

УДК 616.62-006-089.844-089.168.1-06
DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.62-63

Анализ осложнений после гетеротопической илеоцистопластики и их лечение

Р.Р. Погосян¹, М.И. Васильченко², М.В. Забелин¹, И.В. Семенякин³

¹ Медицинский институт усовершенствования врачей Московского государственного университета пищевых производств (125080, г. Москва, Волоколамское шоссе, 11), ² Городская клиническая больница № 68 (109263, г. Москва, ул. Шкулева, 4), ³ Городская клиническая больница № 50 (127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21)

Проанализированы результаты хирургического лечения с выполнением цистэктомии и различных видов деривации мочи у 105 пациентов 65–80 лет, страдавших раком мочевого пузыря на стадии T₂₋₄N₀₋₂M_{0-x}. В раннем послеоперационном периоде у 38 пациентов (36,2%) возникли следующие осложнения: динамическая кишечная непроходимость и длительный парез кишечника, лимфоцеле, несостоятельность уретеро-кишечных и межкишечных анастомозов, мочевого перитонит, а также обострение хронического пиелонефрита. Своевременные оперативные и консервативные мероприятия позволили в полном объеме купировать осложнения.

Ключевые слова: цистэктомия, деривация мочи, осложнения.

Цистэктомия с последующей кишечной пластикой мочевого резервуара считается одной из наиболее сложных и травматичных операций в урологии с высоким риском осложнений, частота которых достигает 50%, а послеоперационная смертность составляет 2,3–26,9% [2, 5]. Наиболее частые осложнения здесь: парез кишечника, ранняя спаечная кишечная непроходимость, несостоятельность межкишечных и уретеро-кишечных анастомозов, некроз дистальных отделов мочеточников, уретерогидронефроз, пиелонефриты, длительная лимфорей, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда. Осложнения раннего послеоперационного периода в большей степени зависят от травматичности вмешательства, а поздние осложнения – в основном от метода деривации мочи [1, 3].

В 1992 г. Р. Clavien et al. [4] предложили общие принципы классификации осложнений оперативных вмешательств, основанные на 4-уровневой оценке тяжести состояния пациентов. В последующем классификация претерпела существенные изменения за счет увеличения числа степеней тяжести и удельного веса жизнеугрожающих осложнений, требующих интенсивного лечения. Был сделан особый акцент на отдаленные перспективы для больного посредством введения понятия предполагаемой или возможной потери функции, применимой к каждому типу осложнений (табл.).

Материал и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 105 больных 65–80 лет (93 мужчины и 12 женщин) с раком мочевого пузыря стадии T₂₋₄N₀₋₂M_{0-x}, оперированных в объеме цистэктомии и кишечной гетеропластики. Стандартная лимфаденэктомия выполнена в 60, расширенная – в 30 наблюдениях. Стадии инвазии опухоли T₂ диагностирована у 22, T₃ – у 73 и T₄ – у 10 больных. В 78 случаях верифицирован

Семенякин Игорь Владимирович – д-р мед. наук, заместитель главного врача по хирургической помощи ГКБ № 50; e-mail: iceig@mail.ru

переходно-клеточный тип опухоли, в 20 – плоскоклеточный рак и в 7 – аденокарцинома. В 35 случаях процесс имел рецидивный характер. У 5 пациентов к моменту операции регистрировался односторонний, а у 3 – двусторонний гидронефроз. Методы отведения мочи распределились следующим образом: гетеротопическая пластика мочевого пузыря по М.И. Васильченко и др. осуществлена в 35, гетеротопическая тонкокишечная пластика мочевого неоцистиса (собственная методика) – в 35 и операция формирования илеокондуита по Bricker – в 35 случаях.

Результаты исследования

Хирургические осложнения I степени (обострения хронического пиелонефрита), которые возникли у 10 человек (9,5%), были купированы консервативной антибактериальной терапией.

Осложнения II степени, определяемые как потенциально жизнеугрожающие и требующие вмешательства или увеличения сроков госпитализации более чем в два раза, разделяют на две подгруппы в зависимости от инвазивности их лечения: а – требующие только медикаментозного лечения, б – требующие инвазивных процедур. К осложнениям степени IIa были отнесены динамическая кишечная непроходимость и длительный парез кишечника, возникшие у 10 больных (9,5%) и купированные продленным «эпидуральным блоком» и комплексом консервативных методов в 8 случаях. Осложнения степени IIb были диагностированы у 11 человек (10,5%). Так, расширенная тазовая лимфаденэктомия привела к формированию лимфоцеле в восьми случаях, в связи с чем выполнялись пункция и дренирование при помощи нефростомического дренажа под ультразвуковым наведением. Также сюда была отнесена несостоятельность уретеро-кишечных анастомозов у 3 больных.

Осложнения III степени, которые характеризуются длительной нетрудоспособностью или требуют резекции органа, диагностированы в 7 наблюдениях (6,7%).

Таблица

Классификация хирургических осложнений

Степень	Определение
I	Любое отклонение от нормального течения послеоперационного периода без необходимости фармакологических, хирургических, эндоскопических и радиологических вмешательств. Допустимые терапевтические режимы: противорвотные препараты, антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты и физиопроцедуры. Эта степень также включает раневую инфекцию, купированную у постели больного
II	Требуется применение препаратов, помимо перечисленных, для I степени осложнений. Включены также гемотрансфузии и полное парентеральное питание
III	Необходимы хирургические, эндоскопические или радиологические вмешательства
IIIa	Вмешательства без общей анестезии
IIIb	Вмешательства под общей анестезией
IV	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС*), требующие интенсивного лечения в реанимационном отделении
IVa	Дисфункция одного органа (включая необходимость диализа)
IVb	Полиорганная недостаточность
V	Смерть больного
Индекс d	Если больной страдает от осложнения на момент выписки, то индекс d (disability – нарушение функции) добавляется к соответствующей степени осложнения. Этот индекс указывает на необходимость наблюдения для полной оценки осложнения

* Кровоизлияние в головной мозг, ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, но исключая преходящие нарушения мозгового кровообращения.

Сюда нами была отнесена ранняя спаечная непроходимость у двух пациентов (потребовавшая релапаротомии, ревизии брюшной полости и ликвидации странгуляций) и несостоятельность уретеро-кишечных анастомозов, возникшая у трех больных, которым был сформирован илеоконduit. В двух случаях несостоятельность анастомозов ликвидирована путем реанастомозирования, в одном – формированием ручного анастомоза по типу «бок-в-бок». Мочевой перитонит, наблюдавшийся в двух случаях и потребовавший релапаротомии, ревизии, санации и дренирования брюшной полости, также был отнесен к осложнениям III степени.

Осложнений IV и V степеней не зарегистрировано.

Обсуждение полученных данных

Таким образом, цистэктомия с кишечной пластикой мочевого резервуара (неоцистиса), относящаяся к сложным оперативным пособиям, характеризовалась на нашем материале осложнениями, возникшими в 38 наблюдениях (36,2%), причем почти $\frac{3}{4}$ из них могли быть отнесены к жизнеугрожающим. Необходимо дальнейшее изучение этиологии и патогенеза этих состояний, учитывая ряд факторов риска: возраст, пол, индекс массы тела, длительность оперативного пособия, тип отведения мочи, наличие метастатического поражения, степень дифференцировки опухоли, а также опыт и технические навыки хирурга. Подобные исследования целесообразны для выработки эффективной схемы ведения больных, что позволит снизить число осложнений и риск летальности после онкоурологических операций.

References

1. Matveev B.P., Figurin K.M., Karyakin O.B. The bladder cancer. M.: Verdana, 2001. 244 p.
2. Pereversev A.S., Petrov S.B. The bladder tumors. Kharkov: Fakt, 2002. 304 p.

3. Ponukalin A.N., Glybochko P.V., Blumberg B.I. [et al.]. Influence of urinary derivation method on the long-term results and quality of life in bladder cancer patients after radical cystectomy // Bashkortostan Medical Journal. 2011. No. 2. P. 195–200.
4. Clavien P., Sanabria J., Strasberg S. Proposed classification of complication of surgery with examples of utility in cholecystectomy // Surgery. 1992. Vol. 111. P. 518–526.
5. Slenzl A., Cowan N.C., De Santis M. [et al.]. The updated EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer // Eur. Urol. 2009. Vol. 55. P. 815–825.

Поступила в редакцию 15.09.2015.

ANALYSIS OF COMPLICATIONS AFTER HETEROTOPIC ILEOCYSTOPLASTY AND THEIR TREATMENT

R.R. Pogosyan¹, M.I. Vasilchenko², M.V. Zabelin², I.V. Semenyakin³
¹ Medical Institute of Professional Improvement of Moscow State University of Food Production (11 Volokolamskoe RW Moscow 125080 Russian Federation), ² 68 City Clinical Hospital (4 Shkuleva St. Moscow 109263 Russian Federation), ³ 50 City Clinical Hospital (21 Vucheticha St. Moscow 127206 Russian Federation)

Objective. Cystectomy with subsequent intestinal plasty of the urinary reservoir is considered one of the most difficult and traumatic operations in urology with a high risk of complications. **Methods.** Analyzed the results of surgical treatment with cystectomy and different types of urinary diversion in 105 patients 65–80 years old, suffering from bladder cancer in the X-stage T₂₋₄N₀₋₂M₀. **Results.** Postoperative complications were reported in 38 cases (36.2%), and almost $\frac{3}{4}$ of them could be classified as life-threatening. According to the modified classification of Clavien et al. grade I complications were diagnosed in 10, grade II – in 21, grade III – in 7 patients.

Conclusions. It is necessary to continue studying of the etiology and pathogenesis of complications oncurological operations subject to a number of risk factors: age, sex, body mass index, duration of the operational benefits, such as diversion, presence of metastases, tumor grade, as well as the experience and technical skills of the surgeon. Such studies are suitable for the development of an effective scheme of management of patients, reducing the incidence of complications and the risk of postoperative mortality.

Keywords: cystectomy, urine derivation, complications.