

И.В. Семенякин¹, М.И. Васильченко², Д.А. Зеленин², Е.А. Яшин¹

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

¹ Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн (Оренбург)² ФГУ «2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ (Москва)

Проанализированы результаты лечения 110 больных, перенесших цистэктомию, с различными видами деривации мочи. В раннем послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: длительный парез кишечника, динамическая кишечная непроходимость, тромбоз наружной подвздошной артерии, несостоятельность межкишечных анастомозов и уретеро-резервуарных анастомозов, образование лимфоцеле, обострение хронического пиелонефрита. В позднем послеоперационном периоде основными осложнениями являлись: недержание мочи, стриктура уретро-резервуарного анастомоза, камнеобразование в мочевом пузыре. Проведенные оперативные и консервативные методы лечения позволили купировать возникшие осложнения.

Ключевые слова: цистэктомия, деривация мочи, осложнения цистэктомии

COMPLICATIONS AFTER CYSTECTOMY AND THEIR TREATMENT

I.V. Semenyakin¹, M.I. Vasilchenko², D.A. Zelenin², E.A. Yashin¹¹ Orenburg Regional Clinical Psychoneurologic Hospital for War Veteran, Orenburg² 2nd Central Military Clinical Hospital named after P.V. Mandryk of Moscow District, Moscow

We analyzed the results of treatment of 110 patients who had cystectomy with different types of urinary diversion. In the early postoperative period next complications occurred: prolonged intestinal paresis, dynamic ileus, thrombosis of the external iliac artery, failure of intestinal anastomosis and the uretero-reservoir anastomosis, lymphocele formation, exacerbation of chronic pyelonephritis. In the late postoperative major complications were: urinary incontinence, stricture of the uretero-reservoir anastomosis, bladder stone formation. Conducted operational and conservative methods of treatment allowed the arrest caused complications.

Key words: cystectomy, urinary diversion, complications cystectomy

Радикальная цистэктомия является стандартным методом лечения при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря. Цистэктомия показана при заболеваниях мочевого пузыря, повлекших за собой нарушение его функций, приводящих к патологическим изменениям верхних мочевых путей (микроцистис, микроцистис с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и др.). Цистэктомия с кишечной пластикой мочевого пузыря является одной из наиболее сложных и травматичных операций в урологии с высоким риском развития осложнений. Ранние послеоперационные осложнения достигают 10–50 %, послеоперационная смертность, по данным разных авторов, составляет 2,3–26,9 % [1, 4].

Среди наиболее часто встречающихся послеоперационных осложнений отмечаются: несостоятельность межкишечных, кишечно-мочеточниковых анастомозов, некроз дистальных отделов мочеточников, развитие уретерогидронефрозов, развитие пиелонефритов, длительная лимфорея, кишечная непроходимость, тромбоз легочной артерии, инфаркт миокарда. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в большей степени зависят от травматичности операции, а поздние — в основном от метода деривации мочи [2, 3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период 2006–2011 гг. в урологических отделениях ГБУЗ ООКПГВВ и ФГУ «2 ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ 110 больным выполнена

цистэктомия с различными видами деривации мочи. Средний возраст пациентов составил 68 лет. По поводу инвазивного рака мочевого пузыря прооперированы в стадии T2N0M0 — 54, T3N0M0 — 31, T4N0M0 — 9, T3-4N1-2M0 — 6 больных. Цистэктомия выполнена по поводу микроцистиса различной этиологии 5 пациентам. Мужчин было 106, женщин — 4. В 78 случаях рака мочевого пузыря верифицирован переходно-клеточный тип опухоли, в 15 — плоскоклеточный, в 7 — аденокарцинома. Процесс носил первичный характер у 67 больных, у 33 — рецидивный. У 10 пациентов к моменту операции имелся односторонний, а у 8 — двусторонний гидронефроз. Всем больным проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений низкомолекулярными антикоагулянтами.

Кишечный резервуар формировался из сегмента терминального отдела подвздошной кишки. При ортотопической пластике формировался мочевой пузырь по оригинальной методике с созданием инвагинационных уретероэнтероанастомозов (патент № 2337630 от 10 ноября 2008 года). При невозможности выполнения ортотопической пластики мочевого пузыря и восстановления самостоятельного мочеиспускания, больным выполнялось формирование гетеротопического тонкокишечного резервуара с удерживающим клапаном (патент № 2277866 от 29 января 2004 года) или илеоконduit по Брикеру. Стандартная лимфаденэктомия выполнена 58 больным, 25 — расширенная лимфаденэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Способ отведения мочи определяли у каждого пациента индивидуально, он зависел от сочетания нескольких факторов, а именно — от возраста, стадии онкологического заболевания, сопутствующей патологии, ожидаемой продолжительности жизни, пожелания больного.

Среди проведенных методов деривации мочи ортотопический искусственный тонкокишечный мочевого пузырь сформирован у 57, гетеротопический мочевого пузырь — у 37 пациентов, 16 больным выполнены инконтинентные методы деривации мочи: операция Брикера — 5, уретерокутанеостомия — 11 пациентам. Уретерокутанеостомия осуществлена пациентам с тяжелым общим состоянием и высоким риском осложнений при выполнении других методов деривации мочи. Средняя продолжительность операции составила 330 минут. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 656 мл. Средний койко-день после операции составил 42 дня.

Интраоперационные осложнения, связанные с этапом цистэктомии и лимфаденэктомией, возникли у 2 (1,8 %) больных. В первом случае была повреждена передняя стенка прямой кишки. Дефект кишки был ушит трехрядным швом, и наложена разгрузочная сигмостома. Повреждение передней стенки прямой кишки было связано с выраженным спаечным процессом и опухолевой инфильтрацией между мочевым пузырем и прямой кишкой. Показания к операции у данного пациента являлись витальными, обусловленные профузным кровотечением из опухоли мочевого пузыря. Методом деривации мочи в данном случае являлась уретерокутанеостомия. Через 3 месяца сигмостома была закрыта. Во втором случае при лимфаденэктомии была повреждена стенка левой общей подвздошной вены, дефект стенки был ушит, кровоток восстановлен.

В раннем послеоперационном периоде у 2 (1,8 %) больных развился тромбоз наружных подвздошных артерий, была выполнена релапаротомия с ревизией подвздошных артерий и тромбинэктомия, кровоток был восстановлен.

Динамическая кишечная непроходимость и длительный парез кишечника были у 15 (13,6 %) больных. Продленный «эпидуральный блок» и комплекс консервативных методов лечения позволили купировать данные осложнения консервативно.

Обострение хронического пиелонефрита развилось у 8 (7,2 %) больных, после проведения консервативной антибактериальной терапии данный процесс был купирован.

Выполнение расширенной тазовой лимфаденэктомии привело к учащению образования лимфоцеле — 8 (7,2 %) пациентов, в 1 случае его дренирование (3 литра) потребовало повторного оперативного вмешательства, в остальных случаях выполнялась пункция и дренирование лимфоцеле нефростомическим дренажом под ультразвуковым наведением.

Несостоятельность уретеро-резервуарных анастомозов возникла у 3 (2,7 %) больных. Всем

этим больным выполнялась деривация мочи путем формирования илеокондуита по Брикеру. У двух пациентов данное осложнение потребовало ревизии зон анастомоза и реанастомозирования, у 1 больного выполнение чрескожной пункционной нефростомии и увеличения времени «стояния» мочеточникового катетера позволило избежать релапаротомии. Возникновение данного осложнения мы связываем с выделением излишне большого участка мочеточников перед выполнением анастомозов, из-за этого происходит нарушение трофики стенки мочеточника.

Несостоятельность межкишечного анастомоза возникла у 2 (1,8 %) больных, в обоих случаях была выполнена релапаротомия. В одном случае была выполнена илеостомия, в другом дефект анастомоза был ушит.

К поздним осложнениям, связанным с формированием тонкокишечного мочевого резервуара, были отнесены осложнения, возникшие у пациентов через 3 месяца после операции и более. Стриктура резервуаро-уретрального анастомоза была диагностирована в 2 (1,8 %) случаях, конкременты мочевого резервуара — в 6 (5,5 %) случаях, считаем необходимым отметить, что в 2 случаях данные осложнения были обусловлены стриктурой резервуаро-уретрального анастомоза, что привело к гиперконтиненции и камнеобразованию. Выполнение рассечения стриктуры, трансуретральной электрорезекции рубцовых тканей зоны анастомоза и механической литотрипсии позволило избавить пациентов от повторного камнеобразования. Состав удаленных конкрементов показал, что основным субстратом к их образованию послужили слизь и соли мочевой кислоты, у остальных трех пациентов без гиперконтиненции наличие скобок (при выделении кишечного сегмента с помощью сшивающего аппарата УКЛ-40) или же фрагментов лигатур привели к образованию камней.

Недержание мочи различной степени тяжести в первые 3 месяца после операции среди больных с искусственным мочевым пузырем отмечалось в 34 (59,6 %) случаях. Через 6 месяцев недержание мочи присутствовало у 21 (19,1 %) больного, необходимо отметить, что степень тяжести была легкая и средняя. Через год после операции недержание мочи легкой степени отмечалось у 4 (7 %) пациентов. Данную динамику уменьшения недержания мочи мы связываем с формированием достаточной емкости искусственного мочевого пузыря и уменьшения внутрипузырного давления.

ВЫВОДЫ

На возникновение осложнений после цистэктомии оказывают влияние многие факторы, среди которых можно выделить факторы со стороны хирурга, где проводится оперативное вмешательство (опыт и технические навыки хирурга), предоперационное состояние больного (сопутствующие заболевания, возраст), выбор метода деривации мочи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велиев Е.И., Лоран О.Б. Проблема отведения мочи после радикальной цистэктомии и современные подходы к её решению // Практическая онкология. — 2003. — Т. 4, № 4. — С. 231 — 234.
2. Влияние метода деривации мочи на отдаленные результаты и качество жизни у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии / А.Н. Понукалин, П.В. Глыбочко, Б.И. Блюмберг [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. — 2011. — № 2. — С. 195 — 200.
3. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. — М.: Вердана, 2001. — С. 181.
4. Переверзев А.С., Петров С.Б. Опухоли мочевого пузыря. — Харьков: Факт, 2002. — 303 с.

Сведения об авторах

Семенякин Игорь Владимирович — кандидат медицинских наук, врач-уролог психосоматического урологического отделения Оренбургского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов войн (460021, г. Оренбург, ул. Депутатская, 86; тел.: 8 (3532) 56-01-85; e-mail: iceig@mail.ru)

Васильченко Михаил Иванович — доктор медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части Городской клинической больницы № 50 г. Москва (107014, г. Москва, ул. Большая Оленья, 8а; e-mail: vasilhenko@mail.ru)

Зеленин Дмитрий Александрович — кандидат медицинских наук, ординатор урологического отделения ФГУ «2 ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ (107014, г. Москва, ул. Большая Оленья, 8а; e-mail: d_zelenin@inbox.ru)

Яшин Евгений Александрович — заведующий психосоматическим урологическим отделением Оренбургского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов войн (460035, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 202)