

делает их патологически значимыми и требует подбора медикаментозной терапии.

Выводы.

Настоящее исследование конкретизировало состояние вегетативной нервной системы по тестам кардиоинтервалографии и спектрального анализа ритма сердца как одного из механизмов, сопровождающих обеспечение функции нижних мочевых путей в норме и, возможно, влияющих на формирование идиопатической гиперактивности мочевого пузыря.

Установлено, что клинические проявления идиопатического гиперактивного мочевого пузыря у мужчин реализуются в условиях напряжения регуляторных систем с доминированием симпатoadреналового звена вегетативной нервной системы. У женщин идиопатическая гиперактивность мочевого пузыря сопровождается более высокой активностью парасимпатического отдела ВНС. Необходимо дальнейшее изучение соотношения функций нижних мочевых путей с состоянием вегетативного обеспечения организма человека.

Сведения об авторах статьи:

Бердичевский Вадим Борисович – к.м.н., ассистент кафедры хирургии с курсом урологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России. Адрес: 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, 54. E-mail: doktor_bba@mail.ru

Казако Николай Иванович – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом урологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России. Адрес: 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Жмуров Владимир Александрович – д.м.н., профессор, зав кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России. Адрес: 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Хилькевич Станислав Викторович – зав отделением урологии ОКБ №2, аспирант кафедры хирургии с курсом урологии ФПК и ППС. ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России. Адрес: 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Ильясов Сулен Женисович – врач уролог, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России. Адрес: 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Павлова Ирина Валерьевна – врач-уролог, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России. Адрес: 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Ермишина Вера Ивановна, врач-уролог, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России. Адрес: 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и ургентное недержание мочи: пособие для врачей. – СПб., 2001. – 40с.
2. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания. – М.: Литтерра, 2006. – 160. – 3 с.
3. Баевский Р.М. Математический анализ сердечного ритма при стрессе / Р.М. Баевский, О.Н.Кириллов, С.М. Клецкин. – М.: Наука, 1984. – 270 с., 2000. – 752 с.
4. Борисов В.В., Акарачкова Е.С., Шварков С.Б. Значение дисфункции вегетативной нервной системы при идиопатическом мочевом пузыре у женщин // Урология. – 2012. – №1. – С. 33-37.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. – М.: Мед. информационное агентство. – 2000. – 752с.
6. Лоран О.Б. Этиология, патогенез, диагностика недержания мочи// Материалы пленума правления Российского общества урологов. – Ярославль, 2001. – С. 21-41.
7. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. – М.: Вече, 2003. – 75 с.
8. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин. – М.: МЕД пресс-информ, 2003. – 160с.
9. Appell R.A. Overactive bladder in special patient populations. Rev Urol. 2003; 5 Suppl 8: S. 37-41.
10. Stohrer M., Blok B., Castro-Diaz D., Chartier-Kastler E., Del Popolo G Kramer G., Pannek J., Radziszewski P., Wyndaele J- J. Guidelines on Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. European Association of Urology 2010.

УДК 616.62 – 089.844

© М.И. Васильченко, С.Н. Переходов, И.В. Семенякин, Д.А. Зеленин, Р.И. Алиев, 2013

М.И. Васильченко, С.Н. Переходов, И.В. Семенякин, Д.А. Зеленин, Р.И. Алиев

ОСОБЕННОСТИ ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Городская клиническая больница № 50, г. Москва

В исследование включены 87 больных пожилого возраста, перенесших цистэктомию с различными видами отведения мочи. Ортотопическая пластика мочевого пузыря выполнена 49 пациентам, гетеротопический мочевой резервуар – 30, уретерокутанеостомия 5, илеоконduit по Брикеру – 3 больным. Проанализированы причины развития послеоперационных осложнений, определена тактика их лечения. На благоприятные послеоперационные результаты влияют: выбор метода деривации мочи, выполнение оптимальной резекции кишечника и антирефлюксных уретеро-кишечных анастомозов, объем сформированного резервуара. Качество жизни у больных с ортотопическим искусственным мочевым пузырем выше, чем у пациентов с другими видами деривации мочи.

Ключевые слова: цистэктомия, цистопластика, деривация мочи.

M.I. Vasilchenko, S.N. Perehokodov, I.V. Semenyakin, D.A. Zelenin, R.I. Aliev

FEATURES OF URINE DIVERSION AFTER CYSTECTOMY IN ELDERLY PATIENTS

The study includes the results of cystectomy with different types of urinary diversion in 87 elderly patients. Orthotopic bladder replacement was performed in 49 patients, heterotopic urinary reservoir in 30, 5 patients underwent ureterostomy, 3 patients were made Bricker ileal conduit. The reasons for postoperative complications were analyzed, treatment tactics being developed. The favorable postoperative results depend on: the choice of urine diversion method, the optimal performance of ileum resection and anti-reflux uretero-intestinal anastomosis, the capacity of the formed reservoir. Quality of life of patients with orthotopic artificial urinary bladder is higher than in patients with other types of urine diversion.

Key words: cystectomy, cystoplasty, urine diversion

Цистэктомия показана при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря и его заболеланиях мочевого пузыря, повлекших за собой нарушение его функций, приводящих к патологическим изменениям верхних мочевых путей (микроцистис, микроцистис с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и др.). Если объем радикальной цистэктомии не вызывает споров среди урологов, то методы деривации мочи являются предметом дискуссий. В настоящее время наиболее распространены методы деривации мочи в искусственный мочевой резервуар, созданный из различных отделов желудочно-кишечного тракта. Среди существующих методов отведения мочи ортотопическое замещение мочевого пузыря предпочтительно, так как сохраняет естественное мочеиспускание и способствует наилучшей социальной адаптации больного. При невозможности выполнения ортотопической пластики мочевого пузыря выполняется гетеротопическая пластика мочевого пузыря [1,2].

Указанные операции являются технически сложными с обширной послеоперационной травмой, сопровождающиеся тяжелым послеоперационным периодом, и наличие, как правило, нескольких сопутствующих заболеваний у пациентов пожилого возраста, требуют максимально минимизировать все возможные риски и осложнения [3,4,5].

Материал и методы. В исследовании проанализированы результаты лечения 87 больных пожилого возраста (средний возраст 69 ± 4 года), которым выполнена цистэктомия с различными видами деривации мочи в период 2006 – 2012 гг. мужчин было 84, женщин 3. По поводу инвазивного рака мочевого пузыря прооперированы в стадии $T_2N_0M_0$ – 44 (50,6%), $T_3N_0M_0$ – 30 (34,5%), $T_4N_0M_0$ – 7 (8%), $T_{3-4}N_{1-2}M_0$ – 4 (4,6%). Цистэктомия выполнена по поводу микроцистиса различной этиологии 2 (2,3%) пациентам. В 68 (78,2%) случаях рака мочевого пузыря верифицирован переходно-клеточный тип опухоли, в 15 (17,6%) – плоскоклеточный, в 4 (4,7%) случаях – аденокарцинома. Процесс носил первичный характер у 60 (70,6%), рецидивный – у 25 (29,4%) больных. Большинство больных из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии относились к категориям тяжелых и средней

степени тяжести. Сопутствующая патология в виде ишемической болезни сердца присутствовала у 43 (49,4%) больных, постинфарктный кардиосклероз – у 23 (26,4%), артериальная гипертензия – у 35 (40,2%), сахарный диабет – у 6 (6,9%), болезни органов дыхания – у 47 (50,0%), болезни органов пищеварения – у 24 (27,6%). Сочетание нескольких сопутствующих заболеваний было у 59 (67,8%) больных. Наличие сопутствующих заболеваний потребовало медикаментозной коррекции до и после операции. Всем больным проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений низкомолекулярными антикоагулянтами.

В связи с тяжелым состоянием 17 (19,5%) пациентам первым этапом выполнялась цистэктомия с деривацией мочи методом уретерокутанеостомией, через 5-12 месяцев выполнялась деривация мочи в кишечный резервуар.

Кишечный резервуар, или мочевой пузырь, формировался из сегмента терминального отдела подвздошной кишки. Ортотопический мочевой пузырь формировался по оригинальной методике (патент № 2337630 от 10.11.2008 года). При невозможности выполнения ортотопической пластики мочевого пузыря формировался гетеротопический кишечный резервуар (патент № 2277866 от 29.01.2004 года) или илеоконduit по Брикеру. Определение необходимой длины резецируемой части тонкой кишки производилось на основании предварительных расчетов (патент № 2444307 от 10.03.2012г.). Стандартная лимфаденэктомия выполнена 48 (55,2%) больным, 25 (28,7%) – расширенная лимфаденэктомия. У 70% больных в различные сроки после операции выполнялось исследование качества жизни с помощью опросников SF – 36 и EORTC QLQ-C30 (version 3).

Результаты и обсуждение. Распределение по видам деривации мочи: ортотопическая пластика мочевого пузыря – 49 (56,3%), формирование гетеротопического мочевого резервуара – 30 (34,5%), уретерокутанеостомия – 5 (5,7%), илеоконduit по Брикеру – 3 (3,4%) больных. Больным, которым деривация мочи осуществлялась во время первой операции в объеме уретерокутанеостомии, вторым этапом сформирован ортотопический мочевой пузырь – 2 (2,3%) пациентам, гетеротопиче-

ский мочевого резервуар – 3 (3,4%) пациентам. Средняя продолжительность операции с формированием орто- или гетеротопического мочевого пузыря составила 380 минут. Интраоперационная кровопотеря была обусловлена сложностью цистэктомии и составила в среднем 790 мл, вид деривации мочи на объем кровопотери не влиял.

Несомненно, для удовлетворительного качества жизни предпочтительно формирование ортотопического искусственного мочевого пузыря. В 3 (3,4%) случаях ортотопическая пластика была невозможна из-за анатомических особенностей – короткая брызжейка терминального отдела подвздошной кишки. В данной ситуации операции завершались формированием гетеротопического мочевого резервуара.

У 18 (20,7%) больных на момент предоперационного обследования присутствовал гидронефроз с одной стороны, у 2 (2,3%) больных двухсторонний гидронефроз. Из числа этих больных 12 (66,7%) была выполнена ортотопическая пластика мочевого пузыря, остальным – гетеротопическая пластика. При обследовании через год после операции у 16 (88,9%) пациентов признаков расширения чашечно-лоханочной системы выявлено не было, у остальных больных явления гидронефроза значительно уменьшились. Данные изменения, по нашему мнению, связаны с эффективностью инвагинационных уретероэнтероанастомозов и адекватной емкостью сформированного резервуара.

В момент интраоперационной подготовки к формированию мочеточниково-резервуарного анастомоза в большинстве применяемых в настоящее время методов, включая илеоконduit по Брикеру и уретерокутанеостомии, необходимо выделение дистального отдела мочеточника на протяжении. В дальнейшем возможно развитие осложнений, связанных с некрозом участка стенки мочеточника и несостоятельности анастомозов. Использование нами оригинального метода формирования гетеро- и ортотопического резервуара позволило избежать развития подобных осложнений. Концы резецированного сегмента кишечника подводятся к месту анастомоза, и для формирования мочеточниково-резервуарного анастомоза достаточно выделение дистального отдела мочеточника на протяжении 15 – 25 мм, что позволяет полностью сохранить кровоснабжение в данной зоне.

Послеоперационная летальность составила 8 (9,2%) пациентов, летальность, связанная с формированием тонкокишечного мочевого резервуара, составила 4 (4,6%) пациента: в двух случаях несостоятельность кишечного анастомоза, приведшая к разлитому перитониту, в одном – мезентериальный тромбоз с некрозом мочевого резервуара, несостоятельность мочеточниково-резервуарного анастомоза с развитием перитонита после формирования илеокондуита. В остальных случаях летальность была связана в декомпенсацией сопутствующих заболеваний.

Больным после ортотопической пластики на разных сроках после операции проводилась урофлоуметрия. В течении 6 – 12 месяцев после операции происходил процесс адаптации больных к «новому процессу» мочеиспускания. Через год после операции среднее время опорожнения составило 68 секунд, средний поток мочи – 7 мл/с. Данные уродинамических показателей свидетельствуют об адекватной функции искусственного мочевого пузыря.

Проведя анкетирование по качеству жизни 65 (74,7%) больным на сроках от 3 до 60 месяцев после операции было выявлено, что наиболее низкие показатели были у больных с гетеротопическим мочевым резервуаром. У данной группы больных в основном были снижены показатели общего восприятия здоровья, эмоциональные проблемы и показатели социальной активности. Снижение этих показателей было обусловлено необходимостью ухода за стомой. Показатели у больных после ортотопической пластики были снижены по сравнению с контрольной группой, однако разница была незначительна.

Выводы. Метод выбора деривации мочи у больных пожилого возраста должен быть многофакторным. Необходимо учитывать не только онкологические факторы прогноза основного заболевания, но и сопутствующую патологию, влияющую на ведение послеоперационного и реабилитационного периодов. Применение указанных методов формирования мочевого пузыря, антирефлюксных мочеточниково-резервуарных анастомозов, планирование объема неопузыря, экономная резекция кишечника снижают риск возникновения осложнений и способствуют улучшению реабилитации пациентов. Ортотопическая пластика мочевого пузыря является наиболее физиологичной и обеспечивает адекватное качество жизни больных.

Сведения об авторах статьи:

Васильченко Михаил Иванович – д.м.н., профессор, зам. главного врача по хирургии ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. Тел.: +7 499 7607933. E-mail: vasilchenko@mail.ru.
Переходов Сергей Николаевич – д.м.н., профессор, главный врач ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. Тел.: +7 499 7607933. E-mail: info@gkb50.msk.ru.
Семякин Игорь Владимирович – к.м.н., врач-уролог урологического отделения ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. E-mail: iceig@mail.ru.
Зеленин Дмитрий Александрович – к.м.н., врач-уролог урологического отделения ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. E-mail: d_zelenin@inbox.ru.
Алиев Рамиль Исмаилович – врач-уролог урологического отделения ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиев, Е.И. Проблема отведения мочи после радикальной цистэктомии и современные подходы к ее решению / Валиев Е.И., Лоран О.Б. // Практическая онкология. – 2003. – Т.4, № 4. – С. 231- 234.
2. Матвеев, Б.П. Спасительная цистэктомия у больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря / Матвеев Б.П., Волкова М.И., Фигурин К.М., Петерс М.В. // Онкоурология. – 2009. – № 1. – С. 27-31.
3. Hautmann R.E. Urinary diversion / Hautmann R.E., Abol-Enein H., Hafez K. // Urology. – 2007. – Jan. Vol. 1, № 69. – P. 17-49.
4. Thoeny H., Fleischmann A., Thalmann G.N. Twenty Years Experience With an Ileal- Orthotopic Low Pressure Bladder Substitute - Lessons to be Learned / Studer U.E. [et al.] // J. Urol. – 2006. – Vol. 176. – P. 161-166.
5. Stein J.P. Results with radical cystectomy for treating bladder cancer: a «reference standart» for high-grade, invasive bladder cancer / Stein J.P., Skinner D.G. // BJU Int. -2003. – Vol. 92, № 1. – P. 12-17.

УДК 616.62-003.7-089.879-085:615.838

© С.Г. Вахлов, А.А. Макарян, В.О. Данилов, 2013

С.Г. Вахлов, А.А. Макарян, В.О. Данилов
**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРУПНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК
 В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ**

ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», г. Екатеринбург

На сегодняшний день важным остается вопрос лечения крупных камней почек методом дистанционной литотрипсии. Однако часто слабая эффективность первого этапа в лечении является показанием для применения более инвазивных оперативных вмешательств на втором этапе. Изучение результатов применения комбинированного санаторно-курортного лечения и цитратных смесей на группе больных МКБ в качестве промежуточного этапа показало значимую эффективность данной методики.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, санаторно-курортное лечение, цитратные смеси, дистанционная литотрипсия.

S.G. Vakhlov, A.A. Makaryan, V.O. Danilov
**COMBINED TREATMENT OF LARGE RENAL STONES IN SANATORIA
 AND HEALTH RESORTS**

Today the question of treatment of large renal stones by lithotripsy remains to be an important one. However, often the low efficacy of the first stage of treatment is an indication for the use of more invasive surgery of the second stage. Studies of the effects of combined sanatorium treatment with citrate mixtures on urolithiatic patients as an intermediate step showed significant efficacy of this technique.

Key words: urolithiasis, sanatoria and health resort treatment, citrate mixture, extracorporeal lithotripsy.

На сегодняшний день важным остается вопрос лечения крупных камней почек методом дистанционной литотрипсии [1]. По данным авторов эффективность данного метода составляет 60-80% [2,3]. В то же время важную роль в подготовке больных к дистанционной литотрипсии играет возможность применения цитратных смесей на догоспитальном этапе [4]. Изучение влияния данных препаратов при уратной и смешанных формах нефролитиаза показало высокую эффективность за счет снижения количества сеансов дистанционной литотрипсии. В ряде случаев использование литолитической терапии является альтернативой оперативному лечению мочекаменной болезни [5].

Наличие в составе препаратов цитратов, а также ионов калия и натрия, обладающих

ощелачивающими свойствами, оказывает значимый фармакотерапевтический эффект для предотвращения рецидивов уратного нефролитиаза.

Изучение влияния комбинированной терапии санаторно-курортного лечения и литолитической терапии в качестве промежуточного этапа в лечении крупных камней почек при слабой эффективности первого этапа лечения позволяет уменьшать вероятность применения более инвазивных операций на втором этапе.

Материал и методы. В исследовании принял участие 91 больной мочекаменной болезнью с крупными камнями почек в период с 2010 по 2013 гг. Возраст пациентов составил от 35 до 67 лет.