

УДК616-089.12:616-089.84:616.348+616.35-006.6

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО МОЧЕВОГО РЕЗЕРВУАРА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф., Орешкина А.Д., Глушкова О.И.
Торако-абдоминальное отделение Ростовского научно-исследовательского онкологического института, Ростов-на-Дону

С целью профилактики рефлюкс-пиелонефрита у больных с искусственным мочевым резервуаром разработан новый способ мобилизации мочеточника. Мочеточник мобилизуют с сохранением кровоснабжения и иннервации, а также с лоскутом мочепузырного треугольника. Прооперированно 27 больных. У 15 создан гетеротопический резервуар, у 12- ортотопический. Односторонний уретерогидронефроз зарегистрирован у 9 больных через 2 недели и у 6 через полгода после операции. Рефлюкса мочи не отмечено.

В последние годы продемонстрирована эффективность комбинированных резекций и экзентераций тазовых органов с реконструкцией нижних мочевых путей при местно-распространенных опухолях толстой кишки с поражением мочевого пузыря [2]. Показано улучшение качества и увеличение продолжительности жизни таких больных. Пятилетняя выживаемость достигает 20-67% [2, 4]. Тем не менее, объяснимо сдержанное отношение к этим вмешательствам, так как остается значительной частота осложнений, в том числе урологических. Рефлюкс-пиелонефрит развивается в 26-50%, стеноз устья мочеточников, приводящий, в свою очередь, к пиелонефриту и гидронефрозу, в 33-50% случаев [1].

Разработано большое количество антирефлюксных операций, основной принцип которых сводится к формированию длинного узкого внутрипузырного отрезка мочеточника, что достигается созданием в стенке кишки подслизистого канала для дистального отрезка мочеточника, или антирефлюксной манжетки на его конце. При этом нет единой точки зрения о выборе метода антирефлюксной защиты. Все способы имеют недостатки [3]. Во-первых, как сказано выше, отсутствует достаточная противорефлюксная надёжность. Во-вторых, создается только пассивный клапанный механизм, в то время как имеется естественный замыкательный аппарат на уровне мочеточниково-пузырного соединения. В-третьих, есть опасность развития стеноза кишечно-мочеточникового соустья, к чему приводит некроз и инфицирование свободно выступающего в просвет кишки конца мочеточника. В-четвертых, используются унифицированные методики без четких критериев оценки адекват-

ности функционирования антирефлюксного клапана в каждом случае. В связи с этим представляется актуальным поиск новых способов профилактики рефлюкс-пиелонефрита у больных с искусственным мочевым резервуаром.

Нами разработан и применен в клинике способ мобилизации мочеточника, который позволяет сформировать уретеро-кишечное соустье с низким риском развития рефлюкса. Это возможно за счет сохранения естественного замыкательного аппарата на уровне пузырно - мочеточникового соединения.

Способ осуществляли следующим образом. Мочеточник мобилизовали с фибромускулярным слоем вокруг юкствезикальной части и, при помощи микрохирургической техники, с сохранением идущих к нему сосудов и нервов вокруг мочеточниковой петли. Выполняли цистотомию. Производили ревизию мочепузырного треугольника. При отсутствии инфильтрации опухолью одного из мочеточников, его катетеризировали силиконовой трубкой соответствующего диаметра, выделяли с лоскутом мочепузырного треугольника вокруг устья диаметром 1-1,5см. Такой способ применяли при создании, в последующем, гетеротопического искусственного мочевого резервуара. Для ортотопической пластики при мобилизации мочеточника выкраивали лоскут из треугольника Льега вокруг устьев мочеточника и уретры по форме эллипса с диаметрами 4-4,5 и 1-1,5см. При этом особое внимание уделяли отсутствию опухолевого роста по границе резекции мочевого пузыря, что подтверждалось интраоперационным морфологическим исследованием. Второй мочеточник пересекали на необходимом для удаления препарата уровне.

На этапе реконструкции нижних мочевых путей формировали У-образный межмочеточниковый анастомоз (конец резецированного мочеточника вшивали в бок мочеточника с сохраненным юкставезикальным отделом). При этом проксимальный конец дренажа мочеточника на протяжении 5-7см. рассекали продольно для образования 2 желобков, которые заводили в каждый мочеточник выше анастомоза. Далее имплантировали мобилизованный нашим способом мочеточник в стенку искусственного мочевого резервуара.

Такая операция выполнена 27 больным. Гетеротопический мочевой резервуар сформировали 15 из них, ортотопический-12.

До операции всем больным для оценки состояния почек наряду с рутинными методами обследования выполняли ультразвуковое исследование почек и экскреторную урографию. Односторонний уретерогидронефроз до операции зарегистрирован у 11 больных. Следует отметить, что описанный способ мобилизации мочеточника при наличии двухстороннего уретерогидронефроза не применяли. Это связано с тем, что даже при отсутствии поражения опухолью одного из мочеточников, имеется несостоятельность замыкательного аппарата мочеточниково-пузырного соединения.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Контрольное рентгенологическое исследование проводили на 12-14 сутки (после удаления мочеточникового катетера). При контрастировании искусственного мочевого резер-

вуара заброса контраста в верхние мочевые пути не отмечено. На экскреторных урограммах чаще всего лоханочная система осталась неизменной у 18 больных. Односторонняя пиелэктазия зарегистрирована у 9 пациентов, что может быть объяснено имевшимися до операции изменениями в почках. При исследовании, проведенном через 6 месяцев после операции, гидронефротическая трансформация почек зарегистрирована только у 6 человек, у 5 из которых уменьшилась выраженность изменений в почках.

Таким образом, разработанный нами способ мобилизации мочеточника позволяет улучшить результаты лечения местно-распространенного рака толстой кишки с поражением мочевого пузыря за счет профилактики рефлюкса мочи из искусственного мочевого резервуара в верхние мочевые пути. Способ выполняется одинаково у всех больных, но, благодаря использованию естественных физиологических механизмов противорефлюксной защиты, обеспечивает индивидуальный подход к нецистопластике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Даренков С. П. и соавт. //Урология. 2004. - №2. - С.7.
2. Симонов Н. Н. и соавт. //Вопросы онкологии. - 2000. - Т.46. - №2. - С.224.
3. Терещенко А. В. /Материалы 5 конференции урологов Украины. – Киев: Здоровья, - 1969. - С.20.
4. Тимофеев Ю. М., Черкес В.Л. //Вопросы онкологии. - 1999. - Т.45. - №3. - С.229.

FORMATION PECULIARITIES OF ARTIFICIAL URINARY RESERVOIR AT OPERATIONS FOR LOCALLY-ADVANCED COLON AND RECTAL CANCER

Kasatkin V.F., Zhilin V.F., Oreshkina A.D., Glushkova O.I.

In order to prevent pyelonephritic reflux in patients with artificial urinary reservoir a new method of mobilizing ureter has been worked out. Ureter is mobilized with preservation of innervation and blood-supply, as well as with graft of uro-vesical triangle. 27 patients were operated. Heterotopic reservoir was created in 15 cases, ortotopic reservoir- in 12. Unilateral pyeloectasis was registered in 9 patients 2 weeks and in 6 patients half-a-year after the operation. Reflux of urine was not observed.