

ОРТОТОПІЧНА КИШКОВА РЕКОНСТРУКЦІЯ ПІСЛЯ УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМІЇ

В.М. Лісовий, І.А. Гарагатий, Д.В. Шукін, Г.Г. Хареба, С.В. Андрєєв, А.І. Гарагатий

Харківський національний медичний університет

Вступ. Ортотопічну інтестинонеоцистопластику заслужено вважають «золотим стандартом» в арсеналі методів деривації сечі після цистектомії (ЦЕ). Її застосування в останні 15–20 років значно розширило можливості застосування ЦЕ і відношення до неї хірургів [2, 3, 4].

ЦЕ з ортотопічною неоцистопластиком (ОНЦП) надзвичайно складна в технічному відношенні і цілком природно ризикована високою кількістю ускладнень (особливо ранніх). Це обумовлює потребу чіткого врахування як показань, так і протипоказань до такого об'єму. Відношення авторів до критеріїв відбору хворих на кишкову пластику неоцисту суттєво різняться. Від аналізу їх значимості залежить тактика вибору способу деривації сечі і, таким чином, післяопераційної якості життя і пізніх післяопераційних ускладнень [3, 4, 5]. Не викликає сумніву, що уретерокутанеостомія (УКБ), виконана змушено, найбільш проста технологічно і найменш травматична, проте, ні в яке порівняння не йде з функціональними результатами ОНЦП.

Таким чином, природною є необхідність у реконструктивній ОНЦП після раніше перенесеної ЦЕ з УКБ. Звичайно, така потреба є далеко не у всіх пацієнтів цієї категорії, але встановлення можливості і доступності реконструкції в кожному конкретному випадку залишається безумовно актуальним. У літературі є лише поодинокі вказівки на цю проблему з наведенням нечисленних клінічних прикладів, що не дозволяє провести достовірний аналіз з відповідними висновками.

Матеріали і методи дослідження. У нашій клініці виконано 18 таких операцій за 16 років застосування ОНЦП при ЦЕ. Кількість спостережень безумовно недостатня для статистичної обробки і достовірних узагальнень, однак вважаємо за доцільне поділитися своїми міркуваннями з цього приводу.

Вибір виду деривації після ЦЕ за наявності технічних можливостей клініки звичайно має тенденцію до більш функціональної ОНЦП, однак УКБ складає близько третини всіх тактичних рішень. З огляду на бажання зміни цього

співвідношення, логічно запрошується поділ ЦЕ з ОНЦП на 2 етапи з проміжною УКС у випадках сумнівної готовності пацієнта до одноетапного втручання та поліпшення результатів лікування за рахунок зменшення травматичності і ускладнень. Такий підхід нам здається хибним з приведених нижче міркувань. Однак виконання кишкової реконструкції проводиться лише у 4–6% хворих після ЦЕ з УКС, які складають більше за 30% тактичних рішень деривації після ЦЕ. Ця обставина звичайно складає певний дисонанс і потребує ретельного аналізу.

Результати та їх обговорення. Щоб з'ясувати причину такого дисонансу, слід визначити характеристику критеріїв, які змушують хірурга в певних випадках відмовитися від ОНЦП на користь УКС і оборотність їх у динаміці післяопераційного періоду. Останнє і є умовою можливості проведення зазначеної реконструкції.

Особливого значення в цьому питанні набуває неволодіння оперуючим хірургом технікою виконання ОНЦП і вимушене безальтернативне застосування УКС. Ця обставина не потребує коментування, однак, на жаль, досить часто є суттєвою і поширеною.

До критеріїв вибору УКС як способу деривації сечі слід віднести онкологічні, соматичні та загальноурологічні аспекти.

Надмірна поширеність як місцевого онкопроцесу (проростання за межі міхура в сусідні органи і тканини, збільшення регіональних лімфовузлів) при обстеженні та субопераційно може бути сумнівною, однак безумовно слугує протипоказанням до виконання ОНЦП. Переконаність у радикальності ЦЕ у віддаленому періоді за відсутності рецидиву або пролонгації онкопроцесу нівелює такі протипоказання і дозволяє виконати пластичну реконструкцію

Декомпенсація вітальних функцій, що не дозволяє впоратися організму з операційною травмою, складає соматичні передумови до скорочення об'єму втручання. Вилучення із сукупності патологічних процесів захворювання в результаті ЦЕ з УКС та ефективного проведення курсу лікування, спрямованого на компенсацію причини обмеження об'єму операції, можуть до-

зволити виконання реконструктивного втручання. Рішення про останнє – компетенція суміжних фахівців і, в першу чергу, анестезіолога.

До загальноурологічних причин обмеження вибору способу деривації сечі слід віднести запальні та уродинамічні порушення, що не вдалося купірувати в процесі передопераційної підготовки, особливо при стійкому збереженні уремії. Оцінка ступеня впливу цих змін на репаративні післяопераційні процеси у разі виконання ОНЦП і визначення ризику розвитку ускладнень у зв'язку з цим становить істотну проблему і лежить в площині інтуїтивних рішень, основаних на попередньому досвіді, або категоричній відмові від такого об'єму за будь-яких зазначених змін.

У деяких хворих після ЦЕ з УКС з часом відновлюється функція нирок, нормалізуються показники азотемії та пов'язаних з нею видів обміну, що і є дозвільним показанням до реконструктивної операції.

Терміни виконання реконструктивної неоцистопластики після ЦЕ з УКС залежать від причини виконання останньої. Складності реконструкції визначаються змінами стінки і довжини сечоводів, кукси сечівника і спайковим процесом у черевній порожнині. Чим тривалішим є термін після УКС, тим вираженіші атонія, склерозування і втрата еластичності сечоводів, що є причиною подальшого хронічного пієлонефриту і деякого порушення уродинаміки. Рубцевий процес у ділянці тазового дна, де розташована кукса уретри, значно ускладнює можливість виділення її стінки для неоцистуретростомії, що часто загрожує подальшими рецидивуючими (і, що важливо, прогресуючими за вираженістю) стриктурами анастомозів, які вимагають повторних ТУР-корекцій і часто постійної катетеризації неоцисту.

Спайковий процес у черевній порожнині, що виник після першої операції, може істотно ускладнити процес вибору трофічно спроможного кишкового сегмента для неоцистопластики і його мобілізації. Виходячи з викладеного, терміни виконання реконструктивної ОНЦП, з одного боку, слід мінімізувати (до розвитку описаних вище змін), з іншого – їх продовження може стати вимушеним: для переконаності у відсутності рецидиву або пролонгації пухлинного росту необхідна експозиція не менше за 9–12 місяців, а відновлення соматичних або уродинамічних порушень індивідуальні за тривалістю, але, як правило, вимагає не менше 2–3 місяців.

Визначення терміну реконструкції залежить також від того, чи була запланована вона при

першій операції. Хірургу, припускаючи можливість її виконання, доцільно намагатися застосувати ряд технічних прийомів, що сприяють подальшій реконструкції. До них належать позаочеревинне виконання ЦЕ або відмежування кишечника від порожнини малого таза великим сальником, збереження максимальної довжини кукс сечоводів і виведення їх якомога латеральніше – заочеревно; збереження за можливістю хоч невеликої частини дистальної простати з дещо подовженою таким чином куксою уретри. Ці прийоми дозволяють мінімізувати субопераційні складності, пов'язані зі спайковим процесом і мобілізацією кишечника, необхідністю долати діастаз між куксами сечоводів і неоцистом при анастомозуванні (після резекції їх при ЦЕ і при резекції уретерокутанеостом), а також з труднощами виділення стінки уретри для зіставлення зі стінкою неоцисту поза рубців і спайок для профілактики подальших стриктур анастомозу. Виконання ж ЦЕ з УКС поза такого плану, як правило, не передбачає застосування описаних прийомів і хірургічних особливостей, що може значно ускладнити реконструкцію і навіть зробити її нездійсненною.

До особливостей хірургічної техніки реконструктивної неоцистопластики слід віднести необхідність повного розділення спайкових зрощень у черевній порожнині, при надмірній вираженості яких іноді виникає потреба у трансназальній інтубації кишечника.

Особливої уваги вимагає вибір способу інтестинонеоцистопластики. Найчастіше використовують ілеонеоцистопластику, що конструктивно дозволяє вибрати необхідний за довжиною сегмент для зіставлення сечоводів і основного резервуара без натягу. Однак внаслідок як вроджених, так і набутих після попередньої операції індивідуальних особливостей стану ШКТ може знадобитися прийняття коректив у плані реконструкції, пов'язаних зі змінами в стінці кишки після розділення зрощень, або необхідністю здолати діастаз між куксами сечоводів і неоцистом незапланованим шляхом. Нерідко короткі кукси сечоводів змушують використовувати не одну, а дві окремі привідні петлі кишки в неоцисті, що досить складно конструктивно. Тому хірург технічно мусить бути готовий до зміни плану операції, мати достатні навички роботи в черевній порожнині і володіти не одним, а кількома способами неоцистопластики із різних відділів кишечника.

Із 18 пацієнтів, що перенесли ортотопічну реконструкцію в нашій клініці, у 11 неоцист було сформовано з клубової кишки (7 – за Штудером, 4 – за методикою клініки, 6 із

них з двома ізоперистальтичними привідними петлями), 2 – з сигмоподібної кишки і 5 – зі сліпої кишки (всі – за оригінальними методами і з привідними петлями).

Ще однією особливістю цих втручань є необхідність ретельного виділення і відсепарування стінки уретри від оточуючих тканин тазового дна для ретельного зіставлення зі стінкою неоцисту при анастомозуванні, інакше післяопераційне стриктурутворення майже неминуче. Проблема післяопераційного рубцювання цистоуретроанастомозу в реконструктивній ОНЦП виявилась найсуттєвішою, оскільки зустрілася у 10 з 18 наших пацієнтів (55,6%) поза залежністю від ретельності препарування уретральної тканини перед анастомозуванням. Ця обставина потребує подальшого ретельного вивчення на гістологічному, біохімічному, гістохімічному рівні процесів, що сприяють рубцюванню, тим більше, що подібне при одномоментній ЦЕ з ОНЦП майже не відмічається.

Список літератури

1. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Матвеев В.Б., Камолов Б.Ш., Марилов Т.В. Цистэктомия при раке мочевого пузыря // Юбилейная научная конференция «Наследие Академика Н.Н. Блохина». – Москва. – 14 мая 2002 // Вестник Московского онкологического общества. – № 488 (<http://www.ronc.ru>).
2. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. – Москва, 2001. – 243 с.
3. Возианов А.Ф., Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Винниченко В.И., Демченко В.Н. Деривация мочи после цистэктомии: выбор хирургической тактики // Международный медицинский журнал. – 2002. – Т. 8. – № 1–2. – С. 160–165.
4. Коган М.И., Перепечай В.А. Современная диагностика и лечение рака мочевого пузыря. – Ростов-на-Дону, 2002. – 199 с.
5. Возианов А.Ф., Стаховский Э.А., Войленко О.А. Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний // Материалы 4-й Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ. – Москва: Российский онкологический научный центр им.Н.Н.Блохина РАМН, медицинский радиологический научный центр РАМН, 2001. – С. 95–96.

Реферат

ОРТОТОПИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ
РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОСЛЕ
УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИИ

В.Н. Лесовой, И.А. Гарагатый,
Д.В. Шукин, Г.Г. Хареба,
С.В. Андреев, А.И. Гарагатый

Приведен опыт 18 случаев реконструктивной интестинонеоцистопластики после перенесенной ранее цистэктомии с уретерокутанеостомией. Проанализированы причины выбора последней в качестве способа деривации мочи и особенности показаний к кишечной реконструкции. Приведены технические особенности как

Ускладнення раннього післяопераційного періоду, пов'язані з неспроможністю швів та порушеннями прохідності ШКТ, у цих 18 випадках нас та наших пацієнтів оминули. Віддані результати щодо становлення функціональних результатів ОНЦП практично не відрізнялись від таких у пацієнтів після одномоментної ЦЕ з ОНЦП.

Висновки. Викладені особливості реконструктивної ОНЦП після ЦЕ з УКС очевидно свідчать про її більш виражену складність та проблемність в порівнянні з одномоментною ЦЕ з ОНЦП. Отже, розглядати 2-етапне втручання як операцію вибору для зниження ступеня ризику ускладнень без непереборних показань здається недоцільним. При виконанні ЦЕ з УКС хірургу варто чітко обґрунтувати такий об'єм, враховувати ймовірну можливість наступної ортотопічної реконструкції та вживати описані технічні прийоми та особливості.

Summary

ORTHOTOPIC
RECONSTRUCTION
URETEROCUTANEOSTOMIA

INTESTINAL
RECONSTRUCTION
AFTER

V. Lesovoy, I. Garagatiy,
D. Shchukin, G. Khareba,
S. Andreev, A. Garagatiy

In the article below there are given the results of 18 cases of reconstructive intestinoneocystoplastics after cystectomy with ureterocutaneostomia. The reasons of choosing this tactics as the method of choice for urine derivation were analysed as well as specific preconditions for intestinal reconstruction. There are given the technical features of

реконструктивної ОНЦП, так і цистектомії, ухвалюючи можливість наступної повторної пластичної операції.

Ключевые слова: цистектомія; уретерокутанеостомія; реконструкція; ортотопічна інтестинонеоцистопластика.

reconstructive intestinoneocystoplastics and cystectomy as well, considering the possibility of further plastic operation.

Keywords: cystectomy; ureterocutaneostomia; reconstruction; orthotopic intestinoneocystoplastics.

Адреса для листування

Гарагатий Ігор Анатолійович
61037, м. Харків, проспект Московський, 195
Тел. (057) 738-49-00
E-mail: igaragatiy@mail.ru