

В.З. Галимзянов, В.Н. Павлов, А.М. Пушкарёв, Л.М. Кутлияров, В.А. Ногманова
КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель: Оценка результатов хирургического лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря. Применение различных методов деривации мочи в группах пациентов старческого возраста и с единственной почкой.

Материалы и методы: Анализ результатов лечения 92 больных, за период с 1999 по 2006 г. Больные были распределены по полу, возрасту, локализации опухоли, гистологическим и морфологическим признакам.

Результаты: Количество ранних осложнений в контрольной группе составило 50%, поздние осложнения возникли у 62,5%. В основной группе ранние осложнения у 14,6%, поздние - у 10,4%.

Выводы: Илеоцистопластика может выполняться у больных пожилого и старческого возраста и у больных с единственной функционирующей почкой. Сформированная илеостомы по Брикеру на первом этапе позволяет с успехом переводить в ортотопический мочевой пузырь на втором этапе.

Ключевые слова: мочевого пузыря новообразования, хирургия пластическая, мочи отведение, искусственные резервуары.

V.Z. Galimayonov, V.N. Pavlov, A.M. Pushkarev, L.M. Kutliyarov, V.A. Nogmanova
INTESTINOPLASTY OF PATIENTS WITH INVASIVE BLADDER CANCER

Aim: to estimate the results of the surgical treatment of bladder cancer carriers. Application of various urine derivation methods in groups of patients with a solitary kidney and of senile age.

Materials and methods: Analyses of treatment results of ninety two patients since 1999 till 2006. The patients were divided in accordance with gender, age, tumour localization, histological and anatomic indications.

Results: The quantity of early complications is 14,6%, 10,4% of operated patients got late complications.

Conclusions: Ileocystoplasty can be carried out on elderly and senile age patients as well as on patients with a solitary kidney. On the first stage the persistent ileostomy according to Briker allows orthotopic bladder to proceed successfully to the second stage.

Key words: cistis tumor, cisectomy, plastic surgery, urine waying-out, artificial bladders.

Рак мочевого пузыря составляет 4% от числа всех онкологических заболеваний и 40-50% от числа всех урологических новообразований. За последние годы отмечена явная тенденция к увеличению его частоты во всем мире, особенно в промышленно развитых странах [2,3,7]. При этом частота инвазивных форм рака, при котором радикальная цистэктомия является "золотым стандартом" в комплексном хирургическом лечении составляет до 25% всех форм заболевания [2,5,7]. В Республике Башкортостан ежегодно выявляется до 100 больных со злокачественными новообразованиями мочевого пузыря в стадии Т₁-3. Лечение инвазивного рака мочевого пузыря является трудной и неразрешимой задачей. Причина заключается в сложности своевременной диагностики и определения степени местного распространения процесса. Важное значение имеют также анатомические и физиологические особенности мочевого пузыря, биологические свойства опухолей из переходного эпителия, их мультицентрический рост. Как правило, положение осложняется возрастом больных и сопутствующими заболеваниями [7,8]. Истинно радикальным методом лечения рака мочевого пузыря считается цистэктомия, однако она чревата высокой частотой осложнений, развивающихся как в ближайшие, так и в отдаленные послеоперационные периоды в силу отсутствия адекватной замены мочевого пузыря, а все существующие способы отведения мочи далеки от совершенства [1,4,9]. Выбрать оптимальный метод отведения мочи после цистэктомии или выключения мочевого пузыря весьма сложно. Об этом свидетельствует большое количество описанных в литературе методов деривации мочи. Однако ни один из них не имеет абсо-

лютного большинства сторонников из-за травматичное™ вмешательства и тяжести послеоперационных осложнений. Современная тактика при инвазивном раке мочевого пузыря предусматривает выполнение радикальной цистэктомии. Однако несмотря на высокий уровень современных методов хирургических вмешательств, радикальная цистэктомия все реже рассматривается как инвалидирующая операция [1,6,7,8]. Вместе с тем, некоторые авторы считают, что раннее радикальное оперативное лечение позволяет улучшить показатели выживаемости даже больных преклонного возраста [7,9]. Однако показания для радикальной цистэктомии часто ограничены такими параметрами, как ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет, наличие выраженной сопутствующей терапевтической патологии у лиц старшей возрастной группы и различные проявления почечной недостаточности, в том числе наличие единственной функционирующей почки. Тяжесть данной проблемы усугубляется наличием кишечной инфекции, которая неизбежно персистирует у больных с различными методами деривации мочи после цистэктомии, часто приводя к фатальному исходу даже при радикально выполненном оперативном вмешательстве [7,8,9].

Материалы и методы

Клинический материал представляет анализ результатов лечения 92 больных, выделенных в 2 группы - 48 больных в основной группе и 44 в контрольной. Все больные находились на лечении в Республиканской клинической больнице им. Г.Г.Куватова. Одним из наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств при функциональном восстановлении нижних мочевых путей явля-

ется илеоцистопластика, которая отличается хорошими функциональными результатами. В период 1999-2006 гг. выполнено 92 операции 80 мужчинам и 12 женщинам. Возраст больных варьировал от 37 до 80 лет. По возрасту больные были распределены в интервалы по 10 лет в 5 групп. Наибольшее количество больных было в возрастной группе 50-60 лет - 34 человека, в группе 60-70 лет - 30 больных. Локализация опухоли чаще всего находилась на левой боковой стенке - 48, что составило 52%, правая боковая стенка - 10, что составило 11%, шейка мочевого пузыря - 14 (15%) и многофокусное, тотальное поражение у 20 пациентов (22%). У всех больных диагноз был подтвержден морфологически до операции. Гистологические исследования показали, что опухоль представлена в основном переходно-клеточными формами рака - 53 (57,3%), плоскоклеточным раком - 20 (21,5%), переходно-клеточным с плоско клеточной гиперплазией - 13 (14,2%) и переходно-клеточным папилломатозом - 6 (7%). Больные обеих групп страдали инвазивным раком мочевого пузыря в стадии T_{1b}-4 и в среднем сопоставимы друг с другом. Из предоперационных осложнений основного заболевания, значимых для рандомизации групп, были: предыдущие "открытые" и трансуретральные оперативные вмешательства, выраженная гематурия, приводящая к анемизации больных, гидронефроз, сопровождающийся нарушением функции почек, сопутствующие заболевания, требующие систематической, или курсовой терапии. Многие больные поступали с выраженным кровотечением, с тампонадой мочевого пузыря. Также в основную группу вошли больные с единственной и единственной функционирующей почкой. Одномоментное оперативное лечение было выполнено 39 больным - произведена радикальная цистэктомия с илеоцитопластикой по Штудеру. 9 больным была выполнена радикальная цистэктомия, и первым этапом лечения сформирован мочевой подвздошный конduit Брикера. Удалось восстановить мочеиспускание 43 больным основной группы и 5 пациентам было решено ограничить объем оперативного лечения, сохранив подвздошный мочевой конduit пожизненно. Этим больным не представлялось возможным выполнить более объемную и продолжительную операцию из-за общего тяжелого состояния, обусловленного далеко зашедшим опухолевым процессом, выраженной анемией. У 4 больных формирование подвздошного кондуита Брикера являлось первым этапом операции. В контрольной группе одномоментно восстановлено мочеиспускание у 35 больных, из них у 31 больного был сформирован ортотопический мочевой пузырь по методике Штудера и 4 больным выполнена илеоцистопластика недетубулизованным сегментом подвздошной кишки. Двухэтапная тактика лечения была выбрана у 7 больных, из них у 3 выполнена илеоцистопластика по Штудеру и 4 больным сформирован недетубулизованный мочевой пузырь сегментом подвздош-

ной кишки. В этой подгруппе первым этапом выполнялась как радикальная цистэктомия с уретерокутанеостомией, так и операция Брикера. Только 2 пациентам было решено ограничить объем оперативного лечения операцией Брикера, не восстанавливая мочеиспускания. При двухмоментном оперативном вмешательстве у четырех больных вначале выполнялась радикальная цистэктомия с уретерокутанеостомией, и только по прошествии 2-3 месяцев формировался искусственный мочевой пузырь. Выполнение кишечной пластики в один или два этапа обуславливалось многими причинами: длительная, технически очень сложная операция, анемия, уретерогидронефроз, хроническая почечная недостаточность. Однако опыт показал, что уретерокутанеостомия часто приводит к появлению острого, гнойного пиелонефрита, по поводу которого приходится выполнять экстренные операции. Выполнение второго этапа илеоцистопластики бывает затруднено вследствие спаечного процесса в брюшной полости. По мере накопления опыта выполнения данных операций мы практически отказались от уретерокутанеостомии, с 2003 г. данная операция была выполнена 3 пациентам. Радикальная цистэктомия выполнялась нами по общепринятой методике. При операции радикальной цистэктомии применялся общий эндотрахеальный наркоз в сочетании с перидуральной анестезией. Последнюю мы использовали для послеоперационного обезболивания в течение 3-4 суток с целью профилактики послеоперационных осложнений и, в особенности, пареза кишечника.

Результаты и обсуждение

В группе больных, которым выполнялась кишечная пластика недетубулизованным сегментом тонкой кишки, было отмечено достаточно гладкое течение раннего послеоперационного периода, обусловленное технической простотой данного метода, однако поздние результаты были неудовлетворительными, прежде всего, с функциональной точки зрения. Высокая частота пиелонефрита, неудержание мочи создали предпосылки для отказа от использования в нашей практике метода формирования резервуара "высокого давления". Среди поздних осложнений наблюдалась кишечная непроходимость, по поводу чего проводилась экстренная операция, стриктура неостиста уретрального анастомоза выявлена у одного больного. У трех пациентов наблюдалось развитие хронической почечной недостаточности. Эти больные в сроки от 9 до 11 месяцев умерли. Также у трех больных отмечено возникновение кишечных свищей. Эти больные лечились консервативно с использованием вакуум-аспираторов и в результате свищи закрылись самостоятельно. Анализ результатов лечения больных в группе с недетубулизованным сегментом подвздошной кишки показывает, что процент осложнений остаётся достаточно высоким, общая летальность также довольно высока - 4 пациента, что составляет 50% всей контрольной группы. Ранняя

послеоперационная летальность составила Человек. В контрольную группу с илеоцистопластикой по Штудеру были включены 34 больных, из них 31 пациент с одномоментной пластикой и 3 – с пластикой в два этапа. Как известно, послеоперационные осложнения делятся на ранние и поздние. К ранним относятся осложнения, связанные с неопистом, сердечно-сосудистой патологией, длительным парезом кишечника, острым гнойным пиелонефритом. Осложнений, связанных с неопистом, не было. Наблюдалось одно преходящее нарушение мозгового кровообращения. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей зафиксирован у одного пациента. Длительный парез кишечника наблюдался у двух больных. Нагноение раны отмечено также у двух больных. Общее количество послеоперационных осложнений составило 7 случаев у 6 больных, что составило 16,7 % больных группы илеоцистопластики и подвздошного кондуита. Несовпадение количества осложнений связано с тем, что у некоторых больных было несколько осложнений одновременно. К поздним операционным осложнениям относятся стриктура уретеро-уретеро-илеоанастомоза, стриктура уретрорезервуароанастомоза, сморщивание почек, кишечные и уретрокишечные свищи, послеоперационные грыжи. Всего с осложнениями было 5 больных (13,9%), летальность – 1 пациент. Общее количество осложнений 6 случаев, что составило 13,9%. Мочеиспускание восстановилось у 35 больных. В основной группе больные раком мочевого пузыря имели стадию T2B-4. Особенностью оперативного лечения больных этой группы был возраст 74-75 и более лет. По данным ряда авторов, эти больные составляют контингент, не подлежащий радикальной цистэктомии. Другой контингент больных, вошедших в основную груп-

пу, – это больные с единственной и единственной функционирующей почкой. У этих пациентов осложнений, связанных с неопистом, не было. Общее количество ранних послеоперационных осложнений составило 7 случаев у 7 больных, что составило 14,6%.

Среди поздних осложнений, в отличие от контрольной группы, не наблюдалось случаев кишечной непроходимости, стриктура неописта уретрального анастомоза также выявлена у одного больного. В отличие от пациентов контрольной группы в основной группе не наблюдалось развития хронической почечной недостаточности в сроки наблюдения до 3 лет. Всего осложнения выявлены у 5 больных (10,4%). Общая летальность в основной группе составила 4 случая (8,3%), и была связана с прогрессированием основного заболевания.

Выводы

1. Радикальная цистэктомия может выполняться у больных пожилого и старческого возраста с ожидаемой продолжительностью жизни менее 10 лет, а также у больных с единственной функционирующей почкой, обеспечивая лучшую выживаемость и качество жизни больного.

2. Радикальная цистэктомия с одномоментной илеоцистопластикой по методу Штудера является операцией выбора у больных с инвазивным раком мочевого пузыря.

3. Двухэтапное радикальное оперативное лечение больных с инвазивным раком мочевого пузыря позволяет первым этапом формировать наружную мочевую кишечную стому по методике Брикера с последующим переводом ее в ортотопический мочевой пузырь Штудера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Комяков Б.К., Горелов А.И., Прохожев А.Ю. Радикальная цистэктомия при раке мочевого пузыря // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Матер. 2-й Всерос. науч. конф. с участием стран СНГ. – Обнинск, 1997.
2. Аляев Ю.Г. Григорян В.А. Оперативная урология. – М.: Гэотар-Мед, 2001. – С. 211-215.
3. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М. и др. Современные возможности и новые направления диагностики и лечения рака почек, мочевого пузыря и предстательной железы. – М.: Медицина, 2001. – С.181-185.
4. Даренков С.П., Соколов А.Е., Гориловский Л.М., Чернышев И.В. Выбор метода деривации мочи после цистэктомии в лечении инвазивного рака мочевого пузыря // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Матер. 4 Всерос. конф. – М., 2001.
5. Коган М.И., Перепечай В.А., Юсков В.Н. и соавт. Некоторые важные факторы в хирургии инвазивного рака мочевого пузыря // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Матер. 2-й Всерос. науч. конф. с участием стран СНГ. Обнинск, 1997.
6. Комяков Б.К. Деривация мочи при цистэктомии у больных раком мочевого пузыря // Урология и нефрология. – 1993. № 3. – С. 25 – 28.
7. Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышев И.В. и др. Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря // Урология. – 2003. № 4. – С. 3 – 8.
8. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. – М., 2001. – С 210-218.
9. Studer U.E., Danuser H., Merz V.W., et al. / Experience in 100 patients with ileal low pressure bladder substitute combined with an afferent tubular isoperistaltic segment // J. Urol. – 1995.-Vol. 154> № 1,-P. 49-56.