

Литература

1. Комяков Б. К., Гулиев Б. Г. Хирургия протяженных сужений мочеточников. С.-Пб.: Диалект, 2005; 121 с. ил.
2. Малоинвазивная ретроперитонеальная пиелопластика. В. Н. Журавлев, И. В. Баженов, А. В. Зырянов, Д. А. Деминов. Современные эндоскопические технологии в урологии: Сборник тезисов Всеросс. научно-практ. конф. Челябинск, 17-18 июня 1999. Челябинск, 1999. 44-45.
3. Оперативная урология. Под ред. акад. Лопаткина Н. А. и проф. И. П. Швецова. Л.: «Медицина», 1986. 164-165.
4. Роль ретроперитонеоскопических операций в урологии. Д. И. Пархонин, А. Г. Мартов, В. Р. Шадулин, М. Ю. Голубев. Материалы конгресса первого российского конгресса по андуурологии. Москва, 4-6 июня 2008. Москва, 2008, 317-318.
5. Степанов В. Н., Кадыров З. А. Атлас лапароскопических операций в урологии. М.: «Миклош», 2001, 84-90.
6. Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас. Перевод с англ.; Под ред. Ю. Г. Аллева, В. А. Григоряна. М.: Геотар-Мед, 2001, 502-514 с. ил.
7. SU, 1225533 авторское свидетельство МПК АК 61 В 17/00, 2005.
8. Malcolm J. Coptcoat, Adrian D. Joyce, Laparoscopy in Urology, Oxford, 1993, part 2, 143-156.

Выбор метода деривации мочи после цистэктомии

В. Н. Журавлев, А. В. Зырянов, И. В. Баженов, И. В. Борзунов, О. В. Журавлев, А. А. Качмазов, Я. В. Бершадский, А. В. Машковцев

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» г. Екатеринбург

Choice of derivation method after cystectomy

V. N. Zhuravlev, A. V. Zyrianov, I. V. Bazhenov, I. V. Borzunov, O. V. Zhuravlev, A. A. Kachmazov, J. V. Bershadskiy, A. A. Mashkovtsev

Ural State Medical Academy, urology department, Sverdlovsk regional hospital №1

Резюме

В работе представлены данные используемых вариантов деривации мочи после радикальной цистэктомии в условиях клиники урологии ГОУ ВПО «УГМА» на базе ГУЗ СОКБ № 1 с 2002 по 2008 гг. За указанный период выполнено 117 радикальных цистэктомий с различными методами отведения мочи. Выбор метода деривации мочи является сложной, многофакторной и до конца не решенной проблемой.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, уретерокутанеостомия, деривация мочи по Studer, Mainz-Pouch II, Bricker, уретерокутанеостомия.

Summary

Following article reveals data about used methods of urine derivation after radical cystectomy in urological clinic of Ural state medical academy during yy. 2002-2008. During the shown period 117 radical cystectomy operations with different urine derivation methods were done. Choice of derivation method is complicated, multiple-factor and decided problem.

Key words: bladder cancer, radical cystectomy, urethrocutaneous fistula, urine derivation Studer, Mainz-Pouch II, Bricker.

Введение

В структуре онкологических заболеваний рак мочевого пузыря занимает 8-е место у мужчин (4,3%) и 18-е место у женщин (1%). В США ежегодно регистрируется 50 000 новых случаев заболеваний. У 25% заболевших диагностируется мышечно-инвазивный процесс. Из 75% оставшихся с поверхностным раком мочевого пузыря в 10-15% случаев разовьется инвазия.

Радикальная цистэктомия является «золотым стандартом» лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, опухолей, резистентных к адъювантной химиотерапии после эндоскопических операций, мультифокусном поверхностном раке мочевого пузыря. Группа больных, подвергаемых данному лечению разнородна, выбор метода деривации мочи является сложной проблемой и должен учитывать

Журавлев В. Н. — д. м. н., профессор, зав. кафедрой урологии ГОУ ВПО «УГМА Росздрави»;

Зырянов А. В. — д. м. н., профессор кафедры урологии, зав. 2-м урологическим отделением ГУЗ СОКБ №1;

Баженов И. В. — д. м. н., профессор кафедры урологии, зав. 3-м урологическим отделением ГУЗ СОКБ №1;

Борзунов И. В. — к. м. н., доцент кафедры урологии ГОУ ВПО «УГМА Росздрави»;

Журавлев О. В. — к. м. н., врач-уролог, 2-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1;

Качмазов А. А. — зав. консультативным урологическим поликлиническим отделением ГУЗ СОКБ №1;

Бершадский Я. В. — к. м. н., врач-уролог, 2-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1;

Машковцев А. В. — врач-уролог, 2-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1.

множество факторов и является всегда индивидуальным.

Материал и методы

С января 2002 года по настоящее время в клинике урологии УГМА выполнено 117 радикальных цистэктомий. Показаниями к данному оперативному лечению были:

- рак мочевого пузыря T2a-T4a N0-N2 M0 G1-G3;
- рецидивный рак мочевого пузыря T1 G1;
- первично-множественный рак;
- непереходно-клеточный рак.

Возраст пациентов — от 39 до 73 лет. Среди пациентов: мужчин — 101, женщин — 16.

Предоперационная подготовка включает в себя мероприятия по декантоминации кишечника и нутритивной поддержке. Всем больным выполнялась тазовая регионарная лимфаденэктомия первым этапом радикальной цистэктомии. Всем женщинам при выполнении цистэктомии выполнялась гистерэктомия.

Варианты отведения мочи после цистэктомии:

- уретерокутанеостомия — 35 пациентов;
- операция Bricker — 34 пациента;
- Mainz-Pouch II — 22 пациента;
- Studer — 11 пациента;
- сигмоцистопластика — 16 пациентов.

Послеоперационная летальность составила 12 человек (10, 16%). Причина летальности — перитонит на фоне несостоятельности межкисечного анастомоза и несостоятельность уретерорезервуароанастомоза, несостоятельность резервуара, острая коронарная смерть. Структура летальности в зависимости от метода отведения мочи представлена в таблице.

Оперативное лечение при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря является сложной и многогранной и до конца не решенной проблемой. Удаление мочевого пузыря представляет собой травматичную, сопряженную иногда с большой кровопотерей операцией, а дополненное тем или иным методом кишечной деривации мочи, усложняет задачу хирурга и анестезиолога увеличением травматического воздействия на организм пациента,

Таблица Структура летальности в зависимости от метода отведения мочи

Метод отведения мочи	Число умерших пациентов
Уретерокутанеостомия	2
Операция Bricker	4
Mainz-Pouch II	2
Studer	-
Сигмоцистопластика	4

удлинением анестезиологического пособия и усложнением послеоперационного ведения больного. Безупречная техника хирурга, правильное анестезиологическое пособие, отработанный до мелочей алгоритм до- и послеоперационного ведения больного, максимально соответствующее современным требованиям оснащение операционной (шовный материал, сшивающие аппараты, дренажные системы) — непреложные составляющие успеха. Оперативное пособие в среднем длится 4-6 часов, иногда до 8 часов, в зависимости от многих понятных причин. В некоторых случаях цистэктомия предпринималась как терапия отчаяния (при неостанавливаемом кровотечении и местно-распространенном раке мочевого пузыря).

Кажущееся наиболее благоприятное для качества жизни пациента ортотопическое отведение мочи (артифициальный мочевой пузырь из сегмента подвздошной или сигмовидной кишки), не всегда выполнимо и в большинстве случаев не показано, а зачастую противопоказано. На отказ от этого метода отведения мочи по нашему мнению может повлиять несколько факторов, которые можно назвать критериями исключения:

- стадия процесса;
- тяжелая сопутствующая патология, ограничивающая длительность операции;
- радикализм при цистэктомии с максимальным иссечением уретры;
- старческий возраст и ожидаемая продолжительность жизни пациента;
- короткая брыжейка кишки — ситуация, которая может повлечь натяжение уретерорезервуароанастомоза с последующим риском его несостоятельности;
- большая кровопотеря при выполнении цистэктомии;
- нежелание пациента и его выбор в пользу другого метода деривации мочи;
- выявление N+ при раке G3;
- стриктура уретры;
- интеллектуальный статус пациента.

Другие методы отведения мочи можно считать альтернативными.

Показаниями к уретерокутанеостомии являются:

- старческий возраст больного;
- небольшая ожидаемая продолжительность жизни (онкоспецифическая);
- проблемная цистэктомия, сопряженная с массивной кровопотерей (как временная мера, в последующем метод деривации мочи будет изменен);
- отказ больного от других методов отведения мочи (такие случаи были, если у пациента имелась единственная почка, ортотопическое отведение мочи не было показано, а

внутреннее континентное отведение мочи невозможно). Нужно отметить тот факт, что появление на рынке медицинских расходных материалов специальных мочеприемников значительно улучшило качество жизни этой группы пациентов.

Несмотря на некоторое настороженное отношение на первых порах к уретеросигмостомии (внутреннее континентное отведение мочи по Mainz-Rouch II), сегодня впечатления от этой методики изменились. Отсутствие внешних дренажей позволяет обеспечить высокий уровень качества жизни пациенту, сохранить его трудоспособность и социальную адаптацию. Из 22 больных, перенесших данное отведение мочи, рецидивирование пиелонефрита установлено только у одного человека. Обязательным условием выполнения этой операции естественно является положительная проба Fitzc-Honenfield (на удержание жидкости анусом).

Отведение мочи по Bricker (влажная илеостомия) сохраняет позиции наиболее часто выполняемой кишечной деривации мочи. Опять же, доступность специальных мочеприемников улучшает качество жизни пациентов.

Заключение

Радикальная цистэктомия является сложным оперативным вмешательством, связанным с высоким риском развития тяжелых послеоперационных осложнений и послеоперационной летальностью.

Соблюдая жесткие критерии отбора больных для цистэктомии, выполняя принципы предоперационной подготовки и послеоперационной интенсивной терапии мы стремимся свести к минимуму летальности и количество послеоперационных осложнений при выполнении этого сложного оперативного вмешательства.

Идеального метода деривации мочи после цистэктомии не существует. Множество факторов должно учитываться в выборе метода отведения мочи в каждом конкретном случае.

Литература

1. Волкова М. И. Обзор материалов XXI конгресса Европейской ассоциации урологов. Онкоурология. 2006; 3: 69-72.
2. Комяков Б. К., Новиков А. И., Фадеев В. А. «Отдаленные результаты радикальной цистэктомии». Онкоурология. Материалы II конгресса Российского общества онкоурологов, М., 2007; 89-90.
3. Котков И. Л., Давыдов М. И., Кузнецов Д. В., Балнских Б. Н. «Хирургическое лечение рака мочевого пузыря». Там же. 86-87.
4. Журавлев В. Н., Зырянов А. В., Баженов И. В., Качмазов А. А., Борзунов И. В., Журавлев О. В., Бершадский Я. В. «Проблемы радикальной цистэктомии». Там же, 82-84.
5. Шапаягин Л. В., Ситников Н. В., Фурашов Д. В., Дронов В. И., Сегадтн Р. Е., Сидоров В. А. «Кишечная пластика при раке мочевого пузыря». Онкоурология, 2006, 4, 25-29.
6. Bassi P., Ferrante G. D., Piazza N., et al. «Prognostic factors of outcome after radical cystectomy for bladder cancer: a retrospective study of a homogeneous patient cohort. J Urol 1999; 161(5): 1494-7.
7. LeDuc A., Camey M., Teillac P. «Radical cystectomy». J. Urol. 1987, 137, 1156-1158.

Динамика качества жизни пациентов с опухолью мочевого пузыря после проведенного лечения

И. В. Борзунов, О. С. Коган

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», г. Екатеринбург

Life quality dynamics among patients after bladder tumor treatment

I. V. Borzunov, O. S. Kogan

Ural State Medical Academy, urology department., Clinical Hospital №1

Резюме

Проведено изучение качества жизни у 62 больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря в стадии Tcis — T1, G1, G2, G3, которым была проведена трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря с последующей иммунотерапией вакциной БЦЖ 29 больным (опытная группа), 33 пациентам (группа сравнения) выполнялась трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря с местной химиотерапией (доксорубин или митомоцин С).

Борзунов И. В. — к. м. н., доцент кафедры урологии ГОУ ВПО «УГМА Росздрава»;

Коган О. С. — зав. 1-м урологическим отделением ГУЗ СОКБ №1.

Сравнительный анализ динамики качества жизни после проведенного лечения проводился методом социоклинического исследования с применением анкеты — опросника, разработанного кафедрой урологии Уральской Государственной медицинской академии. Преимущество представленного опросника в его