

шему мнению, наличие метастазов не влияет на функцию резервуара и не должно служить ограничением для выполнения данной операции. Единственной особенностью лечения у этих больных является необходимость установки постоянного катетера в резервуар на все время проведения химиотерапии для исключения обратного всасывания препаратов, что в свою очередь может

привести к передозировке и значительному увеличению токсичности.

Таким образом, новую операцию формирования гетеротопического континентного резервуара можно рекомендовать для отведения мочи после цистэктомии у пациентов, которым противопоказано ортотопическая реконструкция мочевого пузыря.

Литература

1. Красный С.А., Суконко О.Г., Поляков С.Л., Волков А.Н., Ролевич А.И., Мохорт А.А. Илеоцистопластика после радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря. // *Здравоохранение*. — 2004. — № 5. — С.37—42.
2. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. — Москва. — «Вердана», 2001. — 243 с.
3. Bricker E.M. Bladder substitution after pelvic exenteration. // *Surg. Clin. North Am.* — 1950. — Vol.30. — P.1511—1521.
4. Hautmann R.E. Urinary diversion: ileal conduit to neobladder. // *J. Urol.* — 2003. — Vol.169. — P. 834—842.
5. Hautmann R.E. 15 years experience with the ileal neobladder. What have we learned? // *Urologe A.* — 2001. — Vol.40. — P. 360—367.
6. Hautmann R.E., De Petroni R., Gottfried H.W. et al. The ileal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of followup. // *J. Urol.* — 1999. — Vol.161. — P.422—427.
7. Hautmann R.E., Simon J. Ileal neobladder and local recurrence of bladder cancer: patterns of failure and impact on function in men. // *J. Urol.* — 1999. — Vol.162. — P.1963—1966.
8. Kock N.G., Nilson A.E., Nilsson L.O. et al. Urinary diversion via continent ileal reservoir: clinical results in 12 patients. // *J. of Urology.* — 1982. Vol.128. — P. 469—475.
9. Lebre T., Herve J.M., Yonneau L. et al. After cystectomy, is it justified to perform a bladder replacement for patients with lymph node positive bladder cancer? // *Eur. Urol.* — 2002. — Vol.42. — P. 344—349.
10. Levinson A.K., Johnson D.E., Wishnow K.I. Indications for urethrectomy in era of continent urinary diversion. // *J. Urol.* — 1990. — Vol.144. — P. 73—75.
11. Madersbacher S., Studer U.E. Contemporary cystectomy and urinary diversion. // *World J. Urol.* — 2002. — Vol.20. — P.151—157.
12. Montie J.E. Ileal conduit diversion after radical cystectomy. // *Urology.* — 1997. — Vol. 49. — P. 659—662.
13. Parekh D.J., Clark T., O'Connor J. et al. Orthotopic neobladder following radical cystectomy in patients with high perioperative risk and co-morbid medical conditions. // *J. Urol.* — 2002. — Vol.168. — P. 2454—2456.
14. Stein J.P., Skinner D.G. Application of the T-mechanism to an orthotopic (T-pouch) neobladder: a new era of urinary diversion. // *World J. Urol.* — 2000. — Vol.18. — P.315—323.
15. Studer U.E., Zingg E.J. Ileal orthotopic bladder substitutes. What we have learned from 12 years' experience with 200 patients. // *Urol. Clin. North Am.* — 1997. — Vol. 24. — P.781—793.
16. Van Poppel H., Sorelloose T. Radical cystectomy with or without urethrectomy? // *Crit. Rev. Oncol. Hemat.* — 2003. — Vol.47. — P.141—145.
17. Wood D.P., Montie J.E., Pontes J.E., Vanderberg Medendorp S., Levin H.S. Transitional cell carcinoma of the prostate in cystoprostatectomy specimens removed for bladder cancer. // *J. Urol.* — 1989. — Vol.141. — P. 346—349.
18. Yossepowitch O., Dalbagni G., Golijanin D. et al. Orthotopic urinary diversion after cystectomy for bladder cancer: implications for cancer control and patterns of disease recurrence. // *J. Urol.* — 2003. — Vol.169. — P.177—181.

Континентная энтероцистопластика при раке мочевого пузыря: роль социальных факторов и выбор больного

Д.Т.Гоцадзе, В.Т.Чакветадзе, Э.В.Данелия

Отделение урологии Онкологического научного центра Грузии

Тяжелые функциональные последствия цистэктомии закрепили за ней репутацию калечащей операции. Послеоперационная смертность достигала 20%, треть оперированных погибали от почечных осложнений, и лишь у половины больных выживаемость достигла 5 лет, при этом они оставались тяжелыми инвалидами. Радикальную цистэктомию называли «золотым стандартом» лечения инфильтративного рака мочевого пузыря, но длительное время это положение носило декларативный характер, а количество выполненных операций не соответствовало числу больных, нуждающихся в ней. Современные методы энтероцисто-

пластики коренным образом изменили отношение к радикальной цистэктомии и способствовали ее популяризации.

Решена ли проблема реабилитации больных, нуждающихся в цистэктомии? Различные клиники пропагандируют один метод цистопластики без учета мотивации к ней и контингента оперируемых больных. Центральной темой для дискуссии остается проблема инконтиненции. Отсутствие совершенной классификации позволяет достаточно вольно интерпретировать функциональные результаты операции, что затрудняет объективную оценку различных вариантов континент-

ного отведения мочи. Более того, отсутствуют работы, посвященные изучению качества жизни больных после операции в зависимости от социальных условий. Поэтому мнение больных зачастую не совпадает с врачебной оценкой результатов континенции.

С 1987 по 2005 г. в отделении урологии ОНЦ Грузии по поводу злокачественных новообразований малого таза произведено 314 радикальных операций с использованием различных методов континентной энтероцистопластики. Все операции выполнены одной бригадой хирургов. С 1987 по 1991 г. использовалась методика континентного отведения мочи на кожу (38 больных) с формированием абдоминального резервуара из тубулярного сегмента правого фланга ободочной кишки. Результаты этих операций описаны нами ранее и из настоящего анализа исключены [1]. В 1991 — 2000 гг. в клиническую практику стала внедряться методика формирования резервуара низкого давления как для наружного, так и внутреннего отведения мочи. С учетом показаний к различным методам деривации мочи врач предлагал, а больной выбирал вариант энтероцистопластики. Из оставшихся 276 больных радикальная цистэктомия произведена 209 (182 мужчины и 27 женщин). Возраст пациентов варьировал от 33 до 75 лет (средний возраст — 56,2 года). В этой группе континентное отведение мочи на кожу выполнено 43 больным, анальная деривация — 16 и субституция мочевого пузыря — 150. 67 пациентам проведена экзентерация органов таза из-за вторичного опухолевого поражения мочевого пузыря. Среди них был 21 мужчина и 46 женщин в возрасте от 17 до 68 лет (средний возраст — 46,4 года). Отведение мочи на кожу выполнено 9 мужчинам и 20 женщинам, на анус — 11 женщинам, через уретру — 12 мужчинам и 15 женщинам.

Методика формирования абдоминальных резервуаров при континентном отведении мочи на кожу с формированием двух видов клапанных механизмов описана нами ранее [2]. Ректосигмоидный мочевой пузырь формировался по методике Mainz pouch 2. При выполнении стандартной радикальной цистэктомии осуществлялась цистопластика по методике Studer с формированием анастомоза между уретрой и резервуаром. Модифицированная цистэктомия (в 87 случаях — при раке мочевого пузыря и в 18 — при экзентерации) подразумевала сохранение простаты или ее капсулы и семенных пузырьков. До 2001 г. модифицированная цистэктомия носила эпизодический характер и производилась больным после экзентерации по поводу вторичного поражения мочевого пузыря или молодым пациентам, настаивающим на сохра-

нении половой функции при раке мочевого пузыря (13 больных). С 2001 г. эта операция выполняется всем больным без опухолевого поражения анатомических структур, окружающих шейку мочевого пузыря. У этого контингента больных окончательная распространенность опухоли устанавливалась интраоперационно на основании срочного гистологического исследования. При раке мочевого пузыря выполнены следующие виды модифицированной цистэктомии: с сохранением капсулы простаты (у 11 больных), капсулы и семенных пузырьков (у 53), простаты и семенных пузырьков (у 23). У этой группы больных анастомоз формировался между капсулой простаты и резервуаром. При формировании мочеточниково-резервуарного соустья использовались антирефлюксная (95 пациентов) и прямая (181) методики пересадки.

Смерть больного в течение 30 дней в стационаре считалась послеоперационной.

Согласно рекомендациям Международного комитета по континенции (ICS) и с помощью индивидуального опросника, включающего 3 градации, оценивали результат операции: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Результаты изучены у всех пришедших на контрольное исследование больных. Опрос проводил лечащий врач. Больные самостоятельно оценивали результат континенции. Состояние верхних мочевых путей изучалось до и в разные сроки после операции на основании данных УЗИ и при показаниях — урографии. Контрольное обследование онкологических больных было рутинным и рекомендовалось через 3, 6 и 9 мес в первые 2 года и далее — 1 раз в год.

По статистике более 80% больных, впервые обратившихся в поликлинику ОНЦ Грузии, имеют распространенные ($> T_{2a}$) стадии заболевания. При этом лишь каждый 5-й пациент информирован об истинном характере заболевания. В среднем 10—15% больных не подлежат радикальному лечению из-за метастазов и еще столько же — из-за неудовлетворительного соматического статуса. Только 30% больных госпитализируют для цистэктомии и цистопластики.

Общая послеоперационная смертность достигала 5,4% (15 из 276 больных). После континентного отведения мочи на кожу эти показатели составили 6,9%, после анальной деривации — 0%, после ортотопической цистопластики — 5,6%. При радикальной цистэктомии показатели смертности были следующие: 4,7; 0 и 5,3% соответственно. Общая смертность в этой группе составляла 4,8% (до 2001 г. — 6,7%, а затем — 2,1%). Причиной смерти послужили: у 4 больных перитонит (всем проведены повторные операции), у 2 — тромбоэмболия легочной артерии, у 2 — острая сердечная недостаточность,

у 1 — сепсис, у 1 — профузное кровотечение из резервуара, развившееся на 27-й день после операции. Умершие больные из дальнейшего анализа исключены.

Изучены осложнения у больных, подвергшихся цистэктомии. Ранние послеоперационные осложнения, связанные с формированием резервуара, диагностированы у 59 (29,6%) из 199 больных. По поводу осложнений произведено 7 повторных операций — ревизия и дренирование брюшной полости по поводу затека мочи (у 6 — несостоятельность уретерорезервуарного и уретероилеального анастомоза и у 1 — реимплантация мочеточника в резервуар). Миниинвазивные операции выполнены у 9 пациентов: у 7 — чрезкожное дренирование мочевого затека по поводу несостоятельности мочеточниково-илеального анастомоза, у 1 — ушивание влаглищного резервуарного свища, у 1 — двусторонняя пункционная нефростомия. У 46 (23,1%) из 199 больных диагностированы не связанные с формированием резервуара осложнения. Повторные операции выполнены 18 (39,1%) из 46 пациентов: у 7 — кишечная непроходимость, у 8 — эвентерация, у 1 — несостоятельность кишечного анастомоза, у 1 — перитонит, у 1 — открытое дренирование лимфокисты. У 4 больных осуществлено пункционное дренирование лимфокисты. Таким образом, в раннем послеоперационном периоде осложнения диагностированы у 105 (52,7%) из 199 больных. По поводу осложнений выполнено 25 открытых и 13 миниинвазивных операций. Другие осложнения скорректированы консервативно. Повторные госпитализации по поводу поздних осложнений оказались необходимыми у 25 больных: у 2 была спаечная непроходимость (релапаротомия синехиолизис), у 1 — гнойный перитонит на фоне разрыва межкишечного абсцесса (релапаротомия дренирование), у 2 — резервуаровлагалищный свищ (релапаротомия, оментопластика свища — у 1 и формирование кондуита на кожу — у 1), у 4 — стриктура уретерорезервуарного анастомоза (трансуретральное рассечение), у 2 — стриктура уретероилеального анастомоза (реимплантация мочеточников — у 1, нефрэктомия — у 1), у 8 — камни резервуара (резервуаротомия — у 3 и эндоскопическая литотрипсия — у 5), у 2 — гиперхлоремический ацидоз, у 4 — острый рефлюкс-пиелонефрит на фоне хронической задержки мочи (антибиотикотерапия и постоянная катетеризация резервуара), у 1 — девагинация клапана при отведении мочи на кожу (релапаротомия, стабилизация инвагинационного клапана).

Результаты континенции оценены у 231 (88,5%) из 261 больного. При использовании ICS-метода оценки результатов операции установлено, что безупречная или полная дневная континенция

достигнута у 162 (70,1%) больных. При этом оптимальные показатели дневной континенции выявлены при анальной деривации мочи и после модифицированной цистэктомии с сохранением естественного мочеиспускания (100%). При сравнении результатов операции в группе с отведением мочи на кожу более эффективным представляется неинвагинационное клапанное приспособление. Таким образом, дневная континенция достигнута у 95,6% оперированных. Наихудшие показатели были при отведении мочи на кожу и после стандартной радикальной цистэктомии с восстановлением естественного мочеиспускания, особенно это касается ночного удержания мочи. Лишь у 39 (16,9%) больных отмечено полное ночное удержание мочи. Еще 174 (75,3%) пациента вынуждены прибегать к различным дополнительным ухищрениям для достижения желаемого эффекта. Оптимальными следует считать результаты анальной деривации и субституции мочевого пузыря после модифицированной цистэктомии. Лишь треть больных считают результаты операции хорошими. Остальные недовольны последствиями энтероцистопластики и расценивают результаты как удовлетворительные и плохие.

В Европейских странах 80—90% больных имеют поверхностные формы роста опухоли. У большинства наших пациентов к моменту обращения за медицинской помощью диагностируются местнораспространенные или инфильтративные формы рака мочевого пузыря. Поэтому в нашей стране радикальная цистэктомия является наиболее распространенным методом лечения. Однако оперативному лечению подвергается лишь каждый 6—7-й больной. Половину стоимости операции и все расходы, связанные с развитием осложнений, берут на себя пациенты или их родственники. Поэтому ведущей причиной отказа от операции является ее стоимость. Для тех же, кто может оплатить операцию, не менее серьезную проблему представляет вредная традиция утаивания от пациента истинного диагноза. В этих случаях, единственным условием, при котором больной соглашается на операцию, является сохранение дооперационного функционального статуса. Беседы об альтернативных методах деривации мочи не находят понимания у больных и в случае невозможности удовлетворения их требований они большей частью отказываются от лечения. Таким образом, у нас ведущей причиной отказа от радикальной операции являются социально-экономические причины [3, 5, 6—8].

Особую группу представляют пациенты, информированные о своем заболевании и согласные на радикальную операцию. Определяющее влияние на выбор метода энтероцистопластики в этом случае оказывают бытовые (ограничение активности, от-

существование возможности осуществлять регулярные гигиенические процедуры) и/или материальные (соблюдение диеты, приобретение алкилирующих препаратов, гигиенических средств, катетеров и др.) факторы. Неудивительно, что большинство больных настаивают на сохранении мочеиспускания через уретру. Поэтому, несмотря на принятые стандарты, мы лишены возможности тщательного отбора больных для операции и в некоторых случаях вынуждены расширять показания к ортотопической цистопластике.

С 2001 г. всех больных, нуждающихся в цистэктомии, мы рассматриваем как кандидатов на восстановление самостоятельного мочеиспускания. Значение факторов риска прогрессирования опухоли по уретре оказалось необоснованно завышенным, и мы, как и другие авторы, отказались от тактики профилактического удаления мочеиспускательного канала. Лишь наличие опухоли по линии пересечения, которое окончательно можно подтвердить срочным гистологическим исследованием, является основанием для отказа от сохранения естественного мочеиспускания [3, 8]. Более того, в последнее время мы распространили это правило на окружающие шейку мочевого пузыря анатомические структуры (семенные пузырьки и заднюю поверхность капсулы простаты), ответственные за сохранение акта мочеиспускания и потенции. В последние 5 лет лишь у 8 (7,6%) из 104 мужчин, больных раком мочевого пузыря, не удалось выполнить ортотопическую цистопластику. Благодаря расширению показаний к сохранению уретры за этот период в 2 раза увеличилось количество радикальных операций — 106 против 44, выполненных до 2001 г. Наши данные подтверждают мнение других авторов [3, 8] о необходимости прагматичного подхода к сохранению уретры, что позволяет, без ущерба для радикализма операции у 90—95% мужчин осуществить ортотопическую цистопластику.

Послеоперационная летальность существенно снизилась и в последнее время не превышает 3%. В раннем послеоперационном периоде у половины больных диагностированы осложнения, из-за которых каждому 4-му пациенту проведены повторные открытые операции. Показатели смертности и частота осложнений превосходят таковые в ведущих западных клиниках [4—6, 9]. Много становится ясным, если учесть, что мы не осуществляли специального отбора пациентов и в большинстве случаев радикальное вмешательство с одномоментным континентным отведением мочи произведено по настоятельному требованию самого больного, несмотря на высокий риск операции. По той же причине сравнительный анализ осложнений в зависимости от различных методов дерива-

ции на нашем материале не является объективным, хотя оптимальным представляется формирование ректосигмоидного мочевого пузыря. Мы подтверждаем тенденцию к уменьшению частоты осложнений по мере накопления опыта, внедрения в клинику современных анестезиологических и реанимационных пособий, а также оптимизации трансфузионной и инфузионной терапии. Причина повторных госпитализаций — отсутствие квалифицированной амбулаторной и патронажной службы, беспечность больных и частое нарушение рекомендаций по уходу за резервуаром. Поэтому при выборе варианта деривации мочи необходимо учитывать культурный уровень, организованность и условия жизни пациента, а также возможность оказания своевременной неотложной урологической помощи по месту жительства.

Больные и врачи по-разному оценивают функциональные последствия различных методов реконструкции. Для сравнения наших результатов с данными других авторов мы использовали рекомендуемую классификацию. Полное недержание мочи отмечено у 4,4% больных днем и у 7,8% — ночью. Наихудшие показатели выявлены у больных с отведением мочи на кожу. Наиболее эффективным для удержания мочи представляется неинвагинационное клапанное приспособление. Оптимальные результаты континенции отмечены при анальной деривации. Однако следует помнить о строгих показаниях к этому методу цистопластики и невозможности ее выполнения у пожилых больных. После стандартной цистэктомии и субституции мочевого пузыря у каждого 10-го пациента отмечается полное и у каждого 4-го — частичное недержание мочи. Поэтому восстановление пассажа мочи через уретру не означает сохранение акта мочеиспускания. Континенция достигнута только у 89,7% больных после стандартной цистэктомии, при этом 17,3% больных нуждались в дополнительных усилиях для удержания мочи. Врач обязан пояснить больному, что подразумевается под континенцией. Неудивительно, что пациенты не столь оптимистически оценивают результаты субституции. Особого внимания заслуживает модифицированная цистэктомия, позволяющая добиваться прогнозируемых и оптимальных показателей континенции. Как известно, функциональные результаты субституции зависят от опыта хирурга. При цистэктомии важно сохранить неповрежденными ветви тазового нервного сплетения. Подобная задача может быть успешно решена только в случае применения модифицированной, в том числе нервосберегающей, методики цистэктомии. При стандартной радикальной операции удастся получить лучшие результаты субституции мочевого пузыря у женщин.

Наши данные позволяют согласиться с мнением других авторов [4,5,8,9] о том, что нет необходимости использовать антрисстриктурную и антирефлюксную методику пересадки мочеточников благодаря низкому давлению в резервуаре (уменьшающему до минимума риск рефлюкса), приводящей петле тонкой кишки при субституции, имеющей антирефлюксное назначение. Важную роль в профилактике стриктуры мочеточников играет шовный материал. Оптимальным является применение дексона (4,0). При формировании ректосигмоидного мочевого пузыря мы по-прежнему используем антирефлюксную методику пересадки мочеточников.

Итак, традиция утаивания от больного истинного характера заболевания и социальная незащищенность — ведущие причины отказа от операции. Из-за материального неблагополучия

даже минимальные функциональные нарушения приводят к полной утрате трудоспособности и глубокой инвалидизации больного. Поэтому в наших условиях в отличие от развитых стран принципиальным моментом является достижение полной континенции. Наиболее востребованным методом цистопластики является субституция мочевого пузыря. Однако показатели континенции после стандартной цистэктомии нельзя считать удовлетворительными. Единственной возможностью улучшения результатов цистопластики следует считать уменьшение объема радикальной операции за счет сохранения анатомических структур, ответственных за функциональное выздоровление больного. Другие континентные методы деривации следует считать резервными, их применение в последнее время весьма ограничено.

Литература

1. Гоцадзе Д.Т. и соавт. Результаты деривации мочи в толстокишечный резервуар. // Урология и нефрология. — 1993. — №6. — С. 28–30.
2. Гоцадзе Д.Т. Алханишвили К.Б. Отдаленные результаты континентного отведения мочи на кожу. // Урология. — 2003. — №4. — С. 18–22.
3. Colombo R., Bertini R., Salonia A. et al. Overall clinical outcome after nerve and seminal sparing cystectomy. // J. of Urology. — 2004. — Vol.171. — P. 1819–1822.
4. Farnham and Michael S. Cookson Surgical complications of urinary diversion. // World J. of Urology. — 2004. Aug. 5 Flohr P., Hefty R., Paiss T. and Hautmann R. The ileal neobladder-updater experience with 306 patients. // World J. Urol. — 1996. — 14:22.
6. Girgin C., Sezer A., Ozer K., Tarhan H., Bolukbasi A., Gurel G. Comparison of three types of continent urinary diversions in a single center. // Scientific World Journal. — 2004. — Jun 07;4 Suppl. 1:135–5. 41.
7. Mansson W., Davidsson T., Konyves J., Liedberg F., Mansson A., Wullt B. Continent urinary tract reconstruction — the Lund experience. // BJU Int. — 2003. — Aug. — 92(3):271–6.
8. Muto G. Seminal sparing cystectomy and ileocapsuloplasty-long follow up results. // J. of Urology. — 2004. — Vol. 172. — P.76–80.
9. Rowland R.G. Complications of continent cutaneous reservoirs and neobladders-series using contemporary techniques. AUA Update Series. — 1995. — Vol. XIV, lesson 25. — P. 202.

Совершенствование хирургической техники радикальной простатэктомии для снижения послеоперационной инконтиненции

М.И. Коган, А.В. Волдохин

Ростовский государственный медицинский университет

Недержание мочи — самое неприятное осложнение радикальной простатэктомии (РП), отрицательно влияющее на качество жизни. Частота недержания мочи после РП, по данным различных исследований, варьирует от 80 до 100% [1–7] и зависит от сроков наблюдения и методов оценки, а также от того, что считают недержанием [8]. Вместе с тем все единодушны в том, что хирургическая техника, основанная на исчерпывающем понимании анатомии простаты и окружающих тканей, является одним из важнейших факторов, определяющих результат удержания мочи после РП [9].

В связи с этим совершенствование хирургической техники, с одной стороны, направлено на тщательность и точность диссекции рабдосфинктера и шейки мочевого пузыря, а с другой — на предельное сохранение или реконструкцию иных анатомических структур, участвующих в механизмах удержания мочи. Понятно, что любые технические проблемы, связанные с сохранением парапростатических структур, не должны вступать в противоречие с основополагающими принципами онкологического радикализма, предполагающими максимально полное удаление опухолевого очага.