

ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Э. Ситдыкова

*Кафедра урологии (зав. — проф. М.Э. Ситдыкова)
Казанского государственного медицинского университета*

За последнее десятилетие значительно повысился интерес к проблеме реабилитации больных раком мочевого пузыря, который среди онкоурологических больных занимает первое место (30—70%). В структуре же первичной инвалидности вследствие онкоурологических болезней новообразования мочевого пузыря занимают второе место, причем до 98% больных являются инвалидами I и II групп. Высокая частота инвалидизации связана с поздней диагностикой, недооценкой распространенности опухолевого процесса, так как до 60% больных поступают на стационарное лечение в стадии инвазии бластоматозного процесса. Это, естественно, требует применения расширенных хирургических вмешательств, а также сочетания их с химиолучевой терапией, которая сама по себе не может быть расценена как метод, полностью излечивающий от рака. Высокой остается частота рецидивирования опухолей при различных методах комбинированной терапии.

С целью разработки эффективных методов восстановительного лечения и определения критериев медицинской и социальной реабилитации больных раком мочевого пузыря были проанализированы результаты клинических обследований 753 больных с новообразованиями мочевого пузыря, леченных в урологической клинике КГМУ. Наиболее эффективными методами реабилитации ранней неинвазивных форм рака мочевого пузыря признаны эндоскопические оперативные методы с последующей внутрипузырной химиотерапией. Основным условием профилактики рецидива поверхностного рака мочевого пузыря и достижения стойкой медико-социальной и трудовой реабилитации пациентов является обеспечение радикальности самой эндоско-

пической операции. Об этом свидетельствуют проанализированные результаты эндоскопического лечения 229 больных в возрасте от 38 до 66 лет с новообразованиями мочевого пузыря. Трансуретральную электрорезекцию (ТУР) выполняли с помощью эндоскопического оборудования фирм “Шторц” и “Вольф”, причем в основном при стадии заболевания T_1 (168), при которой операция должна быть радикальной в отличие от стадий инвазии T_2 , T_3 , T_4 , когда она носит паллиативный характер. С целью уточнения стадии новообразования использовали трансуретральное ультразвуковое сканирование с учетом его высокой информативности. В каждом сомнительном случае после ультразвукового исследования прибегали к микроцистоскопии и эндовезикальной биопсии. Для обеспечения радикальности оперативного вмешательства и адекватной оценки глубины резекции стенки мочевого пузыря мы применяли трансуретральный ультразвуковой контроль (преимущественно у больных в стадии T_2) на протяжении всего хода операции.

Для профилактики имплантационного рецидива ТУР выполняли после предварительной электрокоагуляции опухоли у 112 больных раком мочевого пузыря в стадии T_1 и у 38 — в стадии T_2 . ТУР без предварительной коагуляции новообразования производили у 56 больных в стадии T_1 и у 16 — в стадии T_2 . С целью профилактики рецидива у 145 больных была проведена адьювантная внутрипузырная и системная химиотерапия, а у 6 — иммунотерапия вакциной БЦЖ. Наименьший процент рецидива наблюдался при использовании ТУР с предварительной коагуляцией новообразования. У больных со стадией T_1 , оперированных по данному методу, рецидивы в течение 1—3 лет были выявлены в 21% случаев, тогда как после

ТУР, выполненной в качестве самостоятельного метода, — в 33%. В то же время комбинированный метод сочетания ТУР с химиотерапией более предпочтителен, чем ТУР в изолированном виде, так как позволяет снизить процент рецидива до 25%. Частота рецидива была значительно выше в группе больных со второй стадией опухоли мочевого пузыря (68,7%). При этой стадии заболевания существенной разницы в снижении этого показателя по сравнению с таковым у больных, подвергнутых ТУР с последующей химиотерапией, не наблюдалось (66,6%). При рецидивах производилось от 2 до 6 трансуретральных резекций, зависимости локализации рецидива новообразования от первоначального нахождения опухоли нами не было замечено.

Таким образом, ТУР является эффективным реабилитационным методом лечения больных с неинвазивными формами новообразования мочевого пузыря (T_1), тогда как у пациентов со второй стадией заболевания эндovesикальное вмешательство не может быть отнесено к радикальным методам реабилитационной терапии из-за высокого процента рецидивов. У больных этой категории наиболее эффективным методом реабилитационной терапии оказалась резекция мочевого пузыря, после которой частота рецидива снижалась в 2,5 раза по сравнению с таковой при ТУР и послеоперационной внутрипузырной химиотерапии. Так, из 237 больных, которым была выполнена резекция мочевого пузыря, рецидив рака выявлен у 74 (31,5%) человек в сроки до 3 лет с момента оперативного и комбинированного лечения. Нами не установлено существенного различия в частоте рецидивирования опухоли после сегментарной резекции с уретеронеостомией и без нее (соответственно 32,2% и 36,5%). Однако при сочетании операции с послеоперационной химиотерапией частота рецидивов опухоли у больных, перенесших резекцию мочевого пузыря как с уретеронеостомией, так и без пересадки мочеточников, соответственно снизилась до 25% и 28,5%, то есть радикальность лечения повысилась на 7,2% и 8%.

Следовательно, сегментарная резекция мочевого пузыря, применяемая как самостоятельный метод, так и в сочетании с послеоперационной химиотерапией рака в стадии T_2 , наиболее эффективна. В то же время клинические исследования показали, что резекция мочевого пузыря, а также ее сочетание с послеоперационной внутрипузырной химиотерапией у подавляющего числа больных раком мочевого пузыря в стадии T_3 не являются радикальным способом лечения и не могут быть отнесены к методам реабилитационной терапии. Общий процент рецидивов в этой группе больных достиг 72,2%. После резекции без уретероцистостомии он составлял 85,3%, а у больных после операции с уретероцистостомией — 68%.

Установлена зависимость частоты рецидивирования рака от степени инвазивности процесса. По нашим данным, частота рецидивов бластоматозного процесса у больных, перенесших резекцию мочевого пузыря в стадии T_2 , оказалась в 2,5 раза ниже, чем у больных, прооперированных в третьей стадии. Послеоперационная внутрипузырная химиотерапия позволяет снизить частоту рецидивов новообразований по сравнению с таковой после сегментарной резекции пузыря, используемой как самостоятельный метод лечения. Так, из 67 больных после комбинированного лечения в стадии T_{2-3} общий процент рецидивов составил 35,8, а после сегментарной резекции, выполненной у 114 больных, — 53,4. Однако при дифференцированном подходе к оценке более эффективными оказались результаты лечения больных в стадии T_2 (соответственно у 27,8% и у 35,8%). Общий процент рецидивов у больных, прооперированных во второй стадии, оказался в 2 раза меньше, чем у прооперированных в третьей стадии.

Результаты исследований свидетельствуют, что большинство больных с неинвазивными папиллярными опухолями и в стадии T_2 остаются временно нетрудоспособными во время лечения. Однако при выявлении у них рецидива опухоли необходимо признать их инвалидами III или II группы в зависимости от объема и характера проведенной

повторной реабилитационной терапии (резекции или цистэктомии). Больные после органосохраняющих оперативных вмешательств, выполненных по поводу рака в третьей стадии, являются инвалидами II группы в связи с хронической дизурией, частым рецидивированием рака и метастазированием его в илеоцекальные лимфатические железы, что служит показанием к цистэктомии.

Рациональным методом медицинской и социальной реабилитации больных после цистэктомии считается одно- и многоэтапная энтероцистопластика. Из 287 цистэктомий внебрюшинная энтероцистопластика была выполнена 188 больным. Кроме того, внутрибрюшное формирование искусственного мочевого пузыря производилось у 32 пациентов, чаще после цистэктомии с уретерокутанеостомией. Варианты расположения кишечного трансплантата определяли в зависимости от анатомических особенностей кишечника и длины брыжейки. Мочеточники пересаживали по Миротворцеву и Тихову. Послеоперационная летальность составила 23,9%. Основной причиной смерти больных после энтероцистопластики был перитонит. Установлено, что выполнение двухрядного асептического герметичного уретро-кишечного анастомоза является эффективным методом профилактики мочевого перитонита. Ни у одного больного из 63 оперированных по данному методу несостоятельности уретро-кишечного анастомоза не возникло.

Важным критерием медицинской реабилитации больных после цистэктомии служит нормализация функции почек и уродинамики верхних мочевых путей. Состояние уродинамики зависит от способов деривации мочи. Так, после цистэктомии в первые две недели у всех больных развиваются уродинамические нарушения. Если уретерокутанеостомия и и уретероколоанастомоз в последующем ведут к прогрессированию уродинамических нарушений и ХПН, то отведение мочи в изолированный сегмент кишечника обеспечивает у 90,5% пациентов уже в первые полгода после операции нормализацию функции по-

чек и уродинамики верхних мочевых путей. Нормальная сократительная деятельность верхних мочевых путей сохраняется у 85,3% больных и в отдаленные сроки, что установлено нами при диспансерном наблюдении.

Изучение состояния уродинамики нижних мочевых путей у больных после цистэктомии с созданием искусственного мочевого пузыря по поводу рака позволило проследить динамику нормализации накопительной функции кишечного мочевого пузыря в зависимости от использования толсто- или тонкокишечного трансплантата. Обследовано 48 пациентов с "сигмовидным" мочевым пузырем и 25 — с "подвздошным". Период адаптации толстокишечного трансплантата оказался короче. Накопительная функция искусственного мочевого пузыря прогрессивно улучшалась с момента операции и к 6 месяцам колебалась в пределах 216,0—384,0 мл. Урофлоуметрический индекс у них составил $14,8 \pm 2,9$ мл/с.

Вполне удовлетворительная функция нижних мочевых путей отмечена и после тонкокишечной пластики, однако период адаптации оказался несколько более продолжительным. Так, емкость "подвздошного" мочевого пузыря к концу первого месяца после операции составила $94,0 \pm 13,2$ мл, а через 6 месяцев — $192,0 \pm 25,0$ мл. К концу года с момента операции максимальная емкость и показатели функциональной активности искусственного тонкокишечного пузыря достигли физиологических величин: максимальный объем — $329,0 \pm 55,0$ мл, максимальная скорость мочеиспускания — $20,0 \pm 2,1$ мл/с.

Помимо этого, нами установлено, что период адаптации накопительной функции искусственного мочевого пузыря после "идеальной" энтероцистопластики более короткий. Так, к концу первого месяца после операции емкость вновь созданного мочевого пузыря составила $150,0 \pm 10,0$ мл. Это объясняется тем, что при данной операции самостоятельное мочеиспускание по уретре восстанавливается к концу второй недели. Максимальная емкость кишечного мочевого пузыря у таких боль-

ных через 3 месяца с момента энтероцистопластики достигала $215,0 \pm 17,0$ мл, урофлоуметрический индекс составлял $16,0 \pm 1,8$ мл/с. Иными словами, чем раньше восстанавливается уретральное мочеиспускание, тем быстрее происходит адаптация кишечного мочевого пузыря к новым условиям. В связи с этим необходимо стремиться к сокращению периода надлобкового дренирования артифициального кишечного мочевого пузыря при его использовании.

Комплексное обследование больных при их диспансеризации показало, что после замещения мочевого пузыря изолированным сегментом кишечника наиболее часто осложнения наблюдаются в первые три года после операции. Реабилитационная терапия в указанные сроки чаще всего проводилась больным по поводу камней артифициального кишечного мочевого пузыря и нефроуретеролитиаза.

Исходя из оценки ближайших и отдаленных результатов операции разработаны критерии определения группы инвалидности больных, перенесших цистэктомию с энтероцистопластикой, восстанавливающей естественное мочеиспускание по уретре. Согласно этим данным, инвалидами I группы признаются больные в стадии T_{3-4} после цистэктоми, пожизненно — больные с уретерокутанеостомией и уретероколоанастомозом, на один год с последующим переосвидетельствованием — больные с артифициальным мочевым пузырем. II группа инвалидности определяется у больных с артифициальным мочевым пузырем, оперированных по поводу рака (в стадии T_{2-3} с регионарными метастазами и без них) и при возникших осложнениях (мочекаменная болезнь, рефлюкс, пиелонефрит и ХПН, инфравезикальная обструкция).

У больных после замещения мочевого пузыря изолированным сегментом кишечника, выполненного по поводу тотального папилломатоза и раковой опухоли в стадии T_{2-3} без метастазов, устанавливается III группа инвалидности на один год с последующим переосвидетельствованием.

Таким образом, критериями в определении группы инвалидности после цистэктомии следует считать стадию опухолевого процесса, методы деривации мочи, осложнения, состояние функции почек и величину урофлоуметрического индекса. Больные с артифициальным мочевым пузырем при отсутствии возрастных ограничений могут продолжить прежнюю социально-трудовую деятельность. Основами реабилитации больных раком мочевого пузыря являются ранняя диагностика, позволяющая использовать эндоскопические методы лечения, радикальность открытых оперативных органосохраняющих вмешательств, восстановление естественного мочеиспускания по уретре после цистэктомии путем энтероцистопластики.

Поступила 21.01.99.

BASIS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH URINARY BLADDER CANCER

M.E. Sitydkova

S u m m a r y

The results of clinical studies of 753 patients are analyzed to develop the effective methods of recovery treatment and to determine the criteria of medical and social rehabilitation of patients with urinary bladder cancer. Rehabilitation of patients with urinary bladder cancer is based on the early diagnosis making it possible to use endoscopic treatment methods, on the efficiency of open operative organopreserving interventions, on the recovery of natural uresis along urethra after cystectomy by enterocystoplasty.