

трансаминаз. Уменьшение числа тромбоцитов будет говорить о нарушениях свертывающей системы крови. О нарушении функции желудочно-кишечного тракта будет свидетельствовать кишечный парез, рвота, понос.

Микробиологическая диагностика уросепсиса

Для определения возбудителя в урологическом стационаре при сепсисе обязательно выполнение посева мочи с определением микрофлоры и посева отделяемого из раны. Важен посев крови. Частота выявления бактериемии не превышает 45 %. Забор крови на высоте лихорадки не повышает чувствительности метода. Кровь для исследования необходимо забирать только из периферической вены.

Методы обследования заболеваний, приводящих к уросепсису

Пальпация области почек, низа живота, ректальный осмотр могут локализовать воспалительный процесс. К инструментальным методам исследований очагов уросепсиса стоит отнести УЗИ, рентгенодиагностику, а также МР-томографию.

Принципы терапии уросепсиса

Эффективная интенсивная терапия сепсиса возможна только при условии полноценной своевременной санации очага инфекции и адекватной антимикробной терапии. Пациентов необходимо расценивать как больных с острым хирургическим заболеванием и выполнять вмешательства не позднее 2 часов после установления диагноза.

Антибиотикотерапия (АБТ)

В АБТ целесообразно выделить 2 ее этапа — эмпирической и целенаправленной терапии. Эмпирическая АБТ — до получения

результатов микробиологического исследования. Цефалоспорины I–II поколений не служат препаратами выбора для эмпирической терапии нозокомиального уросепсиса. В данном случае возможно лечение цефалоспоридами четвертого поколения с добавлением аминогликозидов либо карбапенемами, при подозрении на грампозитивный сепсис к терапии добавляется ванкомицин. Целенаправленная АБТ: после получения данных микробиологического исследования переходят на препараты узконаправленного действия. Длительность терапии должна составлять 3–5 дней после исчезновения лихорадки или устранения осложняющих факторов.

Выводы. Важно время постановки диагноза «сепсис», начало адекватной антибактериальной терапии. Оперативное лечение урологической причины сепсиса должно быть выполнено не позднее 2 часов, так как эффективная интенсивная терапия сепсиса возможна только при условии полноценной хирургической санации очага инфекции.

Уросепсис может развиваться на фоне внебольничных и нозокомиальных инфекций. При этом большинство случаев уросепсиса нозокомиальной этиологии может быть предупреждено мерами, направленными на предотвращение персистенции внутрибольничной инфекции. Это сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, раннее удаление дренажей, уменьшение эпизодов неоправданной катетеризации, рациональное использование дренажных систем закрытого типа и соблюдение простых правил ежедневной асептики, позволяющих избежать перекрестного инфицирования.

МЕСТНЫЕ РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

© *В.А. Фадеев, А.В. Сергеев, А.Ю. Ульянов, К.И. Исмаилов*

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

Цель исследования. Оценить частоту местного рецидивирования у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии.

Материалы и методы. В нашей клинике радикальная цистэктомия с различными ме-

тодами деривации мочи выполнена 380 больным раком мочевого пузыря. Мужчин было 328 (86,0 %), женщин — 52 (14,0 %). Ортотопические методы деривации мочи были выполнены у 277 (72,8 %) больных. Формирование

ортотопического неоцистиса из сегмента желудка — у 24 (6,3 %). Ортотопическая илеоцистопластика — у 223 (58,6 %) пациентов. Ортотопическая сигмоцистопластика — у 30 (7,8 %). Континентная кожная деривация мочи была выполнена у 12 (3,1 %) больных. Уретеросигмоанастомоз — у 42 (12,0 %). Уретерокутанеостомия — у 49 (11,3 %) пациентов. После операции каждые 6 месяцев пациентам выполняли лабораторные исследования, УЗИ и КТ брюшной полости и малого таза, экскреторную урографию, динамическую скintiграфию.

Результаты. Местный рецидив в малом тазу после радикальной цистэктомии мы наблюдали у 33 (9,4 %) пациентов. Из них мужчин было 27 (82,0 %), женщин — 6 (18,0 %). Средний возраст у мужчин составил $58,7 \pm 11,7$ года (от 43 до 73 лет), у женщин $50,0 \pm 7,8$ года (от 24 до 65 лет). Одновременное метастатическое поражение внутренних органов имело место у 6 (18,0 %) больных. Медиана времени с момента радикальной

цистэктомии до диагностики тазового рецидива составила 7,0 месяца, с момента диагностики местного рецидива до смерти пациента — 4,5 месяца. Медиана времени с момента радикальной цистэктомии до тазового рецидива существенно коррелировала с патоморфологической стадией. Она составила 14,9 месяца при стадии $\leq pT2$, $pN0$ и 5,3 месяца при стадии $> pT2$, $N+$. Кроме того, число больных с местным рецидивом зависит от стадии заболевания: чем выше стадия, тем больше процентное соотношение больных с тазовым рецидивом (при $pT2aN0$ — 6,9 %, при $pT4aN0$ — 12,8 % и при $N+$ — 14,8 %). У большинства больных — 30 (91,0 %) — градация первичной опухоли была G2 и G3–4.

Заключение. Таким образом, локальный тазовый рецидив после радикальной цистэктомии чаще возникает у лимфоположительных больных с экстравезикальным распространением первичной опухоли градации G2–G3.

НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОЦИСТИСОМ

© *В.А. Фадеев, А.В. Сергеев, Я.С. Савашинский, С.С. Касьяненко, А.Ю. Ульянов*

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

Введение. В последнее время отмечена тенденция к расширению показаний для удаления мочевого пузыря (МП) не только при поверхностной мультифокальной, рецидивирующей и низкодифференцированной уротелиальной карциноме, но и при неонкологической органической патологии, рефрактерной к консервативным методам лечения и приводящей к необратимой утрате резервуарно-эвакуаторной функции МП. Несмотря на то что цистэктомия (ЦЭ) с ортотопической цистопластикой (ОЦ) в таких обстоятельствах рассматривается большинством урологов как оптимальное вмешательство, остается ряд пока не решенных проблем. Прежде всего это заключается в разногласиях при выборе желудочно-кишечного сегмента и метода формирования неоцистиса, недостатке сравнительных данных о состоянии пациентов

в отдаленном послеоперационном периоде, а частота осложнений все еще остается существенной. Одними из них являются нарушения уродинамики верхних и нижних мочевыводящих путей (НМП) после ОЦ, которые неизбежно отражаются на результатах операции, качестве жизни больных и социально-психологической адаптации.

Материал и методы. С 1998 по 2016 г. в клинике урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова были оперированы и наблюдались 295 пациентов, которым была произведена ЦЭ с ОЦ различными сегментами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Показаниями к данному вмешательству были рак МП у 259 (87,8 %) больных, интерстициальный цистит — у 22 (7,5 %), микроцистис — у 11 (3,7 %), нейрогенная дисфункция МП — у 2 (0,7 %) больных и рецидивный пузырно-влагалищный