

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

СЛУЧАЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЕГМЕНТОМ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИИ

В.П. РУСАНОВ, С.В. ПЕРШИН, Е.И. НАЗАРОВ

Кафедра хирургии РУДН, больница МО РАН в г. Троицке.

117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.8

В статье приводится клинический случай пластики мочевого пузыря сегментом тонкой кишки после цистпростатэктомии по поводу злокачественной опухоли мочевого пузыря. Авторы отмечают преимущества предлагаемого способа реконструкции мочевого пузыря.

Опухоли мочевого пузыря встречаются довольно часто и составляют от 3% до 4% всех новообразований человека, и от 35% до 50% опухолей мочеполовых органов. Новообразования мочевого пузыря встречаются преимущественно в возрасте от 50 до 70 лет. Мужчины болеют в 3-4 раза чаще.

Больной Ж. 49 лет, находился в урологическом отделении больницы МО РАН в г. Троицке с 21.07.99. по 10.09.99.

Диагноз: Рак мочевого пузыря. T3N1M0.

В отделение пациент поступил с жалобами на макрогематурию бесформенными сгустками.

При обследовании состояние удовлетворительное. При пальпации умеренная болезненность в надлобковой области. При лабораторном обследовании в анализе мочи эритроциты покрывают все поля зрения.

Клинический анализ. крови без патологии. Биохимические показатели крови в пределах нормальных значений.

При УЗИ: Обе почки обычной формы, размеров и локализации. ЧЛС почек не изменена, не деформирована. В мочевом пузыре определяется образование, инфильтрирующее левую боковую стенку, которая утолщена до 12 мм. Просвет мочевого пузыря деформирован за счет левой боковой стенки, содержимое его неоднородное. Простата неоднородная по эхоструктуре, размерами 39-44-38 мм, объемом 31 куб.см. Патологических образований и изменений со стороны органов брюшной полости не выявлено. Заключение: Опухоль мочевого пузыря.

При рентгенографии органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений не обнаружено.

При обзорной урографии теней конкрементов не выявлено.

На серии экскреторных урограмм выделение контрастного препарата обеими почками своевременное.

При нисходящей цистографии мочевой пузырь деформирован преимущественно за счет левой боковой стенки. Заключение: Опухоль мочевого пузыря.

С момента поступления в стационар больному проводилась гемостатическая, антибактериальная, инфузионная терапия.

Цистоскопия: В области шейки, правой боковой стенки и дна мочевого пузыря определяются три опухолевидных образования на толстой ножке размерами около 1 см каждое. Дальнейшее проведение исследования не представлялось возможным в связи с плохой видимостью и нарушением ориентации вследствие продолжающегося кровотечения. В экстренном порядке произведена истомия. При ревизии мочевого пузыря, кроме образований в области шейки, правой боковой стенки и дна, выявлено большое опухолевидное образование размерами 5-6 см с преимущественно инфильтративным ростом в области левой боковой стенки, с продолжающимся массивным кровотечением. Взяты кусочки ткани из всех опухолей для экспресс-гистологического исследования.

Гистологическое заключение: Низкодифференцированный переходо-клеточный рак с очагами плоскоклеточной дифференцировки. Опухоль местами врастает в мышечную оболочку мочевого пузыря.

Учитывая удовлетворительное общесоматическое состояние больного, продолжающееся кровотечение, отсутствие отдаленных метастазов, решено произвести цистэктомию, пластику мочевого пузыря сегментом тонкой кишки. Нижнесредняя лапаротомия выделены внутренние подвздошные артерии. Слева в области бифуркации определяется лимфоузел размером в 2 см. Выполнена лимфоденэктомия в области подвздошных сосудов и всего малого таза, перевязка внутренних подвздошных артерий справа и слева. Произведена цистостатэктомия с удалением всей паравезикальной клетчатки.

Отступив от илюоцекального угла на метр взята петля тонкой кишки длиной 30 см, приводящая и отводящая петля прошиты аппаратом УО-40. Линия танталовых швов перитонизирована серозно-мышечными швами. Наложен межкишечный анастомоз бок в бок (над прошитыми петлями тонкой кишки).

В среднюю часть изолированного сегмента на катетере подшита задняя уретра шестью отдельными швами рассасывающейся нитью ПДС-4,0.

В боковые стенки вновь созданного таким образом мочевого пузыря вшиты аналогичными нитями мочеточники на катетерах 7 ch. Катетеры выведены через микроэнтеростомы на переднюю брюшную стенку. В просвет мочевого пузыря установлен цистостомический дренаж. Послеоперационная рана послойно ушита.

Гистологическое исследование удаленного препарата:

1. Мочевой пузырь. Низкодифференцированный переходно-клеточный рак, местами с инвазией на всю толщу мышечного слоя. Конгломераты опухолевых клеток в просвете крупных лимфатических сосудов.

2. Лимфатический узел. Значительная часть ткани замещена метастазом низкодифференцированного переходно-клеточного рака.

3. Предстательная железа. Нодозная аденоматозная гипертрофия.

В послеоперационном периоде на 10-е сутки удалены мочеточниковые катетеры.

Отмечается удовлетворительное дренирование нижних мочевых путей цистостомическим дренажом. При контрольной экскреторной урографии выделительная функция почек сохранена. Пузырно-мочеточниковые анастомозы состоятельны, обеспечивают удовлетворительное дренирование почек. В раннем послеоперационном периоде развилось недержание мочи. При пережимании цистостомического дренажа через 1,5 месяца больной удерживает до 70 мл мочи.

Достоинствами предлагаемого способа реконструкции после цистпростатэктомии по поводу рака мочевого пузыря являются:

1. Применяемая для пластики мочевого пузыря тонкая кишка по нашему мнению является наиболее приемлемым пластическим материалом (по сравнению с методами пластики мочевого пузыря толстой кишкой).

2. Наружное дренирование мочеточников уменьшает риск возникновения несостоятельности уретеральнотонкокишечных анастомозов, а так же обеспечивает надёжное дренирование почек в ближайшем послеоперационном периоде.

3. Эпицистостомический дренаж совместно с уретральным катетером обеспечивают полноценный лаваж сформированного мочевого пузыря в послеоперационном периоде.

4. Применение синтетических рассасывающихся нитей малых диаметров для наложения анастомозов является мерой профилактики стриктуры этих анастомозов.

CASE OF URINARY BLADDER RECONSTRUCTION BY SEGMENT OF LARGE INTESTINE AFTER CYSTPROSTATECTOMY

V.P. RUSANOV, S.V. PERSHIN, E.I. NAZAROV

Department of surgery RPFU. Hospital of Russian Academy of Sciences in Troitsk
117198 Moscow, Miklukho-Maklaya st., 8

Herein authors describe clinical case of urinary bladder plastic by segment of large intestine after cystprostatectomy caused by malignant tumour of urinary bladder. Authors show the preference of proposed method of urinary bladder reconstruction.