

УДК 616.08-035

Н.Б. ТАБЫНБАЕВ

Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, г. Астана, Казахстан

ИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ

Табынбаев Н.Б.

Приводятся результаты интестинальной пластики у больных с протяженными стриктурами мочеточников в клинике ННЦОТ. Причинами обструкции тазового и поясничного отделов мочеточников явились у пациентов с раком шейки матки на фоне комбинированного лечения и после лучевой терапии, открытые хирургические и эндоскопические вмешательства.

Ключевые слова: мочеточник, стриктура, интестинальная пластика.

Лечение обструктивных уropатий, обусловленных приобретенными протяженными стриктурами верхних мочевыводящих путей, является одной из сложных проблем урологии [1, 2]. Увеличению частоты данной патологии, кроме больных раком шейки матки на фоне комбинированного лечения и после лучевой терапии, способствовало всё более широкое внедрение в клиническую практику эндоскопических методов лечения. Резко увеличилось количество повреждений мочеточников при лапароскопических и эндоурологических операциях инструментами, коагуляционными поражениями, разрывами и отрывами мочеточников [3].

Последние годы все чаще для возмещения протяженных дефектов мочеточников используют фрагмент тонкого кишечника. И выбор является не случайным: тонкий кишечник наиболее близкий орган к мочеточнику по строению стенки и способной активно сокращаться. Преимуществом данного органа является также её относительно длинная и мобильная брыжейка. Использование аппендикулярного отростка для восстановления недостающей части мочеточника до настоящего времени является дискуссионным [1, 4].

Мы представляем 7 случаев использования части тонкого кишечника и одного случая аппендикулярным отростком в лечении протяженных стриктур и облитерации мочеточников. Возраст пациентов варьировал от 42 до 62 лет. Нарушение оттока мочи слева встретилось у 7, у одного больного справа. Каждому пациенту в анамнезе проводилось от 2 до 7 хирургических вмешательств.

Основным моментом в выборе метода восстановления проходимости мочеточников являлось определение уровня или уровней при множественных поражениях, протяженности обструкции мочевых путей и функционального состояния почки. Диагностика включает лабораторные (общеклинические, биохимические, функциональные пробы, посев

мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам), ультразвуковые, рентгенологические (КТ, МРТ), радиоизотопные, эндоскопические и морфологические исследования. Важным условием в лечении являются степень нарушения уродинамики и состояние контралатеральной почки.

Антеградную пиелоуретерограмму мы выполняли всем оперированным больным. В наших случаях семь из восьми пациентов уже были госпитализированы с нефростомами, длительность функционирования которых отмечена от 4 до 24 месяцев. Следует особо обратить внимание на наличие мочевых свищей и затеков, которые мы наблюдали в 3-х случаях из восьми. По показаниям некоторым пациентам мы выполняли и ретроградную уретроцистограмму с целью определения его объема мочевого пузыря и её контуров, наличия дивертикулов, уретероцеле и рефлюксов. Важное значение при мочеточниково-маточных и мочеточниково-влагалищных свищах имеет гистероскопия и вагиноскопия.

Показаниями к интестинальной пластике мочеточников в наших случаях явились наличие её дефектов на 6-7 см и невозможность их восстановления концами между собой или с использованием стенки мочевого пузыря. Надо учитывать, что помимо поврежденного участка мочеточника, будут изменены и другие органы малого таза и, конечно же, и мочевого пузыря. Перенесенные ранее сеансы лучевой терапии или неоднократные оперативные вмешательства, мочевые затеки приводят к склерозированию и рубцеванию мочеточника на большом протяжении и тем самым не позволяют их максимально использовать.

Одним из главных условий в процессе подготовки больных перед интестинальной пластикой является создание временного адекватного пассажа мочи из заблокированной почки путем установки пункционной нефростомы или замены имеющейся нефростомы на новую. Также важным

Контакты: Табынбаев Нариман Болтаевич, д-р мед. наук, профессор, председатель Правления АО «ННЦОТ», г. Астана. Тел.: +7 7172 70 29 10, +7 701 575 31 55, e-mail: nariman_tab@mail.ru

Contacts: Nariman Boltaevich Tabynbayev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chairman of the Board of JSC NSCOOT, Astana c. Ph.: +7 7172 70 29 10, +7 701 575 31 55, e-mail: nariman_tab@mail.ru

является борьба с инфекцией мочевыводящих путей подбором клиническим фармакологом оптимального курса антибиотикотерапии с определением вида инфекции, коррекция нарушений гомеостаза с учетом функционального состояния почек.

Во всех случаях нами проводилась односторонняя интестинальная пластика. Для поддержки в послеоперационном периоде адекватной анальгезии, стимулирования перистальтики кишечника и пересаженного трансплантата в последних 3-х случаях мы использовали эндотрахеальный наркоз в сочетании с продленной эпидуральной анестезией.

Для проведения интестинальной пластики мы использовали во всех случаях срединную лапаротомию с расширением по необходимости вверх и вниз до лона, так как облитерация захватывала не только тазовый, но и брюшной отдел мочеточника. После вскрытия париетальной брюшины выделяли мочеточник в пределах здоровых тканей и отсекали на 1,5-2,0 см выше определяемого места сужения. После определения протяженности сужения мочеточника подбирали необходимый участок кишки. Выбор кишечного сегмента осуществляли в соответствии с вариантами кровоснабжения петель тонкого кишечника, отступая от илеоцекального угла 25-40 см. Пройдемость тонкого кишечника, восстанавливали аппаратным или ручным способом анастомозом «бок-в бок». Взятый участок кишки располагали изоперистальтически, расположив ниже и позади межкишечного анастомоза и медиально от нисходящей ободочной кишки. Изоперистальтическое расположение сегмента тонкой кишки обусловлено тем, что её сокращения обеспечивают движение мочи в мочевой пузырь. Уретероилеоанастомоз формировали «конец-в бок» односторонними швами на стенке. Анастомоз между дистальным концом кишечного трансплантата и мочевым пузырем мы накладывали «бок-в бок». В послеоперационном периоде больше всего хлопот нам доставлял парез кишечника. Кроме эпидуральной анестезии нами использовались желудочный зонд, клизмы, парентеральное и энтеральное питание.

Замещение мочеточника аппендикулярным отростком до настоящего времени остается редко проводимой операцией. Показания к данной операции аналогичны с кишечной пластикой мочеточников. В нашей клинике мы выполнили одну такую операцию.

Приводим клиническое наблюдение. **Больная Т., 42 года** (история болезни №5124), госпитализирована в АО «ННЦОТ» по поводу протяженной постлучевой стриктуры нижней и средней трети правого мочеточника. Из анамнеза известно, что в 2012 году перенесла операцию пангистерэктомии по поводу рака шейки матки с последующим проведением лучевой терапии, на фоне которых отмечается появление периодических болей в поясничной области справа. В период 2014-2016 гг. неоднократно проходила стационарное лечение в отделении урологии по месту жительства, более 10 раз стентирование правого мочеточника. Последний год начались частые обострения пиелонефрита, сопровождающиеся повышением температуры. Больная за 8 месяцев потеряла в весе более 20 кг. При поступлении в клинику ННЦОТ, учитывая выраженный гидронефроз, установлена перкутанная нефростомия (июль 2016 года). Пациентке проводилась интенсивная антибактериальная (бактериологический анализ мочи

выявил *Ps. eruginosa*) и общеукрепляющая терапия. При антеградной пиелографии мочеточник контрастируется до средней трети. Учитывая сохранную функцию почки, протяженность структуры принято решение выполнить кишечную или аппендикулярную пластику правого мочеточника.

Нами был использован доступ нижнесрединной лапаротомии, так как до ревизии и резекции в пределах здоровой ткани дефектной части мочеточника и оценки возможности использования червеобразного отростка для аппендикуротеропластики, быть уверенным планируемой операции не является возможным. Дефект правого мочеточника после резекции рубцово измененной её ткани (от дна мочевого пузыря до проксимальной части) составил более 11 см. Можно говорить о клиническом везении, так как длина и ширина червеобразного отростка и его брыжейка оказались достаточными для возмещения дефекта. Оценили кровоснабжение отростка путем осмотра брыжейки в проходящем свете. На купол слепой кишки наложен зажим и произведен дугообразный разрез. Дефект слепой кишки ушит двухрядным швом. Верхушка отростка отсечена, отступая на 1,0 см в косом направлении. Просвет отростка промывает до чистых вод раствором повидон-йод + физраствор в объеме до 2,0 литра. Несмотря на хорошую длину и просвет аппендикулярного отростка, но не очень длинной брыжейки и из-за очень протяженного дефекта мочеточника, уложить его в изоперистальтическом положении для анастомоза не представлялось возможным. Произведен аппендикуротероанастомоз с антиперистальтическим расположением отростка узловыми однорядными викриловыми швами на стенке. Дистальный конец аппендикулярного отростка соединен на стенке по типу «конец-в конец». Брюшная полость дренирована, и рана ушита. Послеоперационный период протекал гладко, проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия. Рана зажила первичным натяжением. Нефростома удалена на 12-е сутки. Стент-катетер удален на 22-й день. Данное клиническое наблюдение наглядно показывает возможность успешной пластики червеобразным отростком.

Таким образом, в наших наблюдениях в 4-х случаях из восьми протяженные стриктуры возникли после гинекологических операций и лучевой терапии, у 3-х пациентов причинами явились эндоскопические вмешательства по поводу мочекаменной болезни и у одного после открытой уретеронеоцистоанастомоза. Среди оперированных больных двое имели единственную функционирующую почку. Во всех случаях наши пациенты выписаны с выздоровлением. Осложнений в послеоперационном периоде не было. После контрольного антеградного контрастирования и подтверждения хорошей проходимости интестинального фрагмента удаляли нефростома на 10-12 сутки и выписывали на амбулаторное наблюдение по месту жительства. Основываясь на полученных нами результатах, можем высказать мнение, что интестинальная пластика мочеточников является методом выбора при её протяженных стриктурах.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Автор не получал гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Комьяков Б.К. Кишечная и аппендикулярная пластика мочеточников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 416 с.
- 2 Wolff B., Chartier-Kastler E., Mozer P., Haertig A., Bitker M.O., Roupret M. Long-term functional outcomes after ileal substitution: a single-center experience // *Urology*. – 2011. – Vol. 78. – P. 692-695
- 3 Camey M., Leduc, A. L'Entérocystoplastie après Cystoprostatectomie Totale pour Cancer de Vessie // *Urology*. – 1979. – Vol. 13. – P. 114
- 4 Lazica D.A., Ubrig B., Brandt A.S. et al. Ureteral substitution with reconfigured colon: longterm followup // *Urology*. – 2012. – Vol. 187(2). – P. 542-548

REFERENCES

- 1 Komyakov B.K. *Kishechnaya i appendikulyarnaya plastika mochetochnikov* [Intestinal and appendicular plasty of the ureters]. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. P. 416
- 2 Wolff B., Chartier-Kastler E., Mozer P., Haertig A., Bitker MO, Roupret M. Long-term functional outcomes after ileal substitution: a single-center experience. *Urology*. 2011;78:692-5
- 3 Camey M, Leduc A. L'Entérocystoplastie après Cystoprostatectomie Totale pour Cancer de Vessie. *Urology*. 1979;13:114

- 4 Lazica DA, Ubrig B, Brandt AS. et al. Ureteral substitution with reconfigured colon: longterm follow up. *Urology*. 2012;187(2):542-8

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Б. ТАБЫНБАЕВ

Онкология және трансплантология ұлттық ғылыми орталығы Астана қ., Қазақстан

НЕСЕПАҒАРДЫҢ ИНТЕНСТИНАЛДЫ ПЛАСТИКАСЫ

ННЦОТ клиникасында несепәғардың созылмалы жарاقاتының интестиналды тәсілімен емдеу қорытындысы қорсетілген. Несепәғардың тарылуы жатыр мойны қатерлі ісігі аясында жүргізілген қосарланған және сәулелік ем шарадан соң, науқаста несепәғардың жоғарғы бөлігінің тарылуы эндоскопиялық іс-әрекеттен соң, ал біреуінде несепәғар жыланкөзін жою кезінде дамыған.

Негізгі сөздер: несепәғар, структура, пластика.

SUMMARY

N.B. TABYNBAYEV

National Scientific Center of Oncology and Transplantology, Astana c., Kazakhstan

INTESTINAL PLASTIC OF URETERAL STRICTURE

The results of intestinal plasticity in patients with long strictures of the ureters in clinic NSCOT. Causes of obstruction of the pelvic and lumbar ureter was in patients with cervical cancer on the background of combined treatment after radiotherapy, open surgical and endoscopic interventions.

Key words: ureter, stricture, plastic.

Для ссылки: Табынбаев Н.Б. Интестинальная пластика мочеточников // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – № 3 (177). – P. 27-29

Статья поступила в редакцию 10.03.2017 г.

Статья принята в печать 24.03.2017 г.