

**А.В. Максимов, Т.С. Неустроев, Р.Р. Винокуров, А.Г. Местникова**

## **АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ИЗ СЕКМЕНТА ТОНКОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)**

*Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)*

До 2009 г. в отделении урологии Клинического центра лечение больных с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря заключалось в резекции мочевого пузыря или его удалении с наложением двусторонней уретерокутаностомии. Резекция мочевого пузыря дает высокий процент рецидива опухоли мочевого пузыря, уретерокутаностомия налагает определенные неудобства для больного, связанные с необходимостью постоянного отведения мочи в мочеприемники. В связи с этим, создание искусственного мочевого пузыря с одномоментной экстирпацией стало стандартной методикой лечения рака мочевого пузыря во всем мире.

С 2009 г. по настоящее время в урологическом отделении КЦ выполнено 11 операций по поводу мышечноинвазивного рака мочевого пузыря. У 9 больных была стадия T2N0M0, у одного стадия T3N0M0, и у одного стадия T2N0M1. Средний койко-день, проведенный больными, составил 39,2, средний возраст больных 60,2 года. 2 больным по их просьбе выполнена операция цистпростатэктомия с наложением уретерокутаностом. 2 пациенткам из-за высокого риска развития недержания мочи у женщин выполнена уретероилеокутаностомия по Бриккеру, 5 больным выполнена цистпростатэктомия с илеоцистопластикой по Хаутманну, 1 больному выполнена уретероилеокутаностомия по Бриккеру с последующей заменой на уретерокутаностомы и одному больному выведены уретерокутаностомы в связи с прорастанием образования в уретру и невозможностью выполнения кишечной пластики.

В раннем послеоперационном периоде у 2-х больных возникла несостоятельность уретровезикального анастомоза, ликвидированная эндоурологическими мероприятиями, причем эти осложнения возникли у больных, которым искусственный мочевой пузырь был сформирован внутри брюшной полости, и, по нашему мнению, несостоятельность анастомоза была спровоцирована активацией кишечной перистальтики в раннем послеоперационном периоде. Учитывая возникшие осложнения, у 3-х больных мочевой пузырь был помещен в малый таз забрюшинно, таким образом, была ограничена подвижность мочевого резервуара – подобных осложнений после операции не было. У 2-х больных развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, разрешенная релапаротомией.

Через 1 год после операции 3 из 5 больных с искусственным мочевым пузырем прошли контрольное обследование: ни у кого не было обнаружено прогрессирования злокачественного процесса. У всех больных сохранено самостоятельное мочеиспускание с удовлетворительным качеством. Ни у кого не отмечалось недержания мочи. Функция почек осталась неизменной. Выполненное цистоскопическое исследование контрольным больным показало полную адаптацию слизистой кишечного эпителия, достаточную емкость мочевого пузыря, отсутствие нарушений уродинамики. Уровень качества жизни у всех больных расценен как хороший.

Таким образом, внедрение и дальнейшее совершенствование методики энтероцистоластики позволяет сохранить социальную адаптацию больных, перенесших удаление мочевого пузыря.

**А.В. Максимов, Т.С. Неустроев, Р.Р. Винокуров, А.Г. Местникова**

## **ЛАЗЕРНАЯ КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ – НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)*

Методика лазерной литотрипсии заключается в следующем. Под анестезией (эпидуральная, спинномозговая) в полость мочевого пузыря устанавливается эндоскоп, при локализации камня в полости мочевого пузыря цистоскоп 20 Ch (Ø 8 мм), если конкремент находится в просвете мочеточника или в чашечно-лоханочной системе – ригидный уретеропиелоскоп размером 9,5 Ch (Ø 3 мм). Через рабочий канал эндоскопа в операционное поле зрения доставляется лазерный световод диаметром 0,6 мм, подключенный к источнику лазерного излучения. Под видеоконтролем рабочий кончик световода контактирует с конкрементом и включается подача лазерной энергии мощностью 1,2 – 1,7 Дж с частотой 6 – 8 Гц. При этом энергия, переданная через световод, достигая поверхности камня, приводит к выпариванию его вещества. В камне образуются дефекты, что приводит к фрагментации конкремента. Эндоципцами, введенными через рабочий канал, фрагменты удаляются вместе с эндоскопом. Фрагментация камней