

УДК 616.62-006.6-089.844

## ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**В.Н. Дубровин, А.В. Табаков, Г.А. Мельник, Р.Р. Шакиров, О.В. Михайловский,  
А.В. Егошин**, Республиканская клиническая больница Республики Марий Эл, г. Йошкар-Ола

**Введение.** Лечение больных раком мочевого пузыря остается актуальной задачей.

При лечении больных инвазивным раком необходима цистэктомия, важной проблемой остается замещение мочевого пузыря после этой операции. Наиболее часто для этой цели выбирается тот или иной сегмент кишечника. Разработано много вариантов кишечной пластики мочевого пузыря с использованием различных отделов тонкой и толстой кишки.

**Материал и методы.** В Республиканской клинической больнице Республики Марий Эл с 1992 по июнь 2007 года радикальная цистэктомия выполнена 76 пациентам. Радикальная цистэктомия проводилась с удалением паравезикальной клетчатки, лимфатических узлов до бифуркации подвздошных сосудов, при поражении – предстательной железы у мужчин и матки с придатками у женщин. При общем

тяжелом состоянии пациента после удаления мочевого пузыря в 21 (27,6%) случае произведена двусторонняя уретерокутанеостомия как окончательный метод деривации мочи.

Кишечная пластика мочевого пузыря была произведена 56 пациентам, средний возраст составил 64,1 (39–74) года, мужчин было 52 (92,8%), женщин – 4 (7,2%). Из всех пациентов 26 (46,4%) больным выполнена цистэктомия и отсроченная кишечная пластика сегментом подвздошной кишки через 3–4 месяца, 29 (51,8%) больным выполнена цистэктомия с одномоментной кишечной пластикой. После 1997 г. подавляющее число пациентов оперированы одномоментно.

Применялись следующие методы кишечной пластики: Camey-I (в модификации Р.Х. Галеева) – у 33 (58,9%) больных, Hautmann – у 6 (10,7%), сигмоцистопластика (Reddy) – у 5 (8,9%), Brikker – у 1 (1,8%), Mainz-Pouch II – у 2 (3,6%), по

Studer – 4 (7,1%), лапароскопическая цистэктомия с малоинвазивной кишечной пластикой по Studer – у 5 (8,9%) больных. Методы кишечной пластики без восстановления самостоятельного мочеиспускания (Brikker и Mainz-Pouch II) производились в исключительных случаях при технической невозможности создать анастомоз с уретрой. При использовании рассеченного сегмента кишки для создания искусственного мочевого пузыря (метод Hautmann и сигмопластика) мочеточничково-кишечные анастомозы накладывались по модификации Le Duc. Выбор метода операции зависел от анатомических особенностей пациента, таких как длина брыжейки тонкой кишки, наличие долихосигмы и т. д. Операции с детубулизацией сегмента выполнены всего 22 (39,3%) больным. При проведении всех операций по созданию искусственного мочевого пузыря на отверстие в искусственном мочевом пузыре для анастомоза с уретрой накладывался провизорный кيسетный шов, который прошивался вместе со стенкой кишки при наложении анастомоза.

При проведении кишечной пластики по Studer нерассеченный сегмент оставался длиной до 20 см, располагался изоперистальтически позади искусственного мочевого пузыря, в поперечном направлении. Анастомоз с правым мочеточником накладывался ближе к концу тубулярного сегмента, анастомоз с левым мочеточником ближе к его основанию. Таким образом, не требовалась значительная мобилизация мочеточников, что сохраняло их кровоснабжение. При недостаточной длине мочеточников дефицит их частично покрывался частью нерассеченного сегмента кишки. Мочеточники интубировались, дренажи выводились через уретру.

Лапароскопическая цистэктомия проводилась в 2 этапа. Первым этапом с использованием 5 троакаров, мобилизовывался мочевой пузырь с семенными пузырьками и простатой, пересекались мочеточники. Вторым этапом через мини-лапаротомию (4–5 см) извлекался мочевой пузырь, формировался резервуар, анастомозы с мочеточниками и уретрой.

**Результаты.** Среднее время операции составило 7,2 (4,1–8,2) часов, с 1997 г. – 5,1 (4,1–5,8) часов. Время лапароскопической операции составило 8,4 (7,1–10,2) часов. Всем больным в послеоперационном периоде применялась продленная перидуральная анестезия до 5–7 суток, длительная инфузионная терапия, массивная антибактериальная терапия, в последние годы комбинацией препаратов (амоксиклав + метрогил + нетромицин). Среднее количество койко-дней после операции составило 29,2 (15–72). После кишечной пластики мочевого пузыря послеоперационная летальность составила 5,4% (3 больных). Причины летальности: перитонит как следствие несостоятельности сегмента и межкишечного анастомоза – у 2 пациентов, абсцедирующая двухсторонняя пневмония – у 1

пациента. После 1997 года послеоперационной летальности не наблюдалось, в том числе и при применении рассеченного сегмента кишечника для пластики мочевого пузыря. В послеоперационном периоде оперированы 2 больных с диагнозом спаечная кишечная непроходимость с выздоровлением, 1 больной с несостоятельностью шва кишечного резервуара. Результаты разных способов кишечной пластики представлены в таблице.

**Таблица. Результаты различных способов кишечной пластики мочевого пузыря**

Способ операции	Кол-во	П/о летальн.	Q max	Недержание мочи ночью (%)
Camey-1	33	2	11,3 (4,9–33,7)	24 (72,7%)
Hautmann	6	-	16,5 (10,1–25,6)	-
Сигмопластика	5	-	15,5 (13,3–17,2)	-
Brikker	1	1	-	-
Mainz-Pouch II	2	-	-	-
Studer	4	-	12,4 (9,8–16,5)	-
Лапароскопическая цистэктомия, пластика по Studer	5	-	12,5 (10,2–16,3)	-
<b>Всего</b>	<b>56</b>	<b>3</b>	<b>13,6 (4,9–33,7)</b>	<b>16 (39,0%)</b>

У всех больных после кишечной пластики мочевого пузыря по методу Camey-1 восстановилось самостоятельное мочеиспускание с удержанием мочи днем, частичным недержанием ночью. После применения рассеченных сегментов кишечника в качестве резервуара недержания мочи не наблюдалось. У больных после любого метода кишечной пластики с сохранением естественного мочеиспускания наблюдался удовлетворительный поток мочи – в среднем Q max – 13,6 (4,9–33,7) мл/сек. Больные, оперированные по методу Mainz-Pouch II, умерли в течение 6 месяцев после операции от восходящего пиелонефрита. У 6 (10,7%) больных в разные сроки после операции развилась стриктура уретро-кишечного анастомоза, им была выполнена трансуретральная резекция (тунелизация) уретры с восстановлением адекватного мочеиспускания, 2 из них ТУР повторяется 1–2 раза в год. У 1 (2,2%) больного наблюдались стриктуры обоих мочеточничково-кишечных анастомозов, после операции реуретеро-илеостомии проходимость восстановлена, функция верхних мочевых путей не пострадала.

**Выводы.** Цистэктомия является операцией выбора при лечении больных инвазивным раком мочевого пузыря. Применение разных методов кишечной пластики мочевого пузыря в разных ситуациях позволяет индивидуально провести деривацию мочи после операции с сохранением самостоятельного мочеиспускания и удовлетворительной социальной адаптацией больного. Применение детубулированных кишечных сегментов улучшает функциональные результаты после операции.