

© Г.В.Бондарь, А.Г.Кудряшов, А.В.Борота, А.А.Анищенко, А.В.Конопко, А.Н.Крюков, А.В.Бондарь, Е.А.Кудряшова

МЕСТО ОПЕРАЦИИ МЕЛЬНИКОВА-БРИКЕРА В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр», Донецк, Украина

Реферат. Проведена экспертная оценка существующего радикального лечения рака мочевого пузыря, трудностей в выборе метода и альтернативных решений. Выделены наиболее значимые признаки распространенности роста опухоли мочевого пузыря, степени выраженности осложнений основного и сопутствующих заболеваний, функционального состояния «запирательного аппарата» тазового дна и илеоцекального угла кишечника. Определены показания для операции Мельникова-Брикера с сохранением удовлетворительного качества жизни. Предложены охраноспособные технические решения.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, операция Мельникова-Брикера

Введение. Рак мочевого пузыря (РМП) в Европе составляет 6,6% среди всех злокачественных опухолей. При этом у мужчин он занимает 4 место среди наиболее распространенных злокачественных новообразований. Это заболевание является причиной смерти у 3,1% мужчин и 1,8% женщин, страдающих злокачественными опухолями всех локализаций [1].

При этом, если в странах Евросоюза при первичном обращении у 70% больных выявляется неинвазивный РМП, то в Украине половина больных поступает с инвазией опухоли, как минимум, в мышечный слой стенки МП. Это приводит к тому, что годовичная летальность при этой патологии в Украине составляет 26,1% [5].

Таким образом, очевидно, что если половине больных РМП показана трансуретральная резекция, то у другой половины операцией выбора является радикальная цистпростатэктомия с пластическим замещением мочевого пузыря одним из сегментов кишки [2, 4].

В Украине около половины больных раком мочевого пузыря нуждаются в выполнении цистэктомии с цистопластикой. Однако, далеко не всегда показано выполнение этого вмешательства с восстановлением пассажа мочи по уретре. При прорастании опухоли в уретру, наличии гнойно-воспалительного процесса малого таза, нарушении функции запирающих мышц это вмешательство бесперспективно. В этом случае возможно выполнение других вмешательств. Мы отдаем предпочтение ректоцистопластике

или операции Мельникова-Брикера. Перед тем, как принять решение о выборе методики операции, необходимо оценить функциональное состояние анального сфинктера и баугиновой заслонки с помощью ректального исследования и ирригоскопии с целью определения функции баугиновой заслонки. При попадании ректально введенной контрастной массы в подвздошную кишку, операция Мельникова-Брикера малоэффективна. В то же время само вмешательство на илеоцекальном отделе может привести к изменению его анатомии и недостаточности функции баугиновой заслонки. Для предотвращения этого осложнения мы предлагаем выведение подвздошной кишки в левой подвздошной области с целью сохранения дооперационной топографии этого сегмента кишечника. Для предотвращения подтекания мочи мы также рекомендуем формирование кожнокишечного клапана по разработанной нами методике.

Пациенты, которым предполагается выполнение цистэктомии с замещающим мочевой пузырь участком кишки, разделены на 2 группы.

В первую вошли больные, которым возможно включение уретры в пассаж мочи и, соответственно, формирование неоцистоуретроанастомоза (формирование искусственного мочевого пузыря).

Вторую, исследуемую группу, составили пациенты, которым невозможно осуществить отток мочи по мочеиспускательному каналу. Это больные:

- с прорастанием опухолью уретры;
- с деструкцией уретры;
- с нарушением функции детрузера;
- с наличием гнойно-воспалительного процесса в области малого таза.

Этим больным показано замещение мочевого пузыря с отведением мочи, минуя уретру (формирование мочеприемника). Последние годы, наряду с формированием ректального мочевого пузыря, мы начали применять другие пути деривации мочи. Это связано с тем, что в ряде случаев после ректоцистопластики мы отмечали неудовлетворительные функциональные результаты. В большинстве случаев это связано с неудовлетворительным функциональным состоянием анального сфинктера или травмы его после низведения сигмовидной кишки на промежность.

Одним из применяемых в последние годы вмешательств является операция Мельникова-Мельникова-Брикера (рис. 1). Ее методика с течением времени претерпела существенные изменения. На начальном этапе суть ее заключалась в изоляции сегмента тонкой или толстой кишки, пересадки в нее мочеточников и выведении ее на переднюю брюшную стенку в виде влажной стомы. Непрерывность кишки восстанавливалась анастомозом «бок в бок» [1, 4]. По данным литературы, послеоперационная летальность составляла 8-10%. Наиболее частые осложнения – стриктуры кишечно-кожной стомы и мочеточниково-кишечного анастомоза возникали у 10-15% больных, а пиелонефрит – у 3-5%. В последующем Брикер модифицировал это вмешательство, формируя аппендикокутанеостому. Он же предложил сухую стому путем наложения уретеро цекоанастомозов и илеостомы. При этом моча через уретероцекоанасто-

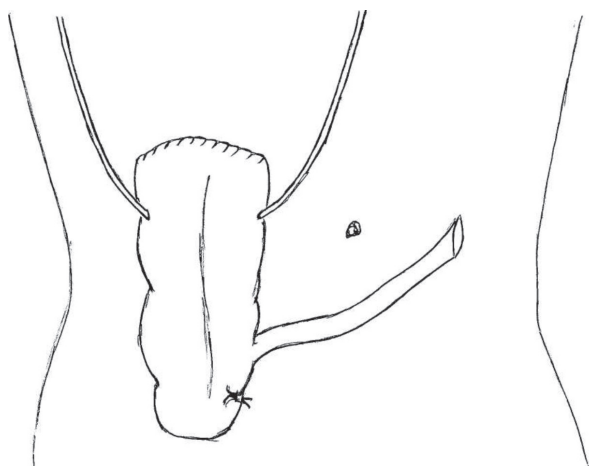


Рис. 1

моз попадает в изолированный сегмент слепой кишки, а баугиновая заслонка предотвращает ее истечение на кожу. При наполнении кондуита мочой у больного появляется чувство распирания в подвздошной области. Пациент вводит катетер в стому, кончиком его проходит через баугиновую заслонку и выпускает мочу, после чего его удаляет.

Однако у некоторых больных происходит подтекание мочи через подвздошную стому. Существуют операции, пытающиеся разрешить эту проблему. Так, Гоцадзе Д.Т. предлагает формировать конduit из слепой, восходящей и части поперечно-ободочной кишки. При этом его емкость увеличивается до 600-800 мл. Одновременно подвздошную кишку суживают и проксимальный участок инвагинируют. Но и этот метод не гарантирует от бесконтрольного подтекания мочи [4].

Наличие такого осложнения связано с недостаточностью баугиновой заслонки. Установить это возможно при проведении ирригоскопии. Однако, даже при отсутствии рентгенологических данных в пользу недостаточности баугиновой заслонки, после выполнения операции Мельникова-Брикера изменяется анатомия илеоцекального угла, что приводит к недостаточности баугиновой заслонки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для сохранения дооперационной анатомии илеоцекального угла мы производим выведение подвздошной кишки в подвздошной области слева (рис. 2).

Помимо этого, нами разработана методика формирования кожно-кишечного клапана, который предотвращает подтекание мочи (рис. 3). Суть метода (А. с. UA 21953-U) заключается в следующем.

Мобилизуется 25-30 см слепой и 20-25 см подвздошной кишки с сохранением питающих сосудов. В пределах мобилизации тонкая и толстая кишка пересекаются. Накладывается дубликатурный тонко-толстокишечный анастомоз. Выделяются и катетеризируются мочеточники, левый проводится под брыжейкой сигмовидной кишки. Выполняется аппендэктомия. В мобилизованный участок слепой кишки пересаживаются мочеточники «конец в бок». Мочеточниковые катетеры выводятся через подвздошную кишку. Пересеченный участок слепой



Рис. 2

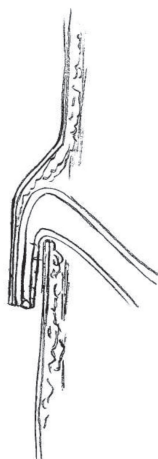


Рис.3

кишки ушивается 2 рядами викриловых швов. В правой подвздошной области выкраивается кожно-подкожный лоскут на питающей ножке 5 x 5 см. У его основания рассекается апоневроз, разводятся мышцы, и вскрывается брюшина. В образованный тоннель выводится и фиксируется культя подвздошной кишки брыжеечным краем к кожно-подкожному лоскуту. Конduit дренируется трехпросветным катетером. Спустя 12-15 дней после заживления послеоперационной раны больной носит давящий пояс, прижимающий клапан к передней брюшной стенке и не позволяющий осуществляться бесконтрольному отхождению мочи [3].

С 2007 по 2011 гг. нами у 17 больных при невозможности использовать уретру для пассажа мочи выполнена операция Мельникова-Брикера в различных модификациях. У 14 из них имел место рак мочевого пузыря, у 2 – постлучевой пузырно-влагалищный свищ, и у 1 больной – пролежень инородным телом передней стенки прямой кишки, задней стенки мочевого пузыря и уретры. Приводим это наблюдение.

Больная Б. обратилась в Донецкий областной противоопухолевый центр с наличием пузырно-кишечно-влагалищного свища. Из анамнеза заболевания выяснено, что во влагалище у больной находилось инородное тело (колпачок от дезодоранта) в течение 1 года. При возникновении пузырно-кишечно-влагалищного свища она обратилась в областную больницу где ей удалили инородное тело, выполнили трансверзостомию и предприняли попытку трансвагинально ушить пузырно-влагалищный свищ. Однако свищ рецидивировал. При обращении в нашу клинику помимо

указанной патологии у больной констатирован терминальный гидронефроз справа. Больной выполнены следующие операции: резекция прямой кишки с низведением ободочной через анальный канал на промежность (операция Петрова-Холдина), правосторонняя нефрэктомия, операция Мельникова-Брикера. В настоящее время состояние больной удовлетворительное. Анальный сфинктер полностью удерживает кал и газы. Слепокишечный conduit полностью удерживает мочу в течение 4 часов. Больная вышла замуж, в настоящее время на 12 неделе беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 17 оперированных больных у 5 было выполнено формирование кожно-кишечного клапана, у 5 – подвздошная кишка выводилась на переднюю брюшную стенку слева, у 12 – справа.

Все больные, перенесшие операцию, выписаны из отделения. Из осложнений у 1 отмечали несостоятельность культи слепой кишки, которую удалось ликвидировать консервативным путем посредством длительного (до 2 месяцев) сохранения катетера в полости кондуита. У большинства больных в первые месяцы отмечалось подтекание мочи в ночное время. В этих случаях рекомендовали постановку катетера на ночь. Спустя 3-6 месяцев запирательный механизм позволяет удерживать 250-350 мл мочи в кондуите без ее подтекания.

ВЫВОДЫ

1. Операция Мельникова-Брикера показана в случаях невозможности использовать уретру для пассажа мочи.
2. Выполнение операции Мельникова-Брикера нецелесообразно при нарушении запирательной функции баугиновой заслонки.
3. Объем кондуита после операции Мельникова-Брикера составляет 250-350 мл, а время удержания мочи – 3-4 часа.
4. Для предотвращения послеоперационной деформации баугиновой заслонки выведение подвздошной кишки следует производить в левой подвздошной области.
5. Кожно-кишечный клапан по разработанной в клинике методике предотвращает неконтролируемое отхождение мочи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хинман Ф. Оперативная урология. – Мо-

сква: ГЭОТАР-Мед. – С. 798 – 802.

2. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. – Наказ Міністерства охорони здоров'я від 17.09.2007.

3. Патент на корисну модель UA 21953 U. Спосіб формування сечоприймача / Г.В.Бондар, А.Г.Кудряшов, А.В.Бондар.

4. Широкопад В.И. Хирургическое лечение местно-распространенных опухолей малого таза. – Москва, 2006. – С. 71 – 116.

5. Заславський О.Ю. Клінічні рекомендації / О.Ю.Заславський. – Донецьк, 2011. – С. 26 – 28.

*Г.В.Бондар, О.Г.Кудряшов, О.В.Борота,
А.О.Аніщенко, О.В.Конопко, О.М.Крюков,
О.В.Бондар, К.О.Кудряшова*

МІСЦЕ ОПЕРАЦІЇ МЕЛЬНИКОВА- БРИКЕРА У ЛІКУВАННІ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*ККЛПЗ «Донецький обласний
протипухлинний центр», Донецьк,
Україна*

Реферат. Проведена експертна оцінка існуючого радикального лікування раку сечового міхура, труднощів у виборі методу й альтернативних рішень. Виділені найбільш значимі ознаки розповсюдження росту пухлини сечового міхура, ступеня вираження ускладнень основного і супутніх захворювань, функціонального

©НОВОУТВОРЕННЯ / 2011 № 2 (8)

стану «запираючого апарату» тазового дна та ілеоцекального кута кишечника. Визначені показання для операції Брікера зі збереженням задовільної якості життя. Запропоновані охороноздатні технічні рішення.

Ключові слова: рак сечового міхура, операція Брікера.

*Bondar G. V., Kudryashov A. G., Borota A. V.,
Anishchenko A. A., Konopko A. V., Kryukov
A. N., Bondar A. V., Kudryashova E. A.*

OPERATION PLACE BY MELNIKOV- BRIKER IN TREATMENT OF BLADDER CANCER

*МСТРЕ, Donetsk regional oncology center,
Donetsk, Ukraine*

Abstract. The expert estimation of existing radical treatment of bladder cancer is conduct (BC), difficulties in a choice of method and alternative decisions. The indication prevalence of growth of bladder tumor the most significant was select, the extents of complications expressions of basic and accompanying diseases was select and functional condition of the "obturator apparatus" of pelvic bottom and ileocecal angle of the intestine. Indications are defined for operation of Briker with conservation of satisfactory quality of life. The technical decisions which can be protected by patents is offered.

Keywords: bladder cancer, operation of Briker.