

УДК 616.62-006.6-089.87:616.34-089.844

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭНТЕРОПЛАСТИКОЙ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

В.Н. Дубровин, А.В. Табаков, А.В. Егошин, Р.Р. Шакиров, О.В. Михайловский,

Государственное учреждение Республики Марий Эл «Республиканская клиническая больница», г. Йошкар-Ола

Одной из наиболее сложных проблем современной онкоурологии является лечение инвазивного рака мочевого пузыря. Инвазивная опухоль выявляется у 15-25% больных при первичном обращении, кроме того, имеется значительный риск прогрессирования и рецидивирования РМП после лечения поверхностных опухолей. В настоящее время радикальная цистэктомия рассматривается как «золотой стандарт» хирургического лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Операция включает в себя удаление мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков, тазовых лимфатических узлов. Важной проблемой после цистэктомии остается метод деривации мочи. Среди существующих в настоящее время методов отведения мочи ортотопическое замещение мочевого пузыря наиболее предпочтительно, так как сохраняет естественное мочеиспускание и способствует наилучшей социальной адаптации больного после операции.

Однако стандартная радикальная цистэктомия с одномоментным созданием резервуара для деривации мочи связана с продолжительным травматическим воздействием на петли кишечника, испарением естественного экссудата с его поверхности, что может явиться причиной возникновения длительных парезов кишечника, развития кишечной непроходимости в послеоперационном периоде.

Стремление хирургов уменьшить операционную травму для больного в последние годы приводит к внедрению малоинвазивных методов оперативного лечения рака мочевого пузыря, таких как лапароскопическая цистэктомия (ЛЦ) с интра- или экстракорпоральным созданием ортотопического искусственного мочевого пузыря.

Материал и методы. В Республиканской клинической больнице Республики Марий Эл с 2003 применяется операция

лапароскопической цистэктомии (ЛЦ) с малоинвазивной кишечной пластикой по Studer. Оперированы 5 мужчин (1-я группа), средний возраст составил 57 (51-64) лет. У всех пациентов установлен предоперационный диагноз: рак мочевого пузыря T2N0M0.

Описание операции. Операция проводилась в 2 этапа: первый – лапароскопический, второй – мини-лапаротомия. Под общей и перидуральной анестезией выполнялась лапароскопия, устанавливались 5 троакаров. Мобилизация мочевого пузыря начиналась с боковых стенок, артерии и вены мочевого пузыря выделялись, клипировались и пересекались, семявыносящие протоки пересекались. Мобилизация мочеточников производилась на расстоянии не более 6–8 см. Затем, ориентируясь по семявыносящим протокам, освобождалась задняя стенка мочевого пузыря с семенными пузырьками. После того как мочевой пузырь был мобилизован с задней и боковых поверхностей, рассекалась брюшина по передней стенке мочевого пузыря, пересекались связки простаты, прошивался дорзальный венозный комплекс. Затем переходили ко второму этапу операции, удалялись троакары, выполнялась нижнесрединная мини-лапаротомия, длина разреза 4–5 см, для чего применялись кольцослопками-ранорасширителями и специальные инструменты для мини-доступа. Мочевой пузырь с предстательной железой и семенными пузырьками удалялся через мини-доступ, выполнялась лимфодиссекция в области внутренних подвздошных сосудов, общих подвздошных сосудов до бифуркации аорты. Далее в рану выводилась петля тонкой кишки, выделялся сегмент кишечника длиной 50 см на расстоянии 40 см от илеоцекальной заслонки, накладывался анастомоз конец-в-конец, формировался резервуар по Studer. Нерассеченная часть сегмента погружалась в брюшную



полость в поперечном направлении, накладывались анастомозы с мочеточниками на дренажах, правый с конечной частью кишечного сегмента, левый – ближе к основанию резервуара. Подобный технический прием позволил мобилизовать мочеточники на небольшом расстоянии и анастомозы с кишечным сегментом проводить без натяжения мочеточников. Формировалось отверстие для анастомоза с уретрой, через которое выводились дренажи мочеточников. Далее накладывался кишечно-уретральный анастомоз на катетере Фолея. Дренирование малого таза проводилось через запираемые отверстия.

Травматичность операционного вмешательства оценивали по продолжительности операции и объему кровопотери. Кроме того, изучались особенности послеоперационного периода, а именно время восстановления активной перистальтики кишечника. Для сравнения ретроспективно проанализировали истории болезни 49 пациентов (2-я группа), которым была произведена радикальная цистэктомия с ортотопической кишечной пластикой мочевого пузыря. Среди оперированных пациентов были 45 мужчин и 4 женщины, средний возраст составил 62,7 (39–74) года.

Результаты. Время операции ЛЦ с малоинвазивной кишечной пластикой мочевого пузыря (группа 1) составило 505 (430–570) минут, кровопотеря во время операции – 300 (200–400) мл. В послеоперационном периоде в течение 2 суток проводилась продленная перидуральная анестезия, обезболивание наркотическими анальгетиками требовалось в течение 2 суток.

Перистальтика кишечника восстановилась на 2-е сутки. Дренажи мочеточников удалены на 14-е сутки, катетер Фолея – на 16-е сутки после операции. Восстановилось самостоятель-

ное мочеиспускание с сохранением функции удержания мочи. Урофлоуметрия на 18-е сутки после операции – Q_{max} – в среднем составила 18,4 (10,2–19,2) мл/сек., в послеоперационном периоде в разные сроки проводили контрольное рентгенологическое исследование, которое показало хорошую функцию верхних мочевых путей, искусственного мочевого пузыря.

Среднее время операции открытой цистэктомии с кишечной пластикой (группа 2) составило 306 (246–480) минут, кровопотеря во время операции составила в среднем – 615 (300–1200) мл. В послеоперационном периоде проводилась продленная перидуральная анестезия в 39 случаях в течение 4–5 суток (в 10 случаях не проводилась), обезболивание наркотическими анальгетиками требовалось до 5–6 суток после операции, перистальтика кишечника восстановилась в среднем на 5-е сутки, самостоятельный стул наблюдался в среднем на 7-е сутки.

Выводы.

1. Применение лапароскопического и мини-доступа для проведения цистэктомии и ортотопической кишечной пластики мочевого пузыря позволяет провести операцию малотравматично, уменьшается интраоперационная кровопотеря, улучшается течение послеоперационного периода в сравнении с традиционными операциями. **2.** Значительная длительность операции на начальном этапе освоения должна снижаться при приобретении навыков владения лапароскопическими инструментами. Проведение одномоментной ЛЦ и малоинвазивной кишечной пластики двумя сменяемыми хирургическими бригадами также позволит снизить время операции. **3.** Для оценки эффективности операции требуется накопление опыта и изучение отдаленных результатов.

