

магнитно-резонансную томографию, лабораторный скрининг. Для оценки субъективного состояния больного с симптомами дизурии при раке предстательной железы использовалась международная система оценки заболеваний предстательной железы в баллах (I-PSS) и международная система оценки качества жизни (QOL) как при сборе анамнеза и осмотре, так и по ходу проводимого лечения.

Результаты. Всем больным проведено одномоментное оперативное лечение по разработанной нами оригинальной методике – цистпростатвезикулэктомии с двусторонней тазово-подвздошной лимфодиссекцией и удалением урахуса, мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков, семявыносящих протоков до внутреннего пахового кольца, простатического отдела уретры и тазово-подвздошной клетчатки с двух сторон вместе с лимфатическими узлами. Показаниями для проведения радикального оперативного лечения по оригинальной методике были:

- морфологически подтвержденный первично-множественный рак с сочетанным поражением мочевого пузыря и предстательной железы;
- локализованные формы опухолевого процесса при каждом из этих заболеваний;
- региональное лимфогенное метастазирование при одиночных и/или единичных метастатических узлах до бифуркации подвздошных артерий мочевого пузыря.

По разработанной нами методике получен патент РФ № 2262308 «Способ хирургического лечения синхронного первично-множественного рака мочевого пузыря и предстательной железы» от 20.10.2005 г.

У больных, пролеченных по оригинальной технологии, генерализация встретилась в одном случае, а главенствующее место занимал вопрос качества жизни. В 7 наблюдениях пациенты нуждались в постоянном уходе за мочевыми дренажами с промыванием мочевых трубок 2 раза в сутки и заменой их в интервале 3-6 мес. В случае кишечной пластики (2 больных) подтекания мочи из прямой кишки не отмечалось. Моченоспускание осуществлялось произвольно через 3-4 часа днем и через 4-5 часов ночью. Функциональную способность верхних мочевыводящих путей оценивали при помощи внутривенной урографии. Во всех случаях имелась двусторонняя уретеропиелозктазия без значительного улучшения оттока мочи с течением времени в сроки 6 и 12 месяцев после операции. В результате лечения отмечено снижение среднего балла по международной системе оценки качества жизни QOL на 22,2%. Показатель качества жизни (QOL) улучшился с $3,6 \pm 0,5$ до $2,8 \pm 0,4$ балла.

Содержание протатспецифического антигена в сыворотке крови уменьшилось с $12,4 \pm 1,9$ нг/мл до $2,6 \pm 0,5$ нг/мл. Следовательно, контроль показателей протатспецифического антигена в динамике с интервалом в 3 месяцев достаточен для мониторинга активности опухолевого процесса предстательной железы и для оценки необходимости своевременного назначения противоопухолевого лечения.

Таким образом, проведенное 10 больным радикальное лечение первично-множественного рака мочевыводительной системы, позволило лишить пациентов obstructивных и ирритативных симптомов. Установлено, что наиболее частым и простым методом отведения мочи после цистпростатвезикулэктомии с двусторонней тазово-подвздошной лимфодиссекцией является уретерокутанеостомия. Этот способ применим и наиболее адекватен у тяжелых пациентов, имеющих выраженную сопутствующую патологию, исходную почечную недостаточность и почечный блок. Оптимальным, по нашему мнению, является способ отведения мочи с формированием кишечного мочевого резервуара - уретеросигмоэктоанастомоз, который предпочтительнее в плане социальной реабилитации пациента.

Каждый из способов отведения мочи после удаления мочевого пузыря имеет право на применение. Предпочтение тому или иному методу следует отдавать в зависимости от хирургических находок, тяжести общего состояния и возраста пациента, а также с учетом его личного мнения.