

(кровотечение и мочевого свищ) раннего послеоперационного периода отмечены у 2 (4,5%) пациентов. Рецидивы заболевания в виде отдельных метастазов выявлены у 3 (6,8%) больных с синхронным раком.

Заключение. Наш небольшой опыт и проведенный анализ позволяют сделать вывод о целесообразности проведения органосохраняющих операций при РП в стадии T1 и T2. Необходимым условием успешного лечения считаем проведение ангиографии и сопоставление ее результатов с данными комплексного обследования больных РП для оценки пространственной ангиоархитектоники пораженной почки.

Эндоскопические технологии при лечении немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря

Лелявин К. Б., Дворниченко В. В.

Иркутский Областной клинический онкологический диспансер, г. Иркутск.

Введение. По совокупности клинических проблем, разнообразию методов лечения раку мочевого пузыря (РМП) отводится одно из первых мест в онкоурологии. В литературе описано множество методов улучшения результатов лечения немышечно-инвазивного РМП с использованием различных эндоскопических методов, однако фундаментальное обоснование применения этих методов нередко отсутствует. Все методы обладают рядом достоинств и недостатков. Вопрос о применении того или иного эндоскопического метода лечения часто решается эмпирически и обуславливается возможностями лечебных учреждений и квалификацией специалистов.

Цель исследования: сравнить преимущества и возможные недостатки (ограничения, осложнения) трансуретральных оперативных методов (стандартной ТУР; ТУР + электровапоризация (ТУЭВ); биполярной ТУР в 0,9% растворе натрия хлорида) в комплексном лечении больных немышечно-инвазивным РМП.

Материал и методы: нами проанализированы результаты 594 эндоуретральных операций, выполненных в Иркутском областном клиническом онкологическом диспансере (главный врач – д-р мед. наук, профессор В.В. Дворниченко) в течение последних 6-ти лет по поводу немышечно-инвазивного РМП (Ta, Tis, T1). В зависимости от вида эндоуретрального вмешательства больные были разделены на три группы: первая - стандартная ТУР у 175 (29,8 %); вторая – биполярная ТУР в 0,9% растворе натрия хлорида у 43 (7,2%); третья - ТУР + ТУЭВ основания опухоли и окружающей слизистой на 1,5-2,0 см от зоны резекции у 376 (63 %) больных. Практически у всех пациентов эндоуретральные методы были дополнены внутрипузырной адьювантной монокимioterapiей (доксорубицином, митомацином С) и иммунотерапией (BCG). При анализе результатов лечения уделяли внимание на эффективность гемостаза, травматичность операций и частоту развития рецидивов.

Результаты. Переходя к характеристике осложнений в исследуемых группах, прежде всего, следует отметить, что частота их была невысокой, что соответствует данным большинства отечественных и зарубежных авторов. У больных (II) первой группы сложнее было добиться гемостаза в толще опухоли, особенно при больших размерах новообразования (более 3,5 см). У больных (I) второй группы проблем с гемостазом было значительно меньше. Неконтролируемая перфорация (синдром «запирательного нерва») возникала у пациентов (7) первой и третьей (5) групп. Перфораций у пациентов второй группы не возникло. Если у пациентов первой группы в течение 3-4 суток присутствовала макрогематурия, то у пациентов второй и третьей моча имела желтый цвет. Отдаленные результаты отмечены у 354 (59,5 %) пациентов первой и третьей групп (вторая группа не подвергалась этому анализу т.к. биполярная резекция выполняется с 2008 года). Средний срок наблюдения за пациентами I и III групп составил $29,5 \pm 1,4$ мес. Рецидив немышечно-