

Современные возможности лапароскопической пластики мочепузырно–прямокишечного свища

А. И. Ткаченко¹, Д. Н. Осадчий¹, В. В. Лысенко¹, В. Е. Максимовский¹, О. В. Лукьянчук², С. Г. Четвериков¹, В. В. Лысаченко¹, А. М. Чайка¹, Р. С. Чистяков¹, А. Д. Меленевский¹, А. А. Машуков², Д. В. Атанасов¹, В. В. Пирогов¹, Е. А. Столярчук¹

¹Центр реконструктивной и восстановительной медицины (Университетская клиника) Одесского национального медицинского университета,

²Одесский областной онкологический диспансер

Modern possibilities of laparoscopic plasty of a bladder–rectal fistula

A. I. Tkachenko¹, D. N. Osadchii¹, V. V. Lysenko¹, V. E. Maksimovskii¹, O. V. Lukianchuk², S. G. Chetverikov¹, V. V. Lysachenko¹, A. M. Chaika¹, R. S. Chistiakov¹, A. D. Melenevskii¹, A. A. Mashukov², D. V. Atanasov¹, V. V. Pirogov¹, E. A. Stoliarchuk¹

¹Center of Reconstructive and Restoration Medicine (University Clinic), Odessa National Medical University,

²Odessa Regional Oncological Dispensary

У большинства больных после хирургических вмешательств формируются мочепузырно–генитальные свищи, что обуславливает сложности реабилитации и, несмотря на отсутствие угрозы для жизни, значительно снижает ее качество. По данным литературного обзора, подготовленного С. J. Hillary и соавторами, 75,4% таких свищей имеют ятрогенную этиологию, из них 62,7% возникают после трансабдоминальной гистерэктомии, 12,7% – после остальных видов хирургических вмешательств на органах малого таза (ОМТ), в том числе после колопроктологических операций [1].

Вопросу пластики мочепузырно–вагинальных свищей посвящено большое количество аналитических исследований, авторы которых сравнивают различные методики фистулопластики и хирургические доступы. В большинстве данных исследований приведены показатели успешной реконструктивной хирургии, причем в странах с высоким уровнем медицинской помощи они существенно лучше, чем в менее развитых странах – 93 и 79,7% соответственно. Несмотря на вариабельность тактики лечения, все специалисты, имеющие большой опыт пластики мочепузырно–генитальных свищей, придерживаются мнения, что оптимальные сроки повторного оперативного вмешательства – не менее 6 нед от момента возникновения свища, что позволяет избежать воспалительных изменений и оценить истинные границы поврежденных тканей. По поводу обязательной перманентной катетеризации мочевого пузыря на дооперационном этапе нет единого мнения, но некоторые авторы наблюдали спонтанное заживление свищей при условии длительного дренирования мочевого пузыря у 6,9% больных [2]. Безусловно, что в данное исследование не включены пациенты после онкологических операций, лучевой терапии и химиотерапии, у которых высокая частота неудачной фистулопластики.

Вопрос реконструкции мочепузырно–прямокишечных свищей (МПС) менее освещен в современной научной литературе. Хотя данное осложнение считается редким, по международной классифициции хирургических осложнений Clavien–Dindo оно отнесено к осложнениям IIIb степени, то есть требующим повторного хирургического вмешательства, что существенно влияет на качество жизни пациентов, их удовлетворенность результатами лечения и приводит к дополнительным материальным затратам [3].

Диагностика МПС не составляет больших трудностей: характерные патогномоничные признаки (наличие пузырьков газа и кишечного содержимого в моче при мочеиспускании, воспалительные изменения в моче, не исчезающие после антибактериальной терапии) дают основания специалисту предположить наличие данного осложнения и направить пациента на прицельное обследование – цистографию, цистоскопию, ректороманоскопию, компьютерную томографию (КТ) ОМТ с внутривенным введением контраста.

Существенным фактором, снижающим риск возникновения таких осложнений, по праву считают опыт хирурга. Однако расширение показаний к оперативному лечению местно–распространенного рака ОМТ, использование лучевой терапии и полихимиотерапии создают дополнительный риск формирования МПС у 11,3% больных даже при условии интраоперационного устранения поврежденной прямой кишки [4]. При открытой хирургии рака предстательной железы частота повреждения прямой кишки гораздо выше, чем при лапароскопической (0,50%) или роботической (0,17%). Существует небольшое число публикаций о миниинвазивной реконструкции МПС, которые пропагандируют трансанальную технику фистулопластики, однако данная методика применима только к свищам, локализующимся в области уретро-

везикального анастомоза [5 – 7]. Приводим наблюдение.

Пациент Н., 60 лет, с осени 2017 г. стал отмечать периодические эпизоды вздутия живота и обстипации, разрешающиеся с частотой до двух раз в неделю. Спустя 1 мес состояние больного постепенно ухудшилось, присоединились болевой синдром в нижних отделах живота и интермиттирующая фебрильная лихорадка. В связи с этим пациент обратился за помощью в центр первичной медицинской помощи по месту жительства. После консультации дежурного хирурга было принято решение о необходимости выполнения контрастного КТ–исследования органов брюшной полости (ОБП) и ОМТ с дальнейшим определением лечебной тактики. КТ–картина соответствовала опухоли нижней трети сигмовидной кишки с признаками перфорации полого органа и периканкротическим абсцедированием с минимальной мезентериальной реакцией. После этого пациент обратился в Центр реконструктивной и восстановительной медицины (УК) Университета, где ему было проведено оперативное лечение в объеме: лапаротомия с мобилизацией инфильтрата, вскрытием абсцесса и последующей обструктивной передней резекцией прямой кишки по типу Гартмана. После выписки из стационара на 7–е сут после операции с улучшением состояния больной получил 6 курсов адъювантной полихимиотерапии по типовой схеме XELOX.

Через 1 мес после последнего курса химиотерапии больной планово госпитализирован в хирургическое отделение Центра реконструктивной и восстановительной медицины (УК) Университета для выполнения реконструктивного этапа оперативного вмешательства (закрытие колостомы). 07.02.2018 г. выполнена операция в объеме: лапароскопический висцероадгезиолизис, мобилизация колостомы и культи прямой кишки с наложением циркулярного аппаратного десцендоректоанастомоза. На 4–е сут после операции у больного появились жалобы на отхождение газа и кишечного содержимого с мочой. По данным цистогрфии выявлены рентгенологические признаки МПС. Больной повторно оперирован в объеме: лапаротомия с наложением разгрузочной петлевой илеостомы и перевязкой отводящей петли. Мочевой пузырь катетеризирован катетером Фолея (20 Ch). Предпринята выжидательная тактика. Через 21 день пациенту выполнена цистоскопия. Обнаружен свищевой ход диаметром около 1 см, локализующийся на 5 мм латеральнее устья левого мочеточника, на фоне воспалительного отека слизистой оболочки мочевого пузыря. Учитывая ранний послеоперационный период, воспалительные изменения тканей в области свища и отсутствие нарушений уродинамики верхних мочевыводящих путей, уретральный катетер извлечен. Пациент продолжил медикаментозную противовоспалительную терапию в амбулаторных условиях.

По истечении 3 мес пациент повторно госпитализирован в Центр реконструктивной и восстановительной медицины (УК) Университета с жалобами на постоянный дискомфорт и социальную дезадаптацию, связанную с неконтролируемым отхождением мочи через прямую кишку. По данным контрольного контрастного КТ–исследования ОБП и ОМТ отмечены признаки МПС, выраженный

спаечный процесс ОМТ, петлевая илеостома. КТ–признаков рецидива опухоли и метастазов не выявлено. Мультидисциплинарным консилиумом в составе онкохирургов, уролога и химиотерапевта принято решение о возможности реконструктивного оперативного вмешательства по устранению МПС лапароскопическим доступом с участием в составе хирургической бригады уролога.

03.07.2018 г. под общей анестезией в литотомической позиции выполнена контрольная цистоскопия с целью окончательной оценки топографии свищевых ходов относительно устья левого мочеточника. Воспалительных изменений слизистой оболочки мочевого пузыря не отмечено, четко визуализировались рубцовые поля вокруг свищевых отверстий. Попытка катетеризации левого мочеточника не удалась из–за его девиации в интрамуральном отделе за счет близкого расположения к свищевому ходу. Затем пациент переведен в позицию Тренделенбурга, наложен пневмоперитонеум, троакары установлены в стандартной позиции для лапароскопической хирургии на ОМТ. «Холодным» способом в комбинации с использованием ультразвукового скальпеля Lotus выполнен висцероадгезиолизис, после чего рассечен задний листок брюшины и экстраперитонизирована задняя стенка мочевого пузыря. Визуализированы в полости малого таза оба мочеточника до юкставезикального отдела и мочепузырные артерии, что позволило контролировать данные анатомические структуры по ходу операции и избежать их повреждения. Признаков рецидива опухолевого процесса и лимфаденопатии не выявлено. Обнаружено полное разобщение ранее наложенного десцендоректоанастомоза, что в последующем привело к увеличению продолжительности операции. Задняя стенка мочевого пузыря широко рассечена в области дна перпендикулярно средней линии, что обеспечило хорошую визуализацию области мочепузырного треугольника, устьев мочеточников и свищевых ходов. Ввиду близкого расположения свищевых ходов и интрамурального отдела левого мочеточника, последний стентирован уретральным стентом 6 Ch. «Холодным» способом в комбинации с ультразвуковым скальпелем Lotus слизистая оболочка мочевого пузыря вокруг свищевых ходов циркулярно рассечена, свищевой ход иссечен с окружающими рубцово измененными тканями. Критерием достаточного иссечения была визуализация слизистой оболочки прямой кишки. Препарированы и разделены стенки кишки и мочевого пузыря. Дефекты стенок обоих полых органов ушиты однорядным непрерывным швом в перекрестном направлении нитью «Vicryl 4.0». После этого мочеточниковый стент извлечен и визуально проконтролированы выбросы мочи из устья левого мочеточника. Мочевой пузырь ушит непрерывным двухрядным швом нитью «Vicryl 3.0» и дренирован уретральным катетером Фолея (18 Ch). Для контроля герметичности швов мочевой пузырь наполнили раствором метиленового синего – признаков истечения раствора не выявлено.

Дополнительно мобилизована культи прямой кишки и наложен циркулярный аппаратный десцендоректоанастомоз (Covidien EEA DST 28 мм). Выполнен «бабл–тест» – результат отрицательный.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент выписан на 6-е сут после операции. На 11-е сут больному выполнена контрольная цистография – рентген-признаков пузырно-прямокишечного сообщения не выявлено. Уретральный катетер удален. На 59-е сут при контрольном осмотре объективный статус больного удовлетворительный, признаков рецидива МПС не отмечено. Пациенту планируется закрытие илеостомы по истечении 3 мес от момента фистулопластики.

Выводы

1. Хирургические вмешательства по поводу распространенных опухолей малого таза должны сопровождаться контролем целостности полых органов.

2. Пациентов с опухолевой патологией, которые получали химиотерапию и лучевую терапию, имеется большой риск формирования МПС после выполнения расширенных оперативных вмешательств.

3. При наличии признаков МПС целесообразна его реконструкция не ранее чем через 2 мес после возникновения, что необходимо для ликвидации воспалительных изменений в области свищевого хода.

4. Лапароскопический доступ позволяет осуществить адекватную визуализацию и полноценное восстановление целостности органов с минимальной травмой.

5. Широкое рассечение стенки мочевого пузыря и превентивное стентирование верхних мочевыводящих путей позволяют избежать травмы устья мочеточников при иссечении свищевого хода.

6. Поскольку успех восстановительной хирургии МПС определяется квалификацией хирургической бригады и оснащением операционной, выполнять данные оперативные вмешательства целесообразно в клиниках, имеющих большой опыт лапароскопической абдоминальной и урологической хирургии.

References

1. Hillary CJ, Osman NI, Hilton P, Chapple CR. The Aetiology, Treatment and Outcome of Urogenital Fistulae Managed in Well- and Low-resourced Countries: A Systematic Review. *Eur Urol*. 2016 Sep;70(3):478–92. doi: 10.1016/j.eururo.2016.02.015.
2. Hilton P. Urogenital fistula in the UK: a personal case series managed over 25 years. *BJU Int*. 2012 Jul;110(1): 102–10. doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10630.x.
3. Pucheril DT, Campbell L, Bauer RM, Montorsi F, Sammon JD, Schlomm T. A Clinician's Guide to Avoiding and Managing Common Complications During and After Robot-assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy. *Eur Urol Focus*. 2016 Apr;2(1):30–48. doi: 10.1016/j.euf.2016.03.013.
4. Mandel P, Linnemannstöns A, Chun F, Schlomm T, Pompe R, Budäus L, et al. Incidence, risk factors, management and complications of rectal injuries during radical prostatectomy. *Eur Urol Focus*. 2018 Jul;4(4):554–557. doi: 10.1016/j.euf.2017.01.008.
5. Spacek J, Kosina J, Orhalmi J, Pacovsky J, Husek P, Balik M, et al. Our experience with repair of vesicorectal fistula after radical prostatectomy. *Eur Urol Suppl*. 2013 Oct;12(4):e1267. doi: 10.1016/S1569-9056(13)62007-2.
6. Ballesterro-Diego R, Gutiérrez Baños JL, Gómez Ruiz M, Truán D, Zubillaga Guerrero S, Del Valle Schaan JI et al. Reparation of a rectal-neobladder fistula with fistulectomy and full thickness advancement flap. *Eur Urol Suppl*. 2015 April;14(2);eV55. doi.org/10.1016/S1569-9056(15)61139-3.
7. Nomura T, Kawaguchi M, Kayanuma K, Suzuki S, Kobayashi J, Ishikawa H. Transanal repair of rectovesical fistula after radical prostatectomy using the modified Latzko technique. *Eur Urol Suppl*. 2013 March;12(1);eV68–V69. doi:10.1016/S1569-9056(13)61651-6.

Отримано 29.08.2018