

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦИСТЭКТОМИЮ С ЭНТЕРОЦИСТОПЛАСТИКОЙ

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

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

Радикальное лечение множественных и инвазивных форм новообразований мочевого пузыря относится, как известно, к весьма сложному разделу уроонкологии. Не вызывает сомнения утверждение многих авторов о том, что подлинно радикальным методом их лечения является цистэктомия. Однако показания к этой операции ставятся крайне сдержанно и только в тех случаях, когда использование иных методов оперативного лечения невозможно или неэффективной оказывается и химио-лучевая терапия. Сдержанность в выборе цистэктомии как радикального метода лечения рака мочевого пузыря объясняется, по мнению Н.А. Лопаткина [6], отсутствием надежного метода деривации мочи после этой операции. Между тем в удалении мочевого пузыря нуждаются 20-22% больных с инвазивным и рецидивным раком, тотальным папилломатозом, микроциститом, возникшим после многократных эндоскопических операций и химиолучевой терапии.

В связи с нерешенностью проблемы деривации мочи цистэктомия чаще всего выполняется с отведением мочи на кожу либо в толстый кишечник на протяжении в различных модификациях уретероколотомии. По этому поводу еще П.Д. Соловов [11] писал, что какие бы ухищрения ни использовались, пересадка мочеточников в толстый кишечник - это тяжелая и опасная операция, которая неизбежно приводит к различным осложнениям с нередкой гибелью пациентов в связи с противоестественным отведением мочи в кишечник. Согласно данным литературы, малоутешительны и результаты цистэктомии с уретерокутанеостомией. Основной причиной летальных исходов больных после этой операции является почечная недостаточность, обусловленная прогрессированием хронического пиелонефрита. Продолжительность их жизни, по результатом исследования М.Э. Ситдыковой [9], составляет 1,5-2 года. Эта категория пациентов относится к инвалидам 1-й группы, поэтому на современном этапе развития медицинской науки и техники стремление исследователей и клиницис-

тов к восстановлению физиологического мочеиспускания после цистэктомии вполне оправданно. Для создания ортотопического мочевого пузыря используются различные отделы желудочно-кишечного тракта [4, 5, 8], вместе с тем эта операция считается сложным хирургическим вмешательством с нередкими послеоперационными осложнениями. Наиболее частыми из них являются тяжелые формы динамической кишечной непроходимости, перитонит, реже острый пиелонефрит, кишечные свищи, провоцирующие летальные исходы в 23,5% случаев.

Цель настоящего исследования: разработка и совершенствование методов профилактики и лечения осложнений энтероцистопластики на основе изучения их этиологии, патогенеза и способов формирования искусственного кишечного мочевого пузыря, восстанавливающих физиологический принцип мочеиспускания.

Были изучены истории болезни, протоколы операций, интраоперационные наблюдения. Цистэктомия с одно- и многоэтапным формированием кишечного неоцистиса выполнена 211 больному (мужчин - 202, женщин - 9) с новообразованиями мочевого пузыря. Тотальный папилломатоз диагностирован у 2 пациентов, вторая стадия рака (T2) - у 96, третья - у 102 и четвертая - у 11 (средний возраст больных - 61 год). Диагноз новообразования мочевого пузыря и его осложнений устанавливали на основании лабораторных, рентгенологических (экскреторная урография, цистография в различных вариантах, прямая тазовая лимфография), ультразвуковых (надлобковое, трансуретральное и трансректальное) исследований. При необходимости применялась фотодинамическая и микроцистоскопическая диагностика ранних проявлений рецидивных новообразований с изучением их распространенности. По данным гистологических исследований, переходноклеточный рак был выявлен у 98% оперированных. Уретеропиелозктазия, вызванная блокадой мочеточниковых устьев, обнаружена у 87 больных, в том числе у 17

имелось двустороннее нарушение уродинамики верхних мочевых путей.

Одномоментная цистэктомия с внебрюшинной энтероцистопластикой была выполнена 166 больным, в том числе искусственный кишечный мочевой пузырь в 96 случаях был создан из изолированного сегмента сигмовидной кишки и в 70 - из сегмента подвздошной кишки. Длина изолированного сегмента кишечника не превышала 25 см и располагался он в малом тазу, преимущественно У-образно. При отсутствии натяжения брыжейки трансплантат сигмовидной кишки помещался в малый таз изо- либо антиперистальтически. Временное отведение мочи осуществлялось в послеоперационном периоде путем надлобкового дренирования ортотопического мочевого пузыря. Первичный глухой шов искусственного кишечного мочевого пузыря был успешно наложен у 15 пациентов с трансуретральным дренированием, в том числе сигмоцистопластика (у 9).

Внутрибрюшинная илеоцистопластика осуществлена у 29 больных, ранее перенесших цистэктомию с уретерокутанеостомией либо уретероколомостомией или с трансуретероуретеронефростомией. Дренирование ортотопического мочевого пузыря в таких случаях выполнялось надлобковым способом и посредством постоянного катетера. Двухэтапная внебрюшинная илеоцистопластика при короткой брыжейке кишечного трансплантата была проведена у 16 пациентов: на первом этапе создавался мочевой резервуар аналогично операции Бриккера, на втором (через 1—1,5 мес) - кишечно-уретральный сегмент посредством ТУР либо путем перфорации прилегающей к уретре стенки кишечного трансплантата с последующим установлением постоянного катетера на срок до 12 дней.

Анализ результатов цистэктомии с одно- и многоэтапным формированием ортотопического кишечного мочевого пузыря позволил выявить наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения, нередко являющиеся причиной летальных исходов. К ним прежде всего относятся прогрессирующая динамическая кишечная непроходимость, перитонит и острый пиелонефрит. Установлено, что после цистэктомии независимо от метода энтероцистопластики у всех пациентов развивается послеоперационная динамическая кишечная непроходимость. При прогрессировании она приводит к частичной несостоятельности межкишечного анастомоза и соответственно к развитию перитонита, что отмечалось нами у 19 боль-

ных с указанным осложнением. В связи с недостаточной герметичностью кишечно-уретрального анастомоза и поступлением инфицированной мочи в полость малого таза у 14 пациентов развился мочевой перитонит. В то же время мы не наблюдали мочевых затеков после двухэтапной энтероцистопластики. Это объясняется тем, что кишечно-уретральный анастомоз создается через 11,5 месяца между забрюшинно расположенным кишечным трансплантатом (резервуаром) и уретрой. Причиной развития перитонита у 9 больных явилось инфицирование брюшной полости в процессе выполнения резекции кишки и межкишечного анастомоза конец в конец.

Перитонит, развившийся на фоне послеоперационной паралитической кишечной непроходимости, чаще возникал после цистэктомии с созданием ортотопического мочевого пузыря из изолированного сегмента сигмовидной кишки (у 13), реже - при использовании для энтероцистопластики сегмента подвздошной кишки (у 6). При этом временное отведение мочи из искусственного кишечного мочевого пузыря осуществлялось путем надлобкового его дренирования. Указанные осложнения требуют разработки методов профилактики послеоперационной рефлекторной паралитической кишечной непроходимости у пациентов после энтероцистопластики. Хорошо известно, что между органами мочевой системы и желудочно-кишечного тракта имеются нервные проводники, которые осуществляют рефлекторную связь [2, 3, 7]. Основным связующим звеном нервного образования мочеточников и кишечника является нервный межбрыжеечный тракт, состоящий из 14-15 нервных стволиков, расположенных в забрюшинной клетчатке слева от аорты на протяжении от верхнего до нижнего брыжеечных сплетений [7, 12]. Кроме того, доказано наличие прямых нервных связей мочеточников с кишечником [1], более выраженных слева. Учитывая, что цистэктомия с энтероцистопластикой приводит к резкому послеоперационному рефлекторному торможению моторной деятельности желудочно-кишечного тракта, мы рекомендуем с целью блокады рефлекторных нервных проводников производить до манипуляций на органах малого таза химическую невротомию межбрыжеечного нервного тракта путем введения 120-150 мл 0,25% раствора новокаина в брыжейку сигмовидной кишки, а также в забрюшинное пространство илеоцекальной зоны для химической невротомии прямых нервных связей между тазовым отделом правого мочеточ-

ника и илеоцекальным отделом кишечника. Для уменьшения повреждения механических приемников тазового отдела мочеточников их не следует мобилизовывать на расстоянии более 4 см от места впадения в мочевой пузырь. При илеоцистопластике обязательным условием профилактики энтеро-энтерального рефлюкса является новокаиновая блокада нервных образований брыжейки сегмента подвздошного трансплантата. По такой методике в сочетании с эндотрахеальным наркозом нами выполнена цистэктомия с энтероцистопластикой у 122 больных. Умеренный парез кишечника с незначительным метеоризмом отмечался у 19 больных после сигмоцистопластики и у 11 - после илеоцистопластики. Моторная функция кишечника у всех этих больных восстановилась самостоятельно на 3-4-е сутки после операции. Парез кишечника и вздутие живота отсутствовали у 23 больных. Отчетливая перистальтика кишечника прослушивалась на 2-е сутки. Послеоперационная стимуляция моторной функции кишечника по общепринятой методике потребовалась 19 пациентам с ортотопическим сигмовидным мочевым пузырем. С целью снятия у них рефлекторного воздействия раздражений со стороны нервных образований лоханочно-мочеточниковой зоны на желудочно-кишечный тракт на 3-4-е сутки после энтероцистопластики проводилась двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада под ультразвуковым контролем с введением в околопочечную клетчатку 100—120 мл 0,25% раствора новокаина. Этим достигалась профилактика прогрессирования динамической кишечной непроходимости и сокращались сроки нормализации моторной функции желудочно-кишечного тракта, что подтверждается нашими клиническими исследованиями и экспериментальными данными Ю.С. Боголюбова [2].

Таким образом, профилактика и своевременное восстановление функциональной деятельности кишечника обеспечивают профилактику послеоперационного перитонита у больных, перенесших цистэктомию с энтероцистопластикой.

По нашим данным, весьма существенное различие в патогенезе и клинической картине перитонита обусловлено этиологическим фактором. Так, при инфицировании брюшной полости в процессе оперативного вмешательства и развитии перитонита послеоперационный парез кишечника проявляет себя метеоризмом уже на 2-е сутки. Положительными оказываются и симптомы воспаления брюшины. Аналогичная картина наблюдается и

при проникновении мочи в брюшную полость из малого таза при нарушении герметичности уретро-кишечного анастомоза. В таких случаях абсолютным показанием служат двусторонняя перкутанная нефростомия и релапаротомия с целью дренирования брюшной полости и наложения цекстомы, которая должна быть выполнена не позднее 3 - 4-х суток с момента энтероцистопластики с назначением антибиотиков широкого спектра действия, иммуностимуляторов, витаминов и инфузионных растворов, содержащих калий. Такая тактика лечения перитонита позволила достичь положительного результата у 12 из 14 пациентов, оперированных до 4-х суток с момента энтероцистопластики, т.е. до развития тяжелой паралитической кишечной непроходимости.

Послеоперационный период осложнился острым пиелонефритом у 7 пациентов, обострением хронического пиелонефрита - у 41, обусловленных нарушением дренирующей функции мочеточникового катетера-дренажа. Ни у одного больного с ортотопическим мочевым пузырем, у которых временное отведение мочи осуществлялось в послеоперационном периоде без катетеризации мочеточников, а только посредством надлобкового дренирования либо постоянного уретрального катетера, не возникало приступов почечной колики, атак острого пиелонефрита и обострения хронического пиелонефрита. Более того, нормализация сократительной деятельности верхних мочевых путей происходила в более короткие сроки (до 3 нед), чем у пациентов, у которых отведение мочи из лоханки осуществлялось мочеточниковыми дренажами (до 6-7 нед). На сроки восстановления нормальной функции верхних мочевых путей оказывала влияние и длительность надлобкового дренирования ортотопического кишечного мочевого пузыря. По данным рентгенотелеуроскопии, восстановление цистоидной функции мочеточников в этих случаях происходило через 2,5-3 месяца, что требовало продолжения профилактической антибактериальной терапии в течение данного срока, так как основным патогенетическим фактором прогрессирования хронической почечной недостаточности и пиелонефрита являются уродинамические нарушения верхних мочевых путей. Хроническое нарушение уродинамики было отмечено нами у 10,5% больных с пузырно-мочеточниковыми рефлюксами. В связи с этим важное значение в профилактике ХПН и острого пиелонефрита приобретает трансплантация мочеточни-

ков в ортотопический мочевой пузырь по антирефлюксной методике. Мы отдаем предпочтение прежде всего операции Миروتворцева, реже производим пересадку мочеточников по Тихову. После прямых анастомозов по Бази и Несбиту у всех 8 оперированных был выявлен мочеточниковый рефлюкс, у которых в последующем периодически возникали атаки острого пиелонефрита. Непосредственно в послеоперационном периоде обструктивный острый пиелонефрит значительно утяжеляет состояние больного, поэтому своевременное восстановление уродинамики верхних мочевых путей приобретает первостепенное значение. Учитывая возникновение послеоперационной уретеропиелоктазии, в качестве лечебного мероприятия при остром пиелонефрите мы использовали перкутанную нефростомию (ЧПНС) под ультразвуковым контролем с последующей антибактериальной, иммуностимулирующей и витаминотерапией. ЧПНС является весьма эффективным методом суправезикального отведения мочи при ортотопическом мочевом пузыре, и ее можно считать альтернативой традиционной нефростомии.

Таким образом, формирование кишечного ортотопического мочевого пузыря у больных, перенесших цистэктомию по поводу рака, относится к наиболее физиологичному методу лечения больных этой категории. Данная операция позволяет восстановить мочеиспускание по уретре, обеспечивает нормализацию уродинамики верхних мочевых путей и предупреждает прогрессирование хронической почечной недостаточности, обусловленной хроническим пиелонефритом. Одно- и многоэтапные операции энтероцистопластики дают возможность выполнить эту операцию всем пациентам, которые подвергаются цистэктомии. Улучшение результатов энтероцистопластики во многом зависит от своевременной профилактики и лечения осложнений послеоперационного периода. Основные мероприятия по профилактике послеоперационной динамической кишечной непроходимости и перитонита должны осуществляться прежде всего интраоперационно путем химической невротомии рефлексогенных зон до манипуляций на органах малого таза, выбора оптимального варианта энтероцистопластики с учетом индивидуальных особенностей, стадии опухолевого процесса, его распространенности, адекватного дренирования ортотопического мочевого пузыря и полости малого таза. Релапаротомию при послеоперационном перитоните следует выполнять в течение 3-4 дней

с момента энтероцистопластики и завершать ее разгрузочной кишечной стомой и двусторонней поясничной либо паранефральной новокаиновой блокадой, а в случаях мочевого перитонита - и наложением перкутанной нефростомии с последующей медикаментозной терапией. Перкутанная нефростомия при обструктивном остром пиелонефрите у больных с ортотопическим мочевым пузырем служит методом выбора, так как обеспечивает высокую эффективность суправезикального отведения мочи при минимальной травме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байдалов В.Ф. Патогенетическое обоснование принципов дифференциальной диагностики воспаления червеобразного отростка с заболеваниями почек и мочевыводящих путей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Казань, 1965.
2. Боголюбов Ю.С. Материалы конференции молодых ученых. - Казань, 1965. - С. 33 - 39.
3. Волынский Ф.А., Мельман Е.П. // Вопр. физиол. АН УССР. СССР. - 1953. - № 3. - С. 163.
4. Галеев Р.Х. Цистэктомия и илеоцистопластика у больных раком мочевого пузыря: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Казань, 1993.
5. Комяков Б.К. // Урология. - 2004. - № 3. - С. 32-35.
6. Лопаткин Н.А. // Урология. - 1999. - № 1. - С. 26.
7. Макаренко И.В. Научная конференция аспирантов и клинических ординаторов. Тезисы. - Одесса, 1956. - С. 21.
8. Матвеев Б.П. В кн.: 8-й пленум Всесоюзного научного общества урологов. - Вильнюс, 1988. - С. 91-100.
9. Ситдыкова М.Э. Основы реабилитации больных раком мочевого пузыря: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Казань, 1993.
10. Ситдыков Э.Н. // Урол. и нефрол. - 1970. - № 4. - С. 32 - 36.
11. Соловов П.Д. // Сов. хир. - 1935. - № 4. - С. 139-146.
12. Шевчук К.С. // Арх. анатом. - 1961. - № 6. - С. 101.

Поступила 16.03.05.

PREVENTION AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS AFTER CYSTECTOMY WITH ENTEROCYSTOPLASTY

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

S u m m a r y

Immediate results of cystectomy with different variants of enterocystoplasty are studied. The most frequent complications are paralytic postoperative ileus, peritonitis and pyelonephritis. In postoperative period in case of persistent dynamic ileus paraneuralgic or lumbar bilateral novocaine blockade is recommended under ultrasound control. Relaparotomy and unloading enterostoma are recommended in peritonitis during 3-4 days. Percutaneous nephrostomy is indicated in acute obturational pyelonephritis, in urinary back flows and peritonitis.