



были способны к выполнению нагрузок достаточно высокой интенсивности, принимая минимум антиангинальных препаратов. После хирургического лечения, так же как и после ЧТКА со стентированием КА в отдаленный период, зафиксировано 2 случая смерти от кардиальных причин, однако частота ИМ после хирургического лечения ниже — 4,7%, чем при ЧТКА со стентированием КА — 18,5%.

© М.И.ВАСИЛЬЧЕНКО, Д.А.ЗЕЛЕНИН, 2009  
УДК 616.62-006.6-089.87

**М.И.Васильченко, Д.А.Зеленин** — Реконструктивные операции после радикальной цистэктомии при местно распространенном раке мочевого пузыря и у лиц пожилого возраста.

Первое сообщение о применении отключенного сегмента подвздошной кишки для отведения мочи относится к 1911 г. и принадлежит J.Schoemaker. Он выполнил эту операцию у больного мальчика со сморщенным мочевым пузырем, но принцип применения данного вида деривации мочи получил широкое распространение в 1950 г., когда Брикер внедрил в хирургию операцию по формированию уростомы из сегмента подвздошной кишки, которая в течение последующих 55 лет была стандартом операций по деривации мочи, выполняемой после радикальной цистэктомии.

Однако ряд исследований по данной проблеме показал, что неконтинентные (не накапливающие мочу) виды деривации мочи существенно снижают социальную активность и адаптацию оперированных пациентов в повседневной жизни. Поэтому на протяжении всех этих лет велась разработка операций и методик по формированию континентных гетеротопических резервуаров и ортотопических мочевых пузырей после радикальной цистэктомии. Именно континентные резервуары стали хорошей альтернативой кишечному кондуиту. Хотя на сегодняшний день известно более 80 методов надпузырного отведения мочи, но ни один из них не является идеальным.

Преимущества континентных резервуаров, удерживающих мочу, заключаются в формировании «сухой» стомы, не позволяющей произвольно выделяться моче, что обеспечивает профилактику раздражения и воспаления перистомальной области, отсутствие резкого запаха мочи от пациента, освобождает пациента от постоянного ношения мочевого мешка, это повышает качество жизни больных, перенесших радикальную цистэктомии. Основные принципы, лежащие в основе создания резервуара низкого давления, заключаются в следующих положениях: геометрия/физика резервуара, функциональное преимущество детубуляризованного резервуара, биология детубуляризации.

Следовательно, приоритетными направлениями в лечении ОКС у пациентов старших возрастных групп являются интервенционные вмешательства и хирургическая реваскуляризация миокарда, при этом медикаментозное лечение ОКС позволяет достичь стабилизации коронарного кровообращения и подготовить пациентов к следующему инвазивному этапу лечения.

В нашей клинике в 2000—2007 гг. выполнено 26 операций по формированию гетеротопического мочевого пузыря после цистэктомии. Эти вмешательства составляют 38,8% от общего числа реконструктивных операций. Остальным 41 больному проведены операции по формированию ортотопического мочевого пузыря из сегмента тонкой кишки.

Пациенты, которым выполнялись операции по формированию гетеротопического мочевого резервуара, по полу разделились следующим образом: 1 женщина, 25 мужчин, средний возраст которых составил 69,3 года.

Показаниями к радикальной цистэктомии явились: рак мочевого пузыря в стадии T2a-T4 в 23 случаях (88,4%), микроцистический рак после лучевой терапии по поводу рака предстательной железы в 2 случаях (7,7%), рак матки с прорастанием в мочевой пузырь в 1 случае (3,8%). У 18 пациентов (69,2%) радикальная цистэктомия и гетеротопическая пластика из сегмента подвздошной кишки выполнялась одномоментно, 8 пациентам (30,8%) данный вид операций выполнялся в два этапа, что было обусловлено возрастом больных (средний возраст 76 лет) и сопутствующей тяжелой соматической патологией.

Первый этап — радикальная цистэктомия, уретерокутанеостомия после реабилитационного периода, который составил 6—10 мес, второй этап — гетеротопическая пластика мочевого резервуара из сегмента подвздошной кишки. Причинами выбора гетеротопической пластики у данной категории пациентов явились: рак мочевого пузыря с мультифокальным ростом и поражением шейки мочевого пузыря, поражение уретры, распространение опухоли на прилегающие органы (предстательная железа), наличие регионарных метастазов, лучевая терапия по поводу рака предстательной железы.

Разработанный в клинике метод формирования гетеротопического континентного тонкокишечного мочевого пузыря отвечает современным требованиям к данным видам операций, а именно: позволяет уменьшить количество осложнений в послеопера-



ционный период за счет шаровидной формы мочевого пузыря (резервуар низкого давления 15–25 см вод. ст.) объемом до 350–400 мл, а также с надежной континенцией, представленной оригинальным способом формирования механизма удержания мочи – «жом» с клапаном (патент на изобретение № 1026361 от 27.02.2004 г.) и антирефлюксным анастомозом мочеточников с мочевым резервуаром (патент на изобретение № 2149588 от 27.05. 2000 г.).

Мочевой резервуар формируется путем выкраивания участка подвздошной кишки длиной 55 см, отступя на 20 см от илеоцекального угла. В проксимальном конце тонкой кишки (10 см) формируется «жом» путем выворачивания стенки кишки на высоту до 20 мм и в состоянии умеренного натяжения (как по длине, так и по ширине) по краю подшивается к серозно-мышечному слою кишки отдельными узловыми швами (рис. 1).



Рис. 1. Вывернутая слизистая оболочка проксимального конца тонкой кишки по краю подшивается к серозно-мышечному слою кишки отдельными узловыми швами. Таким образом, формируется «жом»

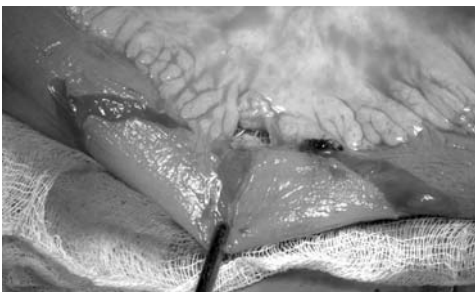


Рис. 2. Рассечена циркулярно серозно-мышечная оболочка кишки. Выше и ниже циркулярного разреза произведены разрезы серозно-мышечной оболочки, разрезы описывают дугу типа эллипс

Инвагинационный клапан формируют, отступя от «жом» на 5–6 см, пристеночно легируются 3 брыжеечных сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза производят еще два эллипсовидных разреза (рис. 2).

Накладываются узловые швы на верхний и нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором формируется инвагинационный клапан (рис. 3а, 3б).

Два средних участка (40 см) складываются в виде двустовки и рассекаются по противобрыжеечному краю. Путем сшивания задних стенок рассеченной кишки однорядным узловым швом и затем сшиванием передних стенок формируется собственно резервуар для мочи (рис. 4).

Данная методика применена у 26 пациентов (100%). У 8 больных, которым были выполнены операции по формированию гетеротопического тонкокишечного мочевого резервуара, после ранее выполненной цистэктомии с выведением мочеточников на кожу они были сильно изменены, особенно в дистальных отделах, что потребовало их резекции и соответственно значительного уменьшения их длины. Учитывая это обстоятельство, наша методика позволяла осуществить имплантацию правого мочеточника в дистальный недугуляризованный участок «мочевого пузыря», а левый – соответственно в проксимальный участок на 3 см дистальнее инвагинационного клапана. Таким образом, это позволило уменьшить травматизацию оставшейся части мочеточников при их мобилизации. У всех 26 больных пересадка мочеточника выполнена с формированием антирефлюксной методики уретеронеоанастомоза, т. к. при формировании удерживающих мочу механизмов («жом» и клапан) возможно развитие уретерального рефлюкса при избыточном повышении давления в кишечном мочевом резервуаре.

В ранний послеоперационный период летальных исходов не было. Перед выпиской все пациенты обучались правилам самокатетеризации. Из 26 больных, выписанных из стационара, 3 (11,5%) умерли от прогрессирования основного заболевания в сроки от 6 до 9 мес.

При контрольном обследовании 23 (88,8%) больных в сроки от 1 года до 5 лет рецидив и прогрессирование опухоли мочевого пузыря выявлены у 3 (13%), 20 (86%) пациентов до настоящего времени ведут активную социальную жизнь, работают. Уровень качества жизни больных с гетеротопическим «мочевым пузырем» изменился от неудовлетворительного в ранний послеоперационный период к удовлетворительному в ближайшие и в отдаленные

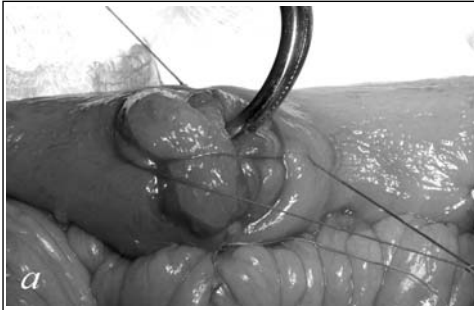


Рис. 3. *a* – наложены отдельные швы на верхний и нижний края рассеченной слизистой оболочки. Поочередным завязыванием швов формируется инвагинационный клапан. *б* – вид сформированного клапана изнутри, через просвет детубуляризированной части кишки. Клапан, закрывающий внутренний просвет, отмечен стрелкой

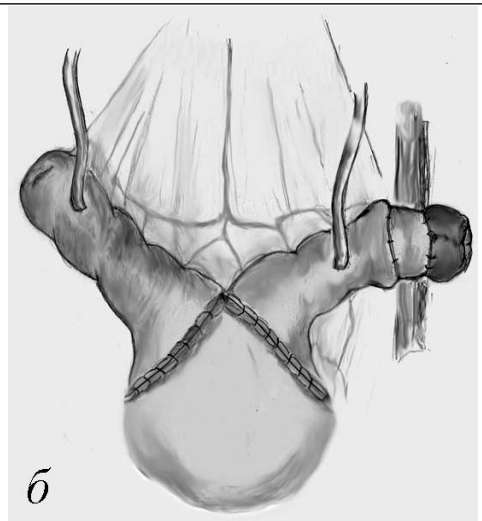
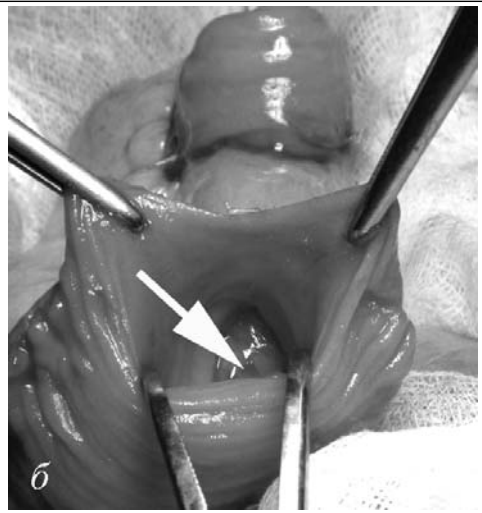


Рис. 4. *a* – вид сформированного резервуара, *б* – схематическое изображение сформированного мочевого резервуара с мочеточниковыми анастомозами

сроки после операции. Особенности формирования кишечного «мочевого пузыря», а также ежедневные неоднократные введения катетера через стому для выведения мочи, не привели к грубым дегенеративно-воспалительным изменениям слизистой оболочки жома, клапана и мочевого пузыря, как в ранний, так и в отдаленный послеоперационный период.

Можно заключить, что формирование ортотопического мочевого пузыря имеет ряд преимуществ перед гетеротопическим кон-

тинентным мочевым пузырем. Однако выполнение ортотопической пластики жестко ограничивается в отборе пациентов, особенно при онкологической патологии мочевого пузыря и других органов малого таза при распространении опухолевого процесса. Поэтому выполнение гетеротопической пластики не менее актуально и заслуживает такого же внимания по дальнейшему развитию и совершенствованию этого направления, что позволит еще более повысить качество жизни оперируемых больных.