

## Ретроградная гибкая уретеропиелоскопия, нефролитозэкстракция у пациента, перенесшего реконструктивную операцию по поводу рака мочевого пузыря

Л.М. Рапопорт, Д.Г. Цариченко, Д.О. Королев

Кафедра и клиника урологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Контакты: Дмитрий Олегович Королев demix84@inbox.ru

В данной статье описывается использование метода гибкой уретеропиелоскопии и нефроскопии у пациента, ранее перенесшего реконструктивную операцию по поводу рака мочевого пузыря (пластика мочевого пузыря сегментом тонкой кишки по Брикеру).

**Ключевые слова:** гибкая уретеропиелоскопия, гибкая нефроскопия, рак мочевого пузыря, пластика мочевого пузыря сегментом тонкой кишки по Брикеру, уrolитиаз, илеоконduit

### Flexible retrograde ureteropyeloscopy, nephrolithoextraction in a patient undergoing reconstructive surgery for bladder cancer

L.M. Rapoport, D.G. Tsarichenko, D.O. Korolev

Department and Clinic of Urology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia

This article describes the using of flexible retrograde ureteropyeloscopy and nephroscopy with patient who has underwent reconstructive operation about bladder cancer (radical cystectomy with ileal conduit urinary diversion Brikker's operation).

**Key words:** flexible retrograde ureteropyeloscopy, flexible nephroscopy, bladder cancer, radical cystectomy with ileal conduit urinary diversion Brikker's operation, urolithiasis, ileal conduit

#### Проблема

Рак мочевого пузыря (РМП) занимает 9-е место среди всех злокачественных новообразований в мире. Ежегодно диагностируется более 330 000 новых случаев РМП. Данное заболевание становится причиной смерти 130 000 человек, при этом соотношение между полами равняется 3,8:1 [1]. У 2,7 млн человек в анамнезе имеется РМП [1]. В 70 % случаев впервые выявленный РМП является неинвазивным, в 30 % — инвазивным. Среди больных, которым выполнена радикальная цистэктомия (РЦЭ) по поводу инвазивного РМП, мышечная инвазия на момент операции имела место у 57 %, тогда как у 43 % наступило прогрессирование болезни после проведения органосохраняющего лечения первоначально диагностированного поверхностного РМП [2].

РЦЭ с деривацией мочи в сегмент кишечного тракта — одно из сложнейших оперативных вмешательств в реконструктивной урологии.

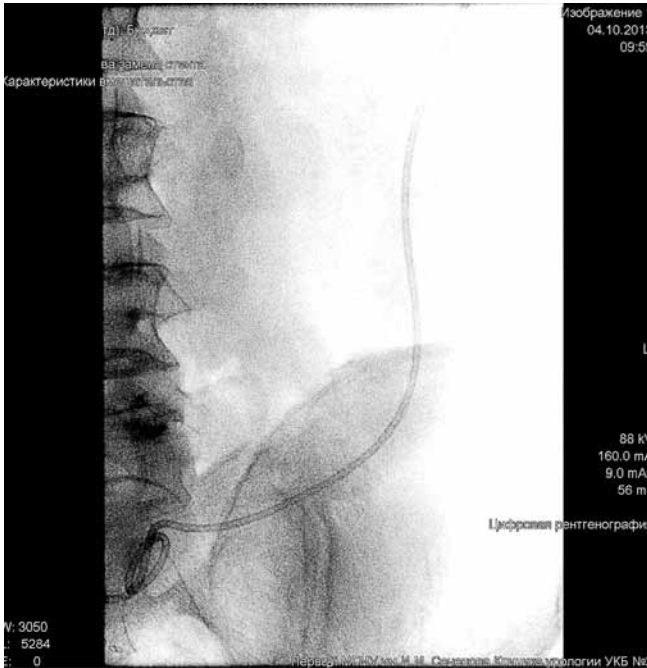
Сегодня оно является стандартным методом лечения мышечно-инвазивного и некоторых других форм РМП. Тем не менее у 48 % больных развиваются ранние осложнения, включающие инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, несостоятельность анастомоза между мочеточником и подвздошной кишкой, стенозы анастомоза [3]. Среди наиболее распростра-

ненных поздних осложнений выделяют осложнения со стороны анастомоза (до 24 % случаев), а также функциональные и морфологические изменения верхних отделов мочевыводящих путей (до 30 % случаев) [4].

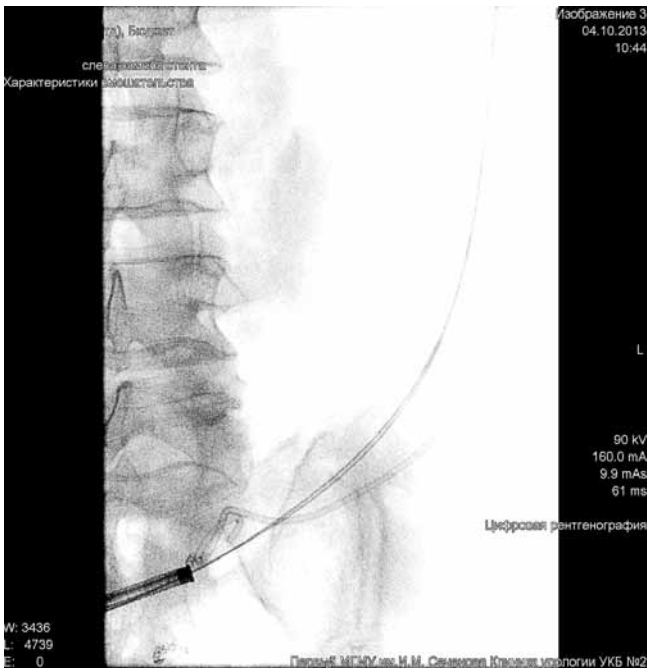
На протяжении последних лет коллективом клиники урологии НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проводится работа, направленная на улучшение результатов лечения больных с онкологическими заболеваниями органов мочеполового тракта, а также пациентов, перенесших по поводу них реконструктивные операции.

Приводим одно из наших наблюдений.

**Больной Д.**, 64 года, в 2004 г. по поводу опухоли мочевого пузыря выполнена радикальная цистпростатвезикулэктомия с пластикой мочевого пузыря сегментом тонкой кишки по Брикеру. В мае 2008 г. по поводу конкрементов левой почки и мочеточника выполнены перкутанная нефролитозэкстракция слева, бужирование пузырно-уретерального анастомоза, контактная уретеролитотрипсия слева, стентирование левого мочеточника. В дальнейшем регулярно выполнялись замены катетера-стенда слева, последняя — в июне текущего года. В настоящее время при обследовании выявлены миграция дистального завитка катетера-стенда слева в мочеточник, конкременты левой почки (рис. 1).



**Рис. 1.** Обзорная рентгенограмма (дистальный завиток катетера-стенда мигрировал проксимально по мочеточнику)

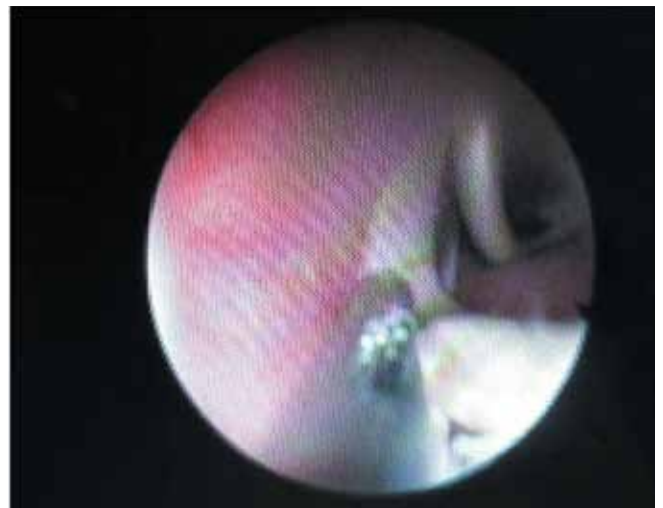


**Рис. 2.** В левый мочеточник заведен гибкий инструмент, по которому проведены 2 струны

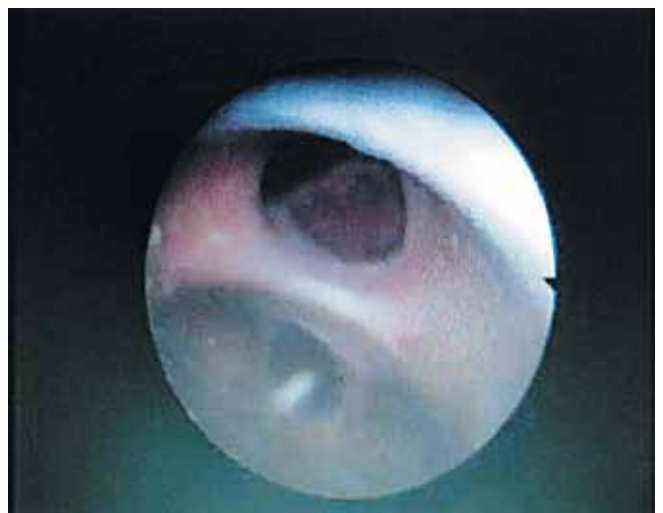
Принимая во внимание наличие у пациента илеококондуита, с целью замены катетера-стенда и удаления конкрементов левой почки наиболее целесообразно выполнение гибкой уретеропиелоскопии, ретроградной контактной нефролитоэкстракции, замены мочеточникового катетера-стенда слева.



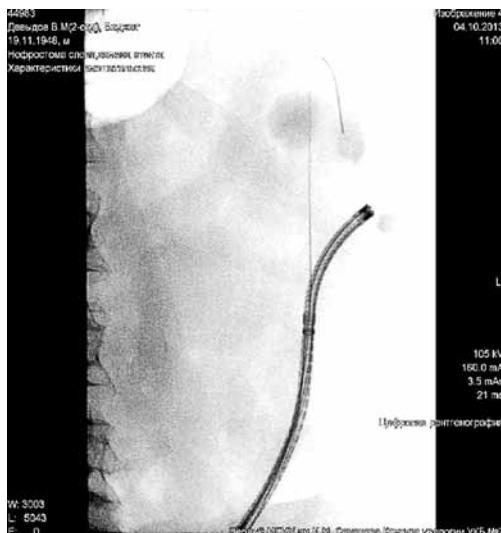
**Рис. 3.** Просвет левого мочеточника с мочеточниковым стендом



**Рис. 4.** Мочеточниковый стент захвачен щипцами



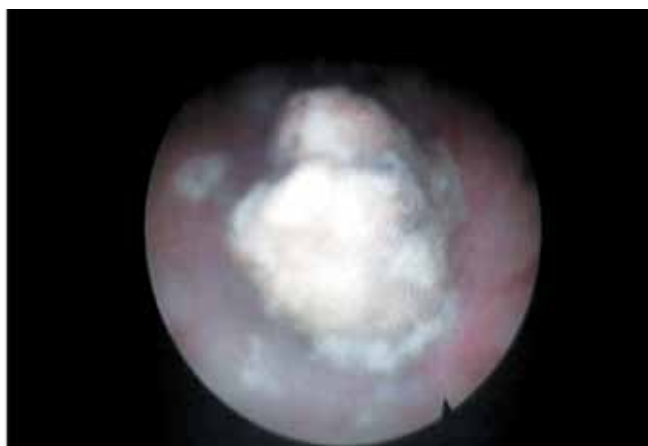
**Рис. 5.** Чашечно-лоханочная система левой почки



**Рис. 6.** Гибкий инструмент заведен в левую почку



**Рис. 8.** Эндоскопическая нефролитэкстракция



**Рис. 7.** Эндоскопическая картина конкремента левой почки

### **Особенности оперативного вмешательства**

Операция проводилась под перидуральной анестезией. В кишечный кондуит по свищу введен цистоскоп №21 Ch. Визуализировано артифициальное устье левого мочеточника, в него свободно проведены 2 гидрофильные струны. Цистоскоп заменен на гибкий уретероскоп. Уретероскоп проведен в мочеточник по гидрофильной струне (рис. 2).

На 6,5 см проксимальнее устья в просвете мочеточника визуализируется завиток мочеточникового кате-

тера-стента (рис. 3). Последний захвачен щипцами и беспрепятственно удален (рис. 4).

Инструмент доведен до лоханочно-мочеточникового сегмента и далее — в чашечно-лоханочную систему. Осуществлена ревизия чашечно-лоханочной системы — в нижней чашечке визуализирован конкремент неправильной формы, белого цвета, размером 1,5 × 1,5 см (рис. 5–7).

Осуществлена экстракция конкремента с помощью корзинки (рис. 8).

Инструмент удален. По страховочной струне верхние мочевые пути дренированы мочеточниковым катетером-стентом № 7 Ch.

### **Заключение**

Гибкая уретеропиелоскопия и нефроскопия являются безопасными и эффективными методами лечения и диагностики больных уролитиазом. Их преимуществами являются: проникновение в труднодоступные для ригидных инструментов отделы мочевых путей, меньшая травматичность во время операции, легкая переносимость манипуляций пациентами, возможность использования у больных, перенесших реконструктивные операции на мочевых путях.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ploeg M., Aben K.K., Kiemeneij L.A. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world. *World J Urol* 2009;27:289–93.  
2. Vaidya A., Soloway M.S., Hawke C., Tiguert F. De novo muscle invasive bladder

cancer: is there a change in trend? *J Urol* 2001;165(1):47–50.  
3. Nieuwenhuijzen J.A., de Vries R.R., Bex A. et al. Urinary diversions after cystectomy: the association of clinical factors, complications and functional results

of four different diversions. *Eur Urol* 2008;53:834–44.  
4. Madersbacher S., Schmidt J., Eberle J.M. et al. Long-term outcome of ileal conduit diversion. *J Urol* 2003;169(3):985–90.