

УДК 616.6.62 – 089.87 – 031:617.351

© Колектив авторів, 2011.

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЦИСТЕКТОМІЇ З ТРАНСРЕКТАЛЬНИМ ВІДВЕДЕННЯМ СЕЧІ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА

Е.А. Стаховский¹, О.А. Войленко¹, П.С. Вукалович¹, А.В. Котов¹, Ю.В. Вітрук¹, В.А. Бітнер²¹ Національний інститут раку, Київ,²Військово – медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів.

DIRECT AND LATE RESULTS CYSTECTOMY WITH TRANSRECTAL URINE DIVERSION IN CASE OF URINARY BLADDER CANCER

E.A. Stahovsky, O.A. Voilenko, P.S. Vukalovich, A.V. Kotov, V.A. Bitner

SUMMARY

Results of the treatment of 88 patients bladder cancer who underwent radical cystectomy in Mainz pouch II. We analyzed the complications and quality of life of patients in early and late postoperative period. Proved that transrectal urine diversion with the formation of sigmoidorectal reservoir leads to improved anatomical - functional state of the upper urinary tract, and significantly improves quality of life. Radical cystectomy with urine derivation to sigmoidorectal reservoir is operation of choice for the patients, for whom it is impossible to form orthotopic urinaru bladder cause of some reasons.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИСТЭКТОМИИ С ТРАНСРЕКТАЛЬНЫМ ОТВЕДЕНИЕМ МОЧИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Е.А. Стаховский, О.А. Войленко, П.С. Вукалович, А.В. Котов, Ю.В. Вітрук, В.А. Бітнер

РЕЗЮМЕ

Изучены результаты лечения 88 больных РМП, которым выполнена радикальная цистэктомия по Mainz pouch II. В работе проанализированы осложнения и качество жизни больных, в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Доказано, что трансректальное отведение мочи с формированием сигморезервуара приводит к улучшению анатомо – функционального состояния верхних мочевыводящих путей, и достоверно улучшает качество жизни. Радикальная цистэктомия с деривацией мочи в сигморектальный резервуар является операцией выбора у больных, каким в силу тех или иных причин невозможно сформировать ортотопический мочевой пузырь.

Ключові слова: рак сечового міхура, трансректальне відведення сечі, сигмовидна кишка, Mainz pouch II, уретеросигмоанастомоз, якість життя.

Рак сечового міхура (РСМ) посідає друге місце в структурі онкоурологічної щорічної смертності, займаючи третє місце в загальній структурі онкопатології серед чоловіків[6]. За даними Національного канцер-реєстру в 2009 році в Україні виявлено 4799 (захворюваність 10,4) первинних хворих РСМ. Разом з тим, частина хворих у яких вперше виявлені неінвазивні форми пухлини достатньо низька і не перевищує 50 %, внаслідок чого у більшості пацієнтів діагностуються занедбані випадки захворювання, що обумовлює високу летальність до одного року - 26,2 % [4]. Радикальна цистектомія (РЦ) є стандартним методом лікування інвазивного РСМ [1,3,5,8]. На сьогоднішній день створення ортотопічного сечового міхура є методом відведення сечі, який забезпечує найкращу якість життя хворого [5,8,9]. Проте у випадках РСМ з ураженням простати та проксимальної уретри, набутих та вроджених захворюваннях уретри виконан-

ня цієї операції неможливе.

В 1852 р. англійський хірург J. Simon вперше виконав уретеросигмостомію [10]. Проте ця операція не отримала широкого визнання в зв'язку з своїми недоліками: високим тиском в просвіті не розсіченої кишки, вторинним хронічним пієлонефритом (ХП), хронічною нирковою недостатністю(ХНН), уремією, уросепсисом, нетриманням вмісту в прямій кишці [2, 3, 5,7]. В 1991 г. М. Fisch запропонувала формування сигморектального резервуару в модифікації Mainz pouch II(МП II). Перевагами цієї операції є збільшення об'єму сечового резервуару, виключення циркулярної перистальтики, що призводить до зменшення внутрішньо кишкового тиску та ризику виникнення кишково-сечовідного рефлюксу, а також поліпшує функцію утримання сечі [7].

Мета роботи аналіз безпосередніх та віддалених результатів деривації сечі по Mainz pouch II.

ри сечовідно – кишкового анастомозу. Вживання онкологічних хворих є основним критерієм ефективності оперативного лікування. В нашому достеженні

5 річна загальна виживаність складала - 35%, канцероспецифічна - 41%, що співвідноситься з літературними даними [2, 3, 5, 7, 9].

Таблиця 2

Ускладнення пізнього післяопераційного періоду (n =79)

№ п/п	Ускладнення	Кількість хворих, n.	Відсоток, %.
1.	Інфекція сечовивідних шляхів	21	26,5
2.	Газовий рефлюкс в нирку	16	19,1
3.	Стеноз уретеро-кишкового анастомозу	9	11,3
4.	Метаболічний ацидоз	21	20,5
5.	Хронічна ниркова недостатність	17	20,5

Оцінка ЯЖ виконана у 70(79%) хворих через 3 та більше місяців після операції. При оцінці ЯЖ через 12 місяців після операції за допомогою опитувальної шкали індекса якості життя (QOL) відзначено статистично значимий більш високий рівень в порівнянні з передопераційним ($2,04 \pm 1,08$ на противагу $4,5 \pm 0,99$; $p < 0,01$). При аналізі показників опитувальника SF-36 через рік після оперативного лікування відмічається поліпшення всіх показників на 4 - 9%, але найбільший приріст відмічається по шкалах рольового функціонування 26%, та по шкалі інтенсивності болю 15% ($p < 0,01$).

Виконана оцінка функціональної спроможності сигморезервуару. Через 12 місяців інтервал між випорожненнями вдень від 0.5 до 4 годин (2.2г), вночі від 2 до 5(2.7)годин. 3(3,4%) хворих відмічали часткове денне нетримання та 11(12.5%) пацієнтів часткове нічне нетримання.

ВИСНОВКИ

Аналіз результатів радикальної цистектомії з трансректальним відведенням сечі свідчить про функціональну спроможність ректосигмоїдного кондукту для відведення сечі. Деривація сечі в товсту кишку в 45% дозволила покращити або нормалізувати уродинаміку верхніх сечовивідних шляхів та зменшити ретенційні зміни у 23.5% хворих. Трансректальне відведення сечі з утворенням сигморезервуару за методикою Mainz Pouch II підвищує якість життя, дозволяє хворим уникнути сечової нориці, утримувати та контролювати сечовиведення та бути соціально адаптованими. Радикальна цистектомія з деривацією сечі в сигморектальний резервуар є операцією вибору у хворих, яким неможливо сформувати ортотопічний сечовий міхур.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велиев Е.И. Проблема отведения мочи после радикальной цистэктомии и современные подходы к ее решению // *Практ. онкология*. - Т. 4, №4. - 2003. - С. 231-234.
2. Даренков С.П. Этапы развития уретеросигмостомии – от операции Симона до современных концепций детубулизованных резервуаров // *Урология*. – 2004. – №6. – С. 53-56.
3. Переверзев А.С. Опухоли мочевого пузыря – Харьков: Факт, 2002. – 303с.
4. Рак в Україні, 2008-2009: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби (під ред. Щепотіна ІБ) *Бюл. Національного канцер-реєстру України*; 2010 (11) – 63 с.
5. Стаховський Э.А. Показания и особенности цистэктомии при раке мочевого пузыря // *Архив клинической и экспериментальной медицины*. – 2005. – Т. 14., № 1. – С.107-110.
6. Ferlay J. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007; 18(3): 581-592.
7. Fisch M. The Mainz pouch II (sigma rectum pouch) // *J Urol*. - 1993. - Vol. 149. - P. 258-263.
8. Hautmann R.E. Urinary diversion: ileal conduit to neobladder // *J. Urol*. - 2003. - Vol. 169. - P. 834-842.
9. Stein J.P. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer : long-term results in 1054 patients. *J Clin Oncol* 2001; 19(3): 75.
10. Simon J. Ectopia vesicae: operation for directing the orifices of the ureters into the rectum: temporary success; subsequent death; autopsy // *Lancet*. - 1852. - №2. - P. 568-570.