

А.В. Максимов, Т.С. Неустроев, Р.Р. Винокуров, А.Г. Местникова**АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ИЗ СЕКМЕНТА ТОНКОЙ КИШКИ
В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)***Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)*

До 2009 г. в отделении урологии Клинического центра лечение больных с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря заключалось в резекции мочевого пузыря или его удалении с наложением двусторонней уретерокутаностомии. Резекция мочевого пузыря дает высокий процент рецидива опухоли мочевого пузыря, уретерокутаностомия налагает определенные неудобства для больного, связанные с необходимостью постоянного отведения мочи в мочеиспускатели. В связи с этим, создание искусственного мочевого пузыря с одномоментной экстирпацией стало стандартной методикой лечения рака мочевого пузыря во всем мире.

С 2009 г. по настоящее время в урологическом отделении КЦ выполнено 11 операций по поводу мышечноинвазивного рака мочевого пузыря. У 9 больных была стадия T2N0M0, у одного стадия T3N0M0, и у одного стадия T2N0M1. Средний койко-день, проведенный больными, составил 39,2, средний возраст больных 60,2 года. 2 больным по их просьбе выполнена операция цистпростатэктомия с наложением уретерокутаностом. 2 пациенткам из-за высокого риска развития недержания мочи у женщин выполнена уретероилеокутаностомия по Бриккеру, 5 больным выполнена цистпростатэктомия с илеоцистопластикой по Хаутманну, 1 больному выполнена уретероилеокутаностомия по Бриккеру с последующей заменой на уретерокутаностомы и одному больному выведены уретерокутаностомы в связи с прорастанием образования в уретру и невозможностью выполнения кишечной пластики.

В раннем послеоперационном периоде у 2-х больных возникла несостоятельность уретровезикального анастомоза, ликвидированная эндоурологическими мероприятиями, причем эти осложнения возникли у больных, которым искусственный мочевой пузырь был сформирован внутри брюшной полости, и, по нашему мнению, несостоятельность анастомоза была спровоцирована активацией кишечной перистальтики в раннем послеоперационном периоде. Учитывая возникшие осложнения, у 3-х больных мочевой пузырь был помещен в малый таз забрюшинно, таким образом, была ограничена подвижность мочевого резервуара — подобных осложнений после операции не было. У 2-х больных развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, разрешенная релапаротомией.

Через 1 год после операции 3 из 5 больных с искусственным мочевым пузырем прошли контрольное обследование: ни у кого не было обнаружено прогрессирования злокачественного процесса. У всех больных сохранено самостоятельное мочеиспускание с удовлетворительным качеством. Ни у кого не отмечалось недержания мочи. Функция почек осталась неизменной. Выполненное цистоскопическое исследование контрольным больным показало полную адаптацию слизистой кишечного эпителия, достаточную емкость мочевого пузыря, отсутствие нарушений уродинамики. Уровень качества жизни у всех больных расценен как хороший.

Таким образом, внедрение и дальнейшее совершенствование методики энтероцистопластики позволяет сохранить социальную адаптацию больных, перенесших удаление мочевого пузыря.

А.В. Максимов, Т.С. Неустроев, Р.Р. Винокуров, А.Г. Местникова**ЛАЗЕРНАЯ КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ – НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ
МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ***Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)*

Методика лазерной литотрипсии заключается в следующем. Под анестезией (эпидуральная, спинномозговая) в полость мочевого пузыря устанавливается эндоскоп, при локализации камня в полости мочевого пузыря цистоскоп 20 Ch (Ø 8 мм), если конкремент находится в просвете мочеточника или в чашечно-лоханочной системе — ригидный уретеропиелоскоп размером 9,5 Ch (Ø 3 мм). Через рабочий канал эндоскопа в операционное поле зрения доставляется лазерный световод диаметром 0,6 мм, подключенный к источнику лазерного излучения. Под видеоконтролем рабочий кончик световода контактирует с конкрементом и включается подача лазерной энергии мощностью 1,2 — 1,7 Дж с частотой 6 — 8 Гц. При этом энергия, переданная через световод, достигая поверхности камня, приводит к выпариванию его вещества. В камне образуются дефекты, что приводит к фрагментации конкремента. Эндоципцами, введенными через рабочий канал, фрагменты удаляются вместе с эндоскопом. Фрагментация камней

выполняется до размеров, достаточных для прохождения через мочеточник или через уретру. Мелкая фракция в виде песка вымывается самостоятельно током мочи или орошающей жидкости.

Эндоскопический контроль за всеми этапами операции, осуществляемый посредством эндовидеосистемы, позволяет максимально избежать возможных травматических повреждений мочевого пузыря или мочеточника. Выполняя контрольную ревизию мочевых путей, можно убедиться в отсутствии резидуальных камней после литоэкстракции.

Малоинвазивность данной методики заключается в отсутствии повреждения целостности человеческого организма. Все манипуляции производятся через естественные анатомические отверстия. Это достигается использованием новейшего эндоурологического оборудования, имеющего внешние размеры, сопоставимые с диаметром просвета мочевых путей. Применение видеондоскопического контроля за ходом всей операции с высоким разрешением и достаточным увеличением дает возможность избежать ранения стенки мочевого пузыря, мочеточников и чашечно-лоханочной системы почки. Минимальная травматизация органов мочевыделительной системы при проведении уретеропиелоскопии позволяет выполнить контрольное эндоскопическое исследование противоположного мочеточника и почки. Выявленные при этом конкременты подлежат обязательной литотрипсии. Таким образом, больной за одно оперативное вмешательство может избавиться от всех мочевых камней.

**В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев, И.А. Холтосунов, А.А. Соловьев, Л.А. Кривошапкина,
А.Ю. Никифоров**

ЛЕЧЕНИЕ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Воспаление околопрямокишечной клетчатки является весьма распространенным заболеванием. В практике неотложной колопроктологии оперативное лечение острого парапроктита занимает первое место, при этом общее количество больных острым парапроктитом анаэробной формы составляет, по данным разных авторов, от 1 – 3 %. Анаэробный парапроктит относится к числу относительно редких, но очень тяжелых заболеваний.

Цель исследования: изучение результатов диагностики, хирургического лечения и бактериальной структуры больных анаэробным парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2005 по 2010 г. в отделении колопроктологии было всего пролечено 11 больных по поводу анаэробного парапроктита. Преобладали мужчины — 9 (81,8 %), возраст от 24 до 60 лет, при этом средний возраст составляет 50,8 лет. Женщин — 2 (18,2 %), при этом средний возраст составляет 35 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям, машиной скорой медицинской помощи доставлено — 6 человек (54,5 %), пятеро пациентов переведены из других лечебных учреждений (45,5 %). Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более после появления первых симптомов заболевания, как правило, с явлениями сепсиса.

У трех (27,2 %) больных с анаэробным парапроктитом патологический процесс локализовался в ишиоректальном пространстве, в четырех (36,2 %) случаях в ретроректальной клетчатке и у четверых больных (36,2 %) — в пельвиоректальном пространстве. Распространенность процесса из первичного очага в соседние клетчаточные пространства наблюдались у шестерых пациентов, преимущественно в паховую область, половые органы, забрюшинную клетчатку таза. В одном из случаев имел место некроз уретры с формированием свища.

Обследование включало клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, бактериологическое исследование отделяемого ран, при затруднениях постановки диагноза, для дифференциальной диагностики пациентам проводились: ректороманоскопия, колоноскопия, МРТ малого таза. При выраженных явлениях сепсиса проводилась 2 – 4-часовая предоперационная подготовка в условиях реанимации.

Хирургические вмешательства во всех наблюдениях выполняли по неотложным показаниям под общей анестезией. Оперативное вмешательство заключалось в выполнении широких разрезов с максимальным иссечением некротизированных тканей, орошение антисептиками из группы окислителей (перекись водорода и перманганат калия), адекватным дренированием.

Мы считаем, что наложение сигмостомы при анаэробном парапроктите не является обязательным в каждом случае. К этому вопросу подходим индивидуально, по показаниям (наличие флегмоны таза с некрозом мышечных структур сфинктера и тазового дна, стенки прямой кишки).

Одному больному потребовалось отведение калового потока (наложение 2-ствольной сигмостомы) из-за развившейся флегмоны таза.