

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ НА ВЕРХНИХ И НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЯХ В ОНКОХИРУРГИИ

В.П. Харченко, А.Д. Каприн, С.А. Иванов

Главная цель всей системы медицинской помощи в онкологии - это восстановление и/или сохранение качества жизни. В рамках этого определения выживаемость, т.е. сама жизнь, - первая цель. Другие биологические исходы болезни и процесса лечения - ответ опухоли на лечение, длительность эффекта, токсичность и т.д. - вторичны. Понимание недостаточности оценки только биологических последствий воздействия злокачественного процесса на пациента выделило восстановление качества жизни как самостоятельное направление здравоохранения. На сегодняшний день онкологи располагают огромными знаниями и технологическими возможностями. За полвека рак перестал быть фатальным диагнозом. 5 летняя выживаемость возросла с 40% в 1960-е гг. до 50% в 1990-е, а у детей и вовсе достигла 67% вместо 28%, включая все опухоли и все стадии. Процент излечения ряда опухолей взрослых и детей достиг 80%. Об этом свидетельствуют и индекс накопления контингентов больных со злокачественными новообразованиями в России, и показатели летальности в течение первого года с момента установки диагноза.

Для больных, считавшихся ранее неизлечимы~ИИ, теперь существует специальное лечение, ставшее рутинным: редукция объема опухоли последующей лучевой или химиолучевой терапией, хирургические вмешательства при распадах опухоли - некрэктомии, ХИ!МНОЭ!Мболизации, радиочастотные абляции как первичной опухоли, так и метастазов. (Bradford J. Wood, S. N. Goldberg. 1998).

Значительная часть больных имеют те или иные осложнения со стороны Мочевыделительной системы, связанные с онкологическим процессом либо с осложнениями, возникшими в процессе лечения.

Это можно проиллюстрировать на примере частоты возникновения обструктивных изменений со стороны верхних мочевых путей у больных раком шейки матки в зависимости от стадии.

Урологи, работающие в непосредственном контакте с онкохирургами и гинекологами, зачастую сталкиваются с такими проблемами, как нарушение пассажа мочи при колоректальном и гинекологическом раках, лучевые повреждения мочевых путей, мочекаменная болезнь онкологических больных, повреждения мочеполовых органов при хирургических вмешательствах на близлежащих органах. Какие же эндоурологические пособия находят свое применение в онкохирургии: уретроцистоскопия с биопсией, уретеропиелоскопия, ретроградная уретеропиелография, цистография, комбинированное уродинамическое исследование, стентирование верхних мочевых путей, стентирование уретры, внутренняя оптическая уретротомия (при лечении и профилактике постлучевых стриктур уретры). Отдельно рассматриваются вопросы, возникающие при контактной литотрипсии у онкологических больных.

Эндоурологические вмешательства позволяют под визуальным контролем осуществлять дополнительную диагностику в онкохирургии: при инвазии опухоли в мочевые органы, с забором материала для гистологического исследования; при необходимости одномоментно выполнять резекцию и дренирование верхних и нижних мочевых путей). Уретецистоскопия помогает также в диагностике и уточнении локализации мочевых свищей. Немаловажной проблемой в онкохирургии вообще, и в онкоурологии в

частности, являются различные нарушения уродинамики нижних мочевых путей, обусловленные поражением мочевого пузыря и уретры при проведении комбинированного или комплексного лечения онкологических заболеваний органов малого таза. Предвидеть и в какой-то степени решить эту проблему позволяет уродинамический мониторинг. Комбинированное уродинамическое исследование в онкохирургической практике ранее не применялось. С внедрением этого метода в онкохирургии появилась возможность предупреждения функциональных нейрогенных нарушений со стороны нижних мочевых путей, формировании групп риска вторичных нарушений пассажа мочи при тех или иных видах комбинированного и комплексного лечения. В клинике урологии РН иРР накоплен большой опыт в изучении изменений уродинамики в процессе лечения у онкологических больных, с помощью комбинированного уродинамического исследования у большинства обследованных пациентов - 201 (75%) - до лечения отмечена нормотония, норморефлексия мочевого пузыря. Комбинированное уродинамическое исследование у 80 пациенток (30%) из общего числа после оргаоуносящих операций на органах таза (экстирпация матки) на первом этапе лечения отмечена стойкая гипотония и гипорефлексия мочевого пузыря. Увеличение очаговых доз свыше 30 Гр. и достижение СОД 60 Гр. и выше, привели к гиперрефлексии мочевого пузыря с гипертонией у 203 пациентов (75,92%). Таким образом нами установлено, что функциональные изменения мочевых путей зависят от поглощенной дозы, прогрессивно приводя к гиперрефлексии, которая у 92% больных возрастала вплоть до 6 мес, а затем приходила к нормальным значениям.

Уретеропиелоскопия с уретеропиелографией являются наиболее информативными методами диагностики при повреждении мочеточников во время хирургических операций. Ятрогенные повреждения мочеточников могут быть нехирургическими и хирургическими, к последним относятся гинекологические, урологические, общехирургические и повреждения при операциях на сосудах. В последние годы все чаще встречается новый специфический вид повреждения мочеточника - при применении аппарата Ligasure. Следует отметить, что различные виды повреждений нижних мочевых путей возникали на протяжении всей истории развития онкохирургии и на всех этапах способствовали возникновению термических и трофических, ранних и поздних нарушений функции стенки мочеточника и мочевого пузыря. А это в свою очередь подталкивало урологов к разработке новых методов по устранению и улучшению послеоперационных результатов, тем самым приводя к развитию эндоурологии. По данным нашей клиники, повреждения мочеточника наблюдались при гинекологических операциях в 42,5%, комбинированном и комплексном лечении - в 33,6%, онкохирургических операциях - в 7,5% , сочетанных операциях - в 6,4% . Наши данные коррелируют с данными других авторов, приведены в таблице.

Частота повреждения мочеточников (%)

Автор	Год	Частота повреждения мочеточников (%)
Selzman A.A.	1995	2,0 - 30,0
Sllmidt H., Stark G.	1981	2,0
Кан Д.В.	1986	1,0 - 5,7
Люлько А.В	1994	12,0 - 13,0
Bright т.е, Peters P.S.	1977	1,0
Бургеле т., Симич П.	1972	1,0 - 5,0
Lask D.	1999	0,0 - 30,0

Следует упомянуть об отсутствии статистических данных в последние годы. Онкохирургические повреждения составляют 5 - 15% всех повреждений мочеточника, по данным Higgins, 1967, St. Lesin, 1991. Большинство обусловлено операциями на толстой и прямой кишке (до 65% обусловлено колэктомией (Selzman, 1997)). При эндоскопической лимфодиссекции - в 9%, по данным Stark G. 1985. По данным клиники РНЦРР, в 2005 г. - 7,4%. Частота повреждений мочеточников при хирургических операциях, по данным разных авторов, значительно различается. В настоящее время требует решения вопрос о качестве статистики. Опыт показывает, что учет данных хирургических и гинекологических осложнений в онкохирургии не ведется с 1990 г. Повреждение мочеточников при гинекологических операциях возможно при лазерном лечении эндометриоза, перевязке маточных труб, лапароскопической гистерэктомии, онкогинекологических операциях. По данным (Goodno, 1995) 42% при операциях, без отягощающих факторов. С внедрением в клинику онкохирургии РНЦРР консилиумов уролог-хирург-гинеколог, с решением вопроса о предоперационном дренировании ВМП травма мочеточников снизилась с 3,7 до 0,31 %. Из описанных осложнений в онкологии наиболее часто встречается перевязка мочеточника. Наиболее часто мочеточники повреждаются в следующих зонах:

1. Овариальная ямка, где мочеточник перекрещивается овариальными сосудами из lig. Infundibulo-pelvicum.
2. Перекресток мочеточника с маточной артерией.
3. Пузырно-влагалищное пространство, где дистальный отдел мочеточника прилегает к шейке матки и стенке влагалища.

Все онкохирургические операции сопровождаются наиболее выраженной расширенной хирургической деятельностью, где в свою очередь повышен риск сочетанных повреждений верхних и нижних мочевых путей. Следует отметить, что предшествующие операции и лучевая терапия в 1,5 - 3,9 % случаев вызывают склероз клетчатки таза. Рубцовые сужения мочеточников определяются у 26 - 37% женщин, подвергшихся лучевой терапии на органы малого таза. По данным Д.В. Кана, около 26% женщин с первичным раком шейки матки умирают от урологических осложнений основного заболевания. Тем не менее положение с повреждениями мочевых путей не улучшается, что, по нашему мнению, связано с внедрением в клиническую практику все более новых технологий. В настоящее время при предполагаемом комбинированном лечении у онкологических больных должны выставляться показания для длительного дренирования мочевых путей. По нашим данным, готовыми показаниями для стентирования ВМП в онкохирургии являются:

1. Расширенный объем хирургического лечения (особенно при онкогинекологических операциях).
2. Предполагаемая интраоперационная или лучевая травма.
3. Нарушение пассажа мочи по мочеточнику.

При лучевых повреждениях мочеточников возможно длительное дренирование ВМП специальными катетерами-стентами и перкутанными нефростомы. Учитывая основную локализацию травм при онкохирургических вмешательствах, сочетанных лучевых и радиологических воздействиях на нижние мочевые пути появилась необходимость дтя новых методов дренирования с эндоскопическим мониторингом.

Чрезвычайно важным аспектом в эндоурологии является лечение мочекаменной болезни у онкоурологических больных. Так, по данным EAU, мочекаменная болезнь у онкологических больных встречается в 3,2 раза чаще, чем в среднем в популяции, -

причина - нарушения уродинамики, инфекции мочевых путей, обменные нарушения в настоящее время, по нашему мнению, необходимо развивать интеграцию между онкологами различных специальностей.

Ярким примером такого взаимодействия может служить роль и место эндоурологии в профилактике и лечении онкохирургических осложнений. Применение эндоскопических методов в сопровождении онкохирургических больных позволило снизить осложнения на верхних и нижних мочевых путях на 25,6% (по данным РНЦРР).

Учитывая отсутствие официальной статистики, РНЦРР призывает Пленум правления обратиться в Росздрав России с предложением:

1. поручить сбор статистических данных по урологическим осложнениям в онкохирургии и онкогинекологии урологической клинике РНЦРР с ежегодным формированием регионального отчета перед НИИ урологии и Главным урологом Росздрава;
2. проведение семинаров и лекций для специалистов с целью предупреждения и устранения возникающих в онкохирургии урологических осложнений.