

Кудряшов Г.Ю., Карнаух П.А., Важенин А.В., Золотых М.А.

## Повышение эффективности радикального лечения рака мочевого пузыря

ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра онкологии, г. Челябинск

Kudryashov G.U., Karnaykh P.A., Vazhenin A.V., Zolotykh M.A.

### Increase of efficiency of radical treatment of cancer of urinary bladder

#### Резюме

В статье проанализированы результаты хирургического лечения больных раком мочевого пузыря, которым была выполнена илеоцистопластика по оригинальной методике, сравнены функциональные характеристики мочевого резервуара в исследуемых группах больных. Проанализированы отдаленные результаты в группах больных с различными видами илеоцистопластики.

**Ключевые слова:** илеоцистопластика, рак мочевого пузыря, цистэктомия

#### Summary

The article analyzes the early results of the surgical treatment of patients with bladder cancer who underwent ileocystoplasty by the original method, compared the functional characteristics of urinary reservoirs in the groups studied patient.

**Keywords:** ileocystoplasty, bladder cancer, cystectomy

#### Введение

Лечение рака мочевого пузыря (РМП) является актуальной проблемой современной онкоурологии, что обусловлено высокой заболеваемостью с тенденцией к постоянному росту, широкой распространенностью заболевания, длительностью и сложностью лечения, высоким процентом инвалидизации [1, 4]. Создание искусственного мочевого пузыря стало стандартной методикой лечения рака мочевого пузыря [1]. В 1996 г. мы начали предлагать пациентам реконструкцию нижних отделов мочевыводящих путей в виде формирования мочевого пузыря из подвздошной кишки по оригинальной методике разработанной в ГБУЗ «ЧОКОД»Ф. Во время принятия решения о тактике лечения пациент и уролог чувствуют себя более уверенными, если имеется информация о возможных осложнениях предлагаемого вмешательства, которые могут наступить в ближайшие и отдаленные сроки.

Число больных в России с впервые выявленным диагнозом РМП в 2008 г. со-ставляло 10042 мужчины и 2679 женщин. Средний возраст заболевших - 67,1 года. Прирост заболеваемости за 10 лет - 22,57%, при среднегодовом приросте - 2,06% [2]. Цистэктомия является радикальным хирургическим способом лечения рака мочевого пузыря [3,4]. После подобных операций важной проблемой становится медицинская и социальная реабилитация больных [6]. Каждого больного, которому планируется выполнение цистэктомии, рассматривают как кандидата для ортотопической пластики мочевого пу-

зья, позволяющей восстановить мочеиспускание через естественные мочевые пути. В настоящее время наиболее распространенным пластическим материалом является изолированный сегмент тонкой кишки [5]. Создание ортотопического мочевого резервуара позволяет достичь мочеиспускания по нативной уретре и, как следствие, – создать условия для улучшения качества жизни больного [4,6].

Основными задачами при выполнении операций с контролируемым выделением мочи являются: создание резервуара достаточной емкости; с низким внутрирезервуарным давлением; конструирование механизма, удерживающего мочу в резервуаре и выпускающего ее по желанию больного [5,6].

#### Материалы и методы

В отделении онкоурологии ГБУЗ «ЧОКОД» за период с января 2000 года по 2014 год радикальная цистэктомия с последующей пластикой мочевого пузыря из изолированного сегмента подвздошной кишки выполнена 317 пациентам с РМП. Мужчин было 291(89%), женщин-26(11%). Возраст больных составил от 35 до 82 лет (средний возраст 59 лет). В исследование вошли больные со стадией pT 2a-pT4a и pT1 при наличии рецидива рака мочевого пузыря с мультицентричным ростом. В зависимости от метода деривации мочи пациенты были разделены на группы: у 54% (128 пациентов) выполнена операция типа «Brikker», у 17.7%( 42 пациентов) сфор-

мированы ортотопические резервуары из недетубуляризованного фрагмента под-вздошной кишки, у 8% (19 пациентов) ортотопические резервуары по методике «Stude», 20.3% (64 пациентов) ортотопические резервуары из детубуляризованного фрагмента подвздошной кишки по оригинальной методике, разработанной в ГБУЗ «ЧОКОД» (патент на изобретение, регистрационный № 2425644). Данная методика используется в диспансере с 2006 года. Мочевой резервуар формируется из фрагмента подвздошной кишки длиной до 40 см. Из выделенного сегмента подвздошной кишки формируется продольный U-образный резервуар за счёт межкишечного анастомоза бок в бок непрерывным вворачивающим швом, на протяжении 10 см по противобрыжечному краю кишки и дополнительная нерассечённая петля, в дистальном его отделе, обращённая к уретре. В дальнейшем на вершине петли выполняется энтеротомия длиной 0.5 см вдоль кишки. Правый проксимальный конец резервуара длиной 5 см ушивается двухрядным швом и остаётся нерассечённым. Левый проксимальный конец резервуара длиной 10 см также остаётся нерассечённым и в дальнейшем выводится на переднюю брюшную стенку в левой подвздошной области в виде уростомы, через которую выводятся наружу дистальные концы интубаторов мочеточников и уростомического дренажа. На проксимальных недетубуляризованных концах резервуара формируются мочеточниково-резервуарные анастомозы - конец в бок (конец мочеточника в бок сегмента тонкой кишки) узловыми швами. Анастомозы формируются через отдельные энтеротомические отверстия. В просвет каждого мочеточника вводится рентгеноконтрастный дренаж (мочеточниковый катетер, диаметр которого выбирают в зависимости от ширины просвета мочеточника) на уровень лоханки почек. В полость мочевого резервуара через уретру и энтеротомическое отверстие на дополнительной петле проводится мочевой катетер типа Фолея. Формируется внепростетный анастомоз узловыми однорядными швами между стенкой резервуара в области энтеротомического отверстия и уретрой: 2 шва на заднюю губу анастомоза, 2 – боковых, 1- на переднюю губу анастомоза. В группах по стадии заболевания пациенты распределились следующим образом: методика ГБУЗ «ЧОКОД» первая стадия заболевания - 6.25% (5) пациентов, вторая стадия - 75% (47) пациентов, третья стадия - 18,75% (12) пациентов. По методу Бриккера первая стадия - 5.47% (7) пациентов, вторая стадия у 53.1% (68) пациентов, третья стадия - 32% (41) пациентов, четвёртая стадия - 9.4% (12) пациентов. По методике «Stude» первая стадия - 10.5% (2) пациентов, вторая стадия - 52.6% (10) пациентов, третья стадия - 36.8% (7) пациентов. В группе с ортотопической илеоцистопластикой недетубуляризованным сегментом подвздошной кишки первая стадия - 0%, вторая стадия - 52.4% (22) пациентов, третья стадия - 47.6% (20) пациентов. Сравнение вышеуказанных групп пациентов в данном исследовании проводилось по следующим критериям: объём резервуара, давление в резервуаре, функция удержания мочи. Проведен анализ ранних и отдаленных результатов лечения в исследуемых группах пациентов.

Обработка статистических данных проводилась с помощью программы SPSS 17.0. Сравнение показателей выживаемости проводилось с помощью логрангового критерия и обобщенного критерия Уилкоксона (критерий Гехана). Отличия считались достоверными ( $p < 0,05$ ).

## Результаты и обсуждение

При сравнении групп больных по стадиям заболевания статистически значимых различий получено не было ( $p > 0,05$ ). После пластики мочевого пузыря из изолированного сегмента подвздошной кишки по методике ГБУЗ «ЧОКОД», ранние осложнения развились у 14.6% (7) пациентов и распределились следующим образом: несостоятельность швов резервуара у 42.85% (3) пациентов, в одном случае потребовалось удаление резервуара. Спаянная кишечная непроходимость у 14.29% (1) пациента, динамическая кишечная непроходимость у 2 пациентов, желудочно-кишечное кровотечение у 1 пациента, нагноение послеоперационной раны у 1 пациента, пневмония у 1 пациента.

Группа пациентов оперированных по методике «Stude» имеют сопоставимые с группой методики ГБУЗ «ЧОКОД» цифры осложнений в послеоперационном периоде, в данной группе не зафиксировано атак острого пиелонефрита после удаления интубаторов из мочеточников. В группе пациентов которым была выполнена пластика резервуара недетубуляризованным сегментом подвздошной кишки большая часть осложнений представлена острым пиелонефритом, который развился у 19.04% (8) пациентов, после удаления мочеточниковых интубаторов. При сравнении групп пациентов по объёму резервуара, давлению в резервуаре, по сохранности удерживающей функции резервуара, получены следующие данные: по методике ГБУЗ «ЧОКОД» объём резервуара через 3 месяца после операции составил 350-400мл, через 6 мес- 500-600мл, максимальный объём резервуара зафиксирован у пациента через 18 мес. с момента операции и достиг 900мл, последующем объёма резервуара не увеличивался. Давление в резервуаре в течении всего периода наблюдения было стабильным и соответствовало 18-23 см вод. ст. Полное удержание мочи достигнуто у 77.1% (41) из 64 пациентов, частичное (ночное) недержание наблюдалось у 32.9% (13) из них. По методу «Stude» объём резервуара к 6 месяцам составлял 450-550 мл, внутрирезервуарное давление - 22-24 см вод. ст., полное удержание мочи достигнуто у 52.6% (10) пациентов, у 47.4% (9) пациентов зафиксировано ночное недержание мочи. Для сравнения в группе с ортотопической цистопластикой недетубуляризованным сегментом подвздошной кишки, мочевого резервуар в течение 6 месяцев увеличивался максимально до 200 мл, давление в нём соответствовало 30 - 40 см вод. ст. У двух пациентов во время измерения определялось волнообразное изменение давления в пределах 35-72 см вод. ст, связанное с сохранённой перистальтикой стенки резервуара. Полное удержание мочи достигнуто у 28.6% (12) пациентов, у 71.4% (30) определялось недержание мочи различной степени. Сравнение показателей выжи-

ваемости, проведенное с помощью логрангового критерия и обобщенного критерия Уилкоксона, показало, что предложенная нами методика илеоцистопластики не ухудшает результатов лечения. Трёхлетняя онкоспецифическая выживаемость при выполнении ортотопической недетубуляризированной илеоцистопластики составила  $53,2 \pm 8,7\%$ , по методике «Studer»  $53,9 \pm 14,2\%$ , по методике Бриккер  $41,5 \pm 5,9\%$ , по методике ГБУЗ «ЧОКОД»  $54,9 \pm 9,5\%$ . Трёхлетняя выживаемость больных РМП после цистэктомии, в зависимости от стадии заболевания составила: при I стадии  $100\%$ , при II стадии  $54,71 \pm 5,6\%$ , при III стадии  $27,3 \pm 6,8\%$ .

При сравнении показателей трёхлетней выживаемости в зависимости от дифференцировки опухоли также получены статистически значимые различия: при G1 -  $64,6 \pm 12\%$ , при G2 -  $55,3 \pm 5,8\%$ , при G3  $33,0 \pm 6,6\%$ .

Основные усилия при лечении больных РМП, перенесших цистэктомию направлены на увеличения продолжительности жизни и социальную адаптацию данной категории больных. Качество жизни после радикальной цистэктомии изучено у 237 пациентов. Мы наблюдали больных с различными вариантами илеоцистопластики. Особое внимание было уделено сравнению функциональных характеристик мочевого резервуара сформированного по различным методикам. Определение качества жизни больных оказывается весьма ценным для оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. После радикальной цистэктомии качество жизни выше у тех пациентов, которым деривация мочи осуществлялась путем создания артифициального мочевого пузыря как наиболее физиологического метода. Определяется четкая зависимость между качеством жизни больных методом деривации мочи после радикальной цистэктомии. Низкий уровень качества жизни отмечен у пациентов которым выполнена операция Бриккера или замещение мочевого пузыря недетубуляризованным сегментом подвздошной кишки. У них наблюдалось резкое нарушение профессионально-трудового статуса и снижение социальной адаптации. Наиболее приемлемое качество жизни отмечается у больных, которым была выполнена пластика с формированием с резервуара низкого давления. Функциональные характеристики данных резервуаров сходны, а по основным функциональным

показателям разработанная нами методика превосходит существующие. Наличие резервуара низкого давления и достаточной ёмкости, имплантация мочеточников в недетубуляризованные участки кишки позволяют исключить атаки острого пиелонефрита и иметь возможность адекватного контролируемого мочеиспускания. Наши данные также свидетельствуют о том, что не существует идеального, лишённого осложнений способа отведения мочи. У таких больных, тем не менее, мы считаем, что, когда это возможно, следует формировать искусственный мочевого пузырь из подвздошной кишки.

## Заключение

Предложенная нами методика илеоцистопластики проста в исполнении.

Введение в практику илеоцистопластики по оригинальной методике позволило снизить количество осложнений в послеоперационном периоде.

Функциональные показатели у наших больных (объём резервуара, относительно низкое внутрирезервуарное давление, удержание мочи, адекватность мочеиспускания), показывают, что применение оригинального метода илеоцистопластики позволяет добиться улучшения качества жизни пациентов, перенесших цистэктомию.

Анализ отдалённых результатов исследования показал, что онкоспецифическая выживаемость при использовании оригинальной методики сопоставима с используемыми в настоящее время вариантами илеоцистопластики. ■

*Кудряшов Григорий Юрьевич - врач-онколог, Карнаух Петр Алексеевич - заведующий 7 онкологического отделения ГБУЗ «ЧОКОД», ассистент кафедры онкологии ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» Минздравсоцразвития России, Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук. Важенин Андрей Владимирович - главный врач ГБУЗ «ЧОКОД», член-корреспондент РАМН, Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор ГБУЗ «Челябинский окружной клинический диспансер», Россия, г. Челябинск, Золотых Максим Алексеевич - ассистент кафедры онкологии ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» Минздравсоцразвития России, г. Челябинск, Автор, ответственный за переписку - Кудряшов Григорий Юрьевич, телефон 89128025271, E-mail: grigori-kudryashov@mail.ru*

## Литература:

1. Матвеев Б. П., Физурин К. М. Карякин О. Б. Рак мочевого пузыря. М. 2001.
2. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2007 году. М. 2009.
3. Руководство по онкоурологии. Под редакцией Б. П. Матвеева. М. Вердана 2002. С. 6-13.
4. Stein J. P., Lieskovsky G., Groshen S. et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1054 patients. J. Clin. Oncol. 2001. Вып. 19. С. 666-75.
5. Hautmann R. E. Urinary diversion: ileal conduit to neobladder. J. Urol. 2003. Вып. 19. С. 834-42.
6. Studer U. E., Zinng E. J. Ileal orthotopic bladder substitutes. What we have learned from 12 years experience with 200 patients. Urol. Clin. Nort Am 1997. Вып. 24. С. 781-8.