

5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.// Кардиология. — 2000. — № 6. — С. 4–8.
6. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Карпов Р.С.// Кардиология. — 2004. — № 10. — С. 95–101.
7. Петров В.И., Решетько О.В.//Клин. фармакол. и тер. — 2004. — № 13. — С. 72–77.
8. Страчунский Л.С., Козлов С.Н., Рачина С.А.// Клин. фармакол. и тер. — 2001. — № 4. — С. 35–40.
9. Фельдман О., Фридман А.//Эконом. вестн. фармац. — 1999. — № 8. — С. 69–93.
10. Bjerrum L., Sogaard J., Hallas J., Kragstrup J.// Eur. J. Clin. Pharmacol. — 1998. — Vol. 54(Suppl. 3). — P. 192–202.
11. Health Technology and Pharmaceuticals: 2000–2003 Strategy. WHO, Geneva, 2001. — P. 28.

Поступила 16.08.06.

PHARMACOEPIDEMIOLOGY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

L.E. Ziganshina, E.A. Acel', L.N. Mukhamadullina

S u m m a r y

Ischemic heart disease represents the major cause of death in the community. Treatment modalities have been thoroughly developed ensuring reduction in cardiovascular risks. However pharmacoepidemiology studies prove that physicians and patients themselves poorly follow evidence-based recommendations. Patterns, reasons and consequences are being addressed.

УДК 616.62 — 006.6 — 089.87 — 031 : 611.34 — 06 : 616 — 089.86 — 007.272 — 089.8 — 036.122 — 085

ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНТЕРОЦИСТОПЛАСТИКИ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Э.Н. Ситдыков, Э.А. Зубков

Кафедра урологии (зав. — проф. М.Э. Ситдыкова) Казанского
медицинского государственного университета

В настоящее время цистэктомия с формированием ортотопического мочевого пузыря из сегментов желудочно-кишечного тракта считается, по мнению большинства клиницистов, наиболее рациональным методом реабилитационной терапии пациентов с инвазивным раком мочевого пузыря [1–4, 6–8]. Основой реабилитации больных после цистэктомии являются восстановление физиологического мочеиспускания, нормализация функциональной деятельности почек и верхних мочевыводящих путей, обеспечение гомеостаза и профилактика отдаленных осложнений энтероцистопластики и своевременное их лечение. Среди отдаленных осложнений наиболее часты, согласно данным литературы, атаки острого пиелонефрита, усугубление хронической почечной недостаточности, мочекаменная болезнь с преимущественной локализацией конкремента в ортотопическом мочевом пузыре, пузырно-уретеральные рефлюксы, стриктуры мочеточниково-кишечных и кишечно-уретральных анастомозов, хроническая диарея.

Целью наших клинических исследований были выявление причин отдаленных осложнений и разработка методов их профилактики и адекватного лечения.

Нами проанализированы клинические наблюдения 198 пациентов, перенесших цистэктомию с одно- и многоэтапным фор-

мированием ортотопического кишечного мочевого пузыря. Во всех случаях кишечный трансплантат, используемый для формирования тубулярного ортотопического мочевого пузыря, не превышал в длину 25 см. Отдаленные результаты в сроки от одного года до 20 лет изучены у 110 больных, средний возраст которых составлял 64,5 года. Артифициальный кишечный мочевой пузырь, способный обеспечить уретральное мочеиспускание, был сформирован из изолированного сегмента сигмовидной кишки у 47 больных, в том числе у 7 с глухим швом ортотопического мочевого пузыря. Илеоцистопластика была выполнена 63 пациентам как менее травматическое хирургическое вмешательство, в том числе 6 с первичным глухим швом. Сигмоцистопластика производилась одновременно с расположением кишечного трансплантата в малом тазу изоперистальтически либо антиперистальтически, реже подковообразно. При использовании изолированного сегмента подвздошной кишки у 42 больных применялась одномоментно У-образная энтероцистопластика, ортотопический мочевой пузырь был сформирован в два этапа у 11 пациентов. У больных этих двух групп кишечный трансплантат был расположен внебрюшинно. Внутривнутрибрюшинно артифициальный подвздошно-кишечный мочевой пузырь, способный опорожняться через

Таблица 1

Частота осложнений в отдаленные сроки наблюдения у больных с ортотопическим мочевым пузырем (абс./%)

Варианты энтероцистопластики	До 1 года	До 5 лет	До 10 лет
Сигмоцистопластика (у 47 больных)	2 /4,2	9/19,1	4 /8,5
в том числе с глухим швом мочевого пузыря (у 7)	—	—	—
Илеоцистопластика (у 63 больных)	9 /14,2	7/11,1	6/10,0
в том числе одномоментная внебрюшинная (у 40)	6/15	5 /12,5	5/12,5
двухэтапная внебрюшинная (у 10)	2 /20	1/10	1 /10
с первичным глухим швом мочевого пузыря (у 6)	—	1 /16,6	—
внутрибрюшинная (у 7)	1 /14,2	—	—
Итого после интероцистопластики	11/10	16/14,5	10/9

уретру, расположили у 7 больных, которым на первом этапе была выполнена цистэктомия с уретерокутанеостомией. Количественные показатели осложнений энтероцистопластики оценивались по срокам и вариантам формирования ортотопического кишечного мочевого пузыря (табл. 1).

Как видно из табл. 1, осложнения в течение первого года наблюдений выявлены у 10% оперированных, причем после илеоцистопластики — у 14,2%, сигмоцистопластики — лишь у 4,2%. Однако в период до 5 лет частота осложнений после сигмоцистопластики по сравнению с илеоцистопластикой увеличилась на 8% (соответственно 19,1% и 11,1%). В более отдаленные сроки после создания искусственного кишечного мочевого пузыря с послеоперационным надлобковым дренированием частота осложнений у пациентов с илеальным пузырем оказалась на 1,5% выше, чем после сигмоцистопластики.

После энтероцистопластики с первичным глухим швом количество отдаленных осложнений было в 2 раза меньше (7,6%), чем у пациентов, которым временное отведение мочи из кишечного мочевого пузыря осуществлялось путем надлобкового дренирования (15,4%). Общее количество осложнений за период до 10 лет после создания илеального ортотопического мочевого пузыря выявлено в 10,0% случаев, в то время как после сигмоцистопластики — только в 8,5%. Мы отдаем предпочтение илеоцистопластике в тех случаях, когда сиг-

моцистопластика невозможна, а также при необходимости применения у ослабленных больных упрощенной методики илеоцистопластики, которая не требует одномоментной дополнительной хирургической манипуляции в процессе мобилизации изолированного сегмента кишечника. Несмотря на некоторые различия в частоте возникновения отдаленных осложнений между одной и двухэтапной илеоцистопластикой (табл. 1), мы рекомендуем расширить показания к двухэтапной операции формирования илеального ортотопического мочевого пузыря. Данная операция является, как отмечает М.Э. Ситдыкова [7], основой социальной и трудовой реабилитации больных, после цистэктомии, которым по тем или иным причинам невозможно провести одномоментную операцию (короткая брыжейка кишечного трансплантата).

По мнению О.Б. Лорана и Е. И. Велиева [5], метод ортотопической деривации мочи должен быть доступен для всех пациентов, а риск в связи с операцией они считают вполне приемлемым. Возникающие отдаленные осложнения также неопасны для жизни пациентов. В наших исследованиях после энтероцистопластики были выявлены следующие отдаленные осложнения: мочекаменная болезнь, острый пиелонефрит, стриктура уретеро-кишечного и уретеро-кишечного анастомозов, мегацистис, развившийся в течение 5 лет вследствие послеоперационной грыжи нижнесрединного абдоминального рубца, механическая тонкокишечная непроходимость (табл. 2).

Данные табл. 2 свидетельствуют, что частым осложнением отдаленного периода после энтероцистопластики является мочекаменная болезнь с частотой до 13,6%. Патогенетическим фактором ее развития либо рецидивирования, как известно, служит нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей. Оно возникает у пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и сужением мочеточниково-кишечного соустья. Наши результаты согласуются с данными литературы в том, что у одного и того же пациента выявляется преимущественно несколько осложнений, связанных между собой патогенетически и с методикой хирургического вмешательства. Все это свидетельствует о необходимости интраоперационной и послеоперационной профилактики отдаленных осложнений энтероцистопластики путем совершенствования техники оперативного вмешательства, выбора оптимальных методик антирефлюксной трансплантации мочеточников, формиро-

Таблица 2

Характеристика отдаленных осложнений энтероцистопластики

Осложнения	Илеоластика			Сигмоластика			Итого, абс./%
	до 1 года	до 2 лет	до 10 лет	до 1 года	до 2 лет	до 10 лет	
Камни мочевыводящих путей	—	3	3	—	7	2	15/13,6
Чашечно-лоханочная система	—	2	2	—	2	—	6/5,4
Мочеточники	—	1	—	—	1	1	3/2,7
Мочевой пузырь	—	—	1	—	4	1	6/5,4
Пузырно-мочеточниковый рефлюксы	3	2	2	1	1	2	11/10,0
Острый пиелонефрит	3	2	—	1	—	—	6/5,4
Хронический пиелонефрит активная фаза	1	3	—	—	2	1	7/6,3
Послеоперационная грыжа рубца, осложненная мегацистисом	—	—	—	—	1	1	1/0,9
Стриктура уретро-кишечного соустья	4	1	—	5	—	—	10/9,0
Стриктура уретеро-кишечного соустья	3	—	—	1	—	—	4/3,6
Механическая подвздошно-кишечная непроходимость	1	—	—	—	—	—	1/0,9

вания пузырно-уретрального сегмента и адекватной терапии в послеоперационном периоде.

Изучение состояния уродинамики верхних мочевыводящих путей после энтероцистопластики показало, что сроки нормализации функции мочеточников зависят от их состояния до операции и методов пересадки в искусственный мочевой пузырь. Нами было установлено, что у всех больных после цистэктомии с энтероцистопластикой нарушается сократительная способность мочеточников в связи с пересечением и повреждением их нервно-мышечного аппарата.

Послеоперационные нарушения уродинамики верхних мочевых путей проявлялись, по данным экскреторной урографии и урентгенотелескопии, выполненных в сроки от 1 до 2 недель после операции в виде уретеро-пиелоэктазии, уменьшения частоты сокращений мочеточников и исчезновением их цистойдной функции. Однако эти нарушения у большинства пациентов были проходящими, и уже у 88,6% оперированных уродинамика верхних мочевыводящих путей нормализовалась в течение 1–6,5 месяца. Физиологическая деятельность мочеточников у 83,2% пациентов сохранялись в сроки наблюдения от одного года до 20 лет (рис. 1–5) как после тонко-, так и толстокишечной цистопластики.

В последние годы появилось мнение [3, 4, 5], что тубулярный искусственный кишечный мочевой пузырь из-за недостаточной его емкости содействует поддержанию повышенного внутрипузырного давления и тем самым развитию пузырно-мочеточни-



Рис. 1. Экскреторная урограмма Б. через год после энтероцистопластики.

ковых рефлюксов и других отдаленных осложнений. Результаты исследования уродинамики нижних мочевых путей в фазе накопления и опорожнения у пациентов с ортотопическим мочевым пузырем не позволяют нам с этим согласиться.

Как видно из табл. 4, период адаптации после сигмоцистопластики составляет 3–6 месяцев, после илеоцистопластики — 6–12. Детрузорное давление к этому сроку как после толсто-, так и тонкокишечной пластики составляло соответственно до

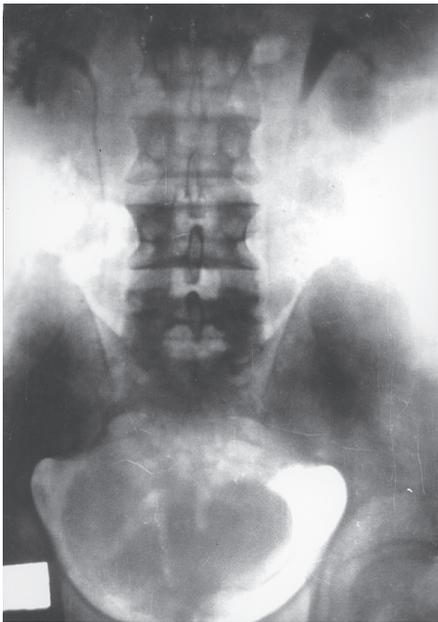


Рис. 2. Экскреторная урограмма М. через 3 года после энтероцистопластики.



Рис. 4. Экскреторная урограмма Г. через 18 лет после энтероцистопластики.



Рис. 3. Экскреторная урограмма М. через 5 лет после энтероцистопластики.

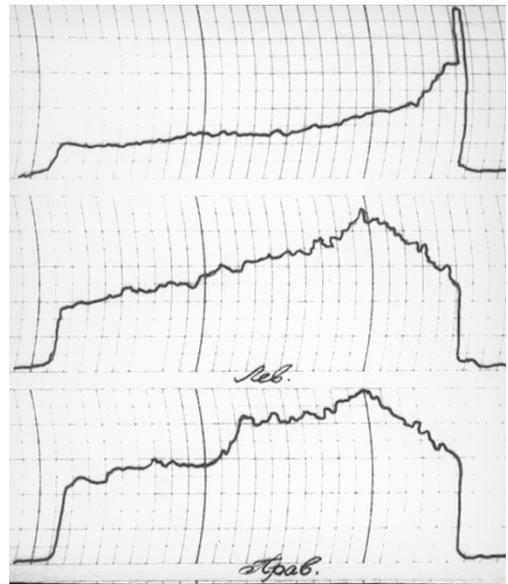


Рис. 5. Ренограмма С. через 18 лет после энтероцистопластики.

5,91 и 4,99 см водн. ст./50 мл при норме 7,22. Рентгеноцистографически ортотопический кишечный мочевой пузырь располагался в малом тазу, а контуры его приближались к естественным (рис. 6, 7).

Наиболее короткий период адаптации ортотопического мочевого пузыря отмечен нами в срок до 3 месяцев у пациентов, кото-

рым энтероцистопластику выполняли с первичным глухим швом. Уже к концу первого месяца емкость искусственного мочевого пузыря достигла 150 мл, а в период до 3 месяцев соответствовала физиологическим значениям, при этом средний показатель урофлоуметрического индекса составлял $17,3 \pm 0,5$ мл при емкости $205 \pm 14,0$ мл



Рис. 6. Цистограмма Д. через 5 лет после энтероцистопластики.



Рис. 7. Цистограмма К. через 10 лет после энтероцистопластики.

Таблица 3

Анатомо-функциональное состояние верхних мочевых путей после энтероцистопластики по данным экскреторной урографии

Энтероцисто- пластика с использова- нием	1—2 нед					1—6,5 мес					1—20 лет				
	п	гипотония		нормотония		п	гипотония		нормотония		п	гипотония		нормотония	
		абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%

Изолирован- ный функцио- нирующий сегмент кишки	32	32	100	—	—	79	9	11,3	70	88,6	66	11	16,6	55	83,3
в том числе сигмовидный трансплантат	21	21	100	—	—	59	7	11,8	52	88,1	42	7	16,6	35	83,3
подвздошный трансплантат	11	11	100	—	—	20	2	10,0	18	90,0	24	4	16,6	20	83,3

Таблица 4

Динамика емкости ортотопического мочевого пузыря

Варианты энтероцистопластики	Емкость мочевого пузыря, мл			
	до 1 мес (n=81)	до 3 мес (n=45)	до 6 месяцев (n=36)	до года и выше (n=75)
Сигмоцистопластика	105,0±18,0	141,0±12,0	280,0±54,0	405,0±95,0
Илеоцистопластика	90,0±12,0	128,0±50,0	190,0±32,0	320,0±56,0
"Идеальная" энтероцистопластика	150,0±10,0	205,0±14,0	350,0±21,0	401,0±35,0

и максимальном давлении при позыве к мочеиспусканию в среднем до 69 см водн. ст. В послеоперационном периоде самостоятельное мочеиспускание восстанавливалось после удаления постоянного уретрального катетера на 10–12-е сутки. Как показали клинические исследования,

раннее восстановление уретрального мочеиспускания после энтероцистопластики, помимо ускоренной адаптации к новым условиям, обеспечивает естественное очищение полости кишечного мочевого пузыря от слизи, детрита, отторгнувшегося шовного материала и препятствует формированию камней,

Частота пузырно-мочеточниковых рефлюксов после энтероцистопластики

Методики пересадки мочеточников	Энтероцистопластика		
	количество мочеточников	рефлюксы	%
По Миротворцеву С.Р.	73/98	6/5	8,2/5,1
По Тихову П.И.	15/26	1/1	6,6/3,8
По Несбиту	1/2	1/2	100/100
По Коффи 1	5/—	—/—	—/—
Итого	94/126	8/8	8,5/6,3

Примечание: в числителе — данные после сигмоцистопластики, в знаменателе — после илеоцистопластики.

сужений пузырно-уретрального соустья за счет естественного его бужирования потоком выделяющейся мочи. За 5-летний срок наблюдений за пациентами, перенесшими энтероцистопластику с первичным глухим швом кишечного мочевого пузыря, нами не выявлены отдаленные осложнения, которые потребовали бы применения оперативных методов лечения. Это позволяет считать раннее восстановление мочеиспускания по уретре, достигаемого за счет первичного глухого шва ортотопического мочевого пузыря, эффективным методом профилактики уродинамических нарушений и патогенетически связанных с ним ближайших и отдаленных осложнений.

Важное значение в профилактике длительных нарушений уродинамики верхних мочевых путей имеет раннее восстановление естественной отсасывающей функции герметичного ортотопического мочевого пузыря. Поэтому у пациентов после энтероцистопластики с надлобковым дренированием с целью раннего восстановления мочеиспускания необходимо по возможности сократить этот вид временного отведения мочи до 2 недель.

Нами установлено, что возникновение пузырно-мочеточникового рефлюкса у больных с ортотопическим кишечным мочевым пузырем зависит прежде всего от методики пересадки мочеточников в ортотопический мочевой пузырь

Анализ клинического материала показал, что процент возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса после энтероцистопластики изолированным тубулярным сегментом кишечника незначителен (14,5%). Причиной его возникновения является прежде всего отсутствие или недостаточная протяженность формируемого интраоперационно антирефлюксного механизма за счет серозно-мышечного слоя кишечного трансплантата. При прямом анастомозе мочеточника с ортотопическим мочевым пузырем по Несбиту у всех пациентов был выявлен рефлюкс, в то время как после антирефлюксной трансплантации мочеточников по Коффи 1 пузырно-мочеточниковых рефлюксов не было (табл. 5). Однако данный метод технически сложнее, формирование тоннеля между слизистой и мышечным слоями кишечного трансплантата производится вслепую, сопряжено с риском скрытого повреждения слизистой, возникновения ложного хода, что в последующем создает условия для развития в мочеточнике обструктивных процессов.

Наиболее простым и достаточно эффективным методом создания антирефлюксно-

го механизма мочеточника являются методы, предложенные С.Р. Миротворцевым и П.И. Тиховым. Частота возникновения рефлюкса при использовании этих методик зависит от протяженности создаваемой антирефлюксной муфты. Она не должна быть короче 1,5 см, а тазовый отдел мочеточника при цистэктомии с энтероцистопластикой не следует мобилизовывать более 4–5 см с целью профилактики некроза мочеточника и облитерации его просвета. Анализ историй болезни и методики формирования ортотопического толсто- и тонкокишечного мочевого пузыря, способного опорожняться по уретре, показал, что у всех 11 пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, оперированных по Миротворцеву, причиной его возникновения являлась короткая по протяженности (0,8–1,0 см) антирефлюксная муфта, сформированная 2–3 серозно-мышечными швами. При трансплантации мочеточников по Тихову рефлюксы выявлены лишь у 2 больных. Однако данный метод имеет определенные недостатки. В частности, дистальный конец мочеточника, погруженный в просвет искусственного кишечного мочевого пузыря в пределах 1 см может явиться основой камнеобразования в связи с некрозом, инкрустацией солями и последующим его отторжением. Этим мы объясняем большую частоту возникновения камней мочевого пузыря после трансплантации мочеточников по Тихову (у 4 из 6). Данная методика создает условие и для развития стриктуры уретеро-кишечного соустья, что отмечено нами у 3 из 4 пациентов в течение одного года с момента операции. Согласно нашим данным, стриктура уретеро-кишечного соустья развивалась в течение первого года после операции в тех случаях, когда U-образно расположенный в малом тазу кишечный

трансплантат соединяли с уретрой без вскрытия полости ортотопического мочевого пузыря или кишечно-уретральное соустье создавали через две недели путем насильственной перфорации прилегающей к уретре стенки кишечного трансплантата с установлением на 10–14 дней постоянного уретрального катетера. В последние годы мы не наблюдали этого осложнения, так как кишечно-уретральное соустье формировали путем не насильственной перфорации, а посредством трансуретральной резекции (ТУР) прилегающей к уретре стенки ортотопического мочевого пузыря с последующим установлением постоянного катетера сроком до 8–10 дней. Самостоятельное мочеиспускание восстанавливалось после закрытия надлобковой стомы. Не возникают сужения в области уретро-кишечного сегмента ортотопического мочевого пузыря и в случаях выполнения анастомоза по типу "конец в конец" при сигмоцистопластике с расположением кишечного трансплантата изоперистальтически либо антиперистальтически и у тех пациентов, которым производилась У-образная энтероцистопластика при условии обязательного двухрядного герметичного уретро-кишечного анастомоза.

Нами установлено, что основной причиной камнеобразования в мочевыводящей системе является нарушение уродинамики, вызванное различными причинами. В частности, к камнеобразованию ведет послеоперационная грыжа рубца, которая изменяет взаимодействие внутрибрюшного давления с органами малого таза из-за снижения сопротивления со стороны передней брюшной стенки. В силу этого ортотопический кишечный мочевой пузырь своим краниальным отделом стремится заполнить забрюшинное пространство с меньшим давлением. Постепенно развивается мегацистис и нарастает количество остаточной мочи и слизи. По этой причине у одного больного развился мегацистис с последующим образованием в течение 5 лет двух камней, один из которых имел размеры 7х6,5 см, а другой диаметром в 2,5 см и блюдцеобразной формы мигрировал в краниальный отдел кишечного мочевого пузыря, достигавший нижнего полюса правой почки. К возникновению камней лоханки ведет хронический пиелонефрит, который был диагностирован еще в предоперационном периоде у 72% больных с инвазивным раком мочевого пузыря. Отведение мочи в ортотопический мочевой пузырь обеспечивало нормализацию уродинамики верхних моче-

вых путей в отдаленные сроки у 88,3% оперированных, что способствовало профилактике прогрессирования хронического пиелонефрита, почечной недостаточности и развитию гиперхлоремического ацидоза. Крайне редко отмечались у пациентов с искусственным кишечным мочевым пузырем атаки острого пиелонефрита (5,4%), преимущественно серозной его формы. Причиной возникновения атак острого пиелонефрита служат мочекаменная болезнь и стриктура уретеро-кишечного анастомоза, осложненные нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей.

Таким образом, отдаленные осложнения после цистэктомии с энтероцистопластикой можно предупредить прежде всего путем профилактики длительных уродинамических нарушений. Для этого необходимо создание ортотопического мочевого пузыря кишечного трансплантата длиной до 25 см и размещение его в малом тазу при использовании изолированного сегмента сигмы изоперистальтически либо антиперистальтически. При подковообразной энтероцистопластике уретро-кишечный анастомоз должен быть выполнен двухрядным герметичным швом, что предотвращает развитие инфравезикальной обструкции. С этой же целью формирование уретро-кишечного соустья в случаях двухэтапной энтероцистопластики без предварительного вскрытия просвета кишечного трансплантата целесообразно через две недели осуществлять посредством ТУР прилегающей к уретре стенки кишечного искусственного мочевого пузыря с последующим его уретральным дренированием. Трансплантация мочеточников по С.Р. Миротворцеву с формированием на предварительно интубированном тазовом его отделе антирефлюксной муфты в пределах 1,5–2 см обеспечивает профилактику механического сдавления анастомозов, пузырно-мочеточниковых рефлюксов и сужений мочеточниково-кишечных соустьев. Первичный глухой шов ортотопического мочевого пузыря является эффективным методом профилактики уродинамических нарушений и отдаленных осложнений. В послеоперационном периоде важное значение придается адекватной инфузионной терапии с назначением антибиотиков согласно антибиотикограммам, иммуностимуляторов и витаминов. В течение первого года рекомендуются мочегонные препараты и уроантисептики с целью профилактики прогрессирования хронического пиелонефрита и ХПН. Динамическое диспансерное наблюдение за пациентами с ортотопическим мочевым

пузырем необходимо осуществлять пожизненно, что обеспечивает своевременное выявление отдаленных осложнений и их адекватное лечение.

Лечение отдаленных осложнений является последующим этапом реабилитационной терапии больных с ортотопическим кишечным мочевым пузырем. Основным методом лечения мочекаменной болезни являлась дистанционная пиелолитотрипсия, которая была выполнена успешно у всех 6 пациентов с локализацией конкрементов в чашечно-лоханочной системе и у 2 в тазовом отделе мочеточника. Показаниями к этому виду лечения служили наличие камней в чашечно-лоханочной системе размером не более 1,5 см и отсутствие симптомов острого и хронического пиелонефрита в его активной фазе. Дистанционную литотрипсию выполняли на литотриптерах "Пьезолит 2300 и 2500-Ю" фирмы «Рихард Вольф» (ФРГ). Количество импульсов за один сеанс при локализации конкрементов в лоханке или в чашечке колебалось в пределах от 2200 до 2500 ударов, при мочеточниковых камнях — 6500—7000. Требовалось проведение двух сеансов. Ввиду безуспешности литотрипсии уретеролитотомия была осуществлена одному больному с антеградной баллонной дилатацией кишечно-уретерального соустья. Выбор метода лечения камней ортотопического мочевого пузыря зависит от размера конкремента. Классическая нижнесрединная цистолитотомия с временным надлобковым дренированием кишечного мочевого пузыря показана при камнях, превышающих 2,5—3,0 см. Нами была произведена эта операция только одному пациенту, у которого размеры конкремента составили 7,0 x 6,5 см. Во всех остальных случаях успешно производилась эндоскопическая контактная литотрипсия. Камни разрушали с помощью литотриптеров "Литокласт" фирмы "Swiss Lithoclast Master" и ультразвукового фирмы "Рихард Вольф" (ФРГ). Такая тактика позволяет измельчить конкременты до мелких частичек, которые беспрепятственно удаляются отсасывающей помпой ультразвукового литотриптера. В послеоперационном периоде временное отведение мочи осуществлялось в течение одних суток постоянным уретральным катетером Фолея № 16. Каких-либо осложнений, связанных с контактной цистолитотрипсией, нами не отмечено. Мочепускание восстанавливалось на следующий день после литотрипсии. Профилактическая антибактериальная терапия проводилась в пределах 5—6

дней всем пациентам, перенесшим эндоскопические либо хирургические вмешательства.

Отдаленными осложнениями, требующими открытой хирургической операции, являлись сужения мочеточниково-кишечных анастомозов, выявленные у 2 пациентов, что потребовало выполнения уретеро-кишечного анастомоза по С.Р. Миротворцеву с протяженностью антирефлюксной кишечной муфты до 2 см. Уродинамика верхних мочевых путей нормализовалась через 1,5 месяца с момента операции. В связи с выраженной уретеро-пиело-каликотазией и периодическими атаками острого пиелонефрита формирование нового анастомоза между мочеточником и ортотопическим мочевым пузырем было выполнено у 2 больных через 4 недели после перкутанной нефростомии и соответствующей антибактериальной и медикаментозной терапии сопутствующих сердечно-легочных заболеваний (ИБС, гипертония, бронхит). Важное значение и в лечении пузырно-мочеточниковых рефлюксов приобретает перкутанная нефростомия, производимая под ультразвуковым контролем. Целью временной перкутанной нефростомии у пациентов с искусственным кишечным мочевым пузырем являются повышение тонуса и улучшение физиологической деятельности верхних мочевых путей перед формированием антирефлюксного кишечного механизма. В последующем нижнесрединным разрезом иссекают послеоперационный рубец, послойно обнажают предбрюшинное и предпузырное пространство, мобилизуют соответствующий мочеточник до впадения в искусственный кишечный мочевой пузырь. Затем эктазированный мочеточник вскрывают поперечно-косым разрезом выше на 4—5 см от места уретеро-кишечного анастомоза и вводят в него интубационную трубочку до полости ортотопического мочевого пузыря. После этого формируют антирефлюксную муфту по Коффи 1—Миротворцеву. Нахождение интубационной трубочки в просвете мочеточника исключает его механическое сдавление. Разрез мочеточника ушивают двумя кетгутыми швами после удаления интубатора. Операционную рану зашивают послойно. По такой методике нами были успешно прооперированы четверо больных с пассивным высоким пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Пациентам с активным низким рефлюксом рекомендовалась профилактическая консервативная противовоспалительная терапия по 10 дней каждого месяца.

ца с соблюдением оптимального режима мочеиспускания. Такая тактика лечения предупреждает развитие атак острого и прогрессирование хронического пиелонефрита и исключает необходимость в оперативном лечении.

Итак, ортотопический мочевого пузыря, созданный одномоментно или двухэтапно после цистэктомии из изолированного тубулярного сегмента сигмовидной или подвздошной кишки, не превышающей в длину 25 см, является наиболее перспективным методом медико-социальной и трудовой реабилитации всех пациентов после цистэктомии, более простым в техническом выполнении, восстанавливает естественную деятельность верхних мочевыводящих путей и уретральное мочеиспускание. В лечении отдаленных осложнений энтероцистопластики применимы как традиционные хирургические вмешательства, так и современные новейшие операционные технологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Войно-Ясницкий А. М.* Энтероцистопластика после цистэктомии с восстановлением естественного пути мочеиспускания // Урология. — 1974. — №1. — С. 60–66.

2. *Зубков А. Ю. и др.* // Казанский мед. ж. — 2005. — №4. — С. 332–336.
3. *Комяков Б. К.* // Урол. и нефрол. — 1996. — №5. — С. 16–19.
4. *Комяков Б. К.* // Урология. — 2004. — №3. — С. 32–35.
5. *Лоран О. Б. Велиев Е. Н.* Материалы пленума Российского общества урологов. — Тюмень, 2005. — С. 207–216.
6. *Матвеев Б. П. и др.* Рак мочевого пузыря. — М., 2001.
7. *Ситдыкова М. Э.* Основы реабилитации больных раком мочевого пузыря: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. — 1994 г. — С.31.
8. *Ситдыков Э. Н. и др.* // Урология. — 2003. — № 6. — С. 3–6.

Поступила 03.04.06.

POSTPONED COMPLICATIONS OF ENTEROCYSTOPLASTICS, THEIR PROPHYLACTICS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH CYSTECTOMY DUE TO BLADDER INVASIVE CANCER

M.E. Sitdykova, A.Yu. Zubkov, E.N. Sitdykov, E.A. Zubkov

S u m m a r y

The results of surgical treatment of 198 patients with urinary bladder cancer are presented. The possible postponed postoperative complications are highlighted. It is concluded that prophylaxis of these complications could help to avoid the progression to chronic pyelonephritis, urolithiasis, kidney insufficiency, and chloremic acidosis.

УДК 616.643 — 002.2 — 072.1 — 08

ИРРИГАЦИОННАЯ УРЕТРОСКОПИЯ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН

О.А. Лобкарев, А.О. Лобкарев, Р.Х. Хафизьянова

Кафедра урологии и нефрологии (зав. — проф. Р.Х. Галеев) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, кафедра фармакологии (зав. — проф. Р.С. Гараев) Казанского государственного медицинского университета

Уретриты у мужчин до настоящего времени остаются одними из самых распространенных заболеваний. По оценкам разных авторов, их частота в разных возрастных группах мужчин достигает 40% и не имеет тенденции к снижению [14]. Уретриты вызывают простатиты, эпидидимиты, циститы, занимая приоритетное место среди факторов, приводящих к мужскому бесплодию [1, 7, 12]. Во второй половине XX века внимание врачей разных специальностей (дерматовенерологи, урологи, гинекологи) стала привлекать проблема уретритов неспецифической этиологии. В настоящее время неспецифическими уретритами принято называть такие, которые обусловлены при снижении защитных сил организма

неспецифической (условно-патогенной) микрофлорой уретры.

Разнообразие клинической симптоматики неспецифических уретритов и их осложнений приводит к обращению больных не только к дерматовенерологам, но и к урологам, терапевтам, окулистам и врачам других специальностей [6]. Субъективные расстройства при хронических неспецифических уретритах выражены слабо: это явления промежностного дискомфорта, вечерние парестезии, зуд в уретре, особенно в области ладьевидной ямки. Обильные выделения из уретры отсутствуют, преобладает слипание губок уретры. В первой, обычно прозрачной порции мочи могут присутствовать и оседать на дно сосуда мелкие