

**Эндоскопическое лечение облитерации уретерорезервуароанастомоза у больных,
перенесших ортотопическую пластику мочевого пузыря**
**А.Г. Мартов, С.В. Дутов, А.С. Андронов, М.М. Адилханов, С.И. Козачихина, Г.И.
Каситериди, Н.А. Байков**
г. Москва

Введение. Радикальная цистэктомия является основным рекомендованным оперативным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Частота развития отдаленных осложнений цистэктомии может достигать 20-60% в зависимости от способа деривации мочи. Стриктуры и облитерации уретерорезервуароанастомоза встречаются в 8-13% наблюдений, возникая преимущественно в первые 2 года после операции. Около 77% пациентов с диагностированными сужениями уретерорезервуароанастомоза имеют клинические проявления вплоть до необходимости дренирования почки путем пункционной нефростомии. Реконструктивная пластика является «золотым стандартом» лечения стриктур и облитераций уретерорезервуароанастомоза согласно рекомендациям Европейской Ассоциации урологов. В то же время эндоскопическое лечение рубцовых сужений уретерорезервуароанастомозов, особенно у больных, перенесших ортотопическую пластику мочевого пузыря, показало высокую эффективность и безопасность по данным различных литературных источников.

Материалы и методы. В исследовании представлены 3 клинических наблюдения эндоскопического лечения облитерации уретерорезервуароанастомоза после перенесенных ранее цистэктомий с ортотопической пластикой мочевого пузыря по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря 3 стадии. 3 пациента мужского пола возрастом 70, 73 и 54 года. У двух пациентов возникновение рубцового осложнения отмечено в течение 1 года после цистэктомии. У одного больного облитерация развилась спустя 17 лет после первичной операции, при этом триггером к появлению сужения послужила перенесенная за год до этого операция по поводу колоректального рака. Всем пациентам первым этапом была установлена чрескожная пункционная нефростома по поводу атаки острого пиелонефрита. Облитерация уретерорезервуароанастомоза была диагностирована путем мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием и антеградной пиелуретрографии. Протяженность стриктуры у всех пациентов не превышала 1,0 см. Рецидив онкопроцесса был исключен. Оперативное лечение во всех случаях выполнялось в условиях рентген-операционной. Первым этапом производилось контрастирование чашечно-лоханочной системы с последующим проведением двух струн-проводников (рабочей и страховой) до уровня облитерации мочеточника. В дальнейшем по струне-проводнику к области облитерации антеградно доставлялся катетер со встроенным оптоволоконным световодом производства компании Karl Storz размером 7Ch. После выполненной резервуароскопии визуализировалось устье мочеточника и производилось рассечение облитерации мочеточника «на свет» («cut to the light»). В одном случае рассечение производилось при помощи электрохирургии, в двух случаях производилось лазерное рассечение отечественным тулиевым лазером Fiberlase U1 компании «ИРЭ-Полус» под эндоскопическим контролем. В последующем производилось бужирование мочеточника мочеточниковыми бужами 10-16Ch. Дренирование почки осуществлялось путем установки двух внутренних стентов толщиной 6Ch каждый сроком на 6 месяцев.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 46,6 минуты. У одного пациента было отмечено обострение пиелонефрита в послеоперационном периоде, обусловленное наличием полирезистентной микрофлоры по данным бактериологического исследования мочи. Использование антибиотиков резерва позволило добиться купирования атаки пиелонефрита. Всем пациентам в послеоперационном периоде производилось удаление нефростомического дренажа. Через 6 месяцев выполнялась контрольная резервуароскопия с уретероскопией с целью определения эффективности реканализации мочеточника. У всех пациентов достигнут

адекватный диаметр уретерорезервуароанастомоза, произведено удаление внутренних стентов. Через 12 месяцев производилась контрольная компьютерная томография с контрастированием - нарушения оттока мочи из почек не выявлено.

Заключение. Эндоскопическое лечение как первичных, так и рецидивных облитераций уретерорезервуароанастомоза после перенесенной ортотопической пластики мочевого пузыря позволяет добиться адекватной проходимости мочеточника при условии пролонгированного его шинирования двумя внутренними стентами в течение 3-6 месяцев.