

ортотопического неоцистиса из сегмента желудка — у 24 (6,3 %). Ортотопическая илеоцистопластика — у 223 (58,6 %) пациентов. Ортотопическая сигмоцистопластика — у 30 (7,8 %). Континентная кожная деривация мочи была выполнена у 12 (3,1 %) больных. Уретеросигмоанастомоз — у 42 (12,0 %). Уретерокутанеостомия — у 49 (11,3 %) пациентов. После операции каждые 6 месяцев пациентам выполняли лабораторные исследования, УЗИ и КТ брюшной полости и малого таза, экскреторную урографию, динамическую скintiграфию.

**Результаты.** Местный рецидив в малом тазу после радикальной цистэктомии мы наблюдали у 33 (9,4 %) пациентов. Из них мужчин было 27 (82,0 %), женщин — 6 (18,0 %). Средний возраст у мужчин составил  $58,7 \pm 11,7$  года (от 43 до 73 лет), у женщин  $50,0 \pm 7,8$  года (от 24 до 65 лет). Одновременное метастатическое поражение внутренних органов имело место у 6 (18,0 %) больных. Медиана времени с момента радикальной

цистэктомии до диагностики тазового рецидива составила 7,0 месяца, с момента диагностики местного рецидива до смерти пациента — 4,5 месяца. Медиана времени с момента радикальной цистэктомии до тазового рецидива существенно коррелировала с патоморфологической стадией. Она составила 14,9 месяца при стадии  $\leq pT2$ ,  $pN0$  и 5,3 месяца при стадии  $> pT2$ ,  $N+$ . Кроме того, число больных с местным рецидивом зависит от стадии заболевания: чем выше стадия, тем больше процентное соотношение больных с тазовым рецидивом (при  $pT2aN0$  — 6,9 %, при  $pT4aN0$  — 12,8 % и при  $N+$  — 14,8 %). У большинства больных — 30 (91,0 %) — градация первичной опухоли была G2 и G3–4.

**Заключение.** Таким образом, локальный тазовый рецидив после радикальной цистэктомии чаще возникает у лимфоположительных больных с экстравезикальным распространением первичной опухоли градации G2–G3.

## НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОЦИСТИСОМ

© *В.А. Фадеев, А.В. Сергеев, Я.С. Савашинский, С.С. Касьяненко, А.Ю. Ульянов*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** В последнее время отмечена тенденция к расширению показаний для удаления мочевого пузыря (МП) не только при поверхностной мультифокальной, рецидивирующей и низкодифференцированной уротелиальной карциноме, но и при неонкологической органической патологии, рефрактерной к консервативным методам лечения и приводящей к необратимой утрате резервуарно-эвакуаторной функции МП. Несмотря на то что цистэктомия (ЦЭ) с ортотопической цистопластикой (ОЦ) в таких обстоятельствах рассматривается большинством урологов как оптимальное вмешательство, остается ряд пока не решенных проблем. Прежде всего это заключается в разногласиях при выборе желудочно-кишечного сегмента и метода формирования неоцистиса, недостатке сравнительных данных о состоянии пациентов

в отдаленном послеоперационном периоде, а частота осложнений все еще остается существенной. Одними из них являются нарушения уродинамики верхних и нижних мочевыводящих путей (НМП) после ОЦ, которые неизбежно отражаются на результатах операции, качестве жизни больных и социально-психологической адаптации.

**Материал и методы.** С 1998 по 2016 г. в клинике урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова были оперированы и наблюдались 295 пациентов, которым была произведена ЦЭ с ОЦ различными сегментами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Показаниями к данному вмешательству были рак МП у 259 (87,8 %) больных, интерстициальный цистит — у 22 (7,5 %), микроцистис — у 11 (3,7 %), нейрогенная дисфункция МП — у 2 (0,7 %) больных и рецидивный пузырно-влагалищный

свищ у 1 (0,3 %) пациентки. Мужчин было 219 (74,2 %), женщин — 76 (25,8 %), средний возраст составил  $54,9 \pm 5,9$  года. У 241 (81,7 %) для формирования неоцистиса был использован подвздошный сегмент в модификациях Studer, Hautmann, S- и Y-образной цистопластики; альтернативные способы ОЦ с использованием сегмента желудка и сигмы выполнялись реже — соответственно у 24 (8,1 %) и 30 (10,2 %) больных. Послеоперационное обследование проводилось на регулярной основе и включало исследование лабораторных показателей, ультразвуковые, рентгенологические, уродинамические и эндоскопические методы, морфологическое исследование стенки неоцистиса. Период наблюдения составил от 12 до 216 месяцев.

**Результаты.** Частота поздних послеоперационных осложнений после РЦ и ОЦ составила в среднем 32,8 %. Некоторые из них обусловили развитие нарушений уродинамики ВМП и НМП. Стриктуры уретеронеоцистоанастомоза (УНА) с развитием гидроуретеронефроза (ГУН) были выявлены у 17 (6,0 %) из 285 пациентов, при этом у 2 больных поражение было билатеральным. В качестве основного метода хирургической коррекции применялись эндоуретеротомия, баллонная дилатация со стентированием; выполнение повторной имплантации мочеточника потребовалось у 5 (29,4 %) больных, кишечная пластика мочеточника произведена у 1 (5,9 %) больного. В 2 случаях была выполнена нефрэктомия. ГУН вследствие неоцисто-мочеточникового рефлюкса диагностирован у 10 (3,5 %) больных. Данному состоянию способствует небольшой объем неоцистиса, высокое внутрипросветное давление или, напротив, хроническая задержка мочеиспускания с накоплением застойной мочи. У 7 больных рефлюкс по мере растяжения резервуара, снижения внутрипросветного давления, устранения нарушений опорожнения стал транзиторным.

При исследовании НМП нарушения опорожнения неоцистиса отмечено у 21 (27,6 %)

женщины и 22 (10,1%) мужчин. У мужчин в качестве причин следует выделить гиперплазию предстательной железы (после простатосберегающей цистэктомии) в 4 (18,2 %) случаях, стриктуры уретры и уретронеоцистоанастомоза — у 7 (31,8 %) больных, местный рецидив опухоли — у 5 (22,7 %) больных. Динамические причины в виде избыточного объема неоцистиса с низким внутрипросветным давлением, неспособностью поддерживать эффективное давление для опорожнения отмечены у 6 (27,2 %) мужчин. У женщин анатомические причины нарушения опорожнения неоцистиса в виде стриктуры уретронеоцистоанастомоза были выявлены в 3 (14,3 %) случаях, в остальном превалировали смещение резервуара каудально при прогрессирующем пролапсе на фоне натуживания с целью опорожнения, ангуляция уретры и формирование неоцистоцеле. Застой инфицированной мочи в неоцистисе может способствовать его перерастяжению с опасностью спонтанного разрыва, а также формированию резервуарно-влагалищной фистулы. Одним из методов решения данной проблемы является самокатетеризация. Хирургическая коррекция подразумевает трансуретральную резекцию, оптическую уретротомию, выполнение реанастомоза (в 3 случаях).

**Выводы.** Нарушения уродинамики ВМП и НМП влияют на результаты лечения, приводя к нарушению функции почек, ухудшая социально-психологическую адаптацию больных, а в ряде случаев вызывая более серьезные осложнения. Наиболее эффективным методом их коррекции является хирургический. Развитие стриктуры УНА расценивается как более значимое состояние по сравнению с рефлюксом, поэтому применение антирефлюксной имплантации мочеточников в подвздошный неоцистис с достаточным объемом в перспективе мы считаем нецелесообразным. Наиболее оптимальным способом с позиции функционирования является илеоцистопластика по Studer.