

## Рецензия на статью «Профилактика развития лимфатических осложнений: сравнение клипс и электрохирургических инструментов при радикальной цистэктомии с тазовой лимфодиссекцией»

### Review of the article "Comparison of clips and electro-surgical instruments in sealing of lymphatic vessels during pelvic lymph node dissection at the time of radical cystectomy"

Рак мочевого пузыря остается актуальной проблемой современной онкоурологии и занимает одно из лидирующих мест в структуре онкоурологической патологии. Хирургическое лечение является «золотым стандартом» для пациентов с данным заболеванием. У больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря общепризнанным стандартом лечения является радикальная цистэктомия, подразумевающая удаление мочевого пузыря в едином блоке с предстательной железой и семенными пузырьками у мужчин или с одномоментной экстирпацией матки с придатками и резекцией передней стенки влагалища у женщин в сочетании с одномоментным выполнением расширенной тазовой лимфаденэктомии до уровня бифуркации аорты или до нижней брыжеечной артерии (в случае наличия визуально измененных лимфатических узлов в полости малого таза). Такой существенный объем хирургического вмешательства зачастую может приводить к развитию серьезных осложнений и нежелательных побочных эффектов операции, а расширенная лимфаденэктомия может сопровождаться явлениями длительной лимфореей, образованием симптоматических лимфокист, требующих дренирования после хирургического вмешательства, а также явлениями лимфедемы (лимфостаза). Поэтому тема, предложенная авторами к рассмотрению в данной статье, является весьма актуальной.

Авторы провели анализ собственных результатов лечения 60 больных, перенесших радикальную цистэктомию с различными вариантами деривации мочи, и оценили риск развития осложнений, связанных с выполнением расширенной тазовой лимфаденэктомии.

Следует отметить, что полученные в исследовании результаты, свидетельствующие о том, что применение клипс приводит к увеличению риска развития лимфатических осложнений фактически в 7 (!) раз (отношение шансов 6,83), представляются крайне сомнительными. Возможно, какие-либо иные факторы при статистическом анализе могли повлиять на полученные авторами результаты.

Следует понимать, что существенными ограничениями данного исследования являются отсутствие рандомизации и ограниченное число пациентов.

Так, в рандомизированном исследовании P. Grande и соавт., включившем 220 больных, перенесших расширенную тазовую лимфаденэктомию, статистически значимых различий в частоте развития лимфатических осложнений при применении клипс и электрохирургических инструментов не было отмечено (Grande P., Di Pierro G.B., Mordasini L. et al. Prospective randomized trial comparing titanium clips to bipolar coagulation in sealing lymphatic vessels during pelvic lymph node dissection at the time of robot-assisted radical prostatectomy. Eur Urol 2017;71(2):155–8. DOI: 10.1016/j.eururo.2016.08.006).

Действительно, такие факторы, как объем выполненной лимфаденэктомии и количество удаленных лимфатических узлов, могут оказывать статистически значимое влияние на риск развития осложнений, о чем свидетельствуют результаты многочисленных ретроспективных, проспективных и рандомизированных исследований. Также следует обратить внимание на тот факт, что, по данным табл. 2, можно наблюдать стойкую тенденцию (не достигшую статистической значимости) к уменьшению количества удаляемых лимфатических узлов в группе больных, которым лигирование лимфатических протоков проводили с применением биполярных инструментов. Возможно, что в данной небольшой выборке пациентов именно этот фактор оказал значимое влияние на полученные авторами различия при оценке рисков развития лимфатических осложнений.

Кроме этого, возможно, существенную роль при снижении рисков развития этих осложнений у больных после радикальной цистэктомии может играть факт применения чрезбрюшинного доступа и возможности реabsорбции лимфы париетальной и висцеральной брюшной, чего, например, не наблюдается при использовании внебрюшинного доступа при выполнении радикальной позадилоной простатэктомии.

**К.М. Ньюшко, д.м.н.**  
(ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России,  
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств»)