

Рецензия на статью
«Выбор метода деривации мочи после радикальной цистэктомии
в группе высокого анестезиологического риска»

Review of the article “Choice of urine derivation method after radical cystectomy in the high anesthesiological risk group”

Авторы выполнили цистэктомию по жизненным показаниям в связи с продолжающимся кровотечением 28 больным мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря. Все пациенты имели отягощенный соматический статус (50–60 % по шкале Карновского), высокий индекс коморбидности Чарльсона ($6,9 \pm 1,1$ балла). Тяжелое состояние больных заставило хирургов отказаться от создания илеального кондуита. Они предпочли выполнить перекрестную уретероуретеростомию и одностороннюю уретерокутанеостомию (операция описана Ф. Хинманом в Атласе «Оперативная урология» под редакцией Ю.Г. Аляева (2003 г.)). Преимущество данной методики перед двухсторонней уретерокутанеостомией заключается в том, что пациент имеет мочеприемник только с одной стороны. Относительным недостатком является то, что наличие межмочеточникового анастомоза затрудняет замену наружных стентов при их обструкции. Ведение боль-

ного без стентов в обоих вариантах операции нередко приводит к рубцеванию кожной уростомы и необходимости пластической операции. Острый пиелонефрит может развиваться при обоих вариантах уретерокутанеостомии.

Авторы дают ряд советов по мобилизации мочеточников, проведению их в забрюшинном канале, очередности наложения уретерокутанеостомы и межмочеточникового анастомоза, принятию решения при удвоении мочеточника и др.

Вместе с тем хирурги должны учитывать недостатки уретерокутанеостомии и прибегать к этому варианту отведения мочи по строго обоснованным показаниям.

*К. М. Фигурин, д.м.н., профессор
 (ФГБУ «Национальный медицинский
 исследовательский центр онкологии
 им. Н.Н. Блохина» Минздрава России)*