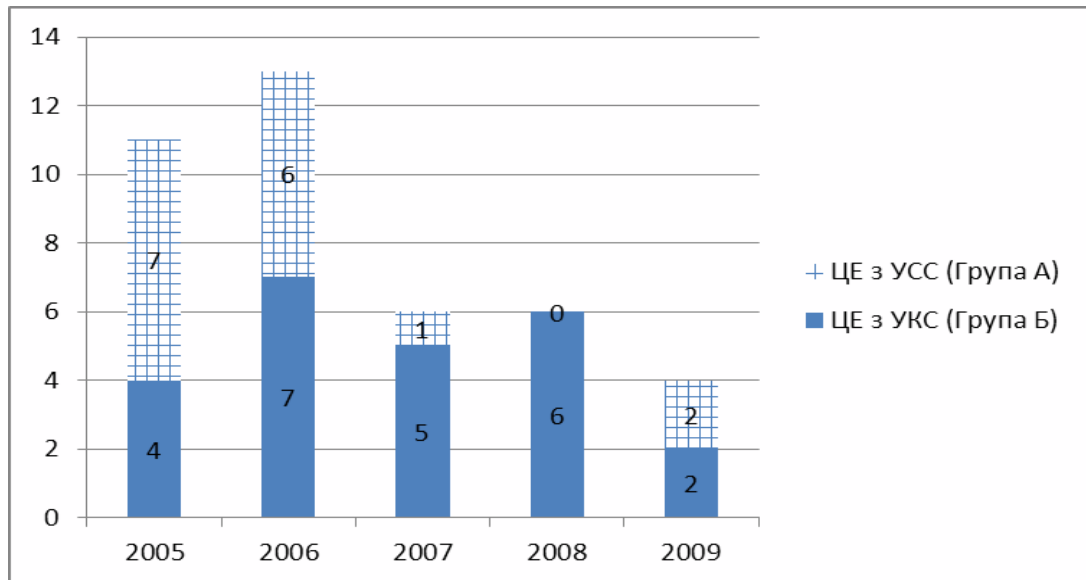
Таблиця 9. Розподіл хворих в географічному плані

Населення	Назва району чи районного центру	Абсолютна кількість (n=38)
Сільське	Конотопський	6
	Білопільський	3
	Буринський	3
	Л.Долинський	2
	Сумський	2
	Лебединський	2
	Тростянецький	1
	Недригайлівський	1
	Охтирський	1
	Велико-писарівський	1
	Сереньобудський	1
	Кролевецький	1
Всього		24
Міське	м. Суми	5
	м. Ромни	2
	м. Недригайлів	1
	м. Охтирка	1
	м. Путивль	1
	м. Ямпіль	1
	м. Краснопілля	1
	смт. Липова Долина	1
	м. Шостка	1
Всього		14

29 хворих (76%) були пенсіонерами, 5 (13%) - непрацюючі, 4(11%) - особи, що працювали, тобто загальна частка осіб працездатного віку - 24%.

Представлено щорічний обсяг втручань з УКС та УСС графічно (Графік 1).

Графік 1. Щорічна кількість цистектомій з уретерокутанео- чи уретеросигмостомією



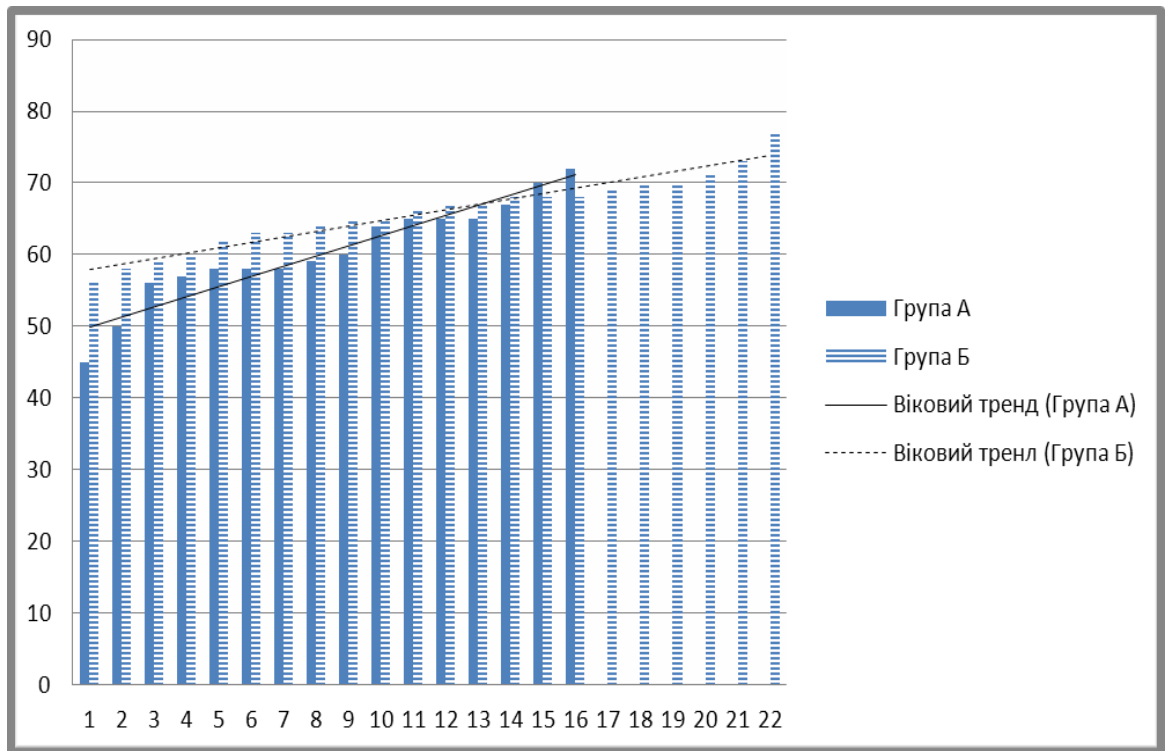
2.3. Клінічні данні двох груп хворих

Всі хворі поділені на дві групи: група А (хворі з УСС) та група Б (хворі з УКС).

Чоловіки з РСМ зустрічалися в 8,5 разів частіше, ніж жінки (34:4). В групі А всі хворі мали чоловічу стать, в групі Б - 18(82%) чоловіків, 4(18%) - жінок.

Графічно представлені вікові тренди двох груп. В групі А середній вік на момент госпіталізації склав 60,56 рік (від 45 до 72 років), в групі Б - 65,86 років (від 56 до 77 років). Середній вік у чоловіків в групі Б склав 66,44 років (від 56 до 77 років), у жінок - 63,25 років (від 60 до 66 років).

Графік 2. Співставлення вікових трендів двох груп



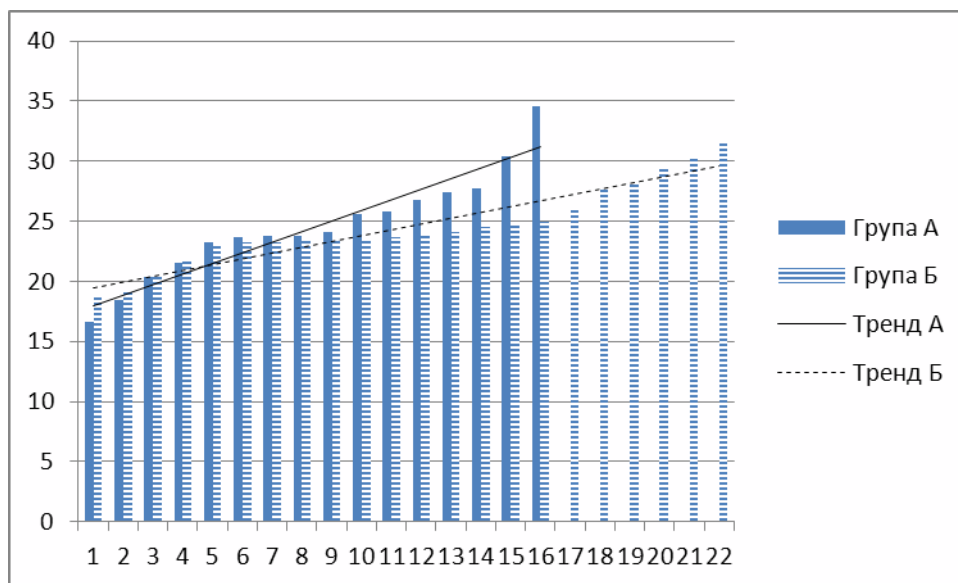
Основною причиною (у 76%) звернення хворих за лікарняною допомогою в обох група була періодична макрогематурія.

Таблиця 10. Клінічні симптоми РСМ

Симптом	Кількість % (n)
Гематурія	76 (29)
Часті сечовипускання	16 (6)
Біль в надлобковій ділянці та в проекції СМ	8 (3)
Інше (наявність епіцистостоми)	8 (3)
Біль в люмбальній ділянці	5 (2)
Помутніння сечі	3 (1)
Біль при сечовипусканні	3 (1)
Загальні скарги (слабкість)	3 (1)

Середній показник Кетеле для обох груп відповідав нормальній вазі - 24,55. В групі А зафіксовано середній індекс - 24,61 (від 16,6 до 34,6); у 8 хворих (50%) була надлишкова вага, у 5 - нормальна вага, у 2 - ожиріння 1 ступеня, 1 хворий мав дефіцит маси тіла (індекс - 16,6). В групі Б середній індекс - 24,49 (від 18,6 до 31,6); у 16 (73%) хворих виявлено нормальну вагу, у 4 (18%) - надлишкову вагу, у 2 (9%) - ожиріння 1 ступеню.

Графік 3. Розподіл індексу ваги тіла (індекс Кетеле) для двох груп



З анамнезу відомо (Таблиця 11), що у 8(21%) хворих до госпіталізації були оперативні урологічні втручання. Попередньо консервативно лікувалися 2 хворих з групи А та 1 хворий з групи Б в уролога з приводу сечокам'яної хвороби нирок.

Два хворих групи А з приводу РСМ перенесли резекцію органа; у 1 хворого при госпіталізації була епіцистостому; 1 хворий лікувався від сечокам'яної хвороби. В групі Б у 5(23%) хворих виявлено рецидив РСМ після часткової резекції СМ. У 2 хворих групи Б ургентно виконували епіцистостомію до ЦЕ, у 1 хворого - ТУР СМ.

Таблиця 11. Попередні урологічні операції у хворих на РСМ

Захворювання	Група А (n=4)	Група Б (n=5)
Ургентна епіцистостомія	1	2
Резекція СМ	2	2
ТУР СМ	-	1
Пієлотомія	1	-

Серед попередніх хірургічних захворювань (Таблиця 12) в групі А були у 2 хворих - гастротомія, у 1 - герніопластика. У 1 хворого в групі А був рак нижньої губи (T1N0M0). В групі Б 3 хворих перенесли операції (герніопластика, гастротомія та венектомія поверхневих вен нижніх кінцівок).

Таблиця 12. Хірургічний анамнез хворих на РСМ

Захворювання	Група А (n=4)	Група Б (n=3)	Всього (n)
Пахова грижа	1	1	2
Гастротомія та ушивання виразки	2	1	3
Видалення пухлини губи	1	-	1
Венектомія поверхневих вен нижніх кінцівок	-	1	1

Різні терапевтичні захворювання були діагностовані в обох групах, найчастіше виявляла серцево-судинна патологія. На ішемічну хворобу серця страждали 5(31%) хворих групи А та 18 (82%) групи Б. Також була виявлена інша патологія (Таблиця 13).

Таблиця 13. Супутні терапевтичні захворювання

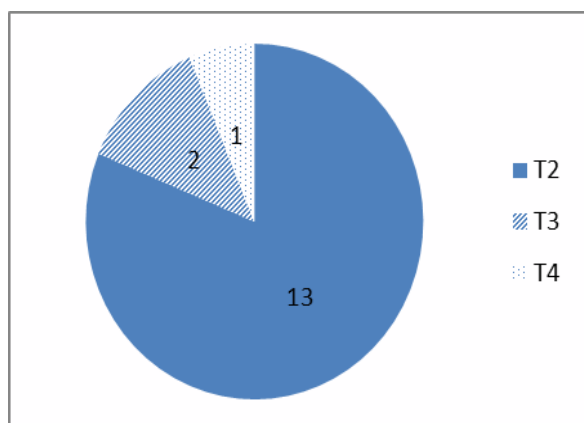
Захворювання	Група А	Група Б
<i>Судинно-серцеві</i>		
Ішемічна хвороба	5	18
Гіпертонічна хвороба	2	6
Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок	-	5
Церебральний атеросклероз	2	2
Аритмія	-	2
<i>Дихальні</i>		
Хронічний бронхіт	2	1
<i>Гастроентерологічні</i>		
Виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки	1	2
Хронічний гастрит	1	1
Хвороба Боткіна	-	1
Хронічний гепатит	-	1
Хронічний коліт	-	1
<i>Ендокринні</i>		
Еутиреоз	1	1
Діабет	-	1
<i>Інші</i>		
Остеохондроз хребта	2	-
Астеноневротичний синдром	1	-

2.4. Характеристика пухлин

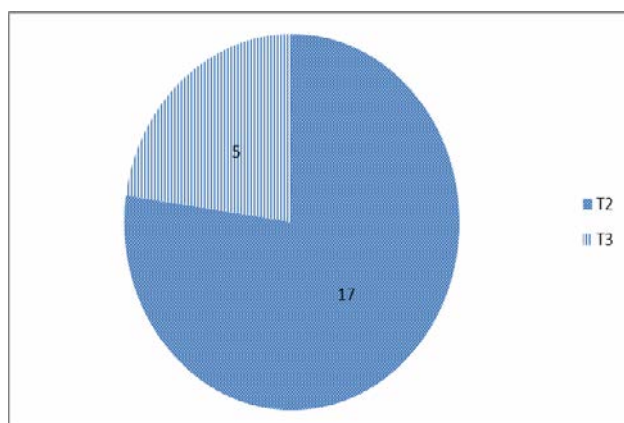
У всіх хворих була перехідноклітинна форма РСМ. В групі А у 13 (81%) хворих визначено сТ2N0M0, у 2 - сТ3N0M0 та у 1 - сТ4N0M0. В групі Б у 17 (77%) хворих була сТ2N0M0, у 5 - сТ3N0M0 (Гістограми 1 та 2). Розмір пухлин в групі А був в середньому 3,08 см (від 1,5 до 5 см), в групі Б - 3,9 см (від 1 до 6

см). Ні клінічно, ні інструментально метастази в обох групах не виявлено. В групі А у 6 (50%) пухлини проростали мультифокально, у групі Б - 3(14%). В групі А переважали (31%) дифузні пухлини, тоді як в групі Б найчастіше пухлини локалізувалися на бічній стінці міхура (36%) (Таблиця 14). Проростання в простату виявлено у одного хворого (6%) в групі А.

Гістограма 1. cT-стадії групи А



Гістограма 2. cT-стадії групи Б



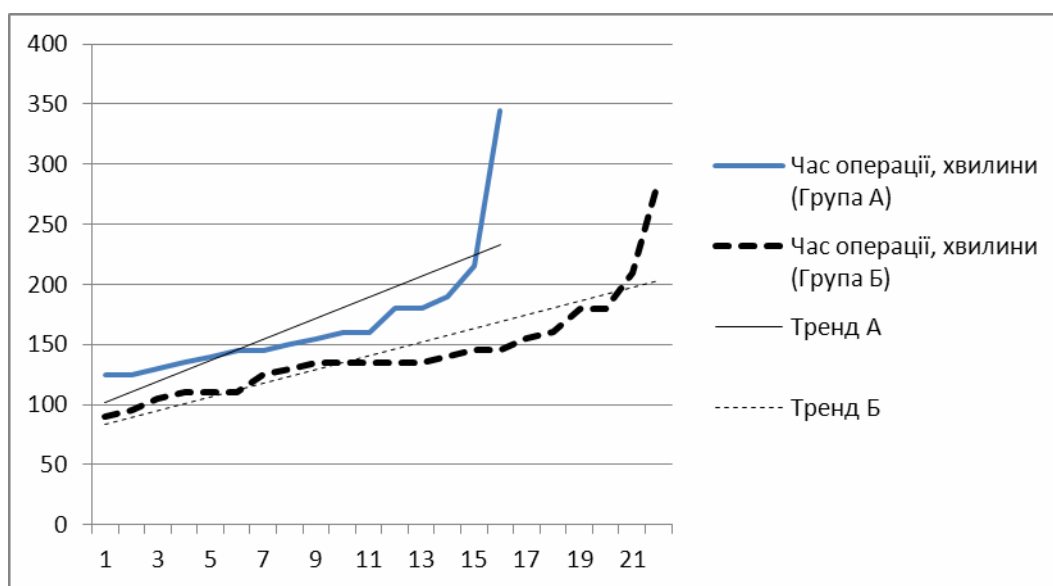
Таблиця 14. Локалізація пухлин на слизовій СМ

Локалізація пухлини	Група А (n), %	Група Б (n), %
Дифузна (С 67.8)	5	2
Трикутник Л'єто (С 67.0)	4	5
Передня стінка (С 67.3)	2	-
Бічна стінка (С 67.2)	2	8
Задня стінка (С 67.4)	-	3
Шийка (С 67.5)	2	4
Невизначена (С 67.9)	1	-

РОЗДІЛ 3. Результати

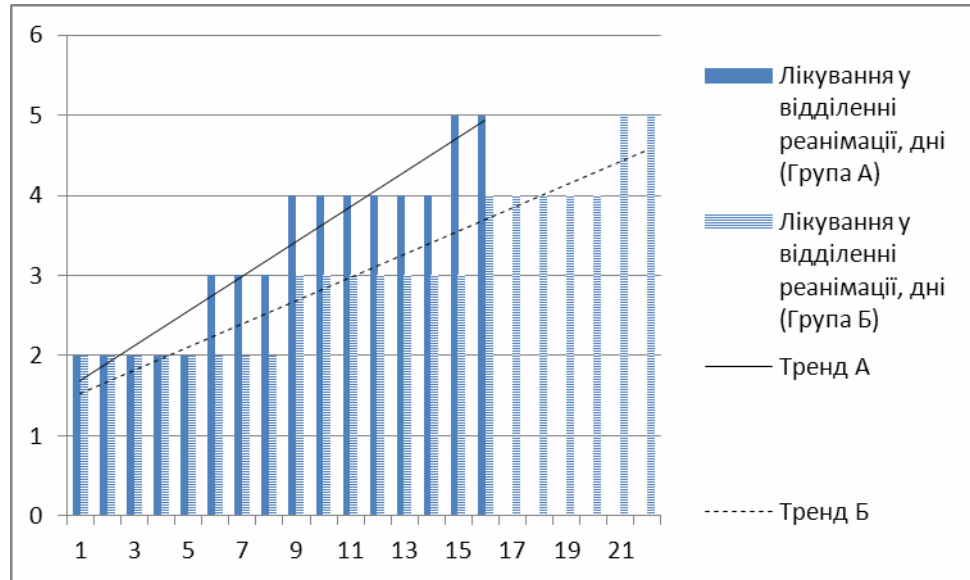
Всі хворі були прооперовані завідуючим відділенням, тільки один хворий - іншим онкохірургом. В хірургічній асистенції приймали участь 5 онкохірургів онкоурологічного відділення. Середній операційний час для групи А склав 167,5 хвилин (від 125 до 345 хвилин), для групи Б - 143,18 хвилин (від 90 до 285 хвилин) (Графік 4).

Графік 4. Операційний час для двох груп

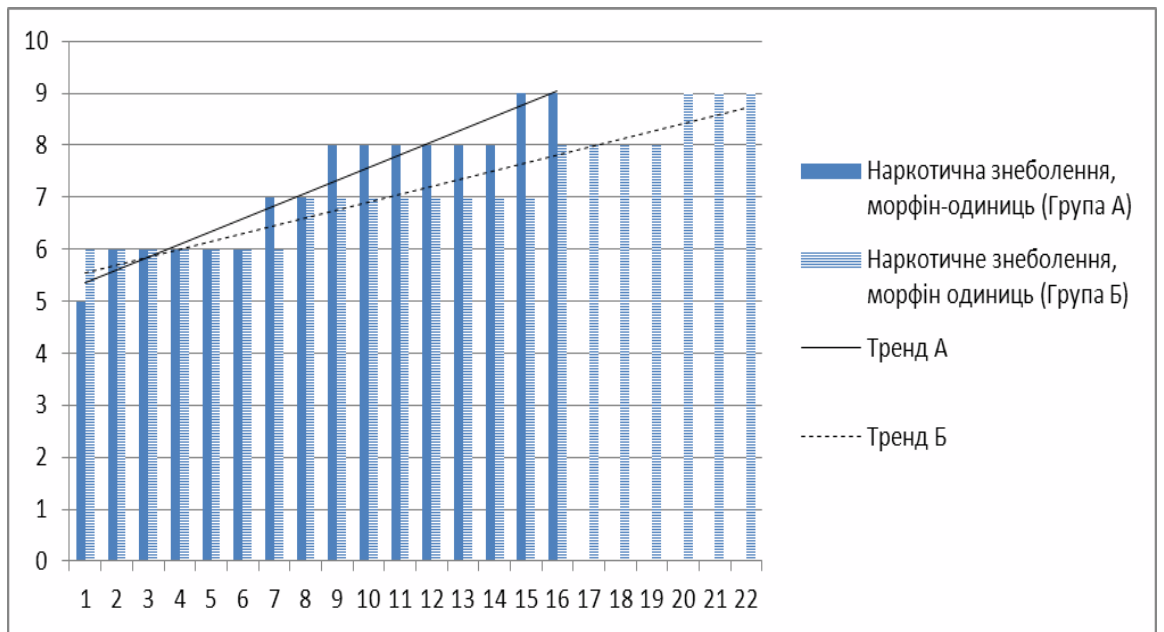


В післяопераційний період у відділенні реанімації та інтенсивної терапії в групі А хворі провели в середньому 3,31 днів (від 2 до 5 днів) проти 3,04 днів (від 2 до 5 днів) в групі Б (Графік 5). За весь період стаціонарного лікування в групі А використали в середньому 7,19 одиниць-морфіну (від 5 до 9 одиниць-морфіну) проти 7,15 одиниць-морфіну (від 6 до 9 одиниць-морфіну) для хворих групи Б (Графік 6).

Графік 5. Тривалість перебування хворих на РСМ після РЦЕ у відділенні реанімації



Графік 6. Наркотичне знеболення у хворих на РСМ



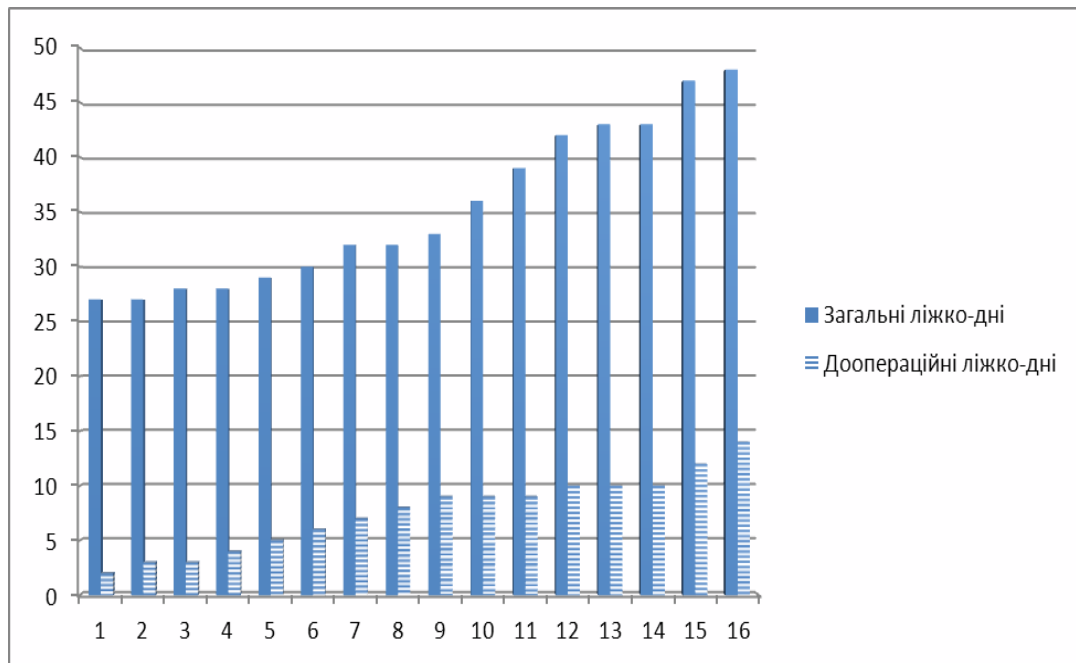
В післяопераційному періоді у 2 (12,5%) хворих з групи А виконано терміново хірургічні операції за показаннями: з приводу шлунково-кишкової кровотечі, яку зупинили гастромією з ушиванням судини та у зв'язку з

гострим орхітом (видалено праве яєчко). У хворих групи Б термінових операційних втручань не було.

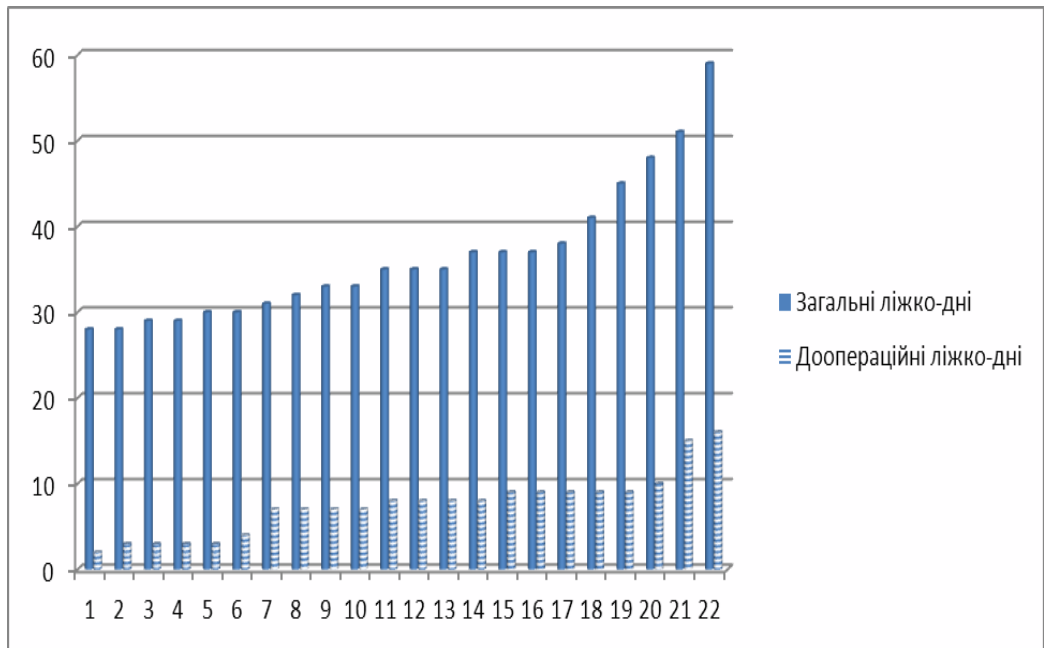
Згідно всеукраїнських рекомендацій щодо лікування хворих на РСМ незалежно від стадії раку [22] середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування складає 5 діб, а середній термін перебування в стаціонарі - 18 діб.

В нашій когорті хворих ці строки були більшими: в групі А - 7,56 доби (від 2 діб до 14 діб) та 35,25 діб (від 27 діб до 48 діб), в групі Б - 7,45 діб (від 2 діб до 16 діб) та 36 діб (від 28 діб до 59 діб), відповідно передопераційні та загальні ліжко дні (Графіки 7-9).

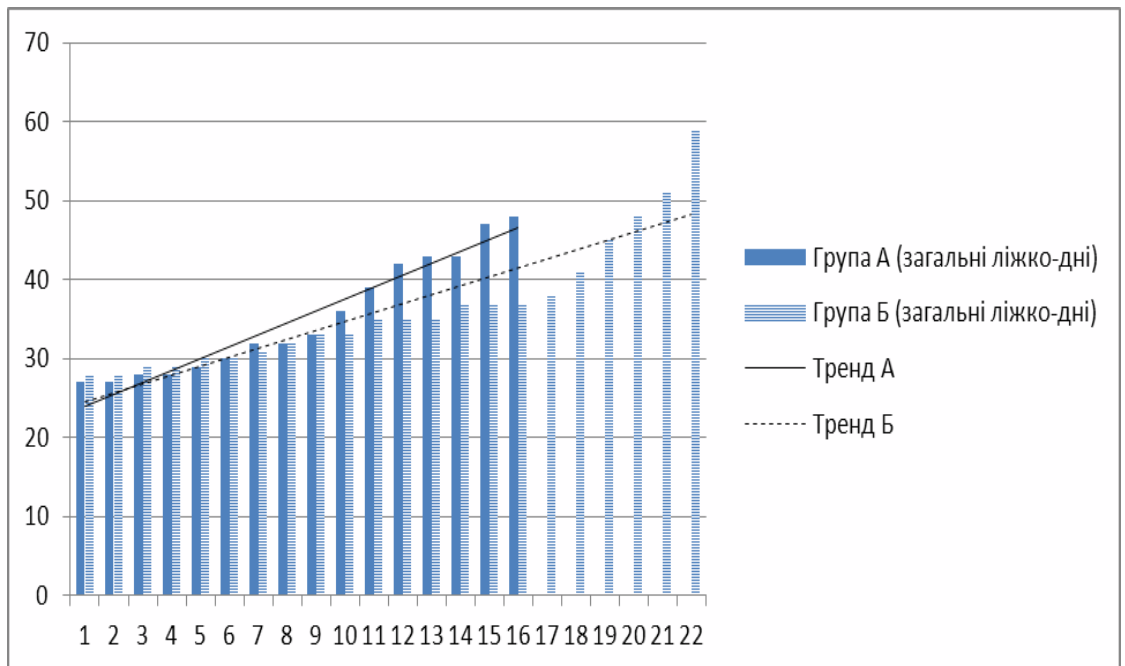
Графік 7. Стаціонарні ліжко-дні для групи А



Графік 8. Стаціонарні ліжко-дні для групи Б



Графік 9. Порівняння груп за загальними показниками ліжко-днів



В основних показниках гемограми та біохімії хворих на РСМ виявлено (Таблиця 15-16), що значимої різниці між показниками не було. В групі А тільки одному хворому за час передопераційної підготовки зробили переливання компонентів крові (200мл плазми), в інтраопераційному періоді у

7 (44%) хворих стан вимагав трансфузію - в середньому 245 мл плазми крові (від 150 мл до 490 мл), у одного хворого виконали трансфузію 200 мл еритроцитарної маси. В післяопераційному спостереженні 5 хворих (31%) введено в середньому 524 мл плазми, у двох з п'яти хворих також введено додатково 1090 мл та 650 мл еритроцитарної маси.

В групі Б для корекції гемодинамічних змін двом хворим перелили 175 та 960 мл еритроцитарної маси, ще у одному - 860 мл плазми. Інтраопераційно в більш ніж половини хворих (12 (55%)) введено в середньому 225 мл плазми (від 150 мл до 300 мл), у двох з них перелито 273 мл та 200 мл еритроцитарної маси. Після операції у 8 хворих (36%) перелито в середньому 241 мл плазми (від 150 мл до 550 мл), у чотирьох з них додатково ввели 390 мл, 980 мл, 200 мл та 889 мл еритроцитарної маси; окремо у одного хворого введено 320 мл еритроцитарної маси.

Таблиця 15. Основні показники аналізу крові у хворих на РСМ

Показник	Гемоглобін крові, г/л		Еритроцити крові, $10^{12}/л$		Лейкоцити крові, $10^9/л$	
	Передопер.	Післяперац.	Передопер.	Післяперац.	Передопер.	Післяперац.
Група А	125,19 (86-150)	111,36 (90-138)	3,79 (2,56-4,55)	3,42 (2,69-4,12)	9,81 (4-16,8)	9,85 (3,98-15,9)
Група Б	114,14 (78-146)	104,27 (66-142)	3,45 (2,35-4,22)	3,2 (2,04-4,29)	9,36 (4-17,3)	10,05 (4-19,2)

Таблиця 16. Основні показники біохімії у хворих на РСМ

Показник	Протеїнемія, г/л		Сечовина крові, ммоль/л	
	Передопер.	Післяопер.	Передопер.	Післяопер.
Група А	69,75 (65-78)	60,47 (50-72)	6,88 (1,32-10)	8,21 (5,1-14)
Група Б	73,1 (62-90)	61,86 (48-78)	6,91 (5,2-10,9)	7,99 (5,1-20,2)

Загальне виживання хворих двох груп представлено на Графіку 10. В групах 2 хворих нез'явилися на диспансерні медичні огляди, тому вони були виключені з дослідження строків виживання. Диспансеризація враховувалась з січня 2005 року до січня 2012 року (7 років).

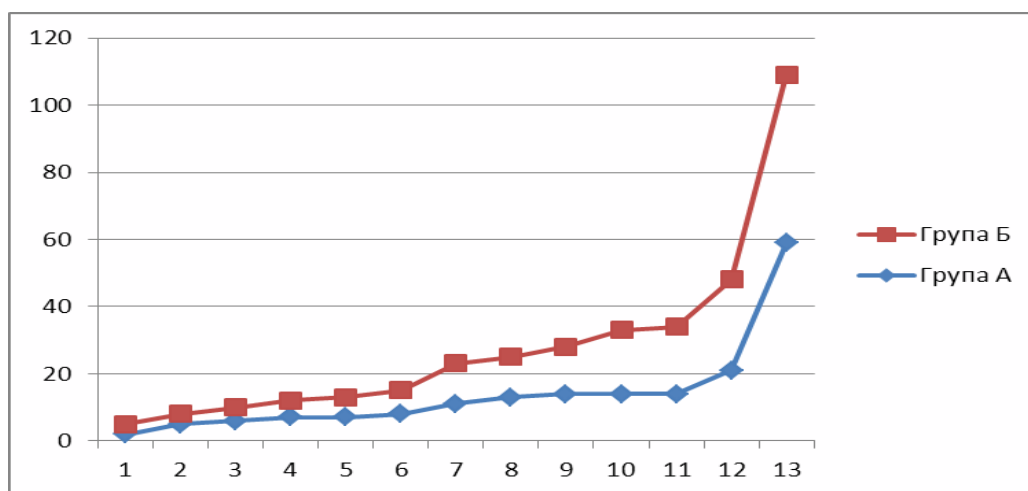
2 (13%) хворих з 15 в групі А були живі, вони мали 36- та 74-місячне виживання після радикальної ЦЕ.

Для групи А середній строк виживання становив 14 місяців (від 2 до 59 місяців). 13 (87%) хворих померли від раку СМ після радикальної ЦЕ: серед померлих 90-денне загальне виживання склало 93% (14 хворих), загальне 1-річне - 53%(8), загальне 3-річне - 13%(2), загальне 5-річне - 13%(2).

В групі Б виявлено 8 (38%) хворих, які мали активну диспансеризацію до січня 2012 в середньому зі строком 58 місяців.

13 (62%) хворих померли, 12 з них померли від раку СМ, 1 - від неракової причини. Середній строк виживання в групі Б склав 14 місяців (від 3 до 50 місяців), 90-денне загальне виживання було 90% (19 хворих), загальне 1-річне - 62%(13), загальне 3-річне - 38%(8), загальне 5-річне - 38%(8).

Графік 10. Загальне виживання (в місяцях) прооперованих хворих, що померли



ВИСНОВКИ

1. Уретерокутанеостомія та уретеросигмостомія є основними операціями для відведення сечі у хворих на РСМ зі стадіями T2-4N0M0 і в спеціалізованих клініках продовжують конкурувати з ортотопічними методиками.
2. За даними літературних джерел більше ускладнень при використанні УКС (до 61%), ніж після УСС (до 48%). Але «дериваційні» ускладнення (пієлонефрит, стриктури сечоводів) більш характерні для УСС.
3. Тривалість операцій дещо більша у хворих при УСС (2,8 години в середньому), ніж при УКС (2,4 години).
4. УСС в безпосередньому післяопераційному періоді ускладнилася шлунковою кровотечею (1 хворий) та орхітом (1 хворий).
5. Загальне 5-річне виживання вище у хворих після УКС - 38%, ніж з УСС - 13%.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Обов'язковим до практичного введення є визначення геріатричного статусу хворого та всебічне обстеження з КТ, МРТ, а також передопераційною ендоскопією (цистоскопія, колоноскопія).
2. Перед цистектомією найважливіше знайти згоду з пацієнтом за допомогою детального інформування щодо принципів реконструкції пасажу сечі можливих майбутніх наслідків.
3. Принципом «краща операція, яку найкраще вмію робити» не є сучасним, тому класичні операції мають результат при «досконалому» відборі пацієнтів.
5. УКС добре переноситься пацієнтами з порушенням уродинаміки верхніх СШ та тяжкими супутніми захворюваннями. Лікуючий хірург може розглядати ортотопічне відведення сечі як другий етап після УКС.
6. УСС краще робити для пацієнтів з нормальним станом верхніх сечових шляхів.
4. Все ширше обговорення обсягу радикальності ЦЕ дозволяє практично обмежити агресивність операції, використовуючи інтраопераційні гістологічні експрес-методи з метою виявлення проростання раку в передміхурову залозу, уретру у чоловіків чи матку, уретру чи стінки піхви у жінок.
5. На практиці УКС можливо модифікувати в трансуретеро-уретеростомію або уретероілеоанастомоз по типу операції Бріккера з виведенням на шкіру єдиної стоми.
6. УСС треба виконувати завжди з антирефлюксним механізмом. Потрібно дотримуватися двох правил. По-перше, антирефлюксна реімплантація сечоводів у кишку (за Уоллесом). По-друге, пересадка сечоводів рекомендується зі створенням двох анастомозів: починати з уретеро-ілеоанастомозу на

ізолюваному сегменті кишки аналогічно операції Бріккера, а закінчувати з'єднанням сегменту тонкої кишки з сигмоподібною кишкою.

7. В безпосередній післяопераційний період (30-, 60- та 90-денний) прооперовані хворі на РСМ мають високі показники летальності та ускладнень, тому доцільно вести в динаміці максимально інтенсивну диспансеризацію або за потребою госпіталізацію в спеціалізовану клініку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексеев Б. Я. Рецензия на статью Д.Т. Гоцадзе, В.Т. Чакветадзе, Э.В. Данелия «Цистэктомия с сохранением предстательной железы и семенных пузырьков» / Алексеев Б. Я. // Онкоурология. - 2006. - №1. - С.34-37.
2. Велиев Е.И. Проблема отведения мочи после радикальной цистэктомии и современные подходы к её решению / Велиев Е.И., Лоран О.Б. // Практическая онкология. - 2003. - Т. 4. - № 4 – С.231-234.
3. Возіанов О.Ф. Епідеміологічні особливості раку сечового міхура в Україні / Возіанов О.Ф., Пасечніков С.П., Сайдакова Н.О., Павлова Л.П. // Урологія. - 2004. - № 1. - С.30-34.
4. Возіанов О.Ф. Деривація сечі після цистектомії / Возіанов О.Ф., Стаховський Е.О. // Урологія. - 2000. - №3. - С.38 - 41.
5. Возіанов С.О., Борис Ю.Б., Шеремета Р.З., Борис Б.Ю., Боржієвський А.Ц., Журавчак А.З. // Урологія. - 2004. - №2. - С.40-43.
6. Гарагатий І.А. Ортопідчна неоцистопластика: морфофункціональне обґрунтування вибору способу хірургічного втручання. Автореферат дисертації доктора медичних наук. - Київ. - 2008. - 29 с.
7. Глыбочко П.В. Качество жизни и отдаленные результаты радикальной цистэктомии у больных с раком мочевого пузыря / Глыбочко П.В., Понукалин А.Н., Митряев Ю.И., Галкина Н.Г. // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2008 (июль-сентябрь). - №3(21). - С. 97 -101.
8. Городецька А. XII З'їзд онкологів України - найвизначніша подія вітчизняної онкології в 2011р. / Городецька А. // Клиническая онкология. - 2011. - № 4(4). - С.8-12.

9. Гоцадзе Д.Т. Цистэктомия с сохранением предстательной железы и семенных пузырьков / Гоцадзе Д.Т., Чакветадзе В.Т., Данелия Э.В. // Онкоурология. - 2006. - №1. - С.29-34.

10. Даренков С.П. Современные способы формирования прямого уретероинтестинального соустья при кишечном замещении мочевого пузыря / Даренков С.П., Оччархаджиев С.Б. // Хирургия. - 2008. - №11. - С.67-70.

11. Клінічний протокол санаторно-курортного лікування новоутворень, злоякісних новоутворень, доброякісних новоутворень. Наказом МОЗ України від 06.02.2008 № 56. - С.1-6.

12. Комяков Б.К. Отдаленные результаты радикальной цистэктомии / Комяков Б.К., Новиков А.И., Фадеев В.А. и др. // Материалы II Конгресса Российского общества онкоурологии, 4-5 октября 2007г., г. Москва. С.89-90.

13. Красный С.А. Новый метод формирования континентного гетеротопического резервуара после цистэктомии / Красный С.А., Суконко О.Г., Поляков С.Л. // Онкоурология. - 2005. - №1. - С.35-41.

14. Красный С.А. Анализ причин ранней смертности после радикальной цистэктомии: 30-дневная летальность / Красный С.А., Суконко О.Г., Ролевич А.И. и др. // Онкоурология. Материалы IV Конгресса Российского общества онкоурологов, 1-2 октября 2009, Москва. - С.97-98.

15. Лопаткин Н.А. Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря / Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышев И.В. и др. // Урология. - 2003. - №4. - С.3-8.

16. Манагадзе Л.Г. Оперативная урология. Классика и новации / Манагадзе Л.Г., Лопаткин Н.А., Лоран О.Б. и др. / Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2003. - 740 с.

17. Матвеев В.Б. Деривация мочи после цистэктомии у больных раком мочевого пузыря (Доклад) / Матвеев В.Б., Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Камолов Б.Ш. // Вестник Московского онкологического общества. - 2005. - №516(3). - С.3.

18. Матвеев Б.П. Рак мочевого пузыря / Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. — Москва. — «Вердана», 2001. — 243 с.

19. Молчанов Р.М. Інфекція сечових шляхів у хворих з пухлинами сечового міхура / Молчанов Р.М. // Урологія. - 2004. - №1. - С.35-38.

20. Петров С.Б. Радикальная цистэктомия как основной метод лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (показания, особенности техники, профилактика осложнений) / Петров С.Б., Левковский Н.С., Король В.Д. и др. // Практическая онкология. - 2003. - Т. 4, № 4 – С.225-230.

21. Рекомендації з діагностики, лікування раку сечового міхура без інвазії в м'язевий шар. Наказом МОЗ від 15.06.2007 р. № 330. - С.1-3.

22. Стандартне лікування раку сечового міхура. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 17.09.2007 № 554. - С. 1-8.

23. Стаховський Е.О. Цистектомія за життєвими показаннями / Стаховський Е.О., Вукалович П.С., Стюпушкін С.П. та ін. // Урологія. - 2005. - №4. - С.35 - 38.

24. Тилляшайхов М.Н. Сравнительная характеристика результатов деривации мочи после радикальной цистэктомии путем формирования толстокишечного кондуита и модифицированной уретеросигмостомии / Тилляшайхов М.Н., Абдурахманов Д.К., Шукруллаев Ш.А. и др. // Экспериментальная и клиническая урология. - 2010. - №4. - С.25-29.

25. Чухриенко Д.П. Атлас урогинекологических операций / Д.П. Чухриенко, А.В. Люлько, Н.Т. Романенко. — Киев, 1981. - 344 с.

26. Шипилов В.И. Рак мочевого пузыря / Шипилов В.И. М.: Медицина, 1983. - 192 с.

27. Широкоград В.И. Методы деривации мочи после цистэктомии (Доклад) / Широкоград В.И., Колесников Г.П., Леонов О.В. // Вестник Московского онкологического общества. - 2005. - №516(3). - С.2 - 3.

28. Abol-Enein H. A novel uretero-ileal reimplantation technique: the serous lined extramural tunnel. A preliminary report / Abol-Enein H., Ghoneim M.A. // J. Urol. - 1994. - №151. - P.1427-1432.

29. Abol-Enein H. Lymph node involvement in patients with bladder cancer treated with radical cystectomy : a patho-anatomical study - a single center experience / Abol-Enein H., El-Baz M., Abd El-Hameed M. et al. // J. Urol. - 2004. - №172. - P.1818-1821.

30. Ahlering T.E. Indication for urethrectomy in men undergoing single stage radical cystectomy for bladder cancer / Ahlering T.E., Lieskovsky G., Skinner D.G. // J. Urol. - 1984. - №131. - P.657-659.

31. Bellmunt J. Bladder cancer: ESMO Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / Bellmunt J., Orsola A., Maldonado X., Kataja V. // Annals of Oncology. - 2010. №21 (Supplement 5) - P. 134-136.

32. Bladder Cancer Management Guidelines. Deep Muscle Invasion (T2b), Perivesical Fat (T3), or Prostate Glandular Involvement (T4a). British Columbia Cancer Agency.

<http://www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/Genitourinary/Bladder/Management/DeepMuscleInvasion.htm>

33. Chang S.S. Preservation of the anterior vaginal wall during female radical cystectomy with orthotopic urinary diversion: technique and results / Chang S.S., Cole E., Cookson M.S. et al. // J. Urol. – 2002. – Vol. 168. – P. 1442-1445.

34. Colombo R. Editorial comment on: defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology / Colombo R. // Eur. Urol. - 2009. - №55. - P.175-176.

35. Cookson M.S. Complications of radical cystectomy for nonmuscle invasive disease: comparison with muscle invasive disease / Cookson M.S., Chang S.S., Wells N. et al. // J. Urol. - 2003. - №169 - P.101-104.

36. Dindo D. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey / Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. // Ann. Surg. - 2004 Aug. - №240(2). - P. 205-213.

37. Dioen B.J. Continent orthotopic urinary reconstruction after cystectomy / Dioen B.J. // Contemporary Urol. – 1999. – №5. – P. 55-60.

38. El Mekresh M.M. Double folded rectosigmoid bladder with a new ureterocolic antireflux technique / El Mekresh M.M., Hafez A.T., Abol-Enein H. et al. // J. Urol. - 1997. - №157. - P.2085-2089.

39. Fisch M. The sigma rectum pouch (Mainz pouch II) / Fisch M., Wammack R., Hohenfellner R. // World J Urol // 1996. - №14. - P.68-72.

40. Froehner M. Complications following radical cystectomy for bladder cancer in the elderly / Froehner M., Brausi M.A., Herr H.W. et al. // European urology. - 2009 Sep. - №56 (3). - P.443-454.

41. Gschwend J.E. Indications and oncologic outcome of radical cystectomy for urothelial bladder cancer / Gschwend J.E., Retz M., Kuebler H., Autenrieth M. // European Urology Supplements. - 2010. - №9. - P.10-18.

42. Hautmann R.E. Cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: results of a surgery in bladder cancer / Hautmann R.E., Gschwend J.E., de Petriconi R.C. et al. // *Nat Clin Pract Urol.* - 2007. - №4. - P.542-549.

43. Henkel T.O. Ureteral laparoscopic surgery / Henkel T.O., Rassweiler J., Alken P. // *Ann Urol (Paris).* - 1995. - №29(2). P.61-72.

44. Jiminez V.K., Marshall F.F. Surgery of bladder cancer // *Campbells Urology*, 8th ed. / Walsh P.C., Retic A.B., Vaughan E.D., Wein A.J., eds. – Philadelphia: W.B. Saunders, 2002. – Chapter 79.

45. John B.D. Choosing a continent urinary diversion / John B.D. // *Contemporary Urol.* – 1999. – №2. – P. 19-32.

46. Kessler T.M. Clinical indications and outcomes with nerve-sparing cystectomy in patients with bladder cancer / Kessler T.M., Burkhard F.C., Studer U.E. // *Urol. Clin. North.Am.* — 2005 May. - №32(2). - P.165 - 175.

47. Lawrentschuk N. Prevention and management of complications following radical cystectomy for bladder cancer / Lawrentschuk N., Colombo R., Hakenberg O. et al. // *European Urology.* - 2010. - №57. - P.983-1001.

48. Liedberg F. Early complications and morbidity of radical cystectomy / Liedberg F. // *European Urology Supplements.* - 2010. - №9. - P.25-30.

49. Martini T. Complications in uretero-ureterocutaneostomies: an update / Martini T., Seitz C., Comploj E. et al. // *Debates on Blader Cancer.* - 2009. - №1(2). - P.1-6.

50. Meyer J.P. A three-centre experience of orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: revisiting the initial experience? and results in 104 patients / Meyer J.P., Blick C., Arumainayagam N., et al. // *BJU Int.* - 2009. - №103. - P.680-683.

51. Minervini R. Total cystectomy and ureterosigmoidostomy for carcinoma of the bladder / Minervini R., Carlino F., Fiorentini L. // Eur. Urol. -1983. - №9(2). - P.80-83.

52. Nakamura E. Retroperitoneoscopic ureterocutaneostomy for obstructive uropathy with advanced bladder cancer: a case report / Nakamura E., Terachi T., Kamoto T. et al. // Int J Urol. - 2002 Jan. - №9(1). - P.60-62.

53. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Guidelines. (www.nccn.org)

54. Pycha A. Comparison of complications in three incontinent urinary diversions / Pycha A., Comploj E., Martini T. et al. // European Urology. - 2008. - №54. - C.825-834.

55. Roth B. The role of lymphadenectomy in radical cystectomy / Roth B., Burkhard F.C. // European Urology Supplements. - 2010. - №9. - P.19-24.

56. Saidi A. Cystectomie et conservation prostatique : résultats fonctionnels et carcinologiques à long terme. A propos de 25 cas / Saidi A., Nahon O., Daniel L. et al. // Progrès en Urologie. - 2004. - №14. - P.172-177.

57. Saint F. Curage ganglionnaire et cystectomie / Saint F. // Progrès en Urologie. 2005. - №15. - P. 1095-1098.

58. Schumacher M.C., Jonsson M.N., Hosseini A. Surgery-related complications of robot-assisted radical cystectomy with intracorporeal urinary diversion / Schumacher M.C., Jonsson M.N., Hosseini A. // Urology. - 2011 Apr. - №77(4). - P.871-876.

59. Sekine S. Squamous cell carcinoma of the ureter as a late complication of ureterocutaneostomy - a case report / Sekine S., Sakurai S., Ito M. // Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi. - 1995 Aug. - №86(8). - P.1402-1405.

60. Stenzl A. Muscle-invasive and metastatic bladder cancer / Stenzl A., Witjes J.A., Cowan N.C. // Pocket Guidelines. European Association of Urology 2011 Edition. - P.354.

61. Walsh P.C. Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention / Walsh P.C., Donker P.J. // J. Urol. — 1982. - №128. - P.492.

63. Whitmore Jr W.F. Radical cystectomy for cancer of the bladder / Whitmore Jr W.F., Marshall V.F. // J. Urol. - 1962. - №87. - P. 853-858.

ДОДАТОК 1. Міжнародна TNM класифікація раку сечового міхура.
Витяг з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 червня 2007 р. N
330.

TNM класифікація 2002. СЕЧОВИЙ МІХУР. Код МКХ-10: С 67.0-9

T - (первинна пухлина)

Tx Первинну пухлину оцінити неможливо

T0 Первинна пухлина відсутня

Ta Неінвазивна папілярна карцинома

Tis Карцинома in situ: ("плоска пухлина")

T1 Пухлина проростає субепітеліальну сполучну тканину

T2 Пухлина проростає в м'язевий шар

T2a внутрішня половина (пухлина поширюється на поверхневий
м'язовий шар)

T2b зовнішня половина (пухлина поширюється на глибокий м'язовий
шар)

T3 Пухлина проростає в біляміхурову тканину

T3a мікроскопічно

T3b макроскопічно (екстравезикальні маси)

T4 Пухлина проростає в: простату, матку, піхву, стінку тазу черевну
стінку

T4a простата, матка, піхва

T4b стінка тазу, черевна стінка

N - (лімфатичні вузли)

Nx Регіонарні лімфовузли неможливо оцінити

N0 Регіонарні лімфовузли без метастатичного ураження

N1 Один вузол до 2 см

N2 Один вузол від 2 см до 5 см, множинні вузли до 5 см Mx

N3 Понад 5 см

M - (віддалені метастази)

Mx Віддалені метастази неможливо оцінити

M0 Віддалені метастази відсутні

M1 Віддалені метастази наявні

ГІСТОЛОГІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ СТУПЕНЮ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ

(WHO та міжнародний патологічний консенсусний комітет, 1988)

Gx ступінь диференціації визначити неможливо

G1 добре диференційована

G2 помірно диференційована

G3-4 погано диференційована/недиференційована

РЕФЕРАТ

Магістерська робота: 62 сторінок, 16 таблиц, 10 графіків, 1 додаток, 63 літературних джерела.

