

ЭНДОХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ



реферативный журнал

№ 8, 2018

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
ТАТАРСТАН

КАЗАНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ

КАЗАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

МНПО
"ЭНДОМЕДИУМ"

НПО "МФС"



Гостищев Виктор Кузьмич

Академик РАН, профессор, доктор медицинских наук. Лауреат государственной премии

В этом году празднуется 260 летний юбилей Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова девиз которого: **«Традиции. Знание. Развитие»**. На мой взгляд символично, что и первый выпуск журнала «Эндохирургия сегодня» в 2018 году посвящен традициям отечественной хирургии в такой сложной области хирургии как междисциплинарные эндохирургические вмешательства. Знание и понимание приоритетов российской хирургической школы «открытой» хирургии на стыке нескольких специальностей, развитие современных наукоемких технологий сделало возможным выполнение междисциплинарных эндохирургических вмешательств.

Решению мультидисциплинарных проблем, объединяющей интересы абдоминальных хирургов, гинекологов, проктологов, урологов, посвящен данный выпуск журнала.

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
ТАТАРСТАН

КАЗАНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ

КАЗАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

МНПО
“ЭНДОМЕДИУМ”

НПФ “МФС”

ЭНДОХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ

**реферативный
научно-практический
журнал**

Главный редактор

Галлямова Светлана Владимировна

Редакционный совет

Аглиуллин Артур Факилевич
Биктимиров Рафаэль Габбасович
Галлямов Эдуард Абдулхаевич
Ермолаев Владимир Юрьевич
Луцевич Олег Эмануилович
Малков Игорь Сергеевич
Морошек Александр Ефимович
Новиков Александр Борисович
Сигал Евгений Иосифович
Фаткуллин Ильдар Фаридович
Федоров Игорь Владимирович
Хасанов Рустем Шамильевич
Чугунов Александр Николаевич

© 2018 НПФ «МФС»

Редакция или **По вопросам распространения**
420110 г. Казань, а/я 43, тел./факс (843) 298 64 48,
e-mail: mfsmed@mail.ru

Формат 60*901/8,
тираж 1000 шт.
Заказ № 150205.

Отпечатано в **ООО «ОТ Принт»**
420030, Республика Татарстан,
г. Казань, ул. Жуковка, д. 2
Тел.: +7 (843) 520-61-05
Факс: +7 (843) 555-23-82
e-mail: 110952@mail.ru, www.otprint.ru

ЭНДОХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ

№ 8, 2018

Галлямов Э. А., Цкаев А. Ю.,
Гаджибакаров Ш. М., Брынцев М. В.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ «КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ИМ. К. Н. ШЕВЧЕНКО

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРПОКАУДАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ

РЕЗЮМЕ

Доброкачественные опухоли поджелудочной железы крайне редкая патология, относящаяся к казуистическим случаям. Эндоскопические операции нашли свое применение в данной области и, по мнению многих авторов, обеспечивают быстрое послеоперационное восстановление и удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: доброкачественная опухоль поджелудочной железы. Лапароскопическая корпокаудальная резекция поджелудочной железы.

ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественные опухоли поджелудочной железы происходят из зрелой ткани железы и встречаются очень редко (1 на 3500—5000 вскрытий). Общее количество наблюдений, описанных исследователями разных стран, не превышает 150—180.

По своему гистогенезу доброкачественные опухоли поджелудочной железы могут состоять из эпителиальной, мышечной, нервной и соединительной ткани, а также из элементов, образующих кровеносные и лимфатические сосуды. Эти опухоли могут локализоваться в любом отделе поджелудочной железы.

Эпителиальные опухоли возникают из эпителия слизистой оболочки выводных протоков

или же из клеток паренхимы. Опухоли из эпителия слизистой оболочки выводного протока имеют вид ветвистых папилломатозных разрастаний, которые при значительном размере могут нарушить нормальное поступление секрета же-

лезы в кишечник. Опухоли из эпителия железистых элементов поджелудочной железы имеют солидный характер или же представляют собой различной величины кисты, иногда многокамерные.

Соединительнотканые опухоли (фибромы, липомы) встречаются очень редко, равно как опухоли из сосудистой ткани (гемангиомы, лимфангиомы). Если эти опухоли достигают значительных размеров, то могут появиться клинические признаки, напоминающие панкреатические кисты или цистаденомы и солидные опухоли. Опухоли, расположенные вдали от выводных протоков, в толще железы при маленьких размерах не сопровождаются клиническими проявлениями. Подобные опухоли обнаруживаются только во время секции.

Лапароскопический доступ, по сравнению с абдоминальным снижает риск послеоперационных осложнений, сроки пребывания в стационаре,

способствует достижению лучшего косметического эффекта. Необычность представленного клинического случая заключается в крайне редкой встречаемости данной патологии.

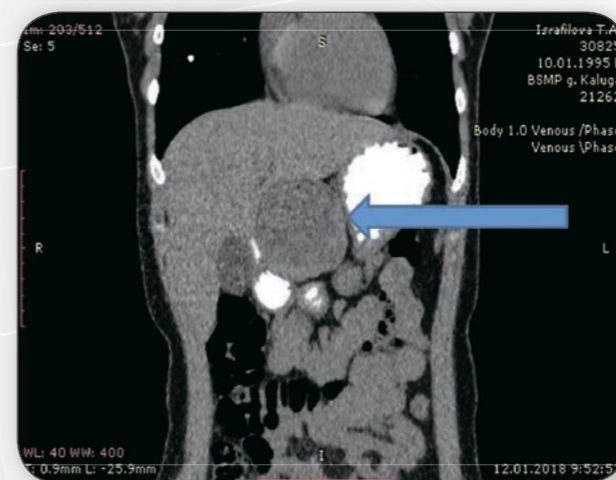


Рис. 1.

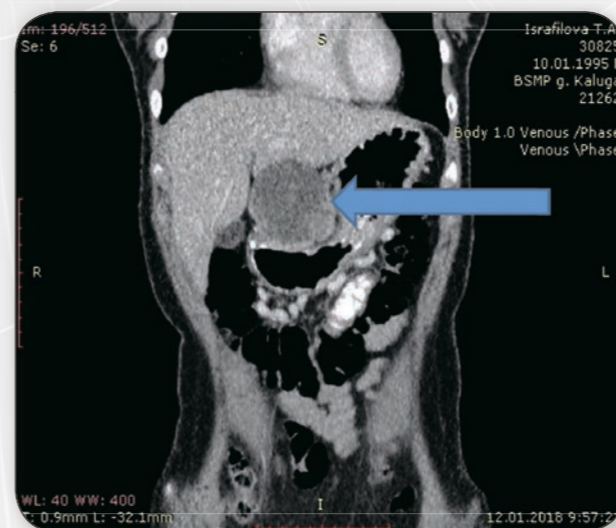


Рис. 2.



Рис. 3.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ:

Пациентка И., 23 лет, госпитализирована в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие на голодный желудок, ночью, значительно уменьшающиеся после приема пищи. Указанные жалобы беспокоят в течение шести месяцев. Обследована стационарно: по данным общеклинического и лабораторного обследования без патологических изменений. По данным УЗИ брюшной полости – в эпигастральной области визуализируется образование размерами 62x64x58 мм, округлое, гетерогенное, аваскулярное в проекции тела поджелудочной железы. Онкомаркер СА 19.9 – 23 Ед/л. По данным СКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием: картина округлого образования в проекции головки поджелудочной железы 67x64 мм не накапливающего контрастный препарат (рис. 1, 2, 3). Вторичных изменений в печени, лимфатических узлах не обнаружено.

Заключение СКТ. Опухоль поджелудочной железы? Стоит дифференцировать с кистой поджелудочной железы с кровоизлиянием в полость. Предоперационный диагноз: кистозная опухоль тела поджелудочной железы. Подозрение на GIST. Пациентка оперирована в плановом порядке в рамках мастер класса проф. ДМН Галлямова Э. А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА:

Положение на операционном столе – Фовлера с разведенными нижними конечностями. Доступ в брюшную полость параумбиликальный 10 мм троакар. Карбоксиперитонеум 12 мм. Рт ст. Дополнительно над пупком по краю прямых мышц слева и справа 5 мм троакары. В правом подреберье 10 мм троакар для печеночного ретрактора. В левом подреберье 5 мм троакар. Интраоперационно выявлено опухолевидное образование в области малого сальника, ограниченно подвижное размерами до 6.5 см в диаметре. (фото 1) Произведено вскрытие малого сальника, мобилизация образования по передней стенке (фото 2). При мобилизации образования выявлена тесная

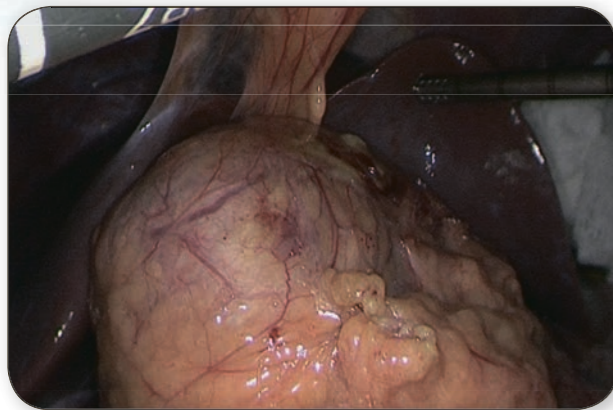


Фото 1.

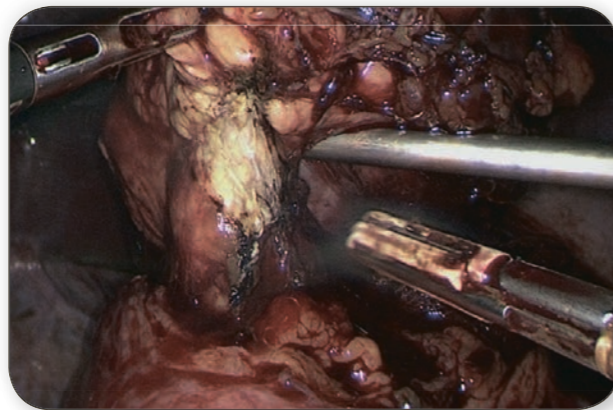


Фото 5.

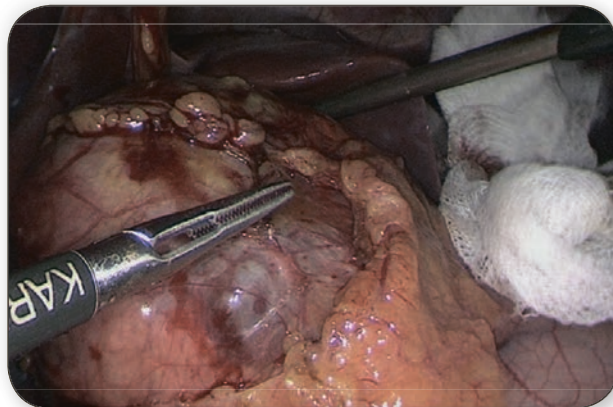


Фото 2.

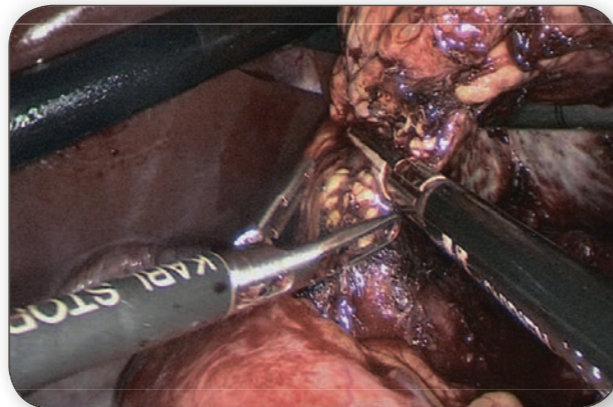


Фото 6.

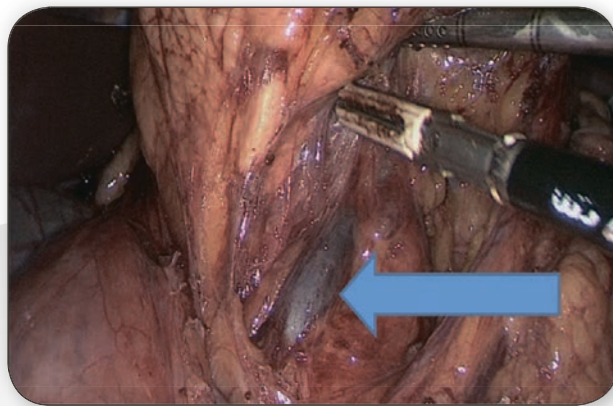
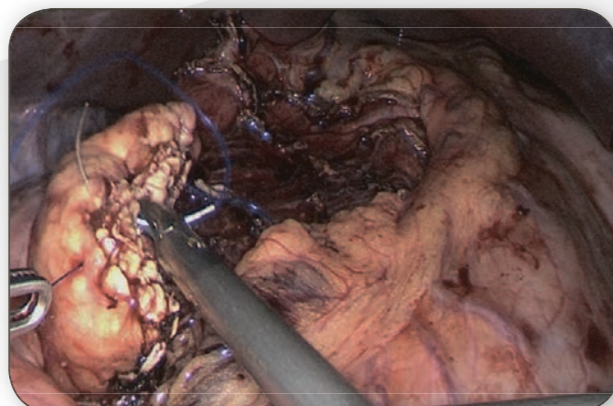
Фото 3.
Стрелка указывает на верхнюю брыжеечную вену.

Фото 7.

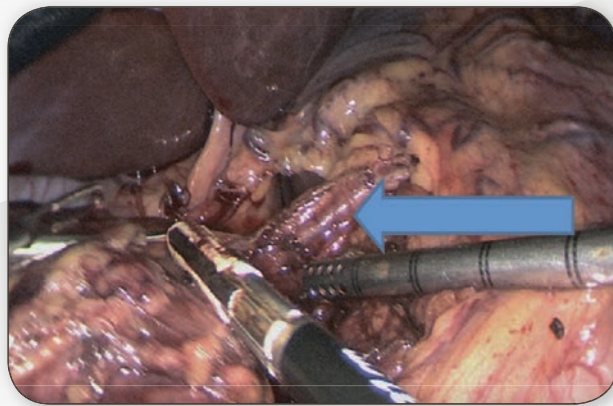
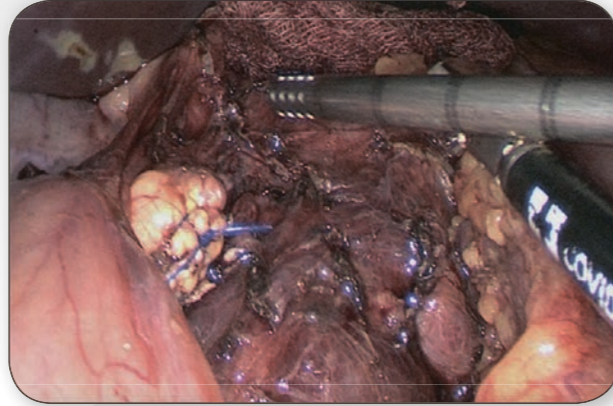
Фото 4.
Стрелкой отмечены селезеночные артерия и вена.

Фото 8.

связь с телом поджелудочной железы. Опухоль исходит из ткани поджелудочной железы. Вторичного очагового поражения печени, регионарных лимфоузлов не выявлено. Произведена мобилизация образования по периметру. Выделены верхние брыжеечные артерия и вена (фото 3), печеночная вена, селезеночные артерия и вена (фото 4), общий желчный проток. Выделение образования производилась при помощи аппарата Liga Sure 5 mm. После мобилизации образования, окончательной уверенности в отсутствии связи и прорастания в магистральные сосуды (фото 5) произведена корпаудальная резекция поджелудочной железы на уровне перешейка. Резекция выполнена при помощи аппарата Liga Sure 5 mm (фото 6) Культия поджелудочной железы ушита непрерывно двухслойно нитью PDS 3-0 на атравматичной игле (фото 7). Окончательный гемостаз ложа образования (фото 8). Десуфляция. Препарат извлечен из брюшной полости в контейнере через мини доступ по Пфанненштилю. Рана ушита внутрикожным швом.

Послеоперационное течение гладкое. Проводилась инфузия оксеротида 300 мкг в сутки в течение 3 суток с целью профилактики острого панкреатита, перидуральная анальгезия. Динамический УЗИ контроль зоны операции в послеоперационном периоде на 3 и 7 сутки – жидкостных образований не выявлено.

РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ:

Время операции 145 минут. Интраоперационная кровопотеря 150 мл. Нормализация лабораторных показателей к 3 суткам после операции. Гипергликемии за время госпитализации не отмечено Выписана на амбулаторное лечение с выздоровлением на 10 сутки после операции. Заживление ран первичным натяжением. Гистологическое исследование препарата: доброкачественная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы. Контроль УЗИ зоны операции через 2 недели после выписки – жидкостных образований в зоне операции не выявлено. Планируется динамическое наблюдение через 1, 2, 4 месяца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Современное развитие эндохирургической техники позволяет выполнять сложные оперативные вмешательства с минимальной хирургической травмой, хорошими результатами, косметическим эффектом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей. М. Медицина 1995 г.
2. Атлас хирургии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы и желчных путей под ред. П.А Клавьева, М. Г. Сарра, Ю. Фонга. Пер. с английского. М Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний 2009 г.
3. Гастроэнтерология: национальное руководство под ред. В. Т. Ивашкина., Т. Л. Лапиной – М: Геотар-Медиа 2008 г.
4. Теодор Н. Паппас, Аврора Д. Приор, Михаэль С. Харниш: Лапароскопическая хирургия. Атлас: ГЭОТАР-Медиа: 2012 г.
5. Гэри Дж. Винд. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз Москва. Медицинская литература, 1999 г.
6. Кубышкин В. А., Чао А. В., Вишневский В. А. и др.; Под ред. А. Д. Каприна, А. Х. Трахтенберга, В. И. Чиссова. Атлас операций при злокачественных опухолях печени и билиопанкреатодуоденальной зоны. Практическая медицина 2017 г.
7. Rk Mishra Textbook of Practical Laparoscopic Surgery, 2nd Edition: Jaypee Brothers Medical Publishers 2009 г.
8. Namir Katkhouda. Advanced Laparoscopic Surgery: Techniques and Tips, 2nd Ed 2010 г.



Галлямов Э.А. (1), Санжаров А.Е. (3), Аминова Л.Н. (2), Мурзина А.Г. (2), Алимов В.А. (2), Прохоренко К.А. (3), Муслимова Э.Р. (2), Галлямов Э.Э. (4)

1) ПМГМУ,
2) АО МЕДСИ,
3) ФНКЦ ФМБА России
4) ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ШЕЙВИНГОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ГЛУБОКОМ ИНФИЛЬТРАЦИОННЫМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

АБСТРАКТ

Эндометриоз — это доброкачественное заболевание, определяемое как наличие функционального эндометриальной ткани вне матки.

Эндометриоз является распространенным гинекологическим заболеванием. Наиболее сложной для диагностики и лечения проблемой является глубокий инфильтративный эндометриоз (ГИЭ). К наиболее частым симптомам относятся диспареуния, хроническая тазовая боль (ХТБ), боли при акте дефекации, перемежающиеся боли при мочеиспускании, бесплодие, и это затрагивает прежде всего женщин в репродуктивном возрасте. Точная распространенность данной болезни не известна, но считается, что она колеблется от 5 до 10% но может достигать 20-50% у бесплодной, женской популяции [10]. Ввиду высокой технической сложности операций по поводу ГИЭ, трудностях в диагностике на предоперационном этапе требуется дифференцированный подход к пациенткам с данным заболеванием [12].

РЕЗЮМЕ

В период с 01 января 2013 года по 31 декабря 2017 года на базах отделения гинекологии Клинической больницы № 2 Акционерного общества «Группа компаний «Медси», отделения гинекологии Федерального бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница гражданской авиации» было прооперировано 917 пациенток по поводу наружного эндометриоза. Проанализированы результаты лечения в случаях вовлечения кишечника в эндометриозидный процесс (215 случаев). Рассматривались следующие варианты лечения: ректальный шейвинг, удаление очага до слизистого слоя кишки, дисковидная и циркулярная резекция кишки. Оценивались частота и характер осложнений в послеоперационном периоде по классификации Clavien–Dindo, субъективная оценка болевого синдрома, кишечных симптомов пациенток до и после операции. Установлено, что возникновение послеоперационных осложнений не связано с применением какой-либо из хирургических техник. Радикальное лечение глубокого инфильтративного эндометриоза, включающее в себя резекцию толстой кишки, необходимо и оправдано, так как приводит к купированию симптомов, улучшению качества жизни. Подобные операции должны выполняться компетентными специалистами в специализированных центрах, что позволит снизить количество послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания. Отмечены случаи

интраоперационного выявления эндометриоза кишечника при проведении экстренных и плановых операций, при которых масштаб патологического процесса был недооценен в ходе предоперационной диагностики. В таких случаях целесообразно выполнять окончательный объем операции (резекцию кишки) вторым этапом после дополнительного обследования (колоноскопия, магнитно-резонансная томография органов малого таза) и проведения медикаментозной терапии (диеногест, агонисты гонадотропин рилизинггормона). Такая тактика позволяет уменьшить травматизацию тканей, уменьшить объем иссеченной части органа, минимизировать риски интра- и послеоперационных осложнений [11] [12].

Ключевые слова: эндометриоз, глубокий инфильтративный эндометриоз, эндометриоз кишечника, радикальная операция, лапароскопия, резекция кишки, уретероцисто-анастомоз.

ABSTRACT

Endometriosis is a benign disease, defined as the presence of functional endometrial tissue outside the uterus. Endometriosis is a common gynecological disease. The most difficult for diagnosis and treatment problem is deep infiltrative endometriosis (GIE) of the intestine. The most common symptoms include dyspareunia, chronic pelvic pain (CTB), pain in the act of defecation, intestinal symptoms and infertility, and this affects primarily women in their reproductive years. The exact prevalence of this disease is unknown, but it is believed that it varies from 5 to 10% but can reach 20-50% in a barren, female population. Due to the high technical complexity of (GIE) operations, difficulties in diagnosis at the preoperative stage require a differentiated approach to patients with this disease.

SUMMARY

Over 01 January 2013 to 31 December 2017 period, 917 patients were operated for external endometriosis at the gynecology department of Clinical Hospital № 2 by «Medsi group» Joint Stock Company and the gynecology department of Federal Budgetary Institution «Central Clinical Hospital of Civil Aviation». The results of treatment on the basis of 215 cases of the bowel endometriosis were analyzed. Such treatment options as rectal shaping, mucosal skinning, discoid and circular resection of the bowel were considered. The frequency and nature of postoperative complications in the Clavien–Dindo classification, subjective assessment of pain syndrome, and intestinal symptoms of patients before and after surgery were evaluated. It was found that the occurrence of postoperative complications is not associated with the implementation of any of the surgical techniques. Definitive treatment of deep infiltrative endometriosis, including resection of the bowel, is reasonably necessary, because it leads to reversal of symptoms, improvement of health-related quality of life. Such operations should be performed by qualified specialists and in specialized centers, which results in the reduction of the number of postoperative complications, relapses of the disease. There are identified the cases of intraoperative detection of bowel endometriosis in the course of emergency surgical interventions and planned operations, if the scale of the pathological process was underestimated during preoperative diagnosis. It is recommended to perform the final volume of the operation (bowel resection) in the second stage after additional examination (colonoscopy, magnetic resonance imaging of pelvic organs) and medical therapy (dienogest, gonadotropin releasing hormone agonists) in such cases.



This approach allows reducing the traumatization of tissue and the volume of the excised part of the organ, as well as minimizing the risks of intra- and postoperative complications.

Key words: endometriosis, deep infiltrative endometriosis, intestine endometriosis, bowel endometriosis, radical operation, laparoscopy, bowel resection, urethrocytoanastomosis.

ВВЕДЕНИЕ

Эндометриоз – это дисгормональный, иммунозависимый и генетически обусловленный патологический процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, морфологически и функционально схожей с эндометрием [1]. По данным статистики, эндометриозом страдает около 10% женщин в мире. В России численность женщин с диагнозом «эндометриоз» составляет около 15 миллионов, а частота его встречаемости неуклонно растет [2, 3]. Наиболее сложной для диагностики и лечения проблемой является глубокий инфильтративный эндометриоз, который характеризуется прорастанием эндометриоидного субстрата на глубину более 5 мм от поверхности пораженной ткани с формированием эндометриоидных инфильтратов [4, 5]. Глубокий инфильтративный эндометриоз поражает крестцово-маточные связки, ректовагинальную перегородку, кишечник и мочевыводящие пути [6]. Частота эндометриоза кишечника составляет от 3 до 37%, чаще всего он поражает прямую (в 13–53% всех случаев эндометриоза кишечника) и сигмовидную (18–47%) кишку. Также в инфильтративный процесс могут вовлекаться тонкая кишка (2–5%), аппендикс (3–18%) [7]. Эндометриоз мочевыводительной системы встречается в 0,3–12% случаев, из них: мочевой пузырь – 80%, мочеточники – 14%, почки – 4% [8]. Глубокий инфильтративный эндометриоз может привести к полному искажению топографии органов малого таза. Следует подчеркнуть, что именно инфильтративная форма эндометриоза хуже всего поддается консервативному лечению. Поэтому «золотым стандартом» лечения глубокого инфильтративного эндометриоза является

хирургическое удаление пораженных тканей [8]. В зависимости от глубины поражения тканей при эндометриозе кишечника могут быть применены различные хирургические тактики [9]:

1. Ректальный шейвинг – очаг глубокого инфильтративного эндометриоза удаляется из мышечного слоя кишки без вскрытия ее просвета. Дефект в стенке кишки может быть ушит или нет, в зависимости от глубины резекции.

2. Удаление очага до слизистого слоя кишки (mucosal skinning) – глубокое иссечение очага эндометриоза вместе с мышечным слоем кишки, оставляя лишь слизистую оболочку. Дефект стенки прямой кишки подлежит обязательному ушиванию в конце процедуры.

3. Дисковидная резекция кишки – заключается в удалении очага эндометриоза из стенки кишечника с иссечением всех ее слоев и вскрытием просвета и последующим ушиванием дефекта. Данный метод используется в случае, если поражена менее чем одна треть окружности кишки.

4. Циркулярная резекция кишки – удаление участка кишки, пораженной эндометриозом, с наложением анастомоза. Целью настоящего исследования являлась оценка целесообразности радикального лечения эндометриоза, рисков послеоперационных осложнений, ближайших результатов лечения, а также оценка технических и профессиональных требований к выполнению сложных хирургических вмешательств по поводу эндометриоза [11] [12].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Было проанализировано 917 операций по поводу наружного эндометриоза, выполненных в период с 01 января 2013 года по 31 декабря 2017

года, на базах отделения гинекологии Клинической больницы № 2 Акционерного общества «Группа компаний «Медси», отделения гинекологии Федерального бюджетного учреждения (ФБУ) «Центральная клиническая больница гражданской авиации». Во всех случаях эндометриоз был подтвержден гистологически. На этапе планирования и подготовки к оперативному вмешательству собирался анамнез заболевания и жизни, проводилось бимануальное ректовагинальное обследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза всем пациенткам. По показаниям при подозрении на инфильтративную форму эндометриоза выполнялись магнитно-резонансная томография, колоноскопия, уретероцистоскопия. Все операции были выполнены лапароскопическим доступом, с участием специалистов, имеющих достаточный опыт миниинвазивной хирургии малого таза. Оценивались: - степень распространенности эндометриоза по классификации Американского общества репродуктивной медицины от I до IV; - частота выявления глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением различных отделов кишечника; - частота выполнения различных методов оперативного лечения при выявлении глубокого инфильтративного эндометриоза кишечника; - наличие осложнений в послеоперационном периоде по классификации Clavien–Dindo [10]; - субъективная оценка болевого синдрома (диспареуния, хроническая тазовая боль, боли при акте дефекации), кишечных симптомов (вздутие живота, нарушение стула во время менструации, ректальное кровотечение) пациентки до и после операции на основании анкетирования, проводимого на повторной консультации гинеколога спустя 3 месяца после операции. Для измерения интенсивности боли использовался тест субъективной самооценки с применением визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), градуированной от 0 (полное отсутствие боли) до 10 см (самая сильная боль, которую можно представить) [11].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациентка Г., 39 лет, поступила в клинику 20.10.17 с диагнозом: наружный распространенный инфильтративный эндометриоз тазовой брюшины с прорастанием в слизистую мочевого пузыря. Стриктура нижней трети правого мочеточника. Уретерогидронефроз справа. Спаечная болезнь органов брюшной полости. Аденомиоз.

Жалобы на периодические тянущие боли в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку, боли при половом акте, учащенное мочеиспускание, слабость.

Фиброколоноскопия: данных за органическую патологию толстого кишечника, в том числе, прямой кишки, не выявлено.

УЗИ верхних мочевыводящих путей: правая почка типично расположена, увеличена в размерах, 14,0 x 5,0 см. Паренхиматозный слой истончен до 8-10 мм. ЧЛС и мочеточник резко расширены, лоханка до 50 мм, чашечки до 35 мм. Правый мочеточник прослеживается до границы средней и нижней трети, расширен до 13мм. Левая почка – без особенностей.

КТ/МРТ

Динамическая сцинтиграфия почек: имеется нарушение секреторно-экскреторной функции правой почки, функциональный вклад правой почки 38%.

Цистоскопия: емкость мочевого пузыря до 250-300 мл. Среда чистая, прозрачная. Устья мочеточников не изменены, щелевидные, находятся в обычном месте на 5,7 часах условного циферблата. По задней стенке в 2-3 см от межмочеточниковой складки практически по средней линии имеется измененный участок до 2-3 см в диаметре вдающийся в просвет с выражено инфильтративно измененной слизистой.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:

Эндовидеохирургическая стойка располагается у края операционного стола «в ногах пациента». Оперирующий хирург для удобства на разных этапах стоит слева и справа от пациента, работает через параллельно установленные



порты. Первый ассистент с противоположной стороны от хирурга, ассистент с камерой стоит за головой пациента. Доступ в брюшную полость осуществляется оптическим троакаром 10 мм в супраумбиликальной области. Карбоксиперитонеум 12 мм рт. ст., пациентка в положение Тренделенбурга. Рабочие троакары по параректальным линиям на уровне оптического троакара - два 5 мм порта, по левой передней аксиллярной 12 мм порт, по правой - 5 мм порт. Расположение троакаров, оборудования, операционной бригады представлено на рисунке (1)



Рис. 1.
Расположение троакаров.

Выполнена лапароскопия на предмет патологии и выявления очагов эндометриоза, объема оперативного вмешательства, комприментации общих и наружных подвздошных артерий, матки и прямой кишки, мочевого пузыря, мочеточников.

Первым этапом была выполнена мобилизация правого мочеточника до уровня перекреста с маточной артерией с последующим его пересечением над зоной стриктуры (рис. 2-4)

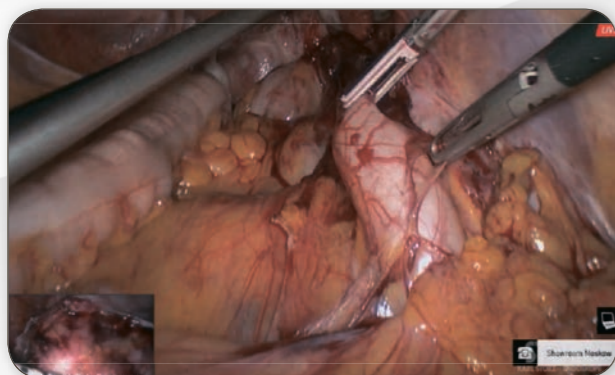


Рис. 2.
Мобилизация правого мочеточника.

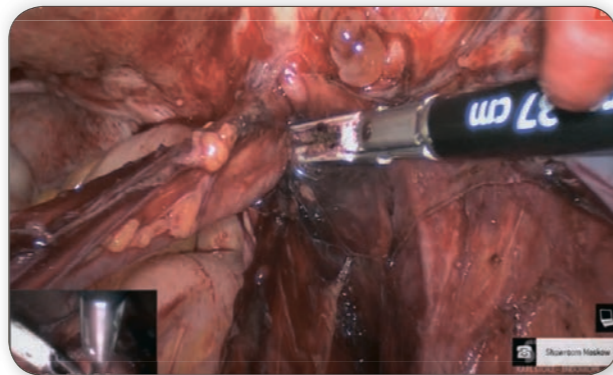


Рис. 3.
Выделение и пересечение правого мочеточника в зоне стриктуры.

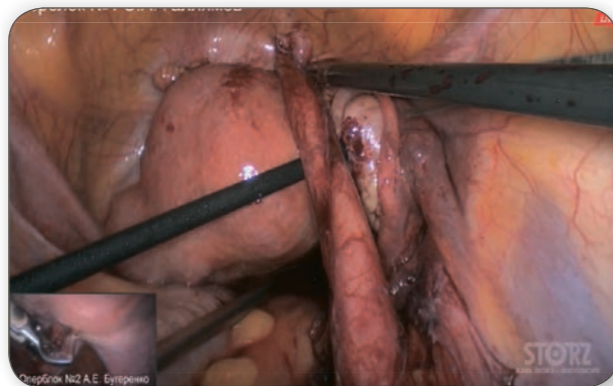


Рис. 4.
Определение мобильности резецированного мочеточника для выполнения дальнейшего уретероцисто-анастомоза.

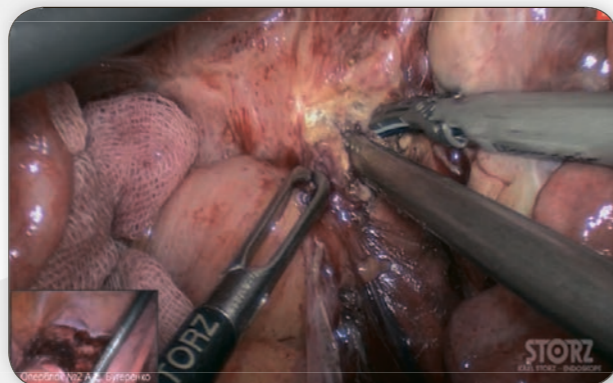


Рис. 5.
Выделение эндометриоидного очага в ректовагинальной клетчатке.

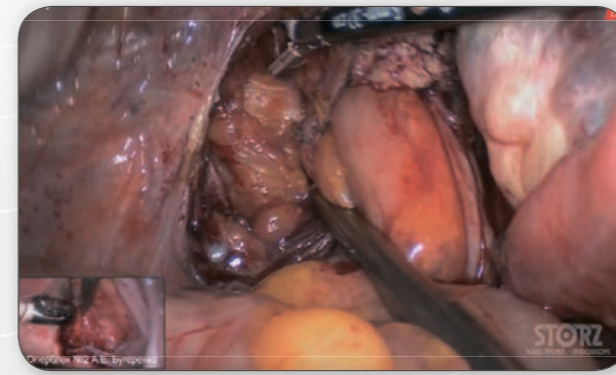


Рис. 5А.
Мобилизация прямой кишки в объеме «под брюшно-промежностную экстирпацию».

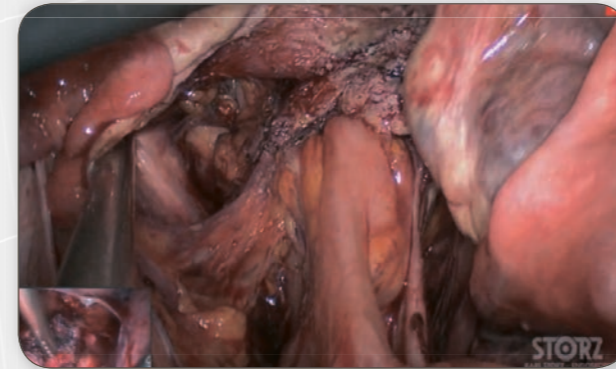


Рис. 5Б.
Мобилизация прямой кишки выполнена.



Рис. 6.
Иссечение эндометриоидного инфильтрата с резекцией пораженной задней стенки свода влагалища.

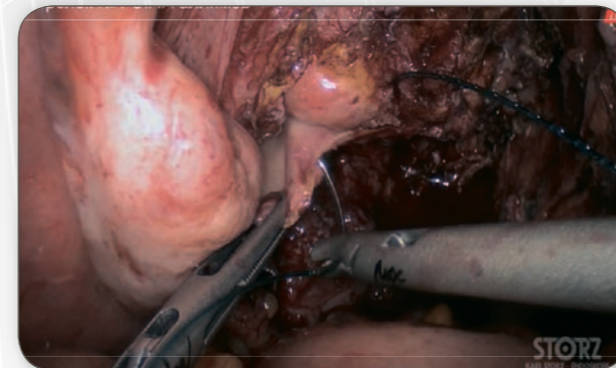


Рис. 6А.
Ушивание дефекта задней стенки свода влагалища, после иссечения эндометриоидного инфильтрата.

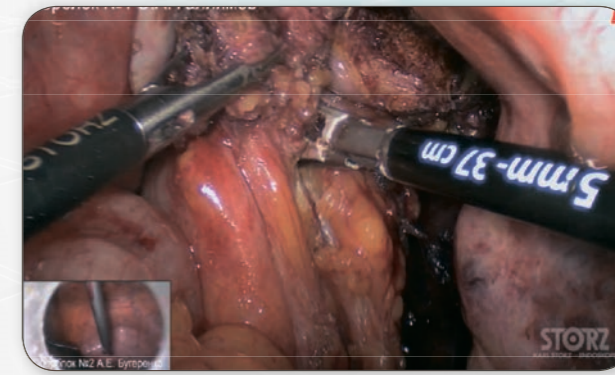


Рис. 7.
Вскрытие мезоректальной клетчатки, резекция эндометриоидного инфильтрата в пределах здоровой ткани прямой кишки - подготовка к этапу «шейвинга»

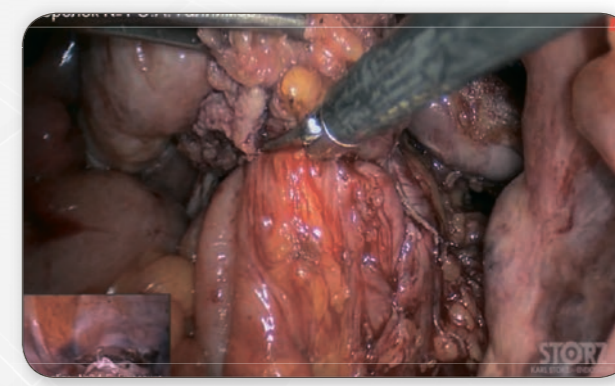


Рис. 8.
Ректальный шейвинг «холодными» ножницами.



Рис. 8А.
«Шейвинг» «холодными ножницами» в пределах мышечного слоя прямой кишки.



Рис. 8Б.
Общий вид прямой кишки после выполнения «шейвинга».

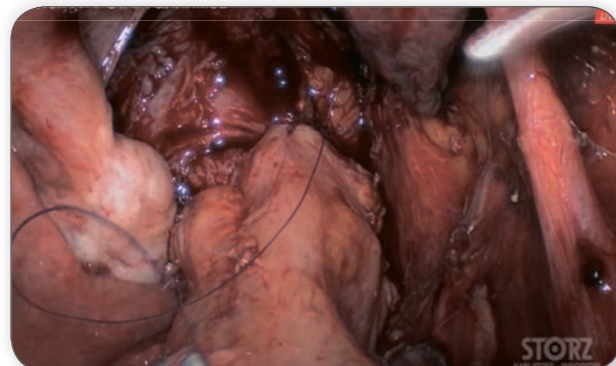


Рис. 8В-3.
Перитонизация прямой кишки после шейвинга.



Рис. 8Б-1.
Иссечённый эндометриоидный очаг: инфильтрат из части стенки прямой кишки и задней стенки свода влагалища (общий вид).

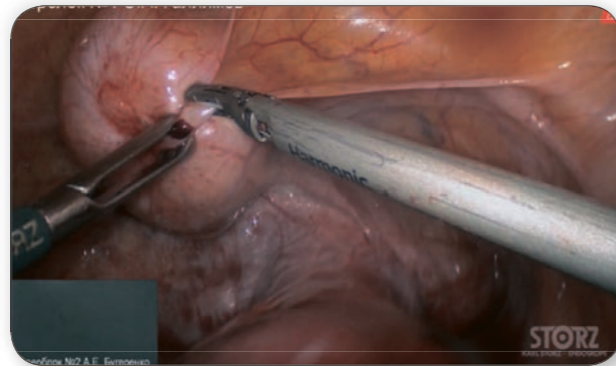


Рис. 9А.
Иссечение эндометриоидного очага с резекцией пораженной задней стенкой мочевого пузыря.

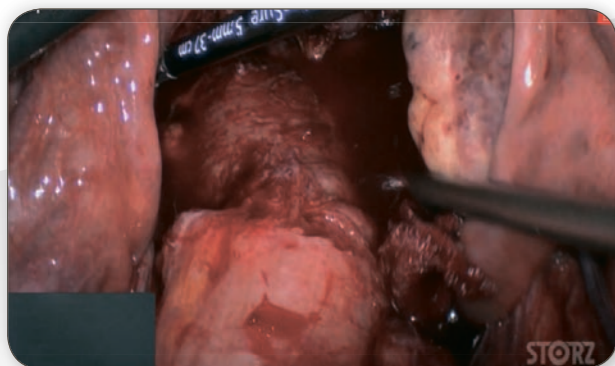


Рис. 8В-1.
Водно-воздушный тест (bubble test).



Рис. 9Б.
Иссечение эндометриоидного очага с резекцией пораженной задней стенкой мочевого пузыря (мочевой пузырь вскрыт, виден инфильтрат в просвете)



Рис. 8В-2.
Водно-воздушный тест (bubble test) – просвет кишки не вскрыт, герметичен.

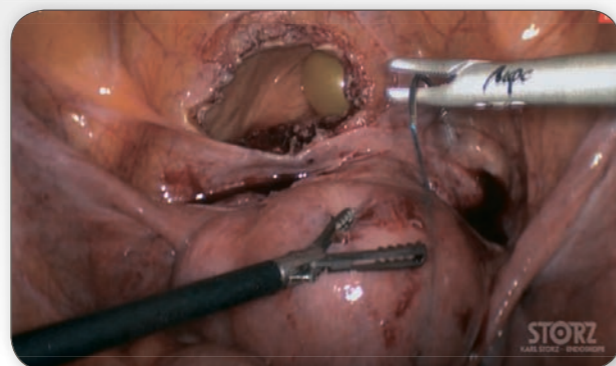


Рис. 9В.
Общий вид мочевого пузыря после резекции.

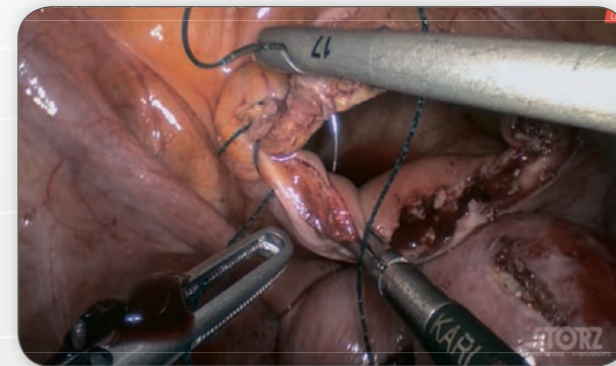


Рис. 9С.
Ушивание дефекта мочевого пузыря, подготовка к уретероцисто-анастомозу.

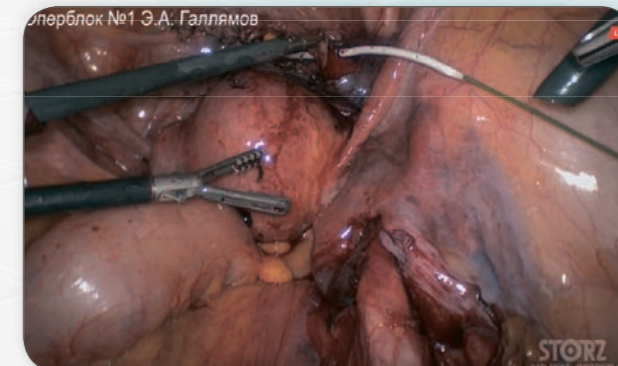


Рис. 13.
Проведение мочеточника по внебрюшинному тоннелю.

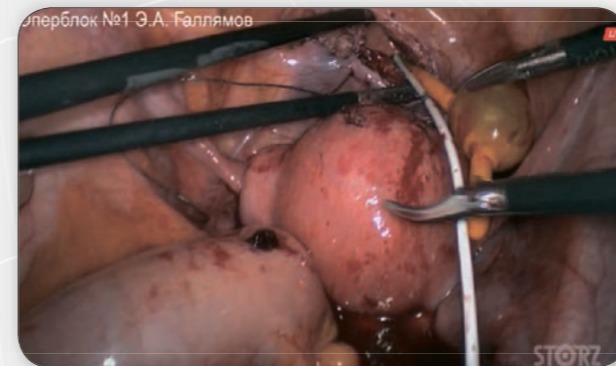


Рис. 10.
Проведение внутреннего мочеточникового стента через уретру.

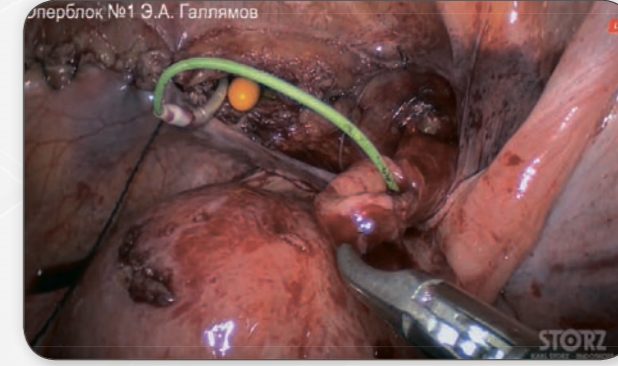


Рис. 13А.
Трансуретральное проведение струны проводника с последующей установкой внутреннего мочеточникового стента в мочеточник.

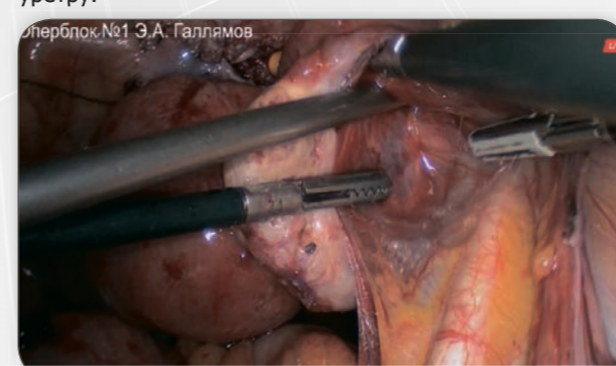


Рис. 11.
Формирование внебрюшинного тоннеля для мочеточника между брюшиной и стенкой таза.



Рис. 13Б.
Внутренний мочеточниковый стент установлен.



Рис. 12.
Спатуляция мочеточника ~ 2.0 см по медиальному краю.

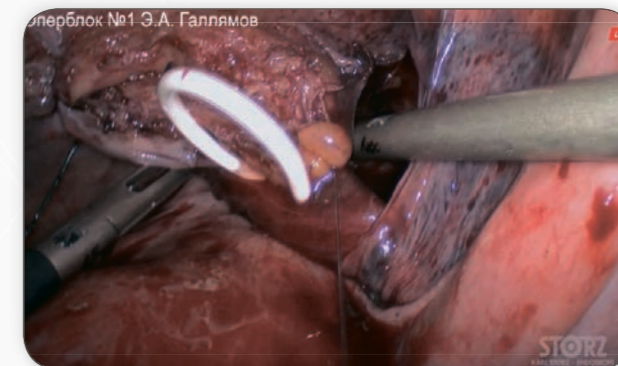


Рис. 14.
Первый этап формирования уретероцисто-анастомоза непрерывным швом (формирование задней губы)

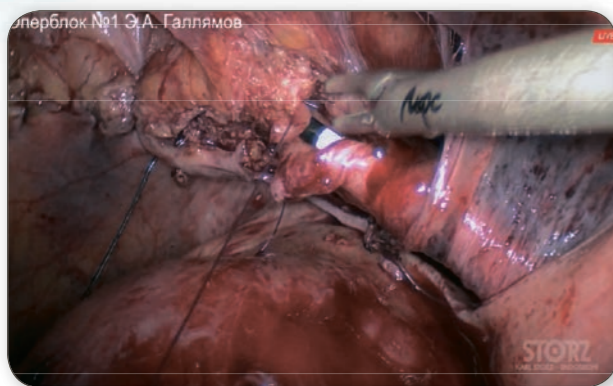


Рис. 14А.
Непосредственно выполнение самого уретероцисто-анастомоза (передняя губа).

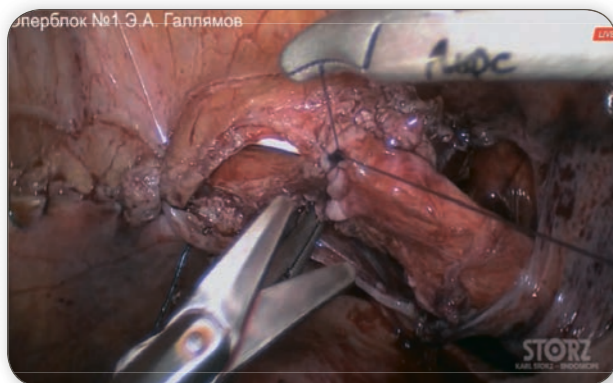


Рис. 14Б.
Финальный этап уретероцисто-анастомоза с последующим ушиванием дефекта мочевого пузыря.

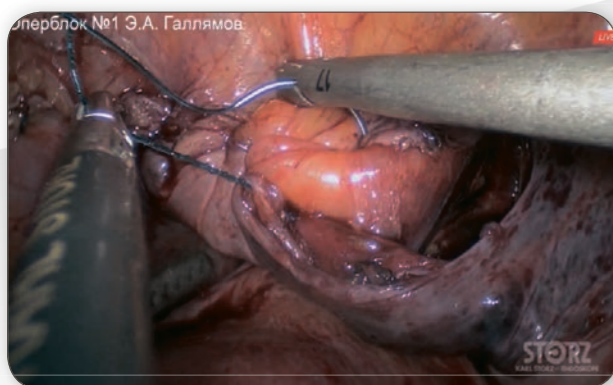


Рис. 15.
Антирефлюксная защита – формирование муфты за счет дубликатуры из стенки мочевого пузыря.

ИТОГ ОПЕРАЦИИ

Выполнено: Лапароскопия иссечение и коагуляция очагов ретроцервикального эндометриоза с резекцией задней стенки свода влагалища. Ректальный шейвинг прямой кишки. Резекция мочевого пузыря. Уретерovesикоанастомоз. Время операции составило 140 минут, кровопотеря 150 мл.

Ранняя активизация пациентки и отсутствие ранних послеоперационных осложнений позволило перевести из реанимации в палату через 12 часа. Общая госпитализация в стационаре составила 7 дней.

ВЫВОДЫ

- У пациенток с наружным эндометриозом высока вероятность вовлечения в эндометриозный инфильтративный процесс различных отделов кишечника, следовательно, для выбора оптимальной хирургической тактики необходимо тщательное предоперационное обследование пациенток, включающее в себя колоноскопию, магнитно-резонансную томографию органов малого таза.

- Возникновение послеоперационных осложнений не связано с применением какой-либо из хирургических техник. Радикальное лечение глубокого инфильтративного эндометриоза, включающее в себя резекцию толстой кишки, необходимо и оправдано, так как приводит к купированию симптомов, улучшению качества жизни и снижению рецидивов заболевания.

- Подобные операции должны выполняться компетентными специалистами и в специализированных центрах, что позволит снизить количество послеоперационных осложнений, количество рецидивов заболевания.

- В случаях интраоперационной диагностики распространенного эндометриоза с выраженным спаечным процессом и вовлечением в эндометриозный инфильтрат кишечника при проведении экстренных оперативных вмешательств целесообразно разделить операцию на 2 этапа. Первым этапом необходимо выполнить разделение спаек, удаление четко визуализируемых очагов эндометриоза, максимально восстановить анатомию органов малого таза, не выполняя при этом резекцию кишечника. Вторым этапом в плановом порядке после обследования, подготовки кишечника и проведения медикаментозного лечения эндометриоза (диеногест, агонисты гонадотропин рилизинг- гормона) в течение 2–3

месяцев проводится радикальная операция (резекция кишечника). Данная хирургическая тактика позволяет уменьшить травматизацию тканей, уменьшить объем иссеченной части органа, минимизировать риски интра- и послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авраменко Н.В. Эндометриоз: патогенез, классификация, диагностика, современные аспекты терапии. Патология. 2014;2(31): 4–11.
2. Жордания К.И., Паяниди Ю.Г., Сонова М.М., Савостикова М.В., Баринов В.В., Калиничева Е.В. Эндометриоз и рак яичников. Продолжение темы. Онкогинекология. 2015;2:16–24.
3. Манухин И.Б. Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология: клинические лекции. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
4. Чапрон С. Глубокий инфильтрирующий эндометриоз: диагностика и терапевтические стратегии. Репродуктивная эндокринология. 2011;1:70–76.
5. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение. М.: Медицинское информационное агентство; 2008.
6. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. М.; 2013. Доступно по: <https://mz19.ru/upload/iblock/b7b/endometrioz.pdf>. Ссылка активна на 22.02.2017.
7. Попов А.А., Слободянюк Б.А., Мананникова Т.Н., Федоров А.А., Чантурия Т.З., Барто Р.А. Роль ретроцервикального эндометриоза в генезе бесплодия. Клинический случай и обзор литературы. Русский медицинский журнал. 2014;14:1070.
8. Milone M., Vignali A., Milone F., Pignata G., Elmore U., Musella M., De Placido G., Mollo A., Fernandez LM., Coretti G., Bracale U., Rosati R. Colorectal resection in deep pelvic
9. Trippia C.H., Zomer M.T., Terazaki C.R., Martin R.L., Ribeiro R., Kondo W. Relevance of imaging examinations in the surgical planning of patients with bowel endometriosis. Clin. Med. Insights. Reprod. Health. 2016;10:1–8. doi: 10.4137/CMRH.S29472.
10. Meuleman C, Vandenabeele B, Fieuws S, Spiessens C, Timmerman D, D'Hooghe T. High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners. Fertil Steril. 2009;92:68–74. DOI:10.1016/j.fertnstert.2008.04.056
11. УДК: 618.1-089+618.181+616.351 ГЛУБОКИЙ ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ Галлямов Э. А, Аминова Л. Н., Насырова Н. И., Мурзина А. Г., Загайнов Е. В.
12. Laparoscopic surgery with urinary tract reconstruction and bowel endometriosis resection for deep infiltrating endometriosis Yoshiaki Ota, Masaaki Andou1 & Ikuko Ota. DOI: 10.1111/ases.12464

А.Е. Санжаров, Э.А. Галлямов,
К.А. Прохоренко, И.Ю. Копытова.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРОТЯЖЁННЫХ СТРИКТУР: ПЛАСТИКА НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫМ ОТРОСТКОМ. (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

РЕЗЮМЕ

Коррекция протяжённых стриктур мочеточников одна из наиболее актуальных проблем в современной урологии.

Причинами протяжённых стриктур являются повреждения мочеточников, полученные в результате эндоскопических и гинекологических операций, различных инструментальных процедур, травм, мочевого инфекций, периуретерита, лучевого поражения (1)

Протяжённое поражение мочеточника снижает возможность проведения реконструкции мочевого тракта местными тканями, что обрекает пациента на пожизненное ношение мочевого дренажа, либо на проведение органосохраняющей операции (нефрэктомии) (2, 4)

Важным этапом развития оперативной урологии стало внедрение в клиническую практику операций по замещению мочеточника различными сегментами желудочно-кишечного тракта. (2, 3, 4)

В настоящее время всё чаще привлекает к себе внимание такая интересная операция как реконструкция нижней трети мочеточника червеобразным отростком с выкроенной площадкой из купола слепой кишки, но, несмотря на повышенный интерес хирургов к этой операции – она относится к разряду редких.

Ключевые слова: протяженные стриктуры мочеточников, аппендикоуретропластика.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациент П, 1950 года рождения, госпитализирован 01 февраля 2017 г в урологическое отделение ФГБУ ФНКЦ ФМБА России с жалобам на наличие нефростомического дренажа.

Из анамнеза – страдает мочекаменной болезнью в течение 15-ти лет с постоянными рецидивами. В июле 2016 года - резекция нижнего полюса правой почки по поводу почечноклеточного рака, уретеролитотомия в верхней трети справа, бужирование протяжённой стриктуры нижней

трети правого мочеточника и установка антистенотозного стента. Антистенотозный стент удалён через 6 недель после бужирования стриктуры нижней трети мочеточника. В декабре 2016 года пациент с приступом правосторонней почечной колики обращается к урологам. По результатам ультразвукового исследования почек – уретерогидронефроз справа (лоханка правой почки - 55 мм, чашечки - 25 мм, правый мочеточник в верхней трети - 10 мм) По данным экскреторной урографии – через 6 часов после введения контрастного вещества – уретерогидронефроз справа до подвздошных сосудов.

С целью восстановления оттока мочи из правой почки, профилактики развития инфекционно-воспалительных осложнений, профилактики прогрессирования гидронефроза выполнена чрескожная пункционная нефростомия справа. Для уточнения уровня и причины обструкции пациенту проведено обследование.



Рис. 1, рис. 2. Антеградная пиелoureteroграфия. Стрелкой обозначено место обструкции правого мочеточника

ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ:

Протяжённая стриктура нижней трети правого мочеточника.

Мочекаменная болезнь: Множественные конкременты правой почки, средней трети правого мочеточника. Вторичный уретерогидронефроз 2 ст справа. Нефростома справа (ЧПНС от 6 декабря 2016 года).

Хронический калькулёзный пиелонефрит, фаза ремиссии.

Рак правой почки T1aN0M0R0 G1.

Учитывая рецидивирующее течение мочекаменной болезни, наличие множественных камней в правой почке, правом мочеточнике, наличие хронического пиелонефрита, проведение радикального лечения опухоли правой почки (органосохраняющей операции), отсутствие эффекта от эндоскопических методов коррекции стриктуры, результатов нефросцинтиграфии (**вклад правой почки 35%**) принято решение о выполнении реконструктивно-пластической операции – лапароскопической пластики мочеточника.

3 февраля 2017 года пациенту выполнено оперативное лечение в объёме лапароскопической изоперистальтической пластики нижней трети правого мочеточника аппендиксом.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Инструменты. Для диссекции и коагуляции использовались инструменты – ультразвуковые ножницы Harmonic (Ethicon Endosurgery), управляемая биполярная коагуляция LigaSure Blant (Covidien), ножницы, диссектор, зажимы, иглодержатель Karl Storz.

Шовный материал. Ушивание дефекта слепой кишки Vicril (Ethicon) 3/0, ушивание аппендикуроуретроанастомоза - биосин 5/0, ушивание цеко-везикоанастомоза - Vicril (Ethicon) 4/0.



1 этап операции – уретероскопия, проведение струны-проводника в почку.

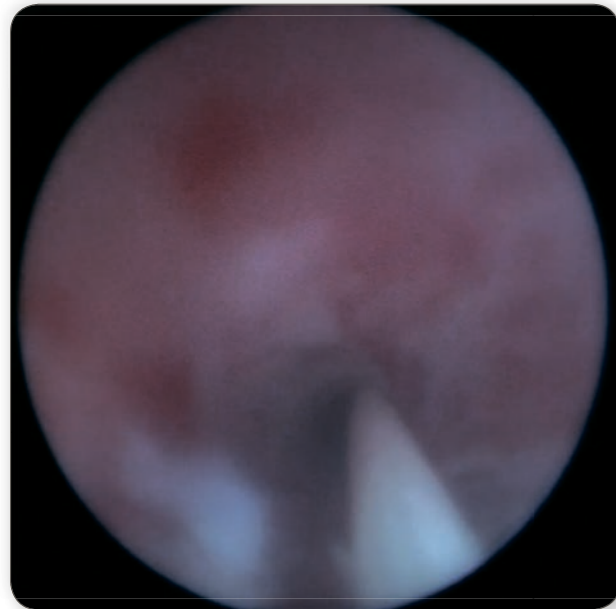


Рис. 3. Уретероскопия.

2 этап операции – диагностическая лапароскопия справа.



Рис. 5. Положение пациента на левом боку под 45 градусов в переразогнутом положении. Расположение портов.



Рис. 4. Рентгеноскопия. Струна-проводник в почке.

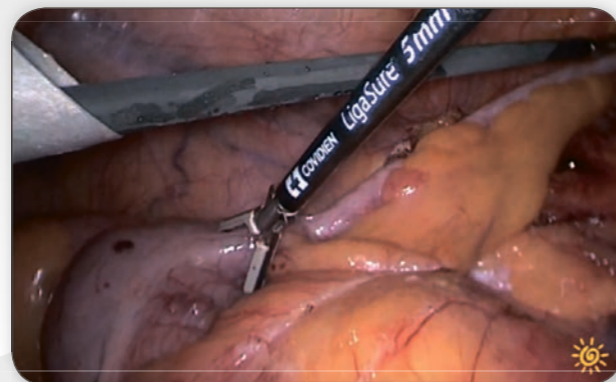


Рис. 6.

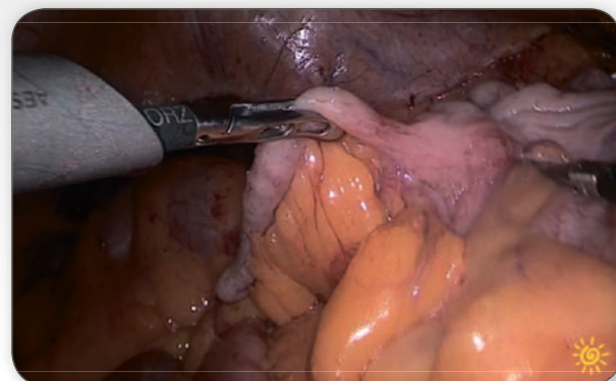


Рис. 7.

Интраоперационно выявлен неизменённый и достаточной длины аппендикс на брыжейке, позволяющей выполнить изоперистальтическое замещение мочеточника червеобразным отростком.

3 этап операции – выделение и пересечение мочеточника, аппендэктомия с частичной резекцией купола слепой кишки с максимальным сохранением брыжейки отростка.

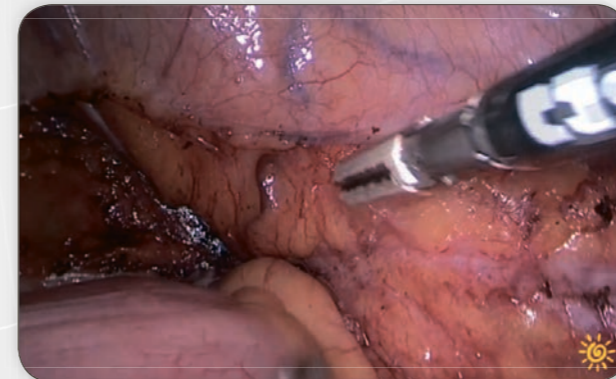


Рис. 8. Выраженный рубцовый парауретеральный процесс. Мочеточник выделен из рубцовой ткани. Мочеточник "замурован" в плотной клетчатке, слои не дифференцируются. Перистальтики мочеточника нет.

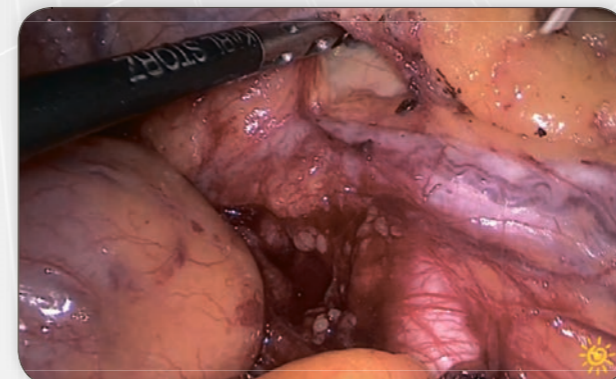


Рис. 9. Мочеточник выделен из рубцовой ткани.

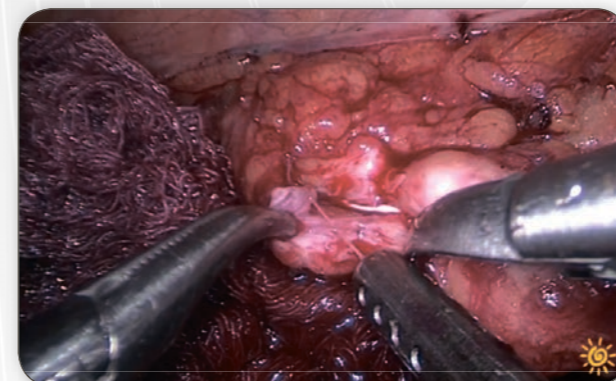


Рис. 10.

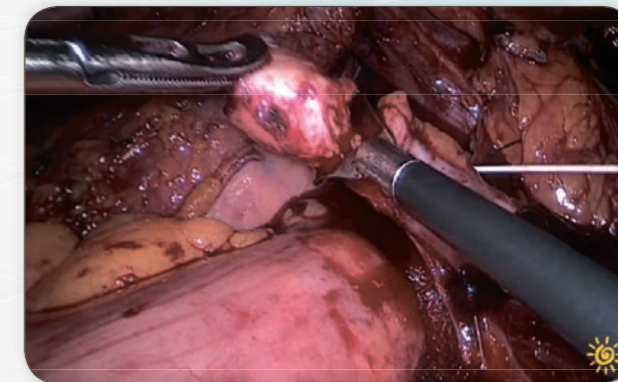


Рис. 11. На уровне общей подвздошной артерии мочеточник пересечен ножницами, ткань - хрящевидной плотности. В просвете - струна. Мочеточник секционно пересечен проксимальнее на + 2 см выше общей подвздошной артерии.

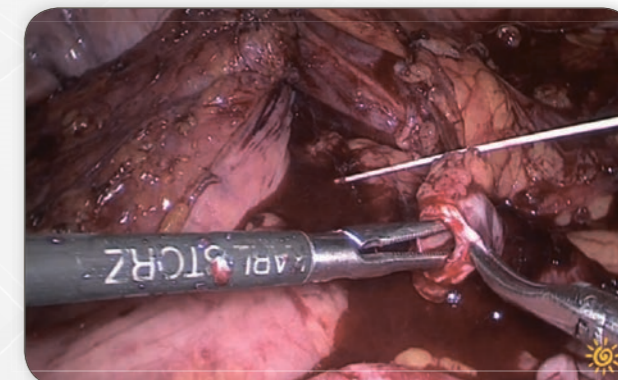


Рис. 12. Стенка толщиной до 3 мм, менее ригидная, хорошо васкуляризированная, удовлетворительно кровотоцит, просвет мочеточника до 5 мм, свободно пропускает 5 мм инструмент.

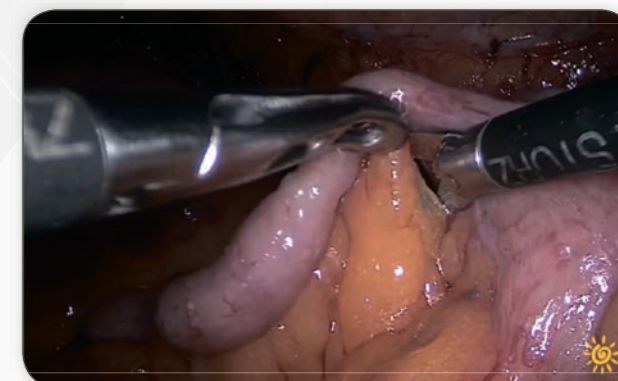


Рис. 13.

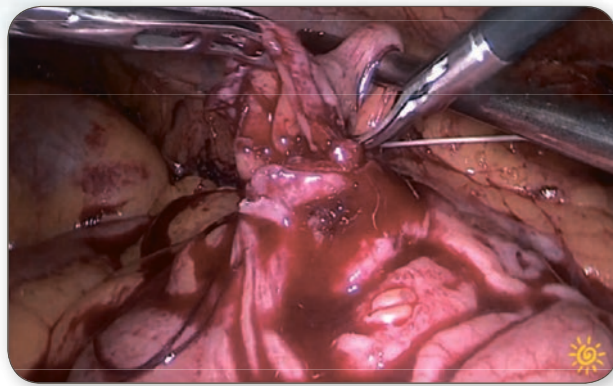


Рис. 14.
Аппендэктомия с частичной резекцией купола слепой кишки с максимальным сохранением брыжейки отростка.

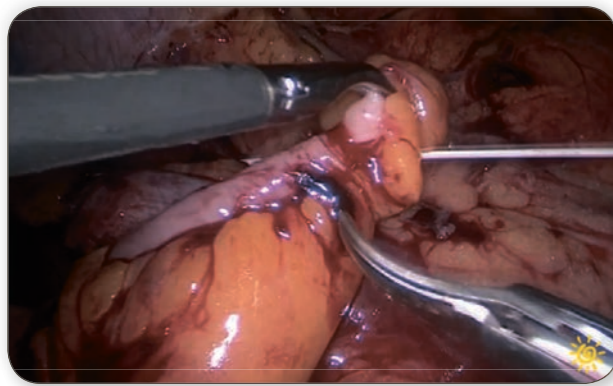


Рис. 15.
Резекция верхушки аппендикса.

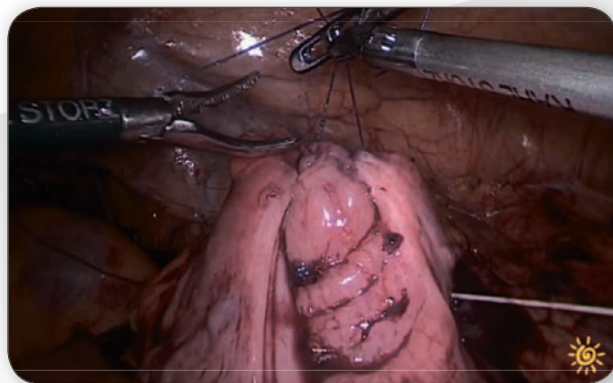


Рис. 16.
Ушивание дефекта слепой кишки.

4 этап операции – фиксация стенки мочевого пузыря к поясничной мышце («psoas-hitch»).

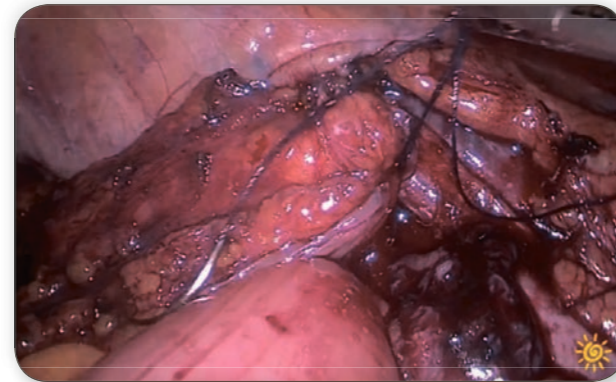


Рис. 17.
«Psoas-hitch».

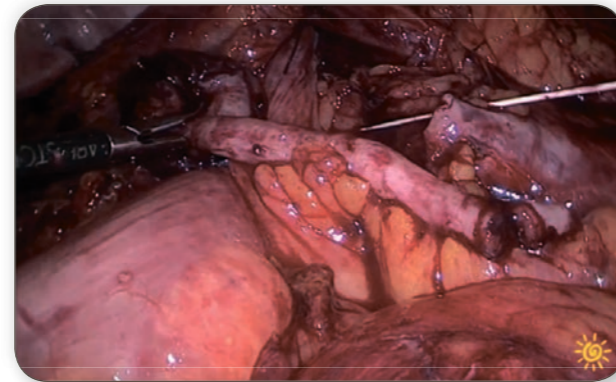


Рис. 18.
Визуализация будущего цековезикоанастомоза.

5 этап операции – формирование «окна» в мочевом пузыре, извлечение струны через «окно» в брюшную полость. Бужирование аппендикса, проведение струны через сформированное «окно», аппендикс и мочеточник в почку.

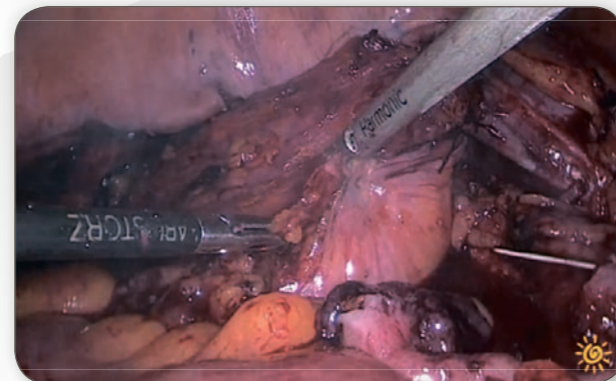


Рис. 19.
Формирование «окна» в мочевом пузыре.

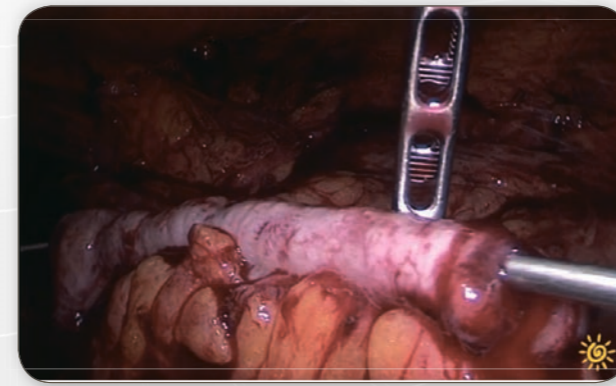


Рис. 20.
Бужирование аппендикса, проведение струны-проводника через сформированное «окно», аппендикс и мочеточник в почку.

6 этап операции – формирование аппендикуретероанастомоза изоперистальтически, проведение стента.



Рис. 21.

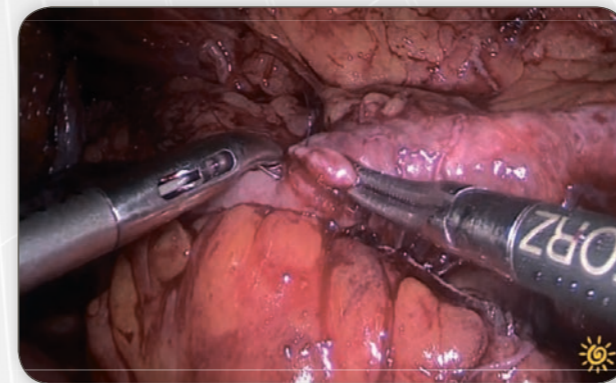


Рис. 22.

7 этап операции – формирование анастомоза между площадкой из купола слепой кишки и мочевым пузырём.

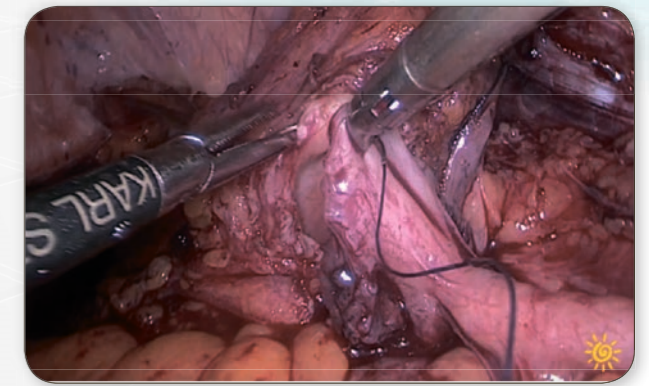


Рис. 23.
Формирование цековезикоанастомоза.



Рис. 24.
Проверка герметичности анастомоза.

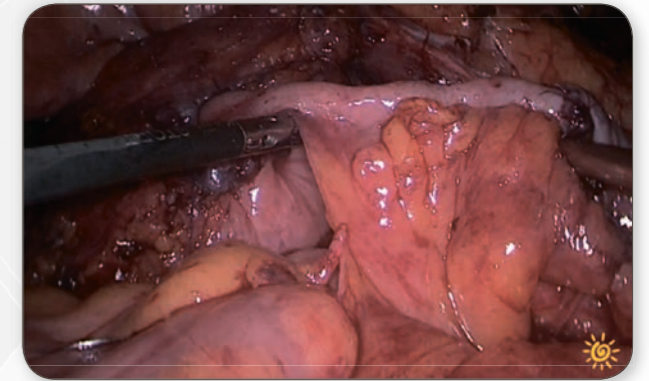


Рис. 25.
Конечный вид анастомозов.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Продолжительность операции 210 минут, кровопотеря 50 мл. Анестезиологическое пособие – эндотрахеальный наркоз. Интраоперационно произведено удаление конкрементов из средней трети правого мочеточника.

Гладкий послеоперационный период. Страховой дренаж из зоны анастомоза удалён на вторые сутки, уретральный катетер удалён на седьмые сутки, нефростомический дренаж перекрыт на



десятые, а в последствии удалён на одиннадцатые сутки. Заживление ран первичным натяжением.

Патоморфологическое исследование удалённой части мочеточника – картина хронического неспецифического воспаления, склеротические изменения стенки мочеточника.

Стент правого мочеточника удалён 25 марта 2017 г. (1,5 месяца после операции).

За период нахождения стента в мочевых путях все оставшиеся в правой почке камни отошли самостоятельно, что характеризует проходимость анастомоза и неомочеточника как удовлетворительную.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ

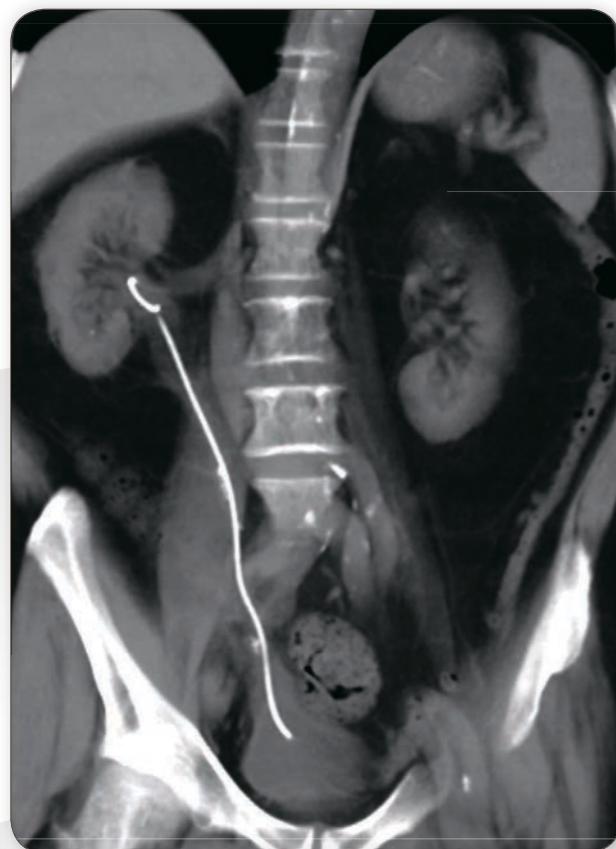


Рис. 26.
Через 1 месяц после операции. Стент в мочевых путях.

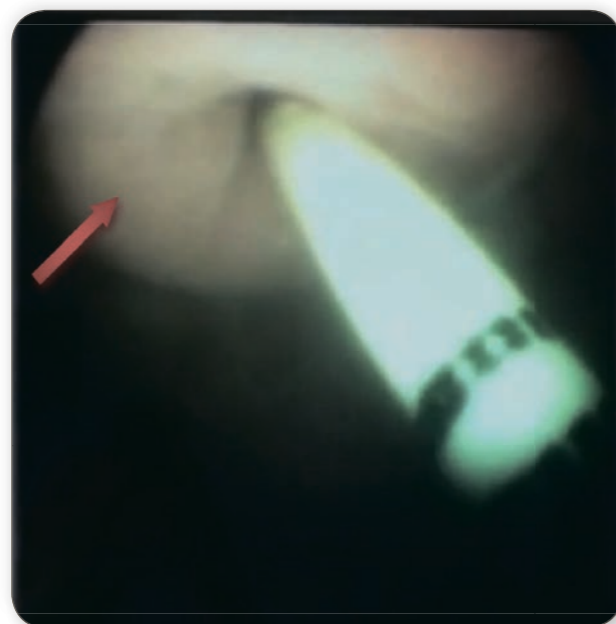


Рис. 27.
Через 1,5 месяца после операции. Артифициальное устье. Стрелкой указана площадка из купола слепой кишки. Произведено удаление стента.

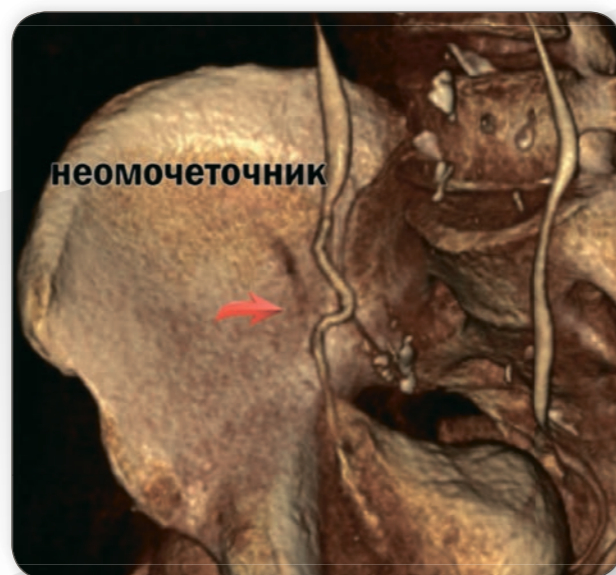


Рис. 28.
Через 3 месяца после операции. КТ-реконструкция.

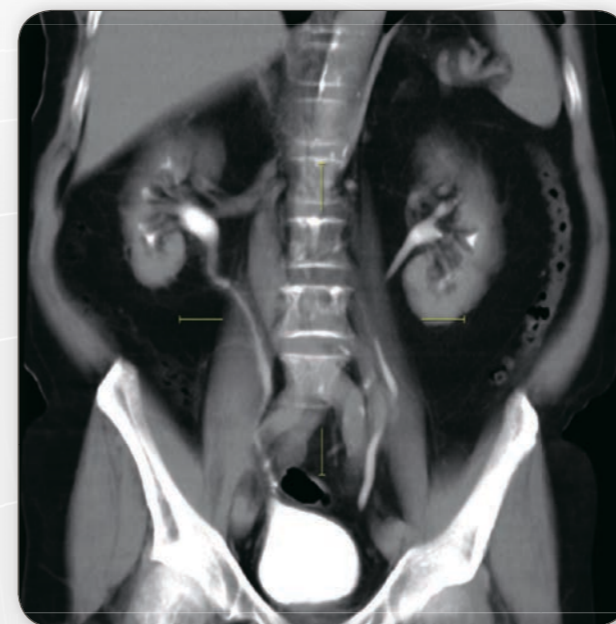


Рис. 29.
Через 10 месяцев после операции КТ-урография. 10 минута после введения Контрастного вещества. Функция обеих почек синхронная, полостные элементы расширены. Нарушения уродинамики справа нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Кишечный сегмент, а именно червеобразный отросток, можно считать хорошим пластическим материалом при замещении поврежденного мочеточника. Неоспоримым преимуществом является то, что аппендикс является ауто тканью и соответствует мочеточнику по диаметру и строению, хорошо васкуляризован, активно перистальтирует, безопасен в отношении электролитных нарушений из-за незначительной абсорбции мочи.

Трансплантатом червеобразного отростка возможно заместить протяжённый дефект мочеточника (более 5 см), когда нет возможности выполнить уретеро-уретероанастомоз конец-в-конец или уретеро-цистоанастомоз. Резекция червеобразного отростка вместе с частью купола слепой кишки обеспечивает формирование широкого аппендицистоанастомоза, что значительно снижает риск стенозирования в зоне анастомоза. Замещение нижней трети мочеточника червеобразным отростком с куполом слепой кишки при протяжённой стриктуре - метод выбора и

альтернатива операции Боари. Для выполнения этой операции необходимы определённые условия, связанные с одной стороны, с анатомо-функциональной составляющей, с другой – с оснащённостью и подготовленностью клиники, большим профессиональным опытом хирургов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Б. К. Комяков, Б. Г. Гулиев Хирургия протяжённых сужений мочеточников. Санкт-Петербург, 2005, стр 147-148
2. Дорофеев С. Я. Кишечная и аппендикулярная пластика мочеточников: Автореф. Дис. Кандидата медицинских наук. СПб., 2007. <http://www.dissercat.com/content/kishechnaya-i-appendikulyarnaya-plastika-mochetochnikov>
3. Комяков Б. Г., Очеленко В. А. Отдалённые результаты аппендикууретеропластики. Урология 2012; номер 6: с 10-15
4. Терпигорьев А. М., Буйлов В. М. Пластика правого мочеточника червеобразным отростком. Урология и нефрология. 1983; 1:58-59.
5. О. Э. Луцевич, Э. А. Галлямов, Н. Б. Забродина, К. С. Преснов, А. Б. Новиков, А. В. Коваленко, И. В. Мещанкин. Лапароскопическая аппендикууретеропластика при уретелиальном раке средней трети мочеточника. Эндохирургия сегодня. Электронный ресурс. <http://endocenter.ru/index.php/9-uncategorised/184>
6. Цуканов И. А. Червеобразный отросток как пластический материал для урологии. Вестник ВолГМУ, 2008 г, выпуск 4, стр 19-21.



Галлямов Э.А. (1), Агапов М.А. (2), Сергеев В.П. (3), Санжаров А.Е. (3), Биктимиров Р.Г. (3), Сальникова С.В. (4), Володин Д.И. (3), Новиков А.Б. (5), Галлямов Э.Э. (3), Гололобов Г.Ю. (1)

1) ПМГМУ
2) МНОЦ МГУ
3) ФМБА
4) КБ №1 (Волынская)
5) ММЦ ЦБ РФ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКЦЕНТЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИНЫ

РЕЗЮМЕ

Для радикального удаления местно-распространенного рака органов малого таза у больных необходимо выполнить комбинированные оперативные вмешательства с резекцией или экстирпацией смежных органов, вовлеченных в опухолевый процесс. В случаях, когда вовлеченные тазовые органы образуют единый опухолевый конгломерат и невозможно обеспечить необходимый радикализм резекцией по границе здоровых тканей, единственно возможным и онкологически обоснованным радикальным вмешательством является экциперация тазовых органов. Описана методика передней экциперации: методика удаления опухолевого конгломерата и реконструктивный этап. Подобные операции должны выполняться компетентными специалистами и в специализированных центрах, что позволит снизить количество осложнений, рецидивов, а также позволит аккумулировать опыт мультиорганных вмешательств, для последующего внедрения их в повсеместную практику.

Ключевые слова: экциперация, экцентерация, лапароскопия, лапароскопическая экциперация таза, местно-распространенный рак.

ВВЕДЕНИЕ

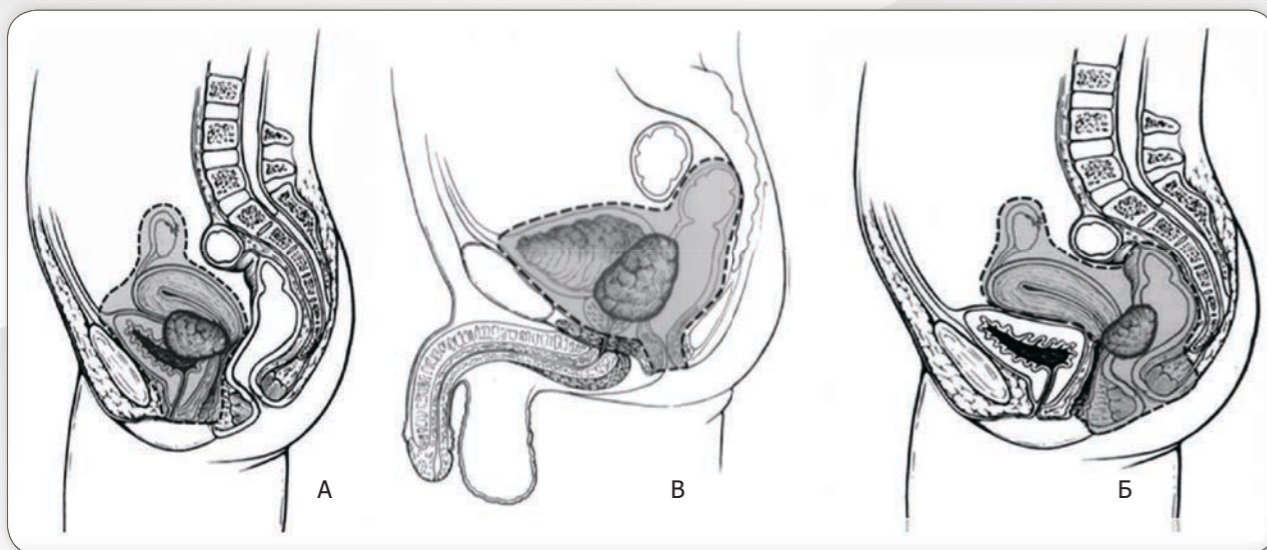


Рис. 1. Виды экципераций. а – передняя, б – задняя, в – тотальная.

По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется до 12 миллионов впервые выявленных злокачественных новообразований, среди которых, 16% образований располагаются в области малого таза [1, 2]. По последним данным, рак шейки матки составляет 15% от всех онкологических заболеваний, колоректальный рак – 9,7%, рак мочевого пузыря – 4,5%, [1, 2, 3, 4]. Не смотря на современные высокотехнологичные методы ранней диагностики онкологических заболеваний и проводимую работу над диспансеризацией населения, количество местно-распространенных опухолей по-прежнему велико. В случае отсутствия отдаленных метастазов, для таких пациентов онкологически оправданным вмешательством является иссечение вовлеченных в опухолевый процесс органов малого таза [5, 6, 9, 12]. Для радикального удаления местно-распространенного рака органов малого таза у больных необходимо выполнить комбинированные оперативные вмешательства с резекцией или экстирпацией смежных органов, вовлеченных в опухолевый процесс. В случаях, когда вовлеченные тазовые органы образуют единый опухолевый конгломерат и невозможно обеспечить необходимый радикализм резекцией по границе здоровых тканей, единственно возможным и онкологически обоснованным радикальным вмешательством является экциперация тазовых органов [7, 11]. Экциперацией таза (экцентерацией таза) называют операцию по удалению всех органов малого таза: прямой кишки, мочевого пузыря с тазовыми отделами мочеточников, тазовой брюшины, леваторов, ткани промежности, тазовых лимфоузлов с клетчаткой, матки с придатками, влагалища и вульвы у женщин, предстательной железы и семенных пузырьков у мужчин. Существует разделение экциперации на заднюю, переднюю, тотальную а также по отношению к мышцам леваторов супра и инфра-леваторные (Рис. 1). При передней экциперации удаляют органы и ткани, расположенные кпереди от прямой кишки – мочевой пузырь, матка с придатками, проксимальная часть влагалища,

при задней экциперации – все органы, позади мочевого пузыря – прямая кишка, матка с придатками, верхние отделы влагалища [5, 6, 7, 8, 10].

Традиционно экциперацию выполняют доступом через полную срединную лапаротомию, однако, стремительное развитие современных медицинских технологий, особенно в последние десять лет, позволяет на принципиально новом уровне осуществлять хирургические вмешательства. Внедрение новых биэндовидеоскопических и лапароскопических операций, которые применяются и совершенствуются уже более двадцати лет, позволяют сократить сроки реабилитации пациентов, послеоперационные сроки госпитализации, что является экономически выгодным и целесообразным. Важным моментом является снижение риска развития кишечной непроходимости, гнойных осложнений п/о ран, снижение вероятности развития несостоятельности сформированных анастомозов, а так же косметический эффект эндовидеохирургического вмешательства. На сегодняшний день, преимущества открытой хирургии при мультиорганных вмешательствах – это время оперативного вмешательства и стоимость затрачиваемых расходных материалов. [5, 6,8,13,14].

ЦЕЛИ

Выявить преимущества и недостатки лапароскопической методики экциперации малого таза у женщин.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка А., 41 год, поступила 20.06.2016 г. в стационар с диагнозом мочепузырно-влагалищный свищ, прямокишечно-влагалищный свищ. В 2004 году выявлен рак шейки матки cT2bNxM0, по поводу чего проведена дистанционная лучевая терапия. С декабря 2015 года отмечено подтекание мочи из влагалища, эндоскопически и рентгенологически диагностирован мочепузырно-влагалищный свищ. Попытки консервативного ведения на фоне дренирования



мочевого пузыря без эффекта. С мая 2016 года пациентка стала отмечать выделения кала из влагалища. При обращении к хирургу, осмотре и колоноскопии подтверждено формирование прямокишечно-влагалищного свища. При обследовании в июне 2016 года данных за продолженный рост либо прогрессирование онкопроцесса нет. Учитывая формирование мочепузырно-влагалищного и прямокишечно-влагалищного свища, микроцистита вследствие наличия онкогинекологического заболевания, перенесенного курса лучевой терапии, с целью улучшения качества жизни пациентки и социальной адаптации показано выполнение передней эвисцерации.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Последний прием пищи в 18:00 вечером перед операцией, последний приём жидкости не позднее, чем за 2 часа до операции.

Два монитора располагаются у ног пациента слева и справа, оперирующий хирург на разных этапах стоит слева и справа от пациента, работает через параллельно установленные порты. Первый ассистент с противоположной стороны от хирурга, ассистент с камерой стоит за головой. Вход в брюшную полость осуществляется оптическим троакаром 10 мм на 3-4 см выше пупка. Карбоксиперитонеум 10-12 мм рт. ст., умеренное положение Тренделенбурга. Рабочие троакары по параректальным линиям на уровне оптического троакара - два 5 мм порта, по левой передней аксилярной 12 мм порт, по правой - 5 мм порт. Расположение троакаров, оборудования, операционной бригады представлено на рис. 2.

Далее адгезиолизис, обзорная лапароскопия для выявления отдаленных метастазов и канцероматоза, при выявлении которых вмешательство ограничивается диагностической лапароскопией. Определение резектабельности опухоли и определение объема оперативного вмешательства. При отсутствии отдаленных метастазов, отсутствии выпячиваний по брюшине выше уровня пупка и определении интактности общих и наружных подвздошных артерий, и вен

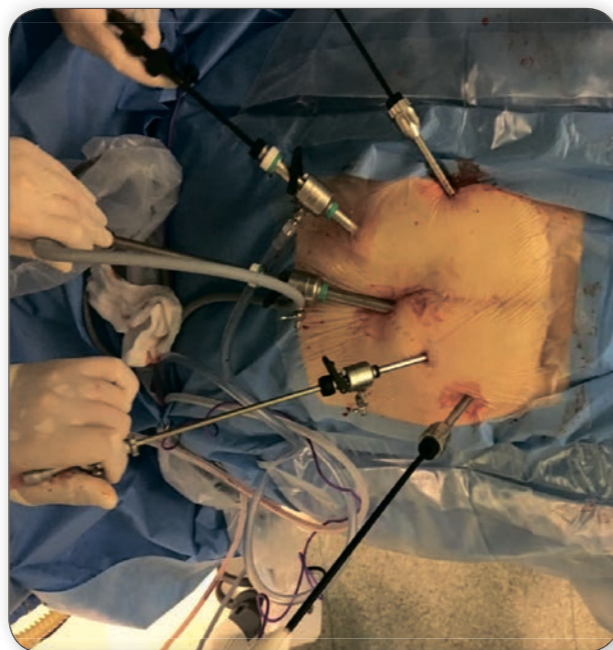


Рис. 2. Расположение троакаров.

случай считается операбельным, и выполняется операция в запланированном объеме.

Первым этапом была выполнена мобилизация матки с придатками, отсечение шейки матки от купола влагалища с последующим удалением из влагалища (рис. 3-5).

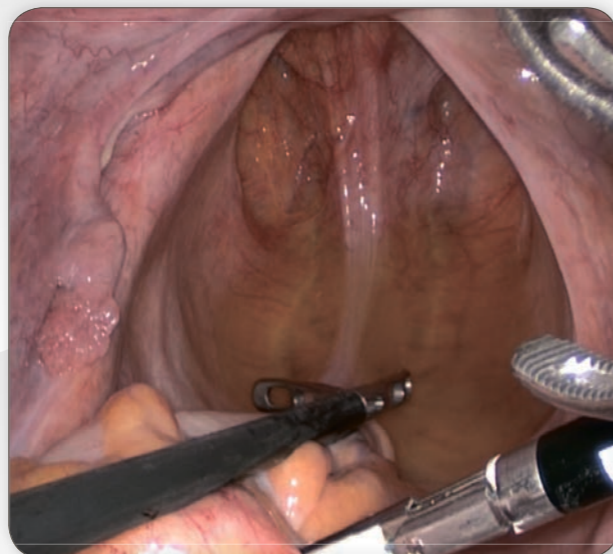


Рис. 3. Обзорная лапароскопия зоны операционного приема.

После визуализации пузырно-влагалищного и прямокишечно-влагалищного свищей, острым путем разобщены задняя стенка влагалища и передняя стенка прямой кишки, края свища прямой кишки иссечены до неизменных тканей.

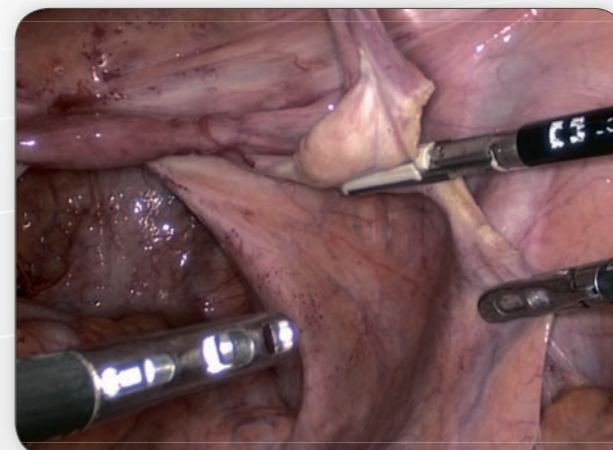


Рис. 4. Мобилизация матки с придатками.

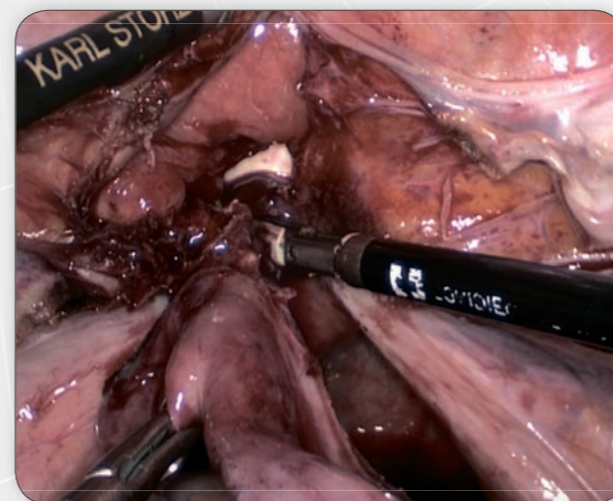


Рис. 5. Отсечение матки от купола влагалища.

Целостность прямой кишки была восстановлена двухрядным викриловым швом 2-0. Выполнена проверка гемостаза, проведёт «Babble» тест (рис 6-14).

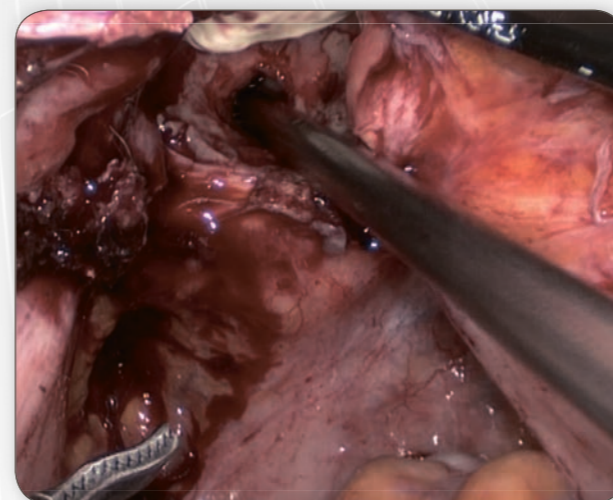


Рис. 6. Визуализация прямокишечно-влагалищного свища.

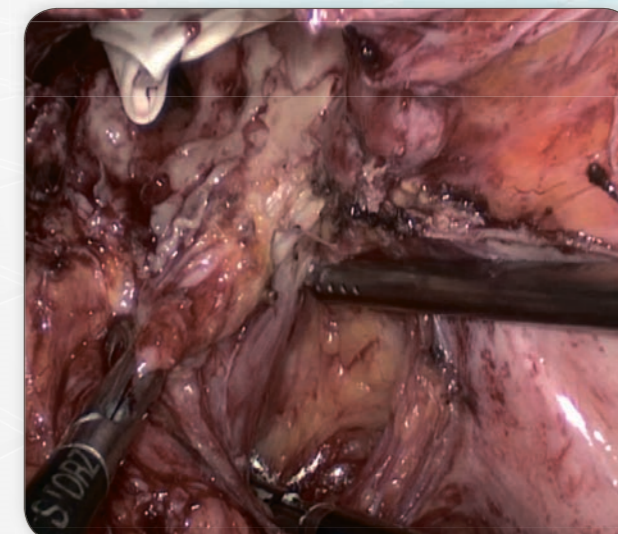


Рис. 7. Мобилизация прямой кишки.

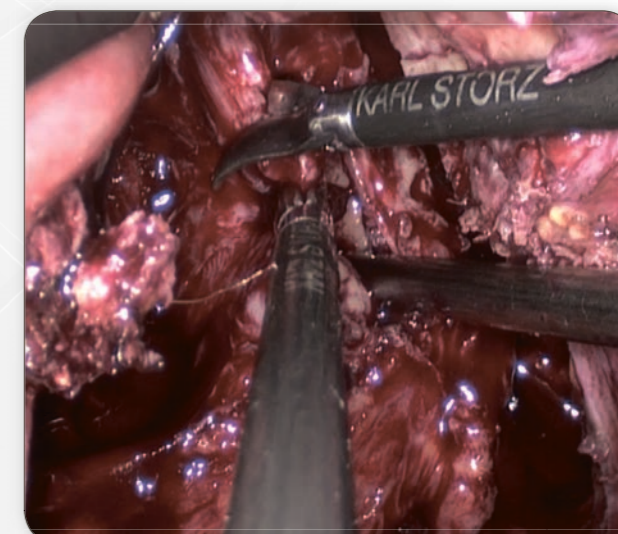


Рис. 8. Иссечение прямокишечно-влагалищного свища.

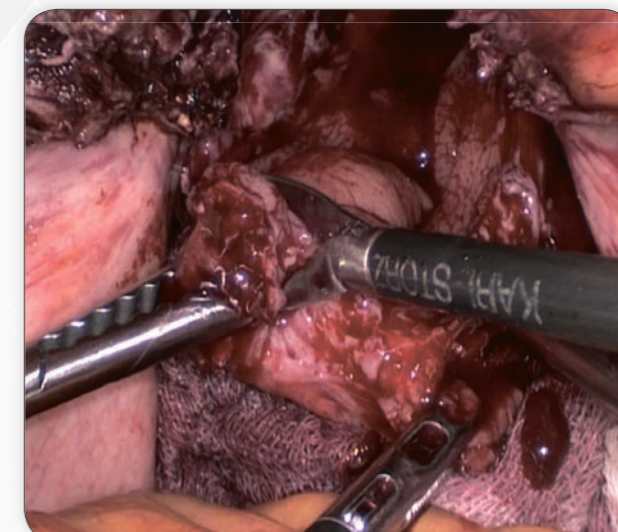


Рис. 9. Иссечение стенок свища прямой кишки.

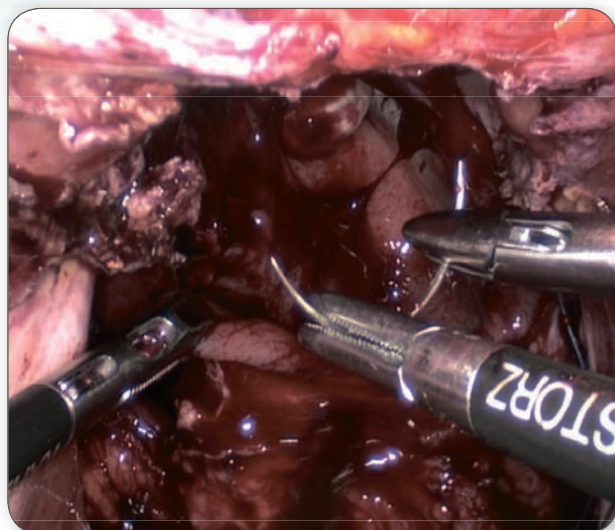


Рис. 10. Наложение первого ряда непрерывного шва на месте дефекта.

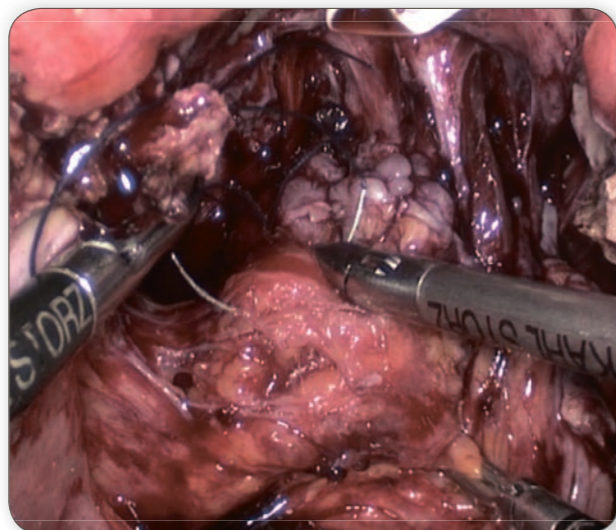


Рис. 13. Наложение второго ряда разгрузочных швов.

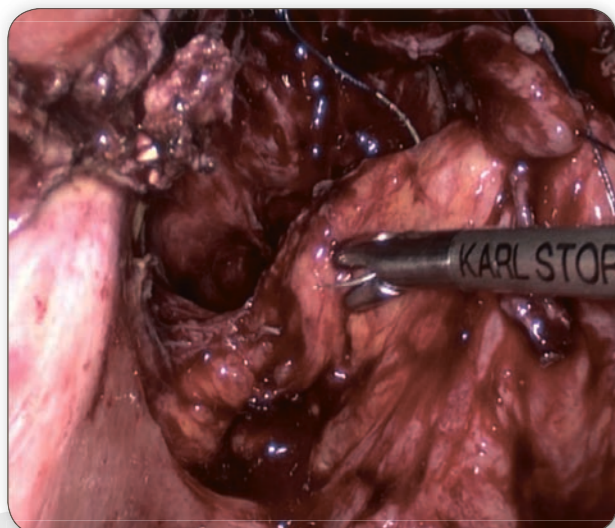


Рис. 11. Наложение первого ряда непрерывного шва на месте дефекта.

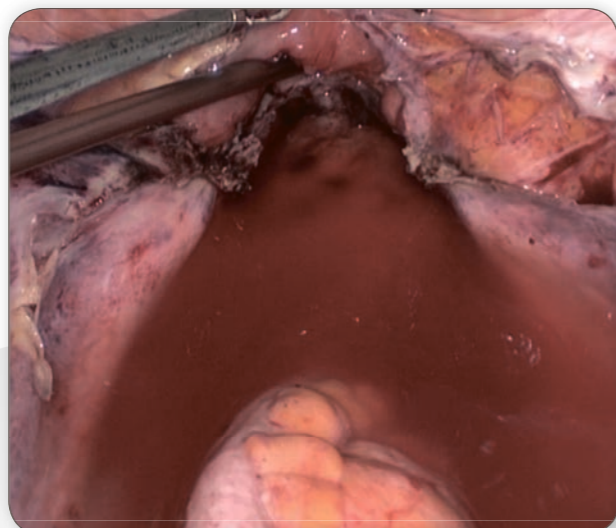


Рис. 14. <<Bubble>> тест.

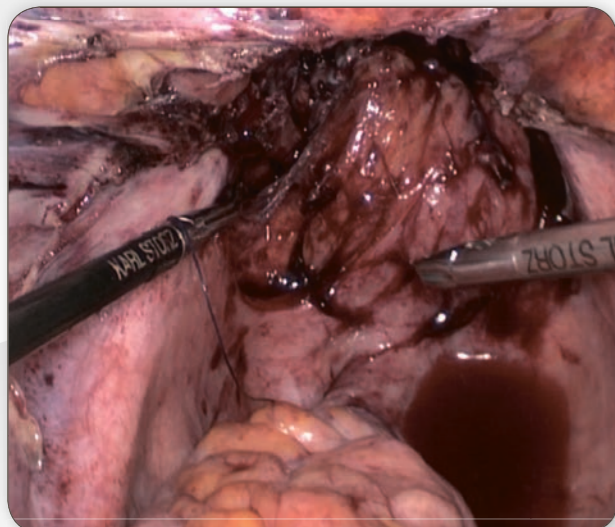


Рис. 12. Наложение первого ряда непрерывного шва на месте дефекта.

Далее выполнена мобилизация мочевого пузыря, отсечены мочеточники пересекаются на уровне юкставезикального отдела, коагулированы пузырьные артерии, мочевой пузырь с куполом влагалища единым блоком отмечены от уретры и преддверия влагалища. Макропрепарат удалён через влагалище. Уретра и дефект влагалища ушиты непрерывной лигатурой Vi-loc 3-0 (рис. 15-21).

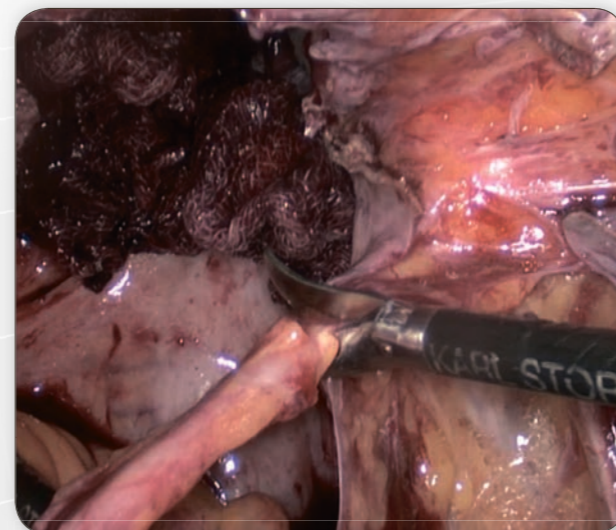


Рис. 15. Мобилизация правого мочеточника.

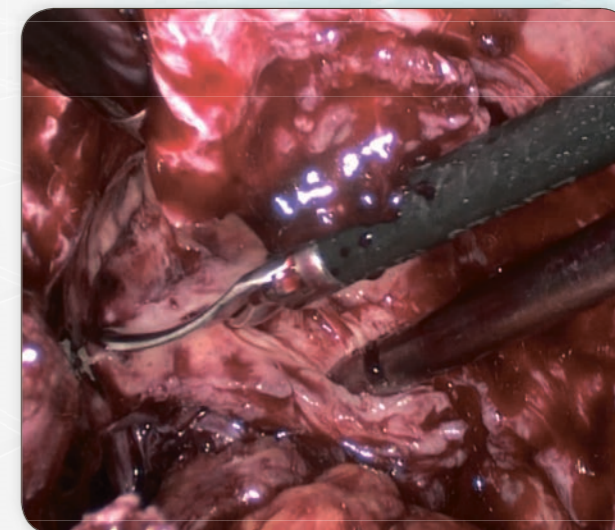


Рис. 18. Резекция купола влагалища.

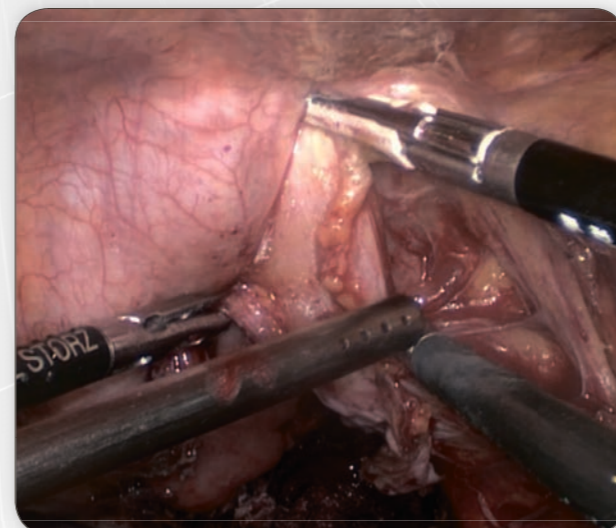


Рис. 16. Выделение мочевого пузыря.

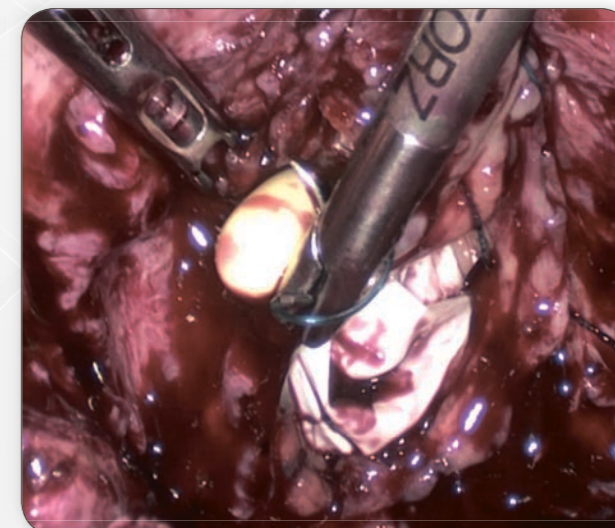


Рис. 19. Ушивание уретры.

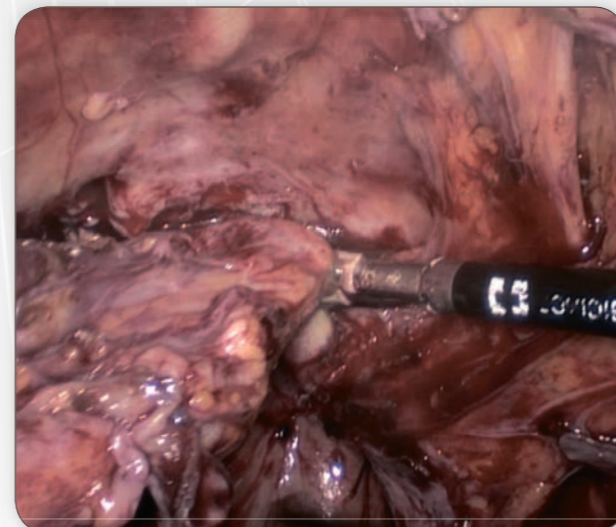


Рис. 17. Выделенный мочевой пузырь.

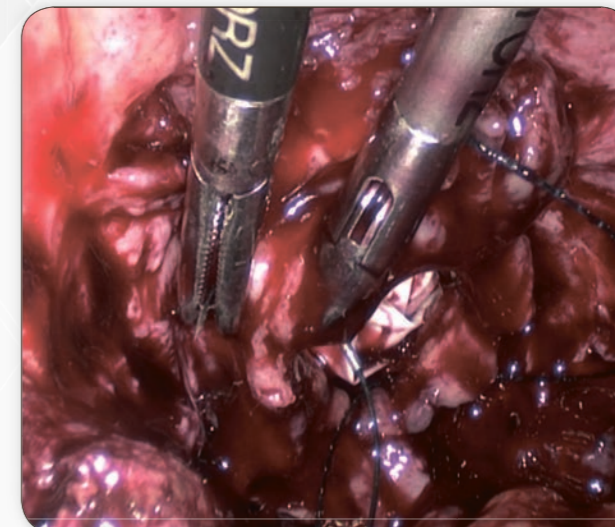


Рис. 20. Ушивание дефекта влагалища.

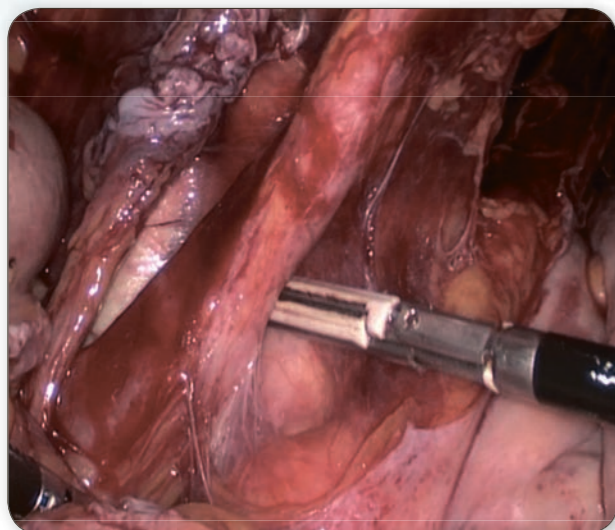


Рис. 21.
Мобилизация левого мочеточника.

Мобилизован сегмент тонкой кишки к 50 см от илеоцекального угла. Наложен аппаратный илео-илео анастомоз бок-в-бок. Переведена культя левого мочеточника за брыжейкой сигмовидной кишки, к дистальному концу илеокондуита. Мочеточник спатулирован по противобрыжеечному краю, выполняется наложение уретерокондуито анастомоза викрилом 4-0. Выведение стента через стому. Аналогичная манипуляция с правым мочеточником. Выполнено формирование илеокондуитоуретероанастомоза. Отводящий конец кондуита выводится на переднюю брюшную стенку справа от пупка с формированием кондуитостомы (операция Bricker) (рис. 22-26).

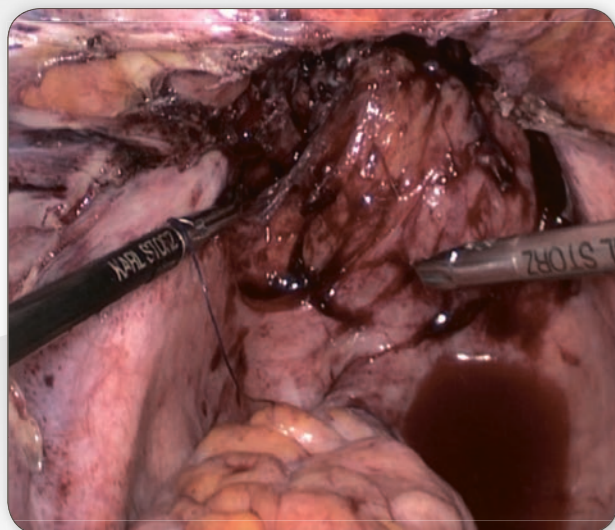


Рис. 22.
Формирование илеокондуита.

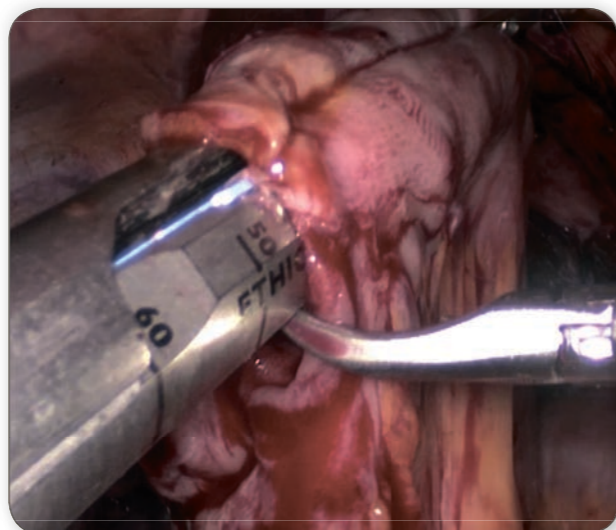


Рис. 23.
Формирование аппаратного илео-илео анастомоза.

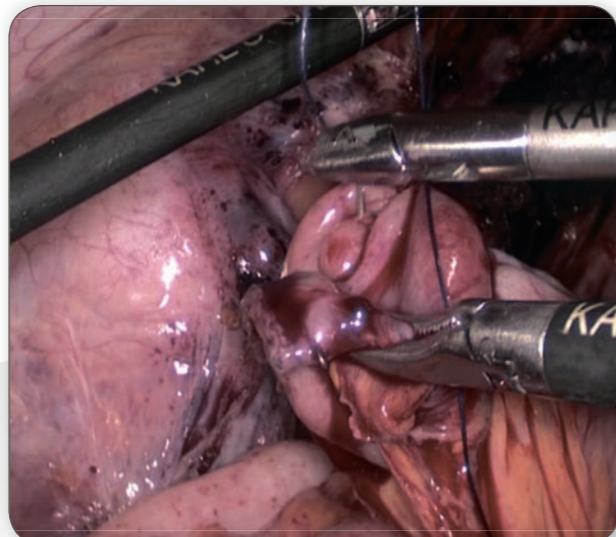


Рис. 24.
Ушивание зоны стояния бранш сшивающего аппарата илео-илео анастомоза.

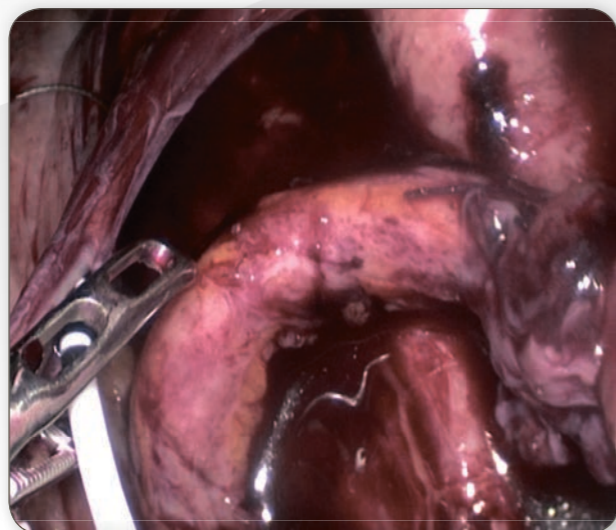


Рис. 25.
Стентирование мочеточников.

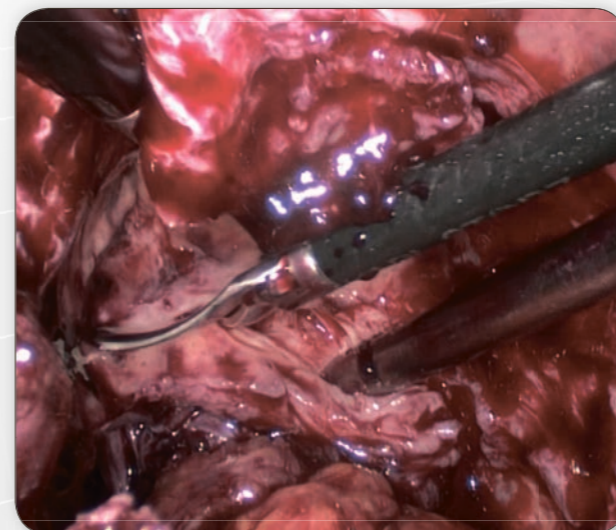


Рис. 26.
Формирование уретерокондуито анастомоза.

Выполнена мобилизации пряди большого сальника и низведение его в малый таз, укрывая переднюю стенку прямой кишки (рис. 27). Дренажирование малого таза ПВХ-дренажом выведенным через троакарное отверстие в правой подвздошной области. Выделена в левой подвздошной области двухствольная сигмостома.

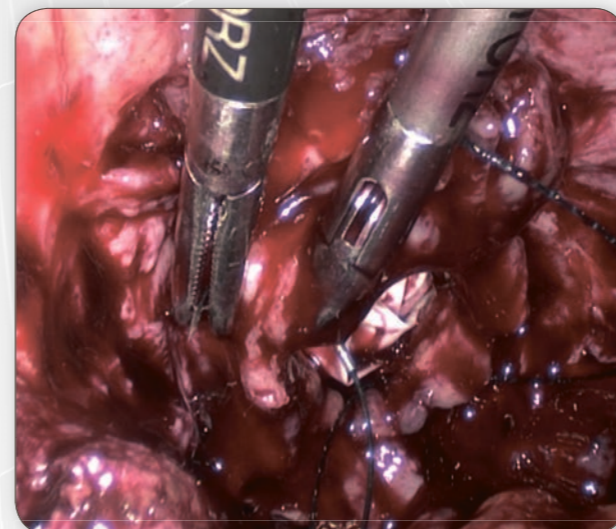


Рис. 27.
Фиксация пряди большого сальника в малом тазу.

Стоит отметить крайне важное значение современных методов гемостаза при мультиорганных лапароскопических резекциях, это, как и электрохирургические установки: аппарат LigaSure, Harmonic scalpel, Thunderbeat; гемостатики: ТахоКомб, Sugicel, Surgicel SNoW и другие; так и средства механического гемостаза: сшивающие

аппараты и клиппликаторы. Рациональный выбор оборудования позволяет достичь полного гемостаза уже на этапе мобилизации и удаления конгломерата.

ИТОГО

Выполнено: радикальная цистэктомия с кишечной пластикой мочевого пузыря с формированием илеокондуита по Брикеру, ушивание влагалищно-прямокишечного свища, выведение двухствольной сигмостомы. Время операции составило 280 минут, кровопотеря 500 мл. Ранняя активизация пациентки и отсутствие ранних послеоперационных осложнений позволило перевести из реанимации в палату через 24 часа. Общая госпитализация в стационаре составила 17 дней. Разгрузочная сигмостома была закрыта через 12 месяцев.

ВЫВОД

1. По нашему мнению эвисцерация малого таза лапароскопическим доступом не уступает доступу посредством лапаротомии. **Однако мы не можем говорить о онкологической эффективности, поскольку срок наблюдения пациентов и малая выборка не позволяет адекватно оценивать результаты.** Для сравнения продолжительности жизни необходимо проведение крупных мультицентровых исследований, с определением единых критериев включения и наблюдения пациентов.

2. Сравнивая с результатами других работ по открытой традиционной экзентерации таза [2,5,6], мы можем сделать вывод, что при лапароскопическом доступе достоверно меньше кровопотеря, **пациент проводит** меньше времени в реанимации, отделении, так же меньше частота ранних послеоперационных осложнений. Ранняя активизация пациенток благоприятно сказывается на сроках реабилитации, и снижает число послеоперационных осложнений. Реконструктивное вмешательство по закрытию колостомы проще выполнить после малоинвазивной операции.



3. Подобные операции должны выполняться компетентными специалистами и в специализированных центрах, что позволит снизить количество осложнений, рецидивов, а так же позволит аккумулировать опыт мультиорганных вмешательств, для последующего внедрения их в повсеместную практику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Тилляшайхов М.Н. и др. Применение комбинированных и расширенных операций при опухолях органов малого таза с прорастанием в мочевыводящие пути. Вестник проблем биологии и медицины. 2011; 4(90):147-149. Tilljashajhov M.N. i dr. Primenenie kombinirovannyh i rasshirenyh operacij pri opuholjah organov malogo taza s prorastaniem v mochevyvodjashhie puti. Vistnik problem biologii i medicinii. 2011; 4(90):147-149. (in Russ)
2. Латыпов В.Р. и др. Результаты тазовой экзентерации у женщин, выполненной по поводу опухолевых поражений и осложнений лучевой терапии. Диагностика и лечения опухолей мочеполовой системы. Онкоурология. 2015; 1:55-63. Latypov V.R. i dr. Rezul'taty tazovoj jekzenteracii u zhenshin, vypolnennoj po povodu opuholevyh porazhenij i oslozhnenij luchevoj terapii. Diagnostika i lechenija opuholej mochepolovoj sistemy. Onkourologija. 2015; 1:55-63. (in Russ)
3. Костюк И. П., Шестаев А. Ю. Эвисцерация органов малого таза, как метод выбора в лечении рецидива рака шейки матки. Вестник российской военно-медицинской академии. 2012; 1(37): 280-285. Kostjuk I.P., Shestaev A.Ju. Jevisceracija organov malogo taza, kak metod vybora v lechenii recidiva raka shejki matki. Vestnik rossijskoj voenno-medicinskoj akademii. 2012; 1(37):280-285. (in Russ)
4. Старинский В. В., Петрова Г. В., Грецова О. П. Показатели онкологической помощи больным колоректальным раком в России. Медицина в Кузбассе. 2015; Спецвыпуск 1. Starinskij V. V., Petrova G. V., Grecova O. P. Pokazateli onkologicheskoj pomoshhi bol'nym kolorektal'nym rakom v Rossii. Medicina v Kuzbasse. 2015; Specvypusk 1. (in Russ)
5. Лоран О. Б., Серегин А. В., Довлатов З. А. Поздние результаты лечения и качество жизни после экзентерации органов таза у женщин. Онкоурология. 2016; 1:36-41. Loran O. B., Seregin A. V., Dovlatov Z. A. Pozdnie rezul'taty lechenija i kachestvo zhizni
6. Павлов В.Н. и др. Тазовая эвисцерация в комплексном лечении местно-распространенных опухолей малого таза. Медицинский вестник Башкортостана. 2015; 3:173-176. Pavlov V.N. i dr. Tazovaja jevisceracija v kompleksnom lechenii mestno-rasprostranennyh opuholej malogo taza. Medicinskij vestnik Bashkortostana – 2015; 3:173-176. (in Russ)
7. Бойко В. В., Криворотько И. В., Чикин А. В. Комбинированные операции при осложненных местнораспространенных опухолях органов малого таза. Міжнародний медичний журнал. 2016; 2(22): 18-25. Bojko V. V., Krivorot'ko I. V., Chikin A. V. Kombinirovannye operacii pri oslozhnennyh mestnorasprostranennyh opuholjah organov malogo taza. Mizhnarodnij medichnij zhurnal. 2016; 2(22):18-25. (in Russ)
8. Аглуллин И. Р. и др. Результаты эвисцераций органов малого таза с одномоментной пластикой. Поволжский онкологический вестник. 2014; 2:42-45. Aglullin I. R. i dr. Rezul'taty jevisceracij organov malogo taza s odnomomentnoj plastikoj. Povolzhskij onkologicheskij vestnik. 2014; 2: 42-45. (in Russ)
9. Dessole M. et al. Quality of Life in Women After Pelvic Exenteration for Gynecological Malignancies: A Multicentric Study. International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society. 2016. DOI: 10.1097/IGC.0000000000000612
10. Quyn A. J. et al. Outcomes of pelvic exenteration for locally advanced primary rectal cancer: Overall survival and quality of life. European Journal of Surgical Oncology (EJSO). 2016; 42(6):823-828. DOI: 10.1016/j.ejso. 2016.02.016
11. Cibula D. et al. Pelvic floor reconstruction by modified rectus abdominis myoperitoneal (MRAM) flap after pelvic exenterations. Gynecologic Oncology. 2017;144(3):558-563. DOI: 10.1016/j.ygyno.2017.01.014
12. Rausa E. et al. A systematic review examining quality of life following pelvic exenteration for locally advanced and recurrent rectal cancer. Colorectal Disease. 2017; DOI: 10.1111/codi.13647
13. Isla-Ortiz D. et al. Exenteración pélvica anterior laparoscópica en un paciente con melanoma localmente avanzado. Cirugía y Cirujanos. 2016; DOI: 10.1016/j. circir. 2016.10.012
14. Aiba T. et al. Perineal alveolar soft part sarcoma treated by laparoscopy-assisted total pelvic exenteration combined with pubic resection. Asian journal of endoscopic surgery. 2016; DOI: 10.1111/ases. 12342

posle jekzenteracii organov taza u zhenshin. Onkourologija. 2016; 1:36-41. (in Russ)



www.endomedium.ru



ВЕСЬ СПЕКТР ПРИБОРОВ И ИНСТРУМЕНТОВ

- ▀ ЛАПАРОСКОПИЯ
- ▀ ТОРАКОСКОПИЯ
- ▀ АРТРОСКОПИЯ
- ▀ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ
- ▀ ГИСТЕРОСКОПИЯ
- ▀ УРОЛОГИЯ
- ▀ ФЛЕБЭКТОМИЯ
- ▀ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ
- ▀ ГИБКАЯ ЭНДОСКОПИЯ



СОБСТВЕННЫЕ РАЗРАБОТКИ И ПРОИЗВОДСТВО

МНПО «ЭНДОМЕДИУМ»

Республика Татарстан, г. Казань, пр. Ямашева, д.36

Тел.: (843) 513-77-00, 513-77-01, 513-77-02

E-mail: endo@endomedium.ru www.endomedium.ru

The logo for MFS (MFS Med) is displayed in a stylized, cursive font. The letters 'M', 'F', and 'S' are black, while the 'S' has a green shadow effect. The logo is set against a white background with a green border.

на страже здоровья

эндохирургия
ринохирургия
артрохирургия
сосудистая хирургия
пластическая хирургия
эндогинекология
эндоурология

420110, РТ, г. Казань, а/я 43, т/ф (843) 298 64 48, 298 64 58, 298 64 68, 298 64 78
e-mail: mfsmed@mail.ru, www.mfs-med.ru