

Проблемы выбора метода деривации мочи после радикальной цистэктомии

Журавлев В. Н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург
Зырянов А. В., д.м.н., профессор кафедры урологии ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург
Борзунов И.В., к.м.н., доцент кафедры урологии ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург
Журавлев О.В., к.м.н., ассистент кафедры урологии ГОУ ВПО УГМА г. Екатеринбург
Качмазов А.А., зав. урологическим отделением поликлиники ГУЗ СОКБ № 1, г. Екатеринбург

The factors' influence on the choice of urine derivation after radical cystectomy

Zhuravlev V.N., Zyrianov A.V., Borzunov I.V., Zhuravlev O.V., Kachmazov A.A.

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 2009 гг. За указанный период выполнено 135 радикальных цистэктомий с различными методами отведения мочи. Выбор метода деривации мочи является сложной, многофакторной и до конца не решённой проблемой.

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

Resume

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 135 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 развивается инвазия.

Радикальная цистэктомия является «золотым стандартом» лечения мышечно- инвазивного рака мочевого пузыря, опухолей, резистентных к адьювантной 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 множество факторов и является всегда индивидуальным.

Материал и методы

В клинике урологии УГМА на базе ГУЗ «СОКБ №1» (г. Екатеринбург) с 2002 года выполнено 135 радикальных цистэктомий. На этапе освоения основными проблемами были технологические моменты, сопутствующие этой сложнейшей операции, а именно: выбор предпочтительной методики межкшечного анастомоза (ручной, аппаратный), урестеро- кишечных анастомозов (антирефлюкс-

ные и др.); выбор сегмента кишки для кишечной пластики; анестезиологическое пособие и обеспечение послеоперационного ведения; выявление и тактика ведения больных, переживающих те или иные осложнения оперативного пособия. Приобретая опыт и уверенность, возникает необходимость создания алгоритма отбора пациентов для радикальной цистэктомии, определения типа отведения мочи. Массивная хирургическая травма и большое количество анастомозов предопределяют вероятность различных послеоперационных осложнений, иногда приводящих к летальному исходу. С получением опыта становится ясно, что идеального метода отведения мочи для всех пациентов не существует, как и не существует идеального пациента для конкретной методики отведения мочи. Цель операции - попытка избавления больного от онкологической болезни с сохранением для него наиболее приемлемого уровня качества жизни в данной конкретной ситуации, учитывая множество объективных и субъективных составляющих.

Каждый пациент должен осознавать объём оперативного вмешательства, преимущества и недостатки всех способов отведения мочи, опасные моменты операции. В нашей клинике только после предоставления исчерпывающей информации о предстоящей операции у больного берётся согласие на хирургическое лечение.

На выбор метода деривации мочи влияют множество разнородных факторов. Основными с нашей точки зрения являются следующие:

1. Стадия онкологического процесса.

К сожалению собственные данные свидетельствуют, что 71 % наших пациентов подвергнуты радикальной цистэктомии в стадии pT3- pT4. В 37% случаев при ста-

Ответственный за ведение переписки -
 Игорь Викторович Борзунов,
 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская 185.
 тел. 351-15-87, моб: 8-912-24- 49-102
 e-mail: borzunov@e1.ru

Таблица 1. Варианты отведения мочи в клинике урологии УГМА (всего- 135 случаев)

Ортопическая илеоцистопластика по Штудеру	13
Сигмоцистопластика	16
Операция Брикера	35
Mainz- pouch II	31
Уретерокутанеостомия	39
Гетеротопическая континентная илеоцистопластика	1

дин pT3 и в 61 % при стадии pT4 были диагностированы положительные региональные лимфоузлы. В 92 % это первично выявленные опухоли, в 8 %- рецидивные. Данный факт раскрывает проблемные моменты в ранней диагностике рака мочевого пузыря: недостатки диспансерного наблюдения, доступности цистоскопии и УЗИ мочевого пузыря, отсутствие скрининг - тестов.

Онкоспецифическая пятилетняя выживаемость после цистэктомии в этих стадиях не превышает 30%. Поэтому в большинстве случаев нами выполняется операция Брикера, уретеросигмостомия, уретерокутанеостомия. Ортопическая цистопластика представляется нам нецелесообразной.

2. Соматический статус пациента.

Возрастные границы пациентов, подвергнутых радикальной цистэктомии- от 39 до 74 лет. В 62 % случаев- это пациенты старше 60 лет, имеющие в большинстве своём хронические соматические заболевания. Треть больных госпитализированы в состоянии острой или хронической анемии по причине макрогематурии. Эти факторы влияют на отказ от ортопической пластики с целью уменьшения операционной травмы и послеоперационных осложнений.

3. Инвазия опухоли в уретру.

Отвергает ортопическую пластику мочевого пузыря.

4. Предпочтения пациента.

Вполне естественным представляется желание больного самостоятельно мочиться, удерживать мочу, не иметь внешних признаков перенесенной операции и неудовлетворённость от необходимости иметь стому, катетер и мочеприёмник.

- Двенадцати пациентам была выполнена радикальная цистэктомия с одновременной нефрэктомией. Предполагалось отведение мочи по Брикеру. Все пациенты отказались в пользу уретерокутанеостомии, мотивируя свой выбор меньшей травмой при аналогичных по их

мнению гигиенических неудобствах- наличие кожных дренажных систем.

- Пять пациентов отказались от возможной ортопической цистопластики, зная о возможном недержании мочи. Четверо выбрали Mainz- pouch II, один - Брикера.

- Всем пациентам, которым не предполагается ортопическая пластика, выполняется проба на удержание мочи анусом (проба Nonnenfelner). При положительной пробе большинство из них склоняется к уретеросигмостомии (Mainz- pouch II) против отведения мочи по Брикеру во избежание гигиенических проблем.

5. Интеллектуальный уровень и социальный статус пациента.

Доктор должен быть уверен в том, что больной осознаёт неизбежное снижение качества жизни при любом методе отведения мочи. Ведь обеспечение гигиенического ухода – пожизненный удел самого пациента и его родственников. При гетеротопической континентной илеоцистопластике пациенту необходимо отдавать себе отчёт о регулярном выведении мочи из резервуара, преодолевая психологический барьер перед ежедневной медицинской манипуляцией.

6. Интраоперационные сложности.

В четырёх случаях мы отказывались от кишечной пластики в связи с массивной интраоперационной кровопотерей. В двух случаях мы отказывались от запланированной ортопической пластики либо из- за выраженного спаечного процесса в брюшной полости, либо из- за короткой брыжейки тонкой кишки.

Заключение

Индивидуальный подход к каждому пациенту в выборе метода деривации мочи, основанный на анализе комплекса факторов, позволяет правильно оценить каждый конкретный случай, снизить послеоперационную летальность и улучшить качество жизни больного.■

Литература:

1. Волкова М. И. Обзор материалов XXI конгресса Европейской ассоциации урологов. Онкоурологи. -2006.- №3.-С.69-72.
2. Комков Б. К., Новиков А. И., Фадеев В. А. «Отдаленные результаты радикальной цистэктомии» Онкоурологи. Материалы II конгресса Российского общества онкоурологов, М.-2007.- С.89-90.
3. Котков И. Л., Давыдов М. И., Кузнецов Д. В., Балинский Б. Н. «Хирургическое лечение рака мочевого пузыря». Там же. С.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, С.82-84.
5. Шапкин Л. В., Ситыков Н. В., Фурашов Д. В., Дронов В. И., Сегадтн Р. Е., Сидоров В. А. «Юзшечна пластика при раке мочевого пузыря» Онкоурология, 2006, 4, С. 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., Vol.137.P.1156-1158.