

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.62-089.87
© Коллектив авторов, 2017

Р.Р. Погосян^{3,4}, М.И. Васильченко², М.В. Забелин^{3,4},
И.В. Семенякин¹, А.С. Самойлов⁴, В.П. Сергеев⁴, П.С. Кызласов⁴
**АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ
ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКИ**

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ», г. Москва

²ГБУЗ «Городская клиническая больница №68 ДЗМ», г. Москва

³Московский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП», г. Москва

⁴ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный
медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, г. Москва

Радикальная цистэктомия в настоящее время является золотым стандартом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, однако данное оперативное лечение сопровождается значительным количеством ранних послеоперационных осложнений.

Проанализированы результаты хирургического лечения 105 больных с верифицированным раком мочевого пузыря стадии T2-4N0-2M0-x, требовавшего выполнения цистэктомии и различных видов деривации мочи. Гетеротопическая пластика мочевого пузыря по методу М.И. Васильченко и соавт. была выполнена у 35 (33,3%) больных, гетеротопическая тонкокишечная пластика мочевого неостиста выполнена 35 (33,3%) больным, операция илеоконduit по Bricker – 35 (33,3%) пациентам. Во всех случаях с целью создания кишечного неостиста (резервуара) использовался терминальный отдел подвздошной кишки. Анализ частоты осложнений и летальности определялся согласно классификации хирургических осложнений по Claiven et al. (1992).

В раннем послеоперационном периоде были отмечены следующие осложнения: динамическая кишечная непроходимость и длительный парез кишечника, формирование лимфоцеле, несостоятельность уретерокишечных анастомозов, несостоятельность межкишечного анастомоза, мочевого перитонит, обострение хронического пиелонефрита. Своевременное применение оперативных и консервативных методов лечения позволило в полном объеме купировать осложнения.

Ключевые слова: цистэктомия, деривация мочи, осложнения цистэктомии.

R.R. Pogosyan, M.I. Vasilchenko, M.V. Zabelin,
I.V. Semenyakin, A.S. Samoylov, V.P. Sergeev, P.S. Kyzlasov
ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF HETEROTOPIC ILEOCYSTOPLASTY

Radical cystectomy is currently the gold standard treatment for muscle-invasive bladder cancer, however this surgical treatment is accompanied by a significant number of early postoperative complications.

We analyzed the results of surgical treatment of 105 patients with verified urinary bladder cancer stage T2-4N0-2M0-x, demanding cystectomy and different types of urine derivation. Heterotopic bladder plastic using the method of M. I. Vasilchenko et al. was performed in 35 patients (33.3%), heterotopic small bowel plastic of neobladder was performed in 35 (33.3%) of patients, Bricker ileal conduit – in 35 (33.3%) patients. In all cases, with the aim of creating intestinal neobladder (tank) the terminal ileum was used. Analysis of the frequency of complications and mortality was defined according to the classification of surgical complications by Claiven et al. (1992).

In the early postoperative period the following complications were noted: a dynamic intestinal obstruction and prolonged ileus, the formation of lymphocele, uretero-intestinal anastomotic leakage, inter-intestinal anastomotic leakage, urinary peritonitis, exacerbation of chronic pyelonephritis. Timely application of operative and conservative methods of treatment allowed in full to eliminate complications.

Key words: cystectomy, urine derivation, complications of cystectomy.

Цистэктомия с последующей кишечной пластикой мочевого неостиста (резервуара) считается одной из наиболее сложных и травматичных операций в урологии с высоким риском развития осложнений. Риск развития послеоперационных осложнений достигает 10-50%, послеоперационная смертность составляет в среднем 2,3-26,9% [3,6].

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями являются парез кишечника, ранняя спаечная непроходимость, несостоятельность межкишечных и уретерокишечных анастомозов, некроз дистальных отделов мочеоточников, развитие уретерогидронефрозов, развитие пиелонефритов, длительная лимфо-

рея, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда. Осложнения, возникающие в раннем послеоперационном периоде, в большей степени зависят от травматичности оперативного лечения, а поздние осложнения – в основном от метода деривации мочи [1,2].

В 1992 году Clavien et al. предложили общие принципы классификации осложнений оперативных вмешательств, основанные на 4-уровневой оценке тяжести, опирающейся на методах лечения [5]. Данная классификация долгое время использовалась для оценки осложнений. Однако в последующем классификация претерпела существенные изменения в виде увеличения степеней и значения жиз-

неугрожающих осложнений, требующих интенсивного лечения. Новая классификация сосредоточена в основном на медицинских аспектах, особенно на инвазивности лечения, используемого для коррекции осложнения. Эта особенность классификации ведет к минимизации субъективной оценки и занижения тяжести осложнений, поскольку базируется на жестких фактах. Авторами сделан особый акцент на отдаленные перспективы больного и

введено понятие «предполагаемая или возможная потеря функции», применимое к каждому типу осложнений. Предложенная шкала осложнений представляет собой простой, объективный и воспроизводимый способ всесторонней оценки результата оперативного вмешательства (см. таблицу).

Данный подход позволяет выделить большинство осложнений и предотвратить недооценку главных отрицательных результатов.

Таблица

Классификация хирургических осложнений по Clavien et al.

Степень осложнений	Определение
I	Любое отклонение от нормального течения послеоперационного периода без необходимости фармакологических, хирургических, эндоскопических и радиологических вмешательств. Допустимыми терапевтическими режимами являются: противорвотные препараты, антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты и физиопроцедуры. Эта степень также включает раневую инфекцию, купированную <у постели больного>.
II	Требуется применение препаратов помимо перечисленных для I степени осложнений. Включены также гемотрансфузии и полное парентеральное питание.
III IIIa IIIb	Необходимы хирургические, эндоскопические или радиологические вмешательства. Вмешательства без общей анестезии. Вмешательства под общей анестезией.
IV IVa IVb	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС)*, требующие интенсивного лечения в реанимационном отделении. Дисфункция одного органа (включая необходимость диализа). Полиорганная недостаточность.
V	Смерть больного.
Индекс «d»	Если больной страдает от осложнения на момент выписки, то индекс «d» (disability - нарушение функции) добавляется к соответствующей степени осложнения. Этот символ указывает на необходимость наблюдения для полной оценки осложнения.

* Кровоизлияние в головной мозг, ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, исключая преходящие нарушения мозгового кровообращения.

Цель исследования – анализ осложнений после гетеротопической илеоцистопластики для последующей выработки эффективной схемы ведения больных, перенесших данное хирургическое вмешательство.

Материал и методы

В данной статье проанализированы и изучены результаты хирургического лечения 105 больных верифицированным раком мочевого пузыря стадии T2-4N0-2M0-х, оперированных в объеме цистэктомии и кишечной гетеропластики. Стандартная лимфаденэктомия выполнена 60 больным, 30 больным выполнена расширенная лимфаденэктомия. Мужчин было 93 (88,6%), женщин – 12 (11,4%) в возрасте от 65 до 80 лет. По поводу инвазивного рака мочевого пузыря прооперированы в стадии T2 – 22 больных, T3 – 73 больных, T4 – 10 больных. В 78 случаях рака мочевого пузыря верифицирован переходно-клеточный тип опухоли, в 20 – плоскоклеточный, в 7 случаях – аденокарцинома. Процесс носил первичный характер у 70 больных, у 35 – рецидивный. У 5 пациентов к моменту операции имелся односторонний, а у 3 – двусторонний гидронефроз. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений проводилась терапия низкомолекулярными антикоагулянтами.

Гетеротопическая пластика мочевого пузыря по методу М.И. Васильченко и соавт. была выполнена 35 (33,3%) больным, гетеротопическая тонкокишечная пластика мочевого неоцистиса выполнена 35 (33,3%) больным, операция илеоконduit по Bricker – 35 (33,3%) пациентам.

Результаты и обсуждение

Анализ частоты осложнений и летальности проводился среди пациентов с I и выше степенями осложнений по Clavien et al. (1992).

Степень I включает осложнения минимального риска, не требующие лечения (за исключением анальгетиков, антипиретиков, антиэметиков и противодиарейных препаратов или препаратов, необходимых для лечения инфекции нижних мочевыводящих путей). К данной группе осложнений мы отнесли обострение хронического пиелонефрита, которое наблюдалось у 10 (9,52 %) больных. После проведения консервативной антибактериальной терапии данный процесс был купирован.

Степень II – осложнения, определяемые как потенциально жизнеугрожающие и требующие вмешательства или увеличения сроков госпитализации более чем в два раза по сравнению со средним сроком госпитализации при данном виде оперативного вмеша-

тельства. Степень II подразделяется на две подгруппы в зависимости от инвазивности метода лечения осложнения: степень IIa – осложнения, требующие только медикаментозного лечения, степень IIб – инвазивных процедур. К степени IIa мы отнесли динамическую кишечную непроходимость и длительный парез кишечника, возникшие у 10 (9,52%) больных. Продленный «эпидуральный блок» и комплекс консервативных методов лечения позволили купировать данные осложнения консервативно у 8 (7,61%) больных. Выполнение расширенной тазовой лимфаденэктомии привело к формированию лимфоцеле у 8 (7,6 %) больных, в связи с чем им выполнялись пункция и дренирование лимфоцеле при помощи нефростомического дренажа под ультразвуковым наведением, что соответствовало степени IIб согласно используемой классификации. К осложнениям IIб степени также была отнесена несостоятельность уретерокишечных анастомозов, возникшая у 3 (2,8 %) больных, у 1 больного была выполнена чрескожная пункционная нефростомия, а также увеличено время использования мочеточникового катетера (интубатора), что позволило избежать релапаротомии.

Степень III – осложнения, приводящие к длительной нетрудоспособности или резекции органа. К данной степени осложнений была отнесена ранняя спаечная непроходимость, развившаяся у 2 (1,9%) больных, что потребовало релапаротомии ревизии брюшной полости, ликвидации острой странгуляционной кишечной непроходимости, раздельной назогастроинтестинальной интубации, санации, дренирования брюшной полости. Несостоятельность уретерокишечных анастомозов, возникшая у 3 (2,8%) больных, которым выполнялась деривация мочи путем формирования илеокондуита по Брикеру, у двух из них вышеописанное осложнение потребовало ревизии зон анастомоза и реанастомозирования, что соответствует III степени применяемой классификации. Возникшее осложнение связано с выделением излишне большого участка моче-

точников перед этапом формирования уретерокишечных анастомозов, в результате чего происходят трофические нарушения дистального отдела мочеточника. Следующее осложнение, отнесенное к данной степени классификации, это несостоятельность межкишечного анастомоза, которая наблюдалась у 1 (1,5 %) больного с формированием ручного анастомоза по типу «конец-в-конец», а также у 1 (1,5 %) больного с формированием ручного анастомоза по типу «бок-в бок». В обоих случаях была необходимость выполнения релапаротомии, ревизии брюшной полости, раздельной назогастроинтестинальной интубации, санации, дренирования брюшной полости. В одном случае была выполнена илеостомия, в другом дефект анастомоза был ушит. Развитие мочевого перитонита, наблюдавшееся у 2 (1,9%) больных, потребовало релапаротомии, ревизии брюшной полости, санации, дренирования брюшной полости. Это осложнение также было отнесено к III степени.

Степень IV – смерть пациента в результате осложнения. Летальных исходов у больных, перенесших описанные вмешательства по формированию гетеротопического тонкокишечного мочевого неоцистиса, не было отмечено.

Выводы

Данная работа указывает на то, что цистэктомия с кишечной пластикой мочевого неоцистиса (резервуара) является сложным оперативным пособием с большим количеством возможных осложнений. В настоящее время необходимо дальнейшее изучение этиологии и патогенеза течения послеоперационных осложнений с учетом факторов риска пациента: возраст, пол, индекс массы тела, длительность оперативного пособия, тип отведения мочи, наличие метастатического поражения, степень дифференцировки опухоли, а также опыт и технические навыки хирурга. Дальнейшие исследования целесообразны для выработки эффективной схемы ведения больных, что позволит повысить показатели послеоперационных осложнений и тем самым свести риски летальности к минимальным.

Сведения об авторах статьи:

Погосян Роман Ромаевич – врач-уролог онкологического урологического отделения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, аспирант кафедры хирургии Московского института усовершенствования врачей ФГБУ ВПО «МГУПП». Адрес: 125080, г. Москва, Волоколамское шоссе, 11. E-mail: dudeand1@mail.ru.

Васильченко Михаил Иванович – д.м.н., профессор, зам. главного врача по хирургической помощи ГБУЗ ГКБ № 68 ДЗМ. Адрес: 109263, г. Москва, ул. Шкулева, 4.

Забелин Максим Васильевич – д.м.н., профессор кафедры хирургии Московского института усовершенствования врачей ФГБУ ВПО «МГУПП», зам. генерального директора по медицинской части ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Адрес: 123098, Россия, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23.

Семенякин Игорь Владимирович – д.м.н., зам. главного врача по хирургической помощи ГКБ 50 ДЗМ. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21, корп.1.

Самойлов Александр Сергеевич – к.м.н., генеральный директор ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Адрес: 123098, Россия, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23.

Сергеев Владимир Петрович – зав. онкологическим урологическим отделением ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Адрес: 123098, Россия, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23.

Кызласов Павел Сергеевич – к.м.н., руководитель Центра урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Адрес: 123098, Россия, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние метода деривации мочи на отдаленные результаты и качество жизни у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии / А.Н. Понукалин [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – № 2. – С. 195-200.
2. Матвеев, Б.П. Рак мочевого пузыря / Б.П. Матвеев, К.М. Фигурин, О.Б. Карякин. – М., 2001. – 244 с.
3. Переверзев, А.С. Опухоли мочевого пузыря / А.С. Переверзев, С.Б. Петров. – Харьков: Факт, 2002. – 303 с.
4. Clavien P. Proposed classification of complication of surgery with examples of utility in cholecystectomy / P. Clavien, J. Sanabria, S. Strasberg // Surgery. – 1992. – Vol. 111. – P. 518-526.
5. The updated EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer / A. Slenzl [et al.] // Eur Urol. – 2009. – Vol. 55. – P. 815-825.

УДК 614.1 : 314 : 616-001 (470.57-25)

© Коллектив авторов, 2017

Н.Х. Шарафутдинова, Р.Р. Даутов, М.В. Борисова, М.Ю. Павлова, Э.Ф. Киреева **УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. УФЫ** *ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа*

В статье представлены данные анализа динамики показателей травматизма среди взрослого населения Ordzhonikidzevsky и Калининского районов г. Уфы по данным травматологического пункта ГБУЗ РБ «Поликлиника № 32» за 2010 – 2014 гг. В качестве источника информации использованы материалы отчетной формы № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин». Из отчетных документов за 2010-2014 гг. выкопированы данные о травмах мужчин и женщин с учетом их вида и локализации. Рассчитан уровень травматизма на 100 тыс. взрослого населения, определена его структура. Выявлено, что динамика показателей травматизма за анализируемый период носила волнообразный характер с периодами роста и снижения. Уровень травматизма среди мужского населения преобладал над травматизмом среди женского населения в течение всего исследуемого периода. Отмечается тенденция к росту спортивного травматизма и снижению транспортного.

Ключевые слова: травматизм, уровень, структура, виды травм.

N.Kh. Sharafutdinova, R.R. Dautov, M.V. Borisova, M.Yu. Pavlova, E.F. Kireeva **LEVEL AND STRUCTURE OF INJURY RATE AMONG UFA RESIDENTS**

The article presents the analysis of the dynamics of injury rate indicators among the adult population of Ordzhonikidzevsky and Kalininsky areas of Ufa according to data obtained from injury care center of the Polyclinic № 32 for 2010 – 2014. As a source of information data from reporting form № 57 «Data on injuries, poisoning and certain other consequences of external causes» was used. Reporting documents for 2010-2014 were copied for information about the injuries of men and women with regard to their type and localization. The rate of injuries per 100 thousand of the adult population and the structure of injury rate were calculated. It was revealed that the dynamics of the injury indicators over the period has a wavelike nature with periods of growth and decline. The level of injuries among the male population exceeded the injury rate among female population during the entire study period. There is a tendency to increase of sports injuries and reduction of transport ones.

Key words: injuries, level, structure and types of injuries.

Травмы в настоящее время широко распространены во всем мире и представляют собой серьезную медико-социальную проблему [3,4,6]. Высокая медико-социальная значимость травматизма определяется несколькими факторами: широкой распространенностью, длительными сроками госпитализации и временной нетрудоспособностью пациентов, высоким уровнем смертности и инвалидности, значительными прямыми и косвенными (вследствие утраты трудового потенциала общества) экономическими потерями [2,3,7].

В городах травматизм среди населения остается высоким и обусловлен множеством причин, среди которых факторами высокого риска можно указать несоблюдение техники безопасности в производстве, злоупотребление алкоголем, несоблюдение правил дорож-

ного движения, неосторожное обращение в быту с техникой и оборудованием [1,5].

В оказании травматологической помощи городскому населению важное место занимают травматологические пункты, являющиеся первичным звеном в оказании квалифицированной специализированной медицинской помощи пострадавшим от травм и других несчастных случаев без круглосуточного пребывания. Причины обращаемости городского населения в травматологические пункты остаются малоизученными, что затрудняет разработку профилактических мероприятий.

Цель исследования – анализ уровня и структуры травматизма среди взрослого населения северной части г. Уфы.

Материал и методы. В качестве источника информации использованы материалы