

**Б.К. КОМЯКОВ**

# **КИШЕЧНАЯ И АППЕНДИКУЛЯРНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ**



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2015

# Глава 1

---

## ИСТОРИЯ ПРИМЕНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СЕГМЕНТОВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЧЕТОЧНИКОВ

**В** настоящее время тонкокишечные сегменты в различных модификациях наиболее часто используются для реконструкции мочевыводящих путей. Особенно востребованным и универсальным пластическим материалом для замещения дефектов любой протяженности одного или обоих мочеточников явилась подвздошная кишка. Это стало очевидным после столетнего периода экспериментальных и клинических наблюдений.

Впервые использовать выделенную петлю тонкой кишки на брюшной стенке для замещения мочеточника предложил Finger в 1894 году. Его идея была экспериментально подтверждена в опытах на собаках G.A. D'Urso и A.F. de Fabii в 1900 году. На вскрытии через месяц у единственной выжившей собаки признаков гидронефроза на стороне операции обнаружено не было. Первую кишечную пластику мочеточника в клинической практике выполнил голландский хирург J. Schoemaker в 1906 г. и сообщил об этом на съезде немецких хирургов в Берлине в 1909 г., а затем опубликовал данное клиническое наблюдение в 1911 году. А.Е. Мельников, встречавшийся с ним, подробно изложил со слов последнего этот случай в своей работе «О частичном замещении мочеточника изолированной петлей тонкой кишки». Из его описания следует, что J. Schoemaker обследовал и лечил 18-летнюю девушку в марте 1906 г. в больнице г. Гааги. В течение 5 лет она стра-

дала учащенным болезненным мочеиспусканием в результате малой емкости мочевого пузыря. За последнее время вместимость его уже не превышала 25 мл, и пациентка с сильными болями мочилась каждые 5–10 мин. При цистоскопии отмечено выделение гнойной мочи из правого устья. Левый мочеточник беспрепятственно катетеризирован, моча содержала единичные лейкоциты. После удаления правой гнойной почки состояние не улучшилось, дизурия сохранялась. Данных за туберкулез получено не было. Попытки J. Schoemaker облегчить состояние больной путем установки постоянного катетера, а затем и эпицистостомии не увенчались успехом. Тогда, с целью выключить мочевой пузырь, он взял отрезок подвздошной кишки на брыжейке, в проксимальный конец которого пересадил оставшийся мочеточник, а дистальный вывел на кожу, т. е. выполнил уретероилеокутанеостомию. После этого боли в мочевом пузыре прошли, а надлобковый свищ закрылся. В течение 1,5 лет больная чувствовала себя хорошо, но ее беспокоило постоянное подтекание мочи, трудности в уходе и раздражение кожи. Тогда J. Schoemaker пришла мысль иссечь мочевой свищ и одновременно увеличить емкость мочевого пузыря за счет этой же выделенной тонкокишечной петли, что он успешно и осуществил, соединив ее дистальный конец с мочевым пузырем. В течение последующих 1,5 лет больная чувствовала себя хорошо, мочилась самостоятельно, безболезненно.

Конечно, оперируя данную пациентку, J. Schoemaker стремился сначала избавиться ее от дизурии, а затем от мочевого свища путем аугментационной цистопластики. Однако, разделив оперативное вмешательство на 2 этапа, первым из которых стала уретероилеокутанеостомия, в результате заместил кишечным сегментом не только мочевой пузырь, но и тазовый отдел левого мочеточника. Скорее он должен был бы претендовать на первенство в том вмешательстве, которое во всем мире известно как операция Бриккера, но надо признать, что хотя и нецеленаправленно и одновременно с пластикой мочевого пузыря, но частичное замещение мочеточника кишечным сегментом в его случае также имело место. Приоритет этот признан в мире, так как до сих пор урологи, занимающиеся кишечной пластикой мочеточников, в своих работах ссылаются на публикацию J. Schoemaker 1911 года.

Первая фундаментальная экспериментальная работа по кишечной пластике мочеточников была выполнена А.Е. Мельниковым в 1912 году. Заместив дистальный отдел мочеточника у 11 собак и в разные сроки после операции подробно изучив препараты, он пришел к выводу, что илеоуретеропластика имеет серьезные перспективы для применения в клинической практике. Тем не менее, дальнейшее использование этой операции в клинике, несмотря на еще ряд хороших экспериментальных работ, было надолго задержано из-за

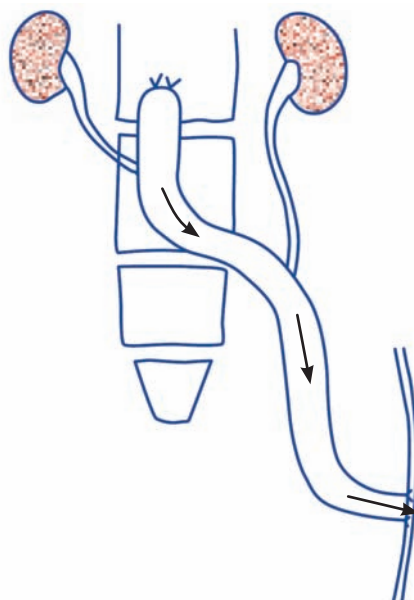
сложности вмешательства, технических недоработок, отсутствия эффективной антибактериальной защиты и несовершенства анестезиологического пособия.

Среди продолжающихся экспериментальных исследований на эту тему определенный интерес представляет работа М.М. Заевлошина и В.М. Гиньковского, результаты которой были опубликованы ими в 1938 году. Это большое исследование включало опыты на 45 собаках по замещению подвздошной кишкой у 34 из них мочевого пузыря и у 11 — мочеточников. В последней серии у 9 животных они выполнили одностороннюю вертикальную илеоуретеропластику и у 2 — двустороннюю (U-образную и кольцевидную). Результаты

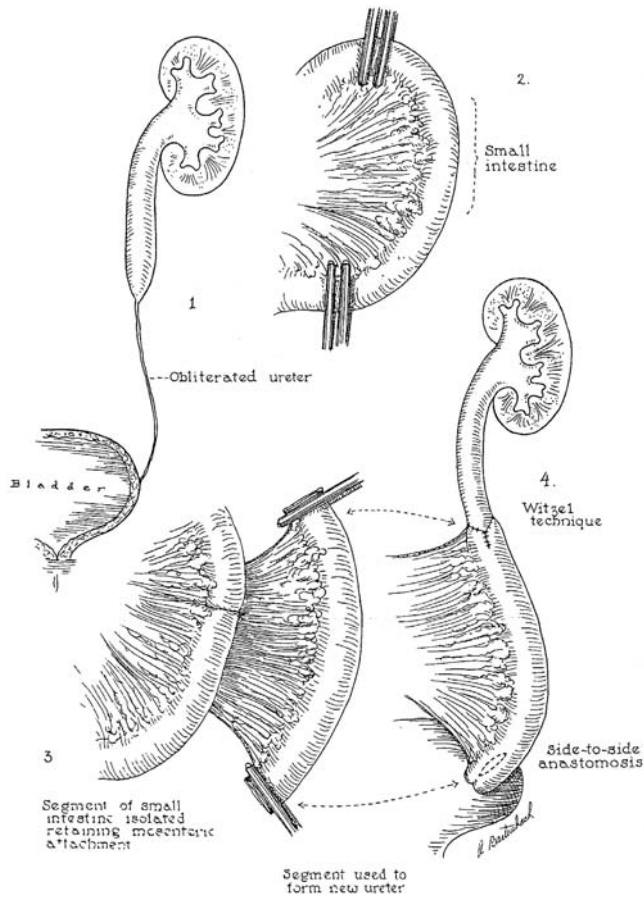
односторонней пластики оказались положительными, и авторы рекомендовали ее к внедрению в клинику. После двусторонней илеоуретеропластики обе собаки умерли, что заставило их сделать вывод о недопустимости этой операции на людях. Более того, они отнесли такое вмешательство к разряду «хирургических фокусов», а самую клиническую ситуацию, когда потребуется кишечная пластика сразу 2 мочеточников, считали маловероятной. Тем не менее, они сделали оговорку, что если такая необходимость все же когда-нибудь возникнет, то выполнить двустороннюю илеоуретеропластику лучше методом, схема которого изображена на одном из их рисунков, касающемся надпузырной накожной деривации мочи (рис. 1.1).

Авторы предположили, что если дистальный конец изображенного на этом рисунке илеотрансплантата соединить не с кожей, а с мочевым пузырем, то будет вариант двусторонней уретеропластики одним изоперистальтически расположенным кишечным сегментом. Вряд ли в то время В.М. Заевлошин и В.М. Гиньковский могли подумать, что их, пусть и не до конца подкрепленное экспериментом, но, безусловно, заслуживающее внимания предложение спустя полтора десятка лет за океаном обретет реальность в клинической практике (см. рис. 1.7).

Более пристальное внимание к кишечной пластике мочеточников было обращено после опубликованного Rudolf Nissen в 1940 г. слу-



**Рис. 1.1.** Двусторонняя уретероилеокутанеостомия (из статьи М.М. Заевлошина и В.М. Гиньковского, 1938)



**Рис. 1.2.** Этапы первой илеоуретеропластики, выполненной по поводу протяженной стриктуры и свища левого мочеточника (из статьи R. Nissen, 1940)

чая успешной илеоуретеропластики, выполненной им в 1932 г. пациенту, страдающему двусторонним уретеролитиазом. Ранее у него во время катетеризации был поврежден левый мочеточник с парауретеральной миграцией камня и формированием внутритазового абсцесса. После вскрытия гнойника и удаления камня сформировались мочеточниково-кожный свищ и протяженная стриктура средней и нижней трети мочеточника. С учетом двустороннего уретеролитиаза и гидроуретеронефроза (ГУН) левостороннюю нефрэктомия решили не выполнять, а от нефростомии больной отказался. Поэтому автор принял по тем временам нестандартное решение и впервые заместил дистальный отдел левого мочеточника изолированным сегментом подвздошной кишки (рис. 1.2).

Послеоперационный период протекал без осложнений. После этого больной в течение 6,5 лет за медицинской помощью не обра-