

чинам в возрасте от 46 до 79 лет с уровнем общего простат-специфического антигена от 3,1 до 17 нг/мл, индекс здоровья простаты (PHI) был в пределах 41–96 (по калибровке Hybritech Tandem™-R). Всем пациентам до биопсии была выполнена мультипараметрическая МРТ (мпМРТ) предстательной железы. Изменения, выявленные при мпМРТ, оценены с учетом PI-RADS Version 2. Размеры очага в предстательной железе при мпМРТ варьировали от 8 до 24 мм. Распределение очагов по классификации Pirads v2 было следующим: Pirads III — 4 пациента, Pirads IV — 27 пациентов и Pirads V — 21 пациент. Совмещенная Fusion-биопсия включала 2–4 прицельных биоптата и системную биопсию (12 стандартных биоптатов) предстательной железы.

Гистологическое заключение по прицельным биоптатам: у 48 пациентов выявлена ацинарная аденокарцинома с суммой баллов по шкале Глисона 6 (3 + 3) — 6 пациентов, 7 (3 + 4) — 21 па-

циент, 7 (4 + 3) — 14 пациентов, 8 (4 + 4) — 7 пациентов, а у 4 мужчин был выявлен PIN. Совмещенная УЗИ/МРТ Fusion-биопсия обнаружила значительно меньше случаев РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона  $\leq 6$  ( $p < 0,001$ ) и значительно больше случаев РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона  $\geq 7$  ( $p < 0,001$ ) по сравнению с системной биопсией. Более высокий балл по PI-RADS был связан с более высоким уровнем обнаружения РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона  $\geq 7$  ( $p < 0,001$ ), но не коррелировал с обнаружением РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона  $\leq 6$ .

Повышение диагностической эффективности Fusion-биопсии под контролем совмещенного УЗИ/МРТ-метода связано с более качественной визуализацией патологических очагов в предстательной железе на виртуальном МРТ-изображении и повышает ее точность в выявлении клинически значимого рака предстательной железы.

## РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ, СВЯЗАННЫЕ С МЕТОДАМИ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ

© *О.А. Кириченко*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Основным методом лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря (МП) остается хирургический, а единственно радикальным вмешательством является радикальная цистэктомия (РЦ) с различными способами деривации мочи. Все осложнения данной операции в раннем послеоперационном периоде можно поделить на общехирургические и связанные с методом отведения мочи. Целью исследования явился их анализ.

**Материалы и методы.** Нами изучены результаты РЦ с различными методами деривации мочи, выполненных по поводу рака мочевого пузыря 382 больным в урологической клинике СЗГМУ им. И.И. Мечникова на базе урологического отделения СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» с 1997 по 2016 год. Мужчин было 330 (86,4 %), женщин — 52 (13,6 %). Возраст оперированных мужчин составил

57,7 ± 7,3 года, а женщин — 51,2 ± 4,7 года. Всем им были выполнены клинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые, инструментальные, эндоскопические и морфологические методы исследования. Неконтинентные методы деривации мочи были применены у 39 (10,2 %) больных: 27 (7,1 %) — уретерокутанеостомия (УКС), 7 (1,8 %) — чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС), 2 (0,5 %) — трансуретероуретероанастомоз с односторонней нефростомией и у 3 (0,8 %) — гетеротопически расположенный резервуар по методу Бриккера. Варианты континентного отведения мочи использованы у 352 (92,2 %) больных. Ортотопическая цистопластика была выполнена у 304 (79,6 %) пациентов, гетеротопическая — у 48 (12,6 %). С целью цистопластики были использованы различные сегменты ЖКТ: желудок — у 24 (6,3 %), подвздошная кишка —

у 261 (68,3 %), илеоцекальный угол — у 2 (0,5 %), сигмовидная кишка — у 66 (17,3 %) и прямая кишка — у 1 (0,3 %) больного.

**Результаты и их обсуждение.** Среди наблюдаемых нами больных осложнения в ранние сроки после РЦ развились у 177 (46,3 %) пациентов, и в 16 (4,2 %) случаях они привели к летальному исходу. По поводу данных осложнений было выполнено 85 повторных хирургических вмешательств: 48 открытых и 37 ЧПНС. 95 (24,9 %) осложнений были связаны с погрешностями оперативной техники при реконструкции мочевыводящих путей после РЦ и/или активизацией мочевой инфекции на этом фоне. В 82 (21,5 %) случаях среди причин возникших проблем такой связи не оказалось.

Несостоятельность в зоне мочеточниковых анастомозов проявилась у 12 (3,1 %) пациентов. Несостоятельность швов резервуара с дальнейшим развитием мочевого перитонита и/или мочевых кожных свищей была отмечена у 6 (1,6 %) больных. Для устранения данного осложнения потребовалось 6 повторных операций: 5 открытых и 1 ЧПНС. Оба вышеописанных варианта осложнений в силу угрозы развития разлитого мочевого перитонита предполагали неотложные хирургические вмешательства. Несостоятельность уретрорезервуарного анастомоза встречалась у 12 (3,1 %) пациентов. Стриктура мочеточниково-резервуарного анастомоза с развитием гидроуретеронефроза (ГУН) возникла в 5 (1,3 %) случаях. Другими частыми осложнениями, которые наблюдались у 4 больных

после УСА (9,5 %) и у 1 после илеоцистопластики (0,4 %), были нарушения уродинамики верхних мочевых путей (ВМП). Развитие ГУН у этих пациентов было вызвано высоким внутрирезервуарным давлением в сигмовидной кишке в первом случае и резервуарномочеточниковым рефлюксом во втором, что неизбежно приводило к вторичному пиелонефриту. Поэтому все они были прооперированы: выполнены 1 открытая операция и 4 ЧПНС. Характерным и нередким осложнением для резервуаров из подвздошной кишки была их тампонада слизью — у 8 (2,1 %) пациентов. В результате нарушения отведения мочи из почек и резервуара острый вторичный пиелонефрит наблюдался у 38 (9,9 %) больных, по поводу чего было выполнено 19 ЧПНС и 2 открытых операции на почке (нефрэктомия и декапсуляция почки с нефростомией). Вторичный пиелонефрит значительно чаще встречался у пациентов после РЦ с УСА и артифициальным МП из подвздошной кишки. У 7 (1,8 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде на фоне нарушения оттока мочи из почек, рефлюкса и восходящего острого пиелонефрита развился уросепсис.

**Выводы.** РЦ является общепризнанным методом лечения больных раком мочевого пузыря. Вместе с тем следует учитывать, что это сложное и травматичное оперативное вмешательство, сопровождающееся различными осложнениями. Их анализ позволяет в дальнейшем осуществлять эффективную профилактику и тем самым улучшить результаты данной операции.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ВЫСОКИМ ОПУХОЛЕВЫМ ТРОМБОЗОМ

© *Б.К. Комяков, С.А. Замятнин, В.В. Шломин, Е.А. Шлойдо*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Рак почки занимает третье место по частоте встречаемости среди всех онкоурологических заболеваний, характерной особенностью его является способность к инвазивному росту по просвету венозных сосудов. Сначала поражается внутриорганная сеть

с последующим прорастанием через почечную вену в просвет нижней полой вены. В 10–25 % случаев с интракавальной раковой инвазией опухоль распространяется по нижней полой вене (НПВ) и выше диафрагмы. Единственным доказавшим свою эффективность методом ле-