

2. Больная К., 60 л., госпитализирована по поводу макрогематурии. 2 года назад перенесла ТУР опухоли мочевого пузыря по поводу переходно-клеточного рака мочевого пузыря $T_1N_0M_0G_2$. При обследовании выявлен рецидивный полифокальный (4 фокуса) переходно-клеточный рак мочевого пузыря без признаков ретенции верхних мочевых путей. Сексуальная активность отсутствует, на использование влагиалища для неоцистопластики дала согласие. После предоперационной подготовки оперирована по описанной методике. Послеоперационное течение гладкое. Функция ЖКТ восстановлена на 3-й день. Раны зажили первичным натяжением. Интубаторы мочеточников удалены на 8-й день, катетер – на 15-й день после операции. Выписана на 16-й день. Осмотрена через 1,5 мес. после операции. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Мочеиспускание каждый час. Мочу днем удерживает частично (2 прокладки за день), ночью – не удерживает, однако отмечает, что удержание мочи постепенно улучшается. При УЗИ остаточной мочи и признаков ретенции ВМП не выявлено.

Таким образом, предложенный способ кольпонеоцистопластики может быть использован для отведения мочи после радикальной цистэктомии у женщин в искусственный мочевой пузырь, сформированный из собственного влагиалища, с предотвращением послеоперационных осложнений, связанных с использованием изолированных фрагментов желудочно-кишечного тракта. Приоритетным представляется его применение у женщин старшего и преклонного возраста при условии снижения или отсутствия сексуальной активности. Особенности применения этой методики можно оценить по мере накопления наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас-руководство по урологии. – Днепропетровск, 2001. – Т. 3. – С. 280-288.
2. Возианов А.Ф., Лесовой В.Н., Гарагатый И.А. // Междунар. мед. журн. – 2002. – Т. 8, № 1-2. – С. 160-165.
3. Коган М.И., Перепечай В.А. Современная диагностика и лечение рака мочевого пузыря. – Ростов-на-Дону, 2002. – 199 с.
4. Хинман Ф. Оперативная урология: Атлас / Пер. с англ. – М., 2001. – С. 801-802.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОРТОТОПИЧЕСКИМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

И.А. Гарагатый, Ю.В. Белоус, С.В. Андреев

*Харьковский государственный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Формирование ортотопического мочевого пузыря у больных с раком мочевого пузыря предполагает образование противоестественного контакта части кишечной микрофлоры с мочевым трактом. Это влияет на свойства, видовой и количественный состав микроорганизмов, длительную персистенцию микробных агентов в сформированном мочевом резервуаре в послеоперационном периоде. Применение массивных доз современных антибактериальных препаратов также нередко

способствует возникновению микробных популяций, биологические особенности которых дают им преимущества в выживаемости и проявлении свойств в дальнейшем. Для профилактики восходящего инфицирования и снижения воспалительных осложнений необходимо разрабатывать лечебно-реабилитационные мероприятия.

При исследовании микробиоценоза ортотопического мочевого пузыря у 33 пациентов, перенесших цистэктомию с ортотопической интестинонеоцистопластикой через 1,6 и 12 месяцев после операции, установлены следующие особенности. Примерно у 20% больных спустя 6 и у 40% через 12 месяцев после операции не наблюдалось стойкой бактериурии. В это же время у большинства пациентов устанавливается стабильный пул вегетирующих бактерий, в основном, принадлежащих к условно патогенной микрофлоре (*Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus epidermidis*, *Enterococcus*, *Enterobacter*), а также облигатным анаэробам (*Peptostreptococcus*, *Peptococcus*).

У определенной части больных в отдаленном послеоперационном периоде наблюдались атаки восходящего цистопиелонефрита (4 чел., 12,1%), связанные с контаминацией патогенной флорой, а также неоцисто-уретральный рефлюкс – 15,1%, неполное опорожнение мочевого пузыря – 9,1%, способные потенцировать размножение условно-патогенных бактерий и реализацию их патогенных свойств.

В отношении 12 пациентов с выраженной бактериурией (10^4 и выше КОЕ/мл), попавших под наблюдение в различные сроки послеоперационного периода, нами с лечебной и профилактической целью в комплексном лечении применена технология фотодинамической санации неоциста (основная группа). Сравнительную (контрольную) группу составили 10 пациентов, лечившихся традиционным способом (антибиотики, уросептики и др.)

Сущность фотодинамической антисептики состоит в том, что *in vivo* производится прижизненная окраска микроорганизмов непосредственно в очаге инфекции с последующим облучением прокрашенных тканей монохроматическим излучением, частотно совпадающим со спектром поглощения данным хромофором. Это способствует активизации кислорода и его трансформации в синглетный кислород, обладающий мощным реактивным потенциалом, способным (в определенной экспозиции) нарушать жизнедеятельность бактерий за счет повреждения клеточных и лизосомальных мембран, обеспечивая тем самым saniрующий эффект в очаге инфекции.

Технология процедуры: после произвольного опорожнения неоциста (порции мочи в дальнейшем подвергались лабораторному анализу), последний промывали физиологическим раствором и вводили 30-50 мл 0,01% раствора метиленовой синьки. В этом состоянии пациент находился 5 минут для адекватного поглощения красителя бактериальной флорой. После чего эвакуировали остатки красителя и повторно промывали пузырь. Инсоляцию слизистой оболочки неоциста осуществляли с помощью гибкого световода, вводимого че-

рез операционный канал цистоскопа. В качестве генератора использован аппарат лазерного излучения АЛТД – ОВ – 01 «Проминь», обладающий комбинацией составляющих источников: гелий-неоновый лазер с длиной волны в красной области видимой части спектра 0,65 мкм и два инфракрасных лазера с длинами волн 0,85 мкм и 0,98 мкм соответственно. Курс фотодинамической антисептики включал 10 ежедневных сеансов с экспозицией 15 минут.

Эффективность терапии в клинических группах мы оценивали по регрессии симптоматики, эволюции показателя бактериальной зараженности мочи на 3, 5 и 10-е сутки лечения.

В результате применения технологии фотодинамической антисептики (основная группа) имело место снижение уровня микробной обсемененности мочи уже после третьего сеанса до 10^2 - 10^3 КОЕ/мл и практически полная элиминация флоры после пяти лечебных сеансов у 9 (75,0%) пациентов и во всех случаях к моменту окончания полного курса.

Фотодинамическая антисептика является перспективным и высокоэффективным методом профилактики инфицирования и воспалительных осложнений у пациентов со стойкой бактериурией и воспалительными явлениями в отдаленном послеоперационном периоде.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ТАХОКОМБА» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МОЧЕПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

В.Н. Демченко, З.В. Ващенко

*Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии
им. В.И. Шаповала, г. Харьков, Украина*

*Харьковский государственный медицинский университет
г. Харьков, Украина*

Несмотря на значительное развитие современной медицины, остаются актуальными вопросы профилактики и лечения мочепузырно-влагалищных свищей, которые составляют 46,6 – 69,1% от общего количества мочеполовых свищей [1].

Мочепузырно-влагалищные свищи (МПВС) существенно ухудшают качество жизни: затрудняют половую жизнь, являются причиной бесплодия, создают уродинамические нарушения, являются источником мочеполовой инфекции и образования камней мочевого тракта [2]. При неэффективности лечения или при возникновении осложнений приводят к стойкой инвалидизации женщины.

Методом выбора в лечении МПВС является хирургический способ. Независимо от оперативного доступа неизменными остаются принципы фистулопластики: достаточная визуализация зоны свища; разделение стенок мочевого пузыря и влагалища для свободной подвижности краёв раны; при наличии нескольких