

## ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННОГО И РЕЦИДИВНОГО ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

© П.И. Чумаков

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ставрополь)

Хирургическое устранение ятрогенного пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) представляет сложную проблему в урологии. Причинами возникновения ПМР после уретероцистонеоанастомоза являются несовершенство методики операции, технические погрешности ее исполнения, широкий тазовый отдел пересаживаемого в мочевой пузырь мочеточника. По данным различных авторов, ятрогенный ПМР через новое мочеточниково-пузырное соединение в послеоперационном периоде обнаруживаются в 9–37,5 % случаев. Выраженные рубцовые изменения в области соединения пересеченного мочеточника с мочевым пузырем, захватывающие околопузырное пространство и тазовый отдел мочеточника, служат техническим и эмоциональным барьером, который предстоит преодолеть хирургу при выполнении антирефлюксной операции. Положительный результат хирургического лечения ятрогенного ПМР отмечается не более чем в 40 %. Нередко выполняют нефруретерэктомии из-за невозможности в условиях рубцовых изменений тканей провести реконструктивную операцию. В случаях ятрогенного ПМР мы используем операцию внутрипузырной пластики устья мочеточника (изобретение Патент РФ № 2140210 от 27.11.99) уже на протяжении более 15 лет. При ятрогенном или рецидивном ПМР разрезом слизистой мочевого пузыря, окаймляющим рефлюксирующее устье мочеточника, в направлении контрлатерального устья выкраиваем лоскут, из которого формируем искусственный внутрипузырный отдел мочеточника, играющий роль лепесткового клапана. Наблюда-

ли 15 детей в возрасте от 4 до 15 лет с ятрогенным ПМР. Ранее им выполняли операции Коэна, Политано – Леадбеттера, Терещенко, Деревянко, Бишоффа. Трое детей уже перенесли повторные подобные операции по поводу предшествующих неудачных антирефлюксных вмешательств. У 3 больных был ПМР 3-й степени, а у 12 детей — ПМР 4-й степени. Всем этим больным была выполнена внутрипузырная пластика устья мочеточника по описанной выше методике. У всех больных при неоднократных обследованиях в сроки наблюдения до 10 лет после операции по данным экскреторной урографии почки хорошо функционировали, рентгенологических признаков нарушения оттока мочи из почки на стороне операции не было. При восходящей и микционной цистографии ПМР не обнаружен.

Предлагаем внутрипузырную пластику устья мочеточника как метод выбора для хирургического лечения ятрогенного и рецидивного пузырно-мочеточникового рефлюкса, так как: 1) это малотравматичная операция — ведь повторно не повреждается ни внутрипузырный, ни интрамуральный, ни юкставезикальный отделы мочеточника; 2) исключается обструкция устья мочеточника в связи с тем, что ни само устье, ни мочеточник не травмируются во время операции; 3) ее можно использовать независимо от степени расширения мочеточника; 4) ее можно выполнять одновременно с двух сторон при двустороннем рецидивном или двустороннем ятрогенном ПМР; 5) при необходимости ее можно повторять на том же самом месте и по той же самой методике.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

© Л.И. Шац<sup>1, 2</sup>, М.Б. Белогурова<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» (Санкт-Петербург)

Опухоли почек составляют около 7 % всех злокачественных новообразований детского возраста; 90 % из них представлены нефробластомой (или

опухолью Вилмса, ОВ). В Европе регистрируется около 1000 пациентов с ОВ ежегодно. Медиана возраста составляет 3 года, однако билатераль-

ные ОВ, равно как и ассоциированные с врожденными синдромами, манифестируют раньше. Самое частое проявление ОВ — увеличение объема живота и его асимметрия. Нередко отмечаются боли в животе и лихорадка, у трети больных — гематурия и симптомы, связанные с артериальной гипертензией. Около 10 % пациентов изначально имеют гематогенную диссеминацию, в 85 % поражаются легкие, в 10 % — печень. При наличии ряда генетических синдромов риск развития ОВ возрастает, но в общей группе пациентов таких больных будет около 5–10 %. Ключевым моментом, позволившим улучшить результаты лечения нефробластомы во всем мире, является единый подход к визуализации, диагностике и стратегии лечения детских хирургов и урологов, патологов и детских онкологов. Это обеспечивает преемственность, сокращает сроки обследования и ускоряет начало лечения, так как ведение такого пациента осуществляется мультидисциплинарной командой врачей, члены которой могут нередко находиться в разных учреждениях. Согласно европейским рекомендациям при подозрении на опухоль почки проводят УЗИ, при котором обязательно оценивают обе почки как для исключения двусторонней опухоли или наличия очагов персистирующей нефрогенной бластомы, а также возможной комбинации этих процессов, так и для выявления аномалий, которые могут повлиять на почечную функцию. Оценивают также состояние ренальных вен и нижней полой вены для исключения опухолевых тромбов. Обязательным исследованием является и УЗИ органов брюшной полости. Аналогичный объем УЗ-диагностики должен выполняться детям с аномалиями развития мочеполовой системы, диагностированным нефробластоматозом и при наличии признаков генетических синдромов, так как все эти состояния ассоциированы с повышенным риском опухолей почек, в том числе и в более раннем возрасте. При выявлении опухоли почки рекомендуют проведение МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства. Поскольку этот метод исключает ионизирующее излучение и позволяет качественно визуализировать мягкие ткани, оптимально осуществлять исследование на фоне седации и с контрастным усилением. При невозможности выполнения МРТ прибегают к КТ с обязательным контрастированием. Пациентам с опухолью почки выполняют также КТ грудной клетки. При подтверждении диагноза опухоли почки или невозможности исключить данную патологию дальнейшая тактика лечения, в том числе и хирургическая, разрабатывается совместно детскими хирургами и онкологами. Существует две различные стратегии инициального лечения опу-

холей почек в детском возрасте. В Европе сначала проводят предоперационную химиотерапию согласно рекомендациям Международного общества детских онкологов — SIOP и Исследовательской группы ренальных опухолей (Renal Tumour Study Group, SIOP-RTSG). В Северной Америке при локальных односторонних опухолях сначала выполняют операцию (Исследовательская группа детских онкологов COG). После предоперационной химиотерапии проводят повторную визуализацию и переходят к хирургическому этапу лечения. Стратификация дальнейшего лечения невозможна без детского патолога, специально обученного локальному стадированию опухолей почек, которое может быть выполнено только инициально до окончательной фиксации материала и не может быть завершено или выполнено повторно в референс-лаборатории. Нефроуретерэктомию осуществляют после ревизии брюшной полости. При выявлении метастазов в печень, лимфатические узлы (ЛУ) или брюшину они должны быть удалены, при невозможности — биопсированы, маркированы и в отдельном контейнере отправлены патологу с описанием. Радикальная нефроуретерэктомию должна быть выполнена с резекцией околопочечной клетчатки en-block. Ложе опухоли может быть маркировано титановыми клипсами в случае необходимости облучения. Биопсия ЛУ показана абсолютно во всех случаях для адекватного стадирования. Обязательно проводят биопсию интраортокавальных ЛУ ниже уровня почечной ножки, даже в случае отсутствия изменений. При наличии даже незначительных подозрений должны быть биопсированы ЛУ на уровне бифуркации аорты, подвздошной области ипсилатерально, чревного ствола, верхней мезентериальной артерии. Рекомендуют биопсию не менее 7 ЛУ, их обязательно маркируют и отправляют патологу с пояснениями. При двустороннем поражении выполняют органосохраняющие операции с одной или обеих сторон, но обязательно первой оперируют менее пораженную почку, каждую из почек оперируют отдельно. При соблюдении определенных условий возможно проведение органосохраняющих операций и при одностороннем поражении.

Операционный материал должен быть направлен для морфологического исследования целиком, в противном случае оценить край резекции и адекватно определить локальную стадию будет невозможно. Подавляющее большинство пациентов получают и послеоперационную химиотерапию, длительность которой, как и спектр препаратов, варьирует в зависимости от стадии и гистологического варианта опухоли. Базовыми цитостатика-

ми являются винкристин и дактиномицин, но химиотерапия пациентов из группы высокого риска или с IV стадией более интенсивна. Показания для облучения сегодня существенно сужены, и у боль-

шинства пациентов его удается избежать, сохраняя высокие показатели выживаемости. Общая 5-летняя выживаемость пациентов с ОБ составляет 90–98 % (при I–III стадиях) и 83 % при IV стадии.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© *М.Ш. Шихзадаев, М.И. Школьник, Г.М. Жаринов, О.А. Богомоллов*

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Местнораспространенный рак предстательной железы (МРРПЖ) — злокачественное новообразование, характеризующееся инвазией опухоли за пределы капсулы предстательной железы. Интраоперационные осложнения и функциональные результаты у пациентов с МРРПЖ после простатэктомии являются одним из ключевых вопросов современной онкологии.

**Цель исследования** — оценить функциональные результаты радикальной простатэктомии у больных с МРРПЖ.

**Материал и методы.** Проведено рандомизированное исследование с участием 100 мужчин в возрасте от 50 до 80 лет ( $61,7 \pm 0,7$  года), у которых был установлен диагноз МРРПЖ. Всем 100 пациентам выполнена радикальная простатэктомия (50 случаев лапароскопическим и столько же открытым позадилоном доступом). Предметом исследования являлся анализ осложнений при радикальной простатэктомии (интраоперационных, послеоперационных), выраженность болевого синдрома, недержания мочи, срок реабилитации (сроки удаления катетера и др.), а также сравнение указанных показателей у пациентов после открытой и лапароскопической радикальной простатэктомии. Применена классификация осложнений по Clavien-Dindo. Для оценки выраженности недержания мочи и эректильной дисфункции использовали русскоязычные версии стандартных специальных валидизированных опросников. Качественные показатели описывали в абсолютных и относительных (процентных) величинах.

**Результаты и обсуждение.** Длительность оперативных вмешательств варьировала от 75 до 300 минут ( $2 \text{ ч } 38 \text{ мин} \pm 24 \text{ мин}$ ), объем кровопотери — от 100 до 2300 мл ( $646,5 \pm 41,9$ ), сроки удаления катетера — от 4 до 51 дня ( $12,3 \pm 0,9$ ). Ряд интраоперационных показателей имел некото-

рые особенности в каждой из групп лечения. При лапароскопической радикальной простатэктомии время операции достигало  $173 \pm 25$  минут, объем кровопотери —  $445 \pm 36,8$  мл, сроки удаления катетера —  $11,2 \pm 1,1$  дня. При позадилонной радикальной простатэктомии время операции составило  $132 \pm 21$  минут, объем кровопотери —  $848 \pm 63,8$  мл, сроки удаления катетера —  $13,4 \pm 1,3$  дня. Во всех случаях пороговая величина  $p > 0,05$ , кроме объема кровопотери, где  $p < 0,05$ .

Отмечены следующие послеоперационные осложнения: несостоятельность анастомоза — 9,3 % пациентов, стриктура уретры — 6,2 % больных, другие осложнения (лимфорея, ущемление сальника, ишемическая атака, лимфостаз мошонки, лейомиома простаты и др.) — 7,2 % пациентов. Обращает на себя внимание, что стриктура уретры наблюдалась только при выполнении открытой радикальной простатэктомии. По классификации Clavien-Dindo большинство осложнений соответствовали I–II степеням и только в одном случае — IIIb степени.

Таким образом, радикальная простатэктомия у больных с МРРПЖ является технически выполнимой, безопасной и воспроизводимой операцией. Более частое и выраженное недержание мочи при МРРПЖ связано с более радикальным выполнением простатэктомии — удалением сосудисто-нервных пучков, сфинктерного аппарата, повреждением мышц тазового дна, широким иссечением шейки мочевого пузыря.

### Выводы

1. Радикальная простатэктомия, несмотря на имеющиеся осложнения, является возможной опцией при мультимодальном подходе лечения пациентов с МРРПЖ.
2. При лапароскопической радикальной простатэктомии отмечается меньше осложнений, чем при позадилоном доступе.