



Кроме того, пониженная вегетативная реактивность может указывать на истощение резервных возможностей адаптивного потенциала, что подтверждается и данными литературы (Герасименко М.Ю. и соавт, 2007). Исследование функционального состояния ВНС и уточнение роли его нарушений в патогенезе акне представляет большой практический интерес. Оценка дисбаланса вегетативного звена нервной системы может служить важным прогностическим критери-

ем течения, эффективности проведенного лечения и исхода заболевания, а также позволяет индивидуализировать подходы к терапии.

Значительные отклонения в психоэмоциональной сфере, вегетативном статусе больных с тяжелыми воспалительными формами акне диктуют необходимость соответствующей коррекции комплексной терапии данной категории больных для достижения оптимальных результатов лечения.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018  
УДК 616.62-006.6-089.168.1

**Протошак В.В., Кушниренко Н.П. (nikolaj.kushnirenko@yandex.ru), Бабкин П.А., Сиваков А.А., Харитонов Н.Н., Рассветаев А.В., Игловиков Н.Ю., Карандашов В.К., Гозалишвили С.М.** – Результат хирургического лечения рецидивных камней мочевого резервуара большой раком мочевого пузыря после илеоцистопластики по *Hemi Kock pouch*.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

*В статье приведены данные о современных подходах к лечению инвазивного рака мочевого пузыря и сопутствующих послеоперационных осложнений. Описан случай хирургического лечения рецидивных камней мочевого резервуара большой раком мочевого пузыря после илеоцистопластики по Hemi Kock pouch. Основными факторами камнеобразования являются инфекция мочевых органов, гиперхлоремический ацидоз, отложение солей на нерассасывающихся швах и танталовых скобках. Описаны особенности оперативного удаления камней из мочевого резервуара. В качестве профилактики рецидивного камнеобразования рекомендованы тщательное дренирование мочевого резервуара, коррекция гиперхлоремического ацидоза и проведение периодических курсов антибактериальной терапии.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** рак мочевого пузыря, илеоцистопластика, мочевого резервуар, рецидивное камнеобразование, хирургическая тактика, профилактические мероприятия.

*Protoshchak V.V., Kushnirenko N.P., Babkin P.A., Sivakov A.A., Kharitonov N.N., Rassvetaev A.V., Iglouikov N.Yu., Karandashov V.K., Gozalishvili S.M. – Result of surgical treatment of recurrent stones of the urinary reservoir of a patient with bladder cancer after ileocystoplasty according to Hemi Kock pouch. The article presents data on modern approaches to treatment of invasive bladder cancer and associated postoperative complications. A case of surgical treatment of recurrent stones of the urinary reservoir with a patient with bladder cancer after ileocystoplasty according to Hemi Kock pouch is described. The main factors of stone formation are infection of urinary organs, hyperchloremic acidosis, salt deposition on non-absorbable seams and tantalum brackets. Features of operative removal of stones from the urinary reservoir are described. As a preventive measure of recurrent stone formation, thorough drainage of the urinary reservoir, correction of hyperchloremic acidosis, and periodic courses of antibiotic therapy are recommended.*

**К е у w o r d s:** bladder cancer, ileocystoplasty, urinary reservoir, recurrent stone formation, surgical tactics, preventive measures.

Рак мочевого пузыря (РМП) составляет около 3% всех злокачественных новообразований, а по темпам прироста среди них занимает 7–8-е место. Среди онкоурологических заболеваний он находится на 2-м месте. Мужчины страдают РМП в 4–6 раз чаще женщин. В лечении РМП основными являются хирургические методы. Среди них радикальная цистэктомия традиционно считается «золотым стандартом» лечения злокачественных инвазивных опухолей мочевого

пузыря. При этом после выполнения первого этапа (цистэктомия) решается вопрос об отведении мочи. Все методы отведения мочи разделяют на две группы: континентные (накопление мочи в мочевом резервуаре с периодическим его опорожнением) и инконтинентные (постоянное выделение мочи во внешний резервуар). Илеоцистопластика по *Hemi Kock pouch* направлена на отведение мочи через сформированный ортотопический мочевой резервуар путем само-



катетеризации. Несмотря на то что данная континентная методика является более удобной для пациента, т. к. не требует внешних приспособлений для сбора мочи, техника проведения подобных операций сложна, что ведет к достаточно высокому уровню послеоперационных осложнений. Одним из них является камнеобразование в мочевом резервуаре, нередко имеющее рецидивное течение и требующее сложного оперативного лечения. Частота образования камней в мочевом резервуаре составляет, по разным данным, 3–4%. Основными факторами этого процесса являются стойкая инфекция мочевых органов и резервуара, гиперхлоремический ацидоз, а также наличие нерассасывающихся швов и танталовых скобок в качестве матрицы для отложения солей и формирования мочевых камней.

В качестве примера приводим одно из клинических наблюдений. Больная Ч., 73 года. По поводу рака мочевого пузыря (pT2bN0M0G2) 10.11.2004 г. выполнена цистэктомия с формированием резервуара по *Hemi Kock pouch* в сочетании с тазовой лимфоаденэктомией и аппендэктомией. В 2005 г. возникли затруднения и болезненность при самокатетеризации резервуара. В связи с этим проведено оперативное вскрытие резервуара и восстановление клапана его отводящего сегмента. В июне 2008 г. были диагностированы множественные камни мочевого резервуара, по поводу которых была выполнена операция: вскрытие континентного катетеризируемого мочевого резервуара, извлечение множественных камней резервуара, вскрытие отводящего сегмента, удаление фиксированного на танталовой клипсе камня, а также 2 пролабирующих танталовых клипс. 10 июля 2013 г. проведена операция по поводу вентральной грыжи с пластикой грыжевых ворот сетчатым трансплантатом. 14 июня 2017 г. выполнены повторное грыжесечение, устранение вентральной грыжи, пластика передней брюшной стенки.

При поступлении в клинику в марте 2018 г. больная предъявляла жалобы на невозможность самостоятельной катетеризации резервуара, в связи с чем в него был установлен постоянный дренаж (катетер Фолея № 20). По данным компьютерной томографии (см. рисунок), в полости резервуара определялись 2 конкремента размерами 27×28 мм в дистальном кармане и 43×49 мм в заднем. Конкременты имели четкие контуры, слоистую структуру и плотность 900–1200 ед. НУ. В полости резервуара находился баллонный катетер Фолея, выведенный



Камни мочевого резервуара после илеоцистопластики по *Hemi Kock pouch*

наружу через переднюю брюшную стенку справа. Контуры резервуара были четкие, затек контрастного вещества за пределы резервуара не выявлено. Мочеточники впадали в сформированный мочевой резервуар без признаков обструкции устьев и дилатации мочеточников.

19 марта 2018 г. выполнена операция: резервуаролитотомия, пластика отводящего сегмента резервуара, дренирование резервуара катетером Фолея. Разрез кожи выполнен циркулярно вокруг стомы. После мобилизации отводящего сегмента резервуара и вскрытия его передней стенки был визуализирован камень мочевого резервуара. Выявлены циркулярное сдавление и деформация отводящего сегмента окружающими тканями и сетчатым имплантатом. Последний был рассечен, малый камень захвачен зажимом и удален. Извлечение второго камня через отводящий сегмент было невозможно ввиду его больших размеров. Поэтому был произведен разрез передней стенки резервуара, через который извлекли второй конкремент. После восстановления целостности резервуара была сформирована уростомы. Полость резервуара дренировали катетером Фолея № 22. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи удалены на 5-е, швы сняты на 11-е сутки. После нормализации лабораторных показателей больная была выписана в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки. В качестве профилактики повторного камнеобразования были рекомендованы постоянное дренирование мочевого резервуара катетером Фолея, коррекция гиперхлоремического ацидоза, проведение периодических курсов антибактериальной терапии.