

имевших нарушение функции опорожнения мочевого пузыря, отмечена нормализация параметров мочеиспускания через 1 и 3 мес.

Заключение. Инъекции ботулинического токсина типа А в мышцы тазового дна и наружный сфинктер уретры являются эффективным методом лечения больных как с изолированным СХТБ, так и в сочетании с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря. Необходимы дальнейшие исследования для оценки отдаленных результатов лечения.

Прогностические критерии и тактика оперативного лечения больных по поводу инвазивных форм рака мочевого пузыря

Латыпов В.Р., Кошель А.П., Вусик А.Н

Сибирский государственный медицинский университет. Кафедра хирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки. г. Томск

На сегодняшний день большое количество авторов исследуют факторы прогноза для пациентов с раком мочевого пузыря (РМП), которым проведено радикальное оперативное лечение в объеме радикальной цистэктомии (РЦЭ).

Цель исследования. Изучить прогностические факторы, влияющие на выживаемость пациентов после РЦЭ по поводу РМП и на основании проведенных исследований определить тактику оперативного лечения.

Материалы и методы. Всего пациентов, которым выполнена РЦЭ 116, из них пациентов с РМП – 92. Все операции выполнены на базе клиник СибГМУ и НИИ онкологии. Средний возраст пациентов с РМП составил 60,2 (43 до 88) года. Мужчин в исследуемой группе 79, женщин 13. Изучено влияние 9 прогностических факторов. Статистическая обработка материала проведена программой STATISTICA 6.0. Анализ выживаемости произведен по методу Каплана-Мейера, для сопоставления анализируемых групп применялся критерий Гехана-Вилкоксона.

Результаты. К моменту оценки результатов лечения, сведения получены о 88 пациентах, из них живы 56 (63,6%), умерли 32 (36,4%). Пятилетняя выживаемость общая составила 57,3%, специфическая – 77,1%. Категория «возраст» в нашем исследовании представлена двумя интервалами: 60 лет и младше (средний возраст – 52,9 лет, $n=46$) и старше 60 лет (средний возраст – 64,5 лет, $n=46$). Пятилетняя выживаемость пациентов младше 60 лет равна 76,8%, а пациентов старше 60 лет – 41,6% ($p=0.00$). Пятилетняя выживаемость пациентов, которым ранее проведено органосохранное лечение составило 67,2%, а первичных пациентов – 48,5%, однако данный результат оказался статистически не достоверен ($p=0.11$). Изучено влияние на выживаемость пациентов сопутствующих заболеваний: в исследуемой группе больных оказалось 583 заболевания. Представлены две группы пациентов в зависимости от количества сопутствующих заболеваний у одного пациента. В первой группе количество сопутствующих заболеваний у одного пациента меньше или равно 3, во второй группе – больше 3. Пятилетняя выживаемость пациентов первой группы составила 71,7%, второй 42,3% ($p=0.0$). проведена оценка влияния на выживаемость наиболее часто встречаемых осложнений до операционного периода: болевой синдром, кровотечение, анемия, наличие уретерогидронефроза с одной или обеих сторон. Влияние осложнений дооперационного периода на выживаемость пациентов оценено в их сочетании: наличие у одного больного 2 и менее осложнений (пятилетняя выживаемость 65,8%) и наличие у одного больного более 2 осложнений (пятилетняя выживаемость 47,5%) ($p=0,01$). Влияние каждого из критериев, определяющих стадию заболевания (Т, N, M и G), на выживаемость пациентов, оказались статистически достоверными. Количество пациентов с распространенностью первичной опухоли T3-4 в нашем исследовании составило 72 (81,8%), и степень дифференцировки опухоли G2-3 – 69 (78,4%), поэтому сочетание двух этих критериев нами определено, как неблагоприятное. При сравнении выживаемо-