

ОРТОТОПИЧЕСКИЙ НЕОЦИСТ ИЗ СОБСТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА

И.А. Гарагатый, С.В. Андреев

*Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии
им. В.И. Шаповала, г. Харьков, Украина*

Проблема деривации мочи после радикальной цистэктомии на протяжении продолжительного времени остается одной из наиболее актуальных в современной онкоурологии. Неудовлетворенность результатами ограниченных резекций мочевого пузыря при его опухолевом поражении инвазивного, рецидивного, полифокального типа побудил поиск возможностей протезирования органа при его удалении [2, 3, 4]. Однако примененные в прошлом попытки энтеронеоцистопластики [1] не оправдали себя не только из-за технической сложности, но и из-за практически полной функциональной несостоятельности [2]. Лишь в последние годы внедрение методов интестинонеоцистопластики при условии детубуляризации мобилизованного фрагмента кишечника, использованного для создания неоциста, позволили снизить в нем внутрипросветное давление до приемлемых показателей, повысив таким образом функциональность операций и социальную адаптацию пациентов и уменьшив количество послеоперационных осложнений. Это обусловило значительное расширение показаний к радикальной цистэктомии, появление новых средств ортотопической интестинонеоцистопластики и всестороннее изучение проблем, связанных с последней [1, 2, 3, 4].

Традиционно для реконструкции ортотопического неоциста используются определенные отделы желудочно-кишечного тракта, наиболее часто – подвздошный и сигмовидный отделы кишечника, и количество оперативных методик постоянно растет. Известен ряд способов деривации мочи в искусственный резервуар, созданный из изолированной части собственного кишечника, в который вшиваются культы мочеточников и который, в свою очередь, анастомозируется с культей уретры. Эти операции считаются наиболее физиологичными, поскольку предотвращают контакт просвета мочеточников с внешней средой и таким образом ограничивают возможность развития восходящего пиелонефрита, а также сохраняют самостоятельное мочеиспускание через уретру, повышая таким образом реабилитационные показатели и качество жизни оперированных больных. Основные требования, которые предъявляются к таким искусственным резервуарам, – форма, близкая к сферической, низкое внутрипросветное давление. Последнее достигается путем детубуляризации – рассечения поперечных мышечных слоев в процессе выкраивания и сохранения кровоснабжения при перемещении резервуара к месту анастомозирования с культей уретры [2, 3, 4]. Увеличение количества новых хирургических методик безусловно связано с высокой сложностью технического выполнения таких операций, потенциально высоким риском как ранних, так и поздних послеопераци-

онных осложнений, что и побуждает ученых к поиску оптимального варианта техники. Осложнения раннего периода связаны с большим количеством кишечных швов и нарушением целостности кишечника и его брыжейки. Основными недостатками этих способов являются необходимость низведения сформированного резервуара на брыжечной ножке, натяжение которой при этом приводит к нарушениям кровоснабжения искусственного мочевого пузыря. В сочетании с условиями натяжения нарушения кровоснабжения опасны развитием прежде всего несостоятельности неоцистоуретроанастомоза, а кроме того, при наличии межкишечного анастомоза возникает и риск его несостоятельности.

Исходя из вышеизложенного, мы поставили цель разработать способ неоцистопластики из другого полого органа, не связанного с желудочно-кишечным трактом. Возможным для использования таким образом органом нам представилось влагалище. Безусловно применение его с целью неоцистопластики чрезвычайно ограничено как по половым признакам, так и с точки зрения сексуальной функции. Тем не менее, у женщин преклонного возраста при условии снижения или отсутствия сексуальной активности применение кольпонеоцистопластики представляется вполне возможным.

Нами разработан способ формирования ортотопического мочевого пузыря после цистэктомии у женщин¹. Задача, положенная в основу изобретения, решается так, как и в известных способах – искусственный мочевой резервуар формируют из полого органа, но в предложенном способе для этого используют собственное влагалище после экстирпации матки. Дистальную часть влагалища для этого мобилизуют по задней поверхности и ушивают в косом направлении наглухо, детубуляризируют его проксимальную часть, вскрывая вдоль по передней стенке до уровня культи уретры, сшивают разрез в поперечном направлении. При этом получается детубуляризованный резервуар сферической формы, который за переднюю стенку подшивают к надкостнице лобковой кости, перемещая неоцист в ложе мочевого пузыря, передняя стенка резервуара прилегает к культе уретры, с которой и накладывается анастомоз без какого-либо натяжения, а мочеточники вшиваются в боковые стенки резервуара. Топическая близость влагалища к уретре позволяет не мобилизовать его, что обеспечивает сохранение кровоснабжения и отсутствие потребности в перемещении резервуара. Таким образом, эта методика полностью отвечает требованиям к ортотопическому мочевому пузырю, позволяет предотвратить развитие вышеуказанных осложнений и таким образом улучшить результаты хирургического лечения.

¹ Спосіб ортотопічної неоцистопластики після цистектомії у жінок: Патент 70002 А Україна, МКИ А61В 17/00 / Лісовий В.М., Гарагатий І.А., Андрєєв С.В., Лісова М.А. – № 70002 А; заявл. 22.12.2003; опубл. 15.09.2004, Бюл. № 9. – 3 с.

Операцию выполняли из промежностно-лапаротомного доступа. После цистэктомии из нижнесрединного лапаротомного доступа выполняли экстирпацию матки и проксимальный конец влагалища ушивали наглухо, после чего рану накрывали стерильной салфеткой и переходили к промежностному этапу. Циркулярно отсекали стенку влагалища от его преддверия и мобилизовали его по задней поверхности тупым путем с поэтапным гемостазом, тщательно сохраняя целостность прямой кишки и мышц промежности, до уровня проксимального конца культы уретры. Мобилизованную часть влагалища ушивали в косом направлении от передней стенки дистального края к проксимальному краю мобилизованной части задней стенки. После этого послойно ушивали мышцы промежности и слизистую преддверия и вновь переходили к лапаротомному этапу. Влагалище вскрывали вдоль по передней стенке от проксимального края до уровня культы уретры и сшивали в поперечном направлении, образуя резервуар, близкий к сферической форме. В передней стенке неоциста, непосредственно против проксимального отверстия культы уретры, делали дополнительное отверстие до 1 см в диаметре, с которым узловыми швами анастомозировали культю уретры. Переднюю стенку проксимального отдела неоциста 2-3 серозно-мышечными швами подшивали к надкостнице лобковой кости, в результате чего форма резервуара еще более приближалась к сферической, а сам он перемещался кпереди, то есть на место мочевого пузыря, более центровано относительно уретры. Культы мочеточников анастомозировали с боковыми стенками неоциста после предшествующей интубации. Мочеточниковые интубаторы выводили наружу через уретру рядом с катетером Фолея, введенным в полость неоциста, и фиксировали (удаляются на 7-12-й день после операции).

По предложенной методике нами прооперированы 2 женщины. Приводим оба наблюдения.

1. Больная Б., 64 г., поступила к клинику в плановом порядке по поводу макрогематурии, болей при мочеиспускании, общей слабости, похудения. При обследовании выявлена опухоль правой стенки мочевого пузыря, прорастающая все слои детрузора, при биопсии опухоли выявлен переходно-клеточный рак, среднедифференцированный. Установлен диагноз: рак мочевого пузыря $T_3N_0M_0G_2$. Перед операцией больной разъяснен характер заболевания и будущей операции, получено согласие на использование влагалища для пластики неоциста. После предоперационной подготовки больная оперована. После цистэктомии выполнена экстирпация матки с сохранением целостности влагалища. Операция продолжена согласно описанному способу.

Послеоперационное течение – без осложнений. Интубаторы удалены на 9-й день, мочевой катетер – на 16-й день после операции. Восстановлены самостоятельное мочеиспускание и функция ЖКТ. Выписана в удовлетворительном состоянии на 21-й день после операции. Осмотрена через 3 месяца: состояние удовлетворительное, жалоб нет, мочу удерживает днем полностью, ночью – частично (1-2 прокладки за ночь), мочеиспускание каждые 2-3 часа, остаточной мочи и уретеропиелозктазии нет.

2. Больная К., 60 л., госпитализирована по поводу макрогематурии. 2 года назад перенесла ТУР опухоли мочевого пузыря по поводу переходно-клеточного рака мочевого пузыря $T_1N_0M_0G_2$. При обследовании выявлен рецидивный полифокальный (4 фокуса) переходно-клеточный рак мочевого пузыря без признаков ретенции верхних мочевых путей. Сексуальная активность отсутствует, на использование влагиалища для неоцистопластики дала согласие. После предоперационной подготовки оперирована по описанной методике. Послеоперационное течение гладкое. Функция ЖКТ восстановлена на 3-й день. Раны зажили первичным натяжением. Интубаторы мочеточников удалены на 8-й день, катетер – на 15-й день после операции. Выписана на 16-й день. Осмотрена через 1,5 мес. после операции. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Мочеиспускание каждый час. Мочу днем удерживает частично (2 прокладки за день), ночью – не удерживает, однако отмечает, что удержание мочи постепенно улучшается. При УЗИ остаточной мочи и признаков ретенции ВМП не выявлено.

Таким образом, предложенный способ кольпонеоцистопластики может быть использован для отведения мочи после радикальной цистэктомии у женщин в искусственный мочевой пузырь, сформированный из собственного влагиалища, с предотвращением послеоперационных осложнений, связанных с использованием изолированных фрагментов желудочно-кишечного тракта. Приоритетным представляется его применение у женщин старшего и преклонного возраста при условии снижения или отсутствия сексуальной активности. Особенности применения этой методики можно оценить по мере накопления наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас-руководство по урологии. – Днепропетровск, 2001. – Т. 3. – С. 280-288.
2. Возианов А.Ф., Лесовой В.Н., Гарагатый И.А. // Междунар. мед. журн. – 2002. – Т. 8, № 1-2. – С. 160-165.
3. Коган М.И., Перепечай В.А. Современная диагностика и лечение рака мочевого пузыря. – Ростов-на-Дону, 2002. – 199 с.
4. Хинман Ф. Оперативная урология: Атлас / Пер. с англ. – М., 2001. – С. 801-802.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОРТОТОПИЧЕСКИМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

И.А. Гарагатый, Ю.В. Белоус, С.В. Андреев

*Харьковский государственный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Формирование ортотопического мочевого пузыря у больных с раком мочевого пузыря предполагает образование противоестественного контакта части кишечной микрофлоры с мочевым трактом. Это влияет на свойства, видовой и количественный состав микроорганизмов, длительную персистенцию микробных агентов в сформированном мочевом резервуаре в послеоперационном периоде. Применение массивных доз современных антибактериальных препаратов также нередко