

Опыт малоинвазивных ретроперитонеоскопических (РПС) операций на мочеточнике при мегауретере

И. В. Баженов, К. Н. Истокский, П. Н. Давыдкин, И. Е. Берестецкий
Кафедра урологии ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Россздрав, г. Екатеринбург

The experience of a minimally invasive retroperitoneoscopic operation on ureter in case of megaureteritis

I. V. Bazhenov, K. N. Istoksky, N. V. Davidkin, I. E. Berestezky
The urology department of the State-run Educational Institution of Higher Professional Education, The Ural State Medical Academy of Roszdraz, Yekaterinburg

Резюме

В работе представлены данные о выполнении реконструктивных операций при мегауретере с использованием малоинвазивной открытой ретроперитонеоскопии (РПС). С 2005 г. в клинике урологии УГМА выполнено 16 таких реконструктивных операций. При этом впервые применен комбинированный межмышечный доступ для проведения уретеропластики и уретерovesикоанастомоза, что создает достаточные условия в ране для вмешательства на мочеточнике, пузырно-мочеточниковом сегменте, позволяющие достигнуть основной цели — ликвидации обструкции пузырно-мочеточникового соустья при минимальной травматичности операции, снижения продолжительности пребывания больного в стационаре за счет уменьшения операционной травмы, уменьшения количества лекарственных препаратов, а также хорошего косметического эффекта.

Ключевые слова: ретроперитонеоскопия, малоинвазивные операции, мегауретер, уретерovesикоанастомоз, уретеропластика.

Summary

The study shows the data of reconstructive surgery in case of megaureteritis using a minimally invasive open retroperitoneoscopic operation (RPNS). 16 reconstructive operations have been made in the urology clinic of The Ural State Medical Academy of Roszdraz since 2005. The combined intermuscle-splitting approach for urethroplasty and urethrovesicoanastomosis was used for the first time. It makes a proper condition in a wound for operation on ureter, vesicoureteral segment. That allows to reach the main aim — the elimination of vesicoureteral fistula obstruction along with minimally traumatic operation, and terms of medical treatment of a patient in the hospital due to operative trauma and number of medicine abatement, good cosmetic effect.

Key words: retroperitoneoscopy, minimally invasive operations, megaureteritis, urethrovesicoanastomosis, urethroplasty.

Введение

В течение последнего десятилетия бурно развиваются и становятся практически повседневными многие малоинвазивные технологии в урологии. Таким методом является открытая ретроперитонеоскопия (РПС), которая широко применяется во многих клиниках нашей страны, при этом на начальных этапах выполнялись простые вмешательства (иссечение кист почек, литотомии), с постепенным расширением показания к применению этого лечебного инструмента выполнением более сложных вмешательств (пиелопластика, комбинированные операции, повторные операции на органах мо-

чевой системы). Необходимость выполнения операций на нижней трети мочеточника и мочевого пузыря в урологической практике обусловлена многими заболеваниями: стриктура мочеточника, мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, мочекаменная болезнь и др. Для лечения этого заболевания применялись различные хирургические методы лечения, при этом традиционный доступ выполняется путем широкого клюшкообразного разреза (15 см) в подвздошно-паховой области с переходом в надлонную, с обнажением брюшинного пространства и предпузырного пространства для выполнения различных способов уретерovesикоанастомоза и уретеропластики, которые заключаются в иссечении или продольном ушивании дистальных расширенных отделов мочеточника, и направлены на уменьшения просвета мочеточника с целью устранения гипотонии ВМП, а также создания анастомоза между мочевым пузырем и мочеточником с антирефлюксным механизмом.

Баженов И. В. — д. м. н., профессор кафедры урологии, зав. 3-м урологическим отделением ГУЗ СОКБ №1;

Истокский К. Н. — к. м. н., врач-уролог, 3-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1;

Давыдкин П. Н. — врач-уролог, 3-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1;

Берестецкий И. Е. — врач-уролог, 3-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1.

Рисунок 2. а) кожный разрез, б) раневые межмышечные каналы к мочеточнику и мочевому пузырю

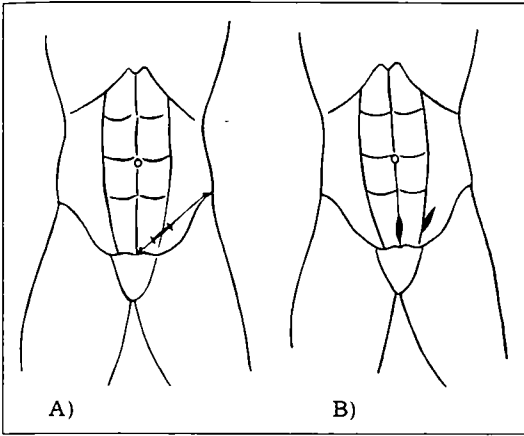
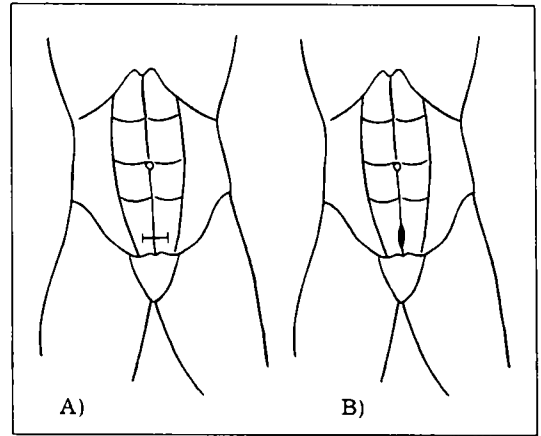


Рисунок 3. а) кожный разрез, б) раневой межмышечный канал к мочевому пузырю



На сегодняшний день используют два принципиально отличных малоинвазивных подхода при операциях на органах забрюшинного пространства — лапароскопический и ретроперитонеоскопический. При этом лапароскопический доступ для лечения данного заболевания имеет существенные ограничения.

Материал и методы

С 2005 г. в клинике урологии УГМА выполнено 16 реконструктивных операций по поводу стриктуры пузырно-мочеточникового соустья, мегауретера. Возраст больных от 17 до 38 лет. Всем пациентам выполнялись малоинвазивные открытые РПС операции с использованием набора инструментов для малоинвазивной хирургии, разработанного на кафедре урологии УГМА. По способу оперативного доступа операции разделены на 2 группы: операции с комбинированным доступом к нижней трети мочеточника и мочевому пузырю (12 пациентов) и чреспузырным доступом (4 пациента) (рис. 1, см. цв. вкладку)

В первом случае операция заключается в создании малоинвазивного доступа в 2 пространства: забрюшинное и предпузырное из одного кожного разреза 4 см длиной в подвздошной области и последующим выполнении уретерovesикоанастомоза (УВА) (рис. 2). Во второй группе операций производится малоинвазивный доступ через мочевой пузырь (кожный разрез 3,5-4 см) с интрапузырным выделением нижней трети мочеточника и уретеропликацией по Лопаткину-Калицинских в модификации клиники урологии УГМА, а также выполняется УВА (рис. 3). Критерием показаний к тому или другому оперативному доступу к нижней трети мочеточника является

степень и уровень дилатации верхних мочевыводящих путей, степень мобильности (избытка) мочеточника (долихоуретер), т.е. при мегауретере 2-3 ст. мы выполняли доступ из забрюшинного пространства, поскольку при этом мы имеем возможность выделить мочеточник максимально проксимально (до средней трети). При дилатации мочеточника только в нижней трети (мегауретер I ст.) мы считаем возможным выполнение чреспузырного оперативного вмешательства, при этом мы имеем более удобный раневой канал и меньшую операционную травму.

Результаты

Длительность пребывания пациентов после РПС пластики мочеточника и уретерovesикоанастомоза составила от 7,8 суток. Ранних и поздних осложнений не наблюдалось. В сроки наблюдения 12-24 месяца восстановлен или улучшен пассаж мочи в верхних мочевых путях у всех пациентов, подтвержденный рентгенологически (рис. 4, см. цв. вкладку), а также данными УЗИ и нефросцинтиграфии.

Заключение

Таким образом, применение открытой малоинвазивной РПС создает достаточные условия в ране для вмешательства на мочеточнике, пузырно-мочеточниковом сегменте, позволяющие достигнуть основной цели — ликвидации обструкции пузырно-мочеточникового соустья при минимальной травматичности операции, снижения продолжительности пребывания больного в стационаре за счет уменьшения операционной травмы, уменьшения количества лекарственных препаратов, а также хорошего косметического эффекта.

Литература

1. Комяков Б. К., Гулиев Б. Г. Хирургия протяженных сужений мочеточников. С.-Пб.: Диалект, 2005; 121 с. ил.
2. Малоинвазивная ретроперитонеальная пиелопластика. В. Н. Журавлев, И. В. Баженов, А. В. Зырянов, Д. А. Деминов. Современные эндоскопические технологии в урологии: Сборник тезисов Всеросс. научно-практ. конф. Челябинск, 17-18 июня 1999. Челябинск, 1999. 44-45.
3. Оперативная урология. Под ред. акад. Лопаткина Н. А. и проф. И. П. Швецова. Л.: «Медицина», 1986. 164-165.
4. Роль ретроперитонеоскопических операций в урологии. Д. И. Пархонин, А. Г. Мартов, В. Р. Шадурин, М. Ю. Голубев. Материалы конгресса первого российского конгресса по андуурологии. Москва, 4-6 июня 2008. Москва, 2008, 317-318.
5. Степанов В. Н., Кадыров З. А. Атлас лапароскопических операций в урологии. М.: «Миклош», 2001, 84-90.
6. Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас. Перевод с англ.; Под ред. Ю. Г. Аллева, В. А. Григоряна. М.: Геотар-Мед, 2001, 502-514 с. ил.
7. SU, 1225533 авторское свидетельство МПК АК 61 В 17/00, 2005.
8. Malcolm J. Copectoat, Adrian D. Joyce, Laparoscopy in Urology, Oxford, 1993, part 2, 143-156.

Выбор метода деривации мочи после цистэктомии

В. Н. Журавлев, А. В. Зырянов, И. В. Баженов, И. В. Борзунов, О. В. Журавлев, А. А. Качмазов, Я. В. Бершадский, А. В. Машковцев

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» г. Екатеринбург

Choice of derivation method after cystectomy

V. N. Zhuravlev, A. V. Zyrianov, I. V. Bazhenov, I. V. Borzunov, O. V. Zhuravlev, A. A. Kachmazov, J. V. Bershadskiy, A. A. Mashkovtsev

Ural State Medical Academy, urology department, Sverdlovsk regional hospital №1

Резюме

В работе представлены данные используемых вариантов деривации мочи после радикальной цистэктомии в условиях клиники урологии ГОУ ВПО «УГМА» на базе ГУЗ СОКБ № 1 с 2002 по 2008 гг. За указанный период выполнено 117 радикальных цистэктомий с различными методами отведения мочи. Выбор метода деривации мочи является сложной, многофакторной и до конца не решенной проблемой.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, уретерокутанеостомия, деривация мочи по Studer, Mainz-Pouch II, Bricker, уретерокутанеостомия.

Summary

Following article reveals data about used methods of urine derivation after radical cystectomy in urological clinic of Ural state medical academy during yy. 2002-2008. During the shown period 117 radical cystectomy operations with different urine derivation methods were done. Choice of derivation method is complicated, multiple-factor and decided problem.

Key words: bladder cancer, radical cystectomy, urethrocutaneous fistula, urine derivation Studer, Mainz-Pouch II, Bricker.

Введение

В структуре онкологических заболеваний рак мочевого пузыря занимает 8-е место у мужчин (4,3%) и 18-е место у женщин (1%). В США ежегодно регистрируется 50 000 новых случаев заболеваний. У 25% заболевших диагностируется мышечно-инвазивный процесс. Из 75% оставшихся с поверхностным раком мочевого пузыря в 10-15% случаев разовьется инвазия.

Радикальная цистэктомия является «золотым стандартом» лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, опухолей, резистентных к адъювантной химиотерапии после эндоскопических операций, мультифокусном поверхностном раке мочевого пузыря. Группа больных, подвергаемых данному лечению разнородна, выбор метода деривации мочи является сложной проблемой и должен учитывать

Журавлев В. Н. — д. м. н., профессор, зав. кафедрой урологии ГОУ ВПО «УГМА Росздрава»;

Зырянов А. В. — д. м. н., профессор кафедры урологии, зав. 2-м урологическим отделением ГУЗ СОКБ №1;

Баженов И. В. — д. м. н., профессор кафедры урологии, зав. 3-м урологическим отделением ГУЗ СОКБ №1;

Борзунов И. В. — к. м. н., доцент кафедры урологии ГОУ ВПО «УГМА Росздрава»;

Журавлев О. В. — к. м. н., врач-уролог, 2-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1;

Качмазов А. А. — зав. консультативным урологическим поликлиническим отделением ГУЗ СОКБ №1;

Бершадский Я. В. — к. м. н., врач-уролог, 2-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1;

Машковцев А. В. — врач-уролог, 2-е урологическое отделение ГУЗ СОКБ №1.