

четание нескольких молекулярно-генетических повреждений, причем у одного больного из этой группы в ходе исследования был выявлен рецидив. Во 2-й группе у 68% (17/25) больных обнаружены нарушения в генетическом аппарате клетки. В 6 случаях определено сочетание нескольких генетических маркеров. У одного пациента с сочетанной патологией из данной группы был выявлен повторный рецидив.

Определение молекулярно-генетических повреждений, характерных для опухолей мочевого пузыря, позволит в будущем более точно оценивать динамику опухолевого процесса и прогноз заболевания, тем самым снижая количество инвазивных обследований, а также поможет осуществлять раннюю диагностику и мониторинг рецидивов.

## ОРТОТОПИЧЕСКАЯ КОЛЬПОНЕОЦИСТОПЛАСТИКА: АЛЬТЕРНАТИВА КИШЕЧНОМУ ЗАМЕЩЕНИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН

В.Н. Лесовой, И.А. Гарагатый, СВ. Андреев  
*Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала, Украина*

**Введение.** Ортотопическая интестинонеоцистопластика заслуженно считается «золотым стандартом» при выборе способа деривации мочи после радикальной цистэктомии (РЦ). Некоторым ограничением к ее широкому внедрению служит техническая сложность и относительно высокая частота послеоперационных осложнений, связанных в основном с разгерметизацией неоциста и/или экспансией «агрессивной» кишечной микрофлоры с развитием перитонита, свищей, абсцессов и т.п. Уменьшение их числа достигается на сегодня лишь за счет усовершенствования техники оперирования, что не ликвидирует опасность в целом.

**Материал и методы исследования.** Исходя из сказанного, мы поставили цель — изучить возможность применения для ортотопической неоцистопластики иного полого гладкомышечного органа, топографически не связанного с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ). Таким органом, по нашему мнению, может служить собственное влагалище у женщин с раком мочевого пузыря (РМП). Безусловно, использование влагалища в качестве пластического материала ограничено как по половому признаку, так и с точки зрения утраты традиционной сексуальной функции. Тем

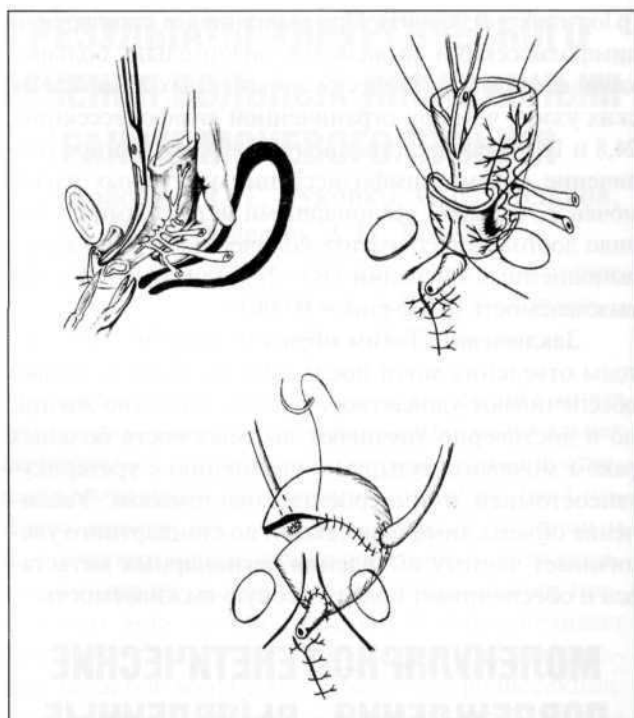


Рис. 1. Схема этапов ортотопической кольпонеоцистопластики.

не менее у женщин преклонного возраста, при условии отсутствия сексуальной активности, применение кольпонеоцистопластики вполне возможно, о чем пациентки дают информированное согласие. Топическая близость влагалища к уретре и эмбриональное сродство вагинального эпителия и уротелия мочевого пузыря позволили обосновать технику операции (патенты Украины № 69148 А и № 70002 А) и стабильность гистоструктуры мочевого резервуара.

Технология операции (рис. 1): после РЦ и пангистерэктомии выполняли максимальную мобилизацию передней и задней стенок влагалища, сохраняя нервно-сосудистые пучки вдоль боковых стенок. Из промежностного доступа циркулярно отсекали дистальный отдел влагалищной трубки до уровня проксимального отверстия культи уретры. После этого, сложив влагалищную трубку в виде буквы «J» в сагиттальной плоскости, перемещали ее на место ложа удаленного мочевого пузыря. Переднюю стенку рассекали вдоль медиальной линии и в месте изгиба накладывали анастомоз с уретрой. В нижнебоковых отделах проксимальной части влагалища накладывали уретерокольпостомы. После этого формировали сферический неоцист путем поперечного сшивания влагалища.

**Результаты исследования и их обсуждение.** За период с 1998 по 2006 г. нами выполнено 149 РЦ по поводу инвазивного РМП с последующим ортотопическим замещением мочевого пузыря различными способами, в том числе: кишечная пластика -

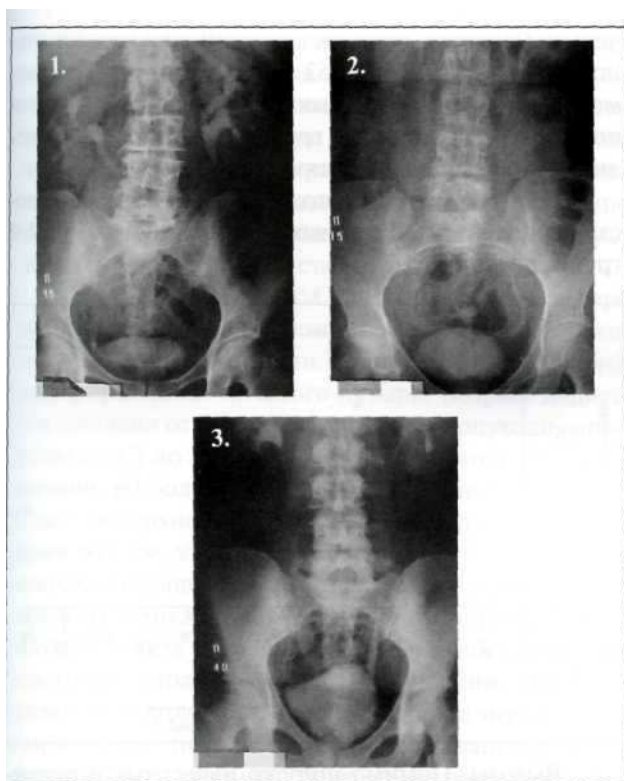


Рис. 2. Экскреторная урография после операции: пациентка П. — через 1 мес (1); пациентка Б. — через 3 мес (2); пациентка П. — через 12 мес (3).

137; кольпонеоцистопластика — 12. Возраст 10 пациенток составил 50—59 лет; двум женщинам на момент оперативного лечения исполнилось 63 и 68 лет.

Ни в одном случае мы не встретили гнойно-воспалительных осложнений и восходящей мочевой инфекции, столь характерной для кишечных мочевых резервуаров (от 12,1 до 42,8%). У всех пациенток на 2-3-й день после операции реактивировалась перистальтика, а с 3—4-го дня — дефекация. Лапаротомная рана во всех случаях зажила первичным натяжением, промежностная (в одном наблюдении) — вторичным. Выписка из клиники осуществлена на 14-15-й день после операции.

В отличие от кишечных резервуаров в кольпо-неоцистах не происходит слизиобразования, а также имеет место менее «агрессивный» потенциал биотопа (в основном сапрофитная флора, в то время как в кишечных неоцистах присутствовал полимикробный полирезистентный вариант биотопа анаэробных и госпитальных штаммов бактерий с контаминацией патогенными стафилококками и стрептококками).

Ни в одном случае не наблюдалось задержки мочеиспускания. На первых порах полное недержание мочи наблюдалось у трех женщин, которое с течением времени нивелировалось в результате тренировочных упражнений и соблюдения режима мочеиспусканий. Объем кольпо-неоциста непосредственно после опера-

ции составил  $205 \pm 40$  см<sup>3</sup>, через 3 мес —  $223 \pm 45$  см<sup>3</sup>, через 6 мес —  $250 \pm 50$  см<sup>3</sup>, через 12 мес —  $345 \pm 60$  см<sup>3</sup> (от 270 до 650 мл) — рис. 2. Ни в одном случае не было задержки мочеиспускания. В отличие от кишечной пластики пациентки в первое время лучше удерживали мочу в положении сидя и лежа, а также в ночное время, в то время как больные с кишечными резервуарами — в вертикальном положении и днем. Частичное подтекание мочи до 3 мес отмечено у 3 пациенток, до 6 мес — у одной, в дальнейшем мочу удерживали все, кроме одной женщины, которая не соблюдала рекомендованный режим тренировок. Временной интервал между мочеиспусканиями спустя 12 мес составил в среднем 3 ч днем и от 4 до 8 ч ночью. Существенных объемов остаточной мочи не зафиксировано. Клинические проявления восходящего пиелонефрита имели место у 2 пациенток: через 2 и 3 мес соответственно. В обоих случаях эффективно купированы консервативными способами. Умеренная остаточная уретеропиелозактазия присутствовала в 3 наблюдениях, однако она была несравнимо меньшая, чем до операции.

**Выводы.** Имеющиеся результаты применения ортотопической кольпо-неоцистопластики свидетельствуют о достаточной эффективности такого способа деривации мочи у женщин (с учетом ограничений по половому и сексуальному фактору), а по ряду позиций она превосходит кишечные варианты мочевых резервуаров (в первую очередь за счет снижения риска осложнений со стороны ЖКТ).

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТНЫМ И ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

В.О.Магер, Н.В. Казанцева

Свердловский областной онкологический диспансер,  
Екатеринбург

Иммуногистохимия как метод морфологической диагностики, в основе которого лежит визуализация и оценка с помощью микроскопа результатов реакции антиген-антитело в срезах биопсированной ткани, все шире и шире применяется в практике лечебных учреждений онкологического профиля. Принципиальным отличием иммуногистохимии от других методов иммунологической диагностики, использующих реакцию антиген-антитело, является структурная специфичность исследования. Это означает, что в реакции оценивается не только наличие сигнала (есть окрашивание или нет) и его сила (интенсивность окрашива-