

**Т.А. КУРМАНОВ¹, А.К. ДИГАЙ¹, Ш.Б. МУГАЛБЕКОВ¹, Ж.Д. ЖУМАГАЗИН¹,
А.К. МУКАЖАНОВ¹, Д.Д. МУСТАФИНОВ¹**

¹Национальный научный онкологический центр, Нур-Султан, Республика Казахстан

Лапароскопическая цистэктомия с лимфодиссекцией и созданием илеокондуита: клинический случай

Актуальность: Радикальная цистэктомия остается «золотым стандартом» лечения мышечно-инвазивного и местно-распространенного рака мочевого пузыря. В статье описываются возможности и техника лапароскопической цистпростатэктомии с лимфодиссекцией и созданием илеокондуита при раке мочевого пузыря, поскольку авторы не нашли публикаций о проведении лапароскопической цистпростатэктомии с созданием илеокондуита в онкологических и урологических клиниках на территории Казахстана отечественными специалистами.

Цель: описать попытку максимально точно воспроизвести в лапароскопическом исполнении методику открытой радикальной цистэктомии.

Результаты: В описанном в статье клиническом случае метод оперативного вмешательства в виде лапароскопической цистэктомии с лимфодиссекцией и созданием илеокондуита был применен у пациента с диагнозом «рак мочевого пузыря T2N0M0 IIst». Преимуществами данного метода оперативного вмешательства являются малоинвазивность, быстрое восстановление в послеоперационном периоде, меньшая травматичность.

Заключение: Лапароскопическое исполнение радикальной цистэктомии позволяет сохранить преимущества малоинвазивных вмешательств без потери надежности хорошо зарекомендовавшей себя открытой операции. В настоящее время выполнение таких малоинвазивных оперативных вмешательств возможно во многих клиниках Казахстана, оснащенных эндовидеооборудованием, при наличии специалистов с опытом проведения открытых операций.

Ключевые слова: Цистэктомия, лимфодиссекция, создание илеокондуита.

Введение:

Оперативное лечение при радикальных цистэктомиях может проводиться открытым и лапароскопическим доступом. Лапароскопическая радикальная цистпростатэктомия – это малоинвазивная и эффективная хирургическая операция в лечении рака мочевого пузыря [1-3]. Радикальная цистэктомия остается «золотым стандартом» лечения мышечно-инвазивного и местно-распространенного рака мочевого пузыря. В статье описываются возможности и техника лапароскопической цистпростатэктомии с лимфодиссекцией и созданием илеокондуита при раке мочевого пузыря, поскольку авторы не нашли публикаций о проведении лапароскопической цистпростатэктомии с созданием илеокондуита в онкологических и урологических клиниках на территории Казахстана отечественными специалистами.

На сегодняшний день сотрудники Клиники урологии, нефрологии и трансплантации почек Национального научного онкологического центра (ННОЦ, г. Нур-Султан, Казахстан) самостоятельно проводят лапароскопические цистэктомии с лимфодиссекцией и формированием илеокондуита, операции, которые ранее выполнялись исключительно с участием зарубежных специалистов.

В данной статье описан опыт проведения лапароскопической цистпростатэктомии в Клинике урологии, нефрологии и трансплантации почек ННОЦ.

Информация о пациенте:

Пациент М., 1965 г.р., диагноз: Рак мочевого пузыря T2N0M0 IIst.

Из анамнеза стало известно, что в 2018г. данному пациенту по месту жительства был поставлен диагноз

«рак мочевого пузыря T2N0M0 II стадии». От рекомендованного оперативного лечения пациент отказался. Он обратился в Клинику урологии, нефрологии и трансплантации почек ННОЦ через два года от начала заболевания, весной 2020 г.

Диагностика:

Ультразвуковая сонография мочевого пузыря от 19.03.20 г.: камни и опухоль мочевого пузыря. При цистоскопии с биопсией определено субтотальное поражение мочевого пузыря грубоворсинчатой опухолью похожей с инфильтративным ростом, мелкие конкременты. Устья мочеточников не визуализируются из-за опухоли. Результат биопсий № 361\362 от 26.03.20 г.: папиллярная уротелиальная карцинома мочевого пузыря, G1 – первой степени анаплазии с фокусами некроза и началом инвазии в подслизистый слой. Проведена компьютерная томография абдоминального сегмента с контрастированием (рисунок 1). По данным КТ, определяются признаки, характерные для новообразования мочевого пузыря, двухстороннего расширения верхних мочевых путей, камней левой почки.

Лечение:

26.05.2020 г. пациенту проведена лапароскопическая цистэктомия с лимфодиссекцией, формированием илеокондуита по Брикеру.

Дата и время операции: начало: 26.05.2020 09:50, завершение 26.05.2020 16:40.

Д/з после операции: Рак мочевого пузыря T2N0M0 IIst.

Ход операции: под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких в положении больного на спине, операционное поле обработано антисептиком

трижды. В мочевой пузырь установлен катетер Фолея 18 (Ch). На 1 см выше пупка произведен поперечный разрез кожи длиной до 3 см. В брюшную полость введен первый троакар. Пневмоперитонеум – до 3 литров. Далее под визуальным контролем слева по латеральному краю прямой мышцы живота установлен второй троа-

кар диаметром 10 мм и троакар диаметром 5 мм в левую подвздошную область; справа – троакар диаметром 5 мм по латеральному краю прямой мышцы живота и троакар диаметром 5 мм троакар в правую подвздошную область. Использованы троакары VISIPOINT (США). Расположение троакаров показано на рисунке 2.

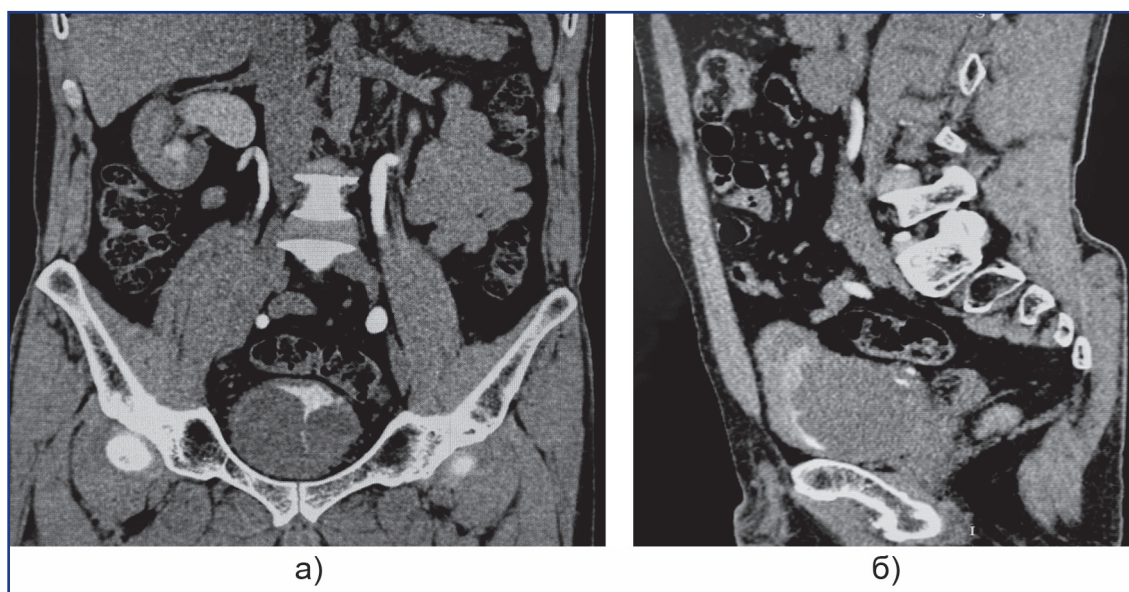


Рисунок 1 – Компьютерная томография абдоминального сегмента с контрастированием: а) вид спереди, б) вид сбоку (01.04.20).

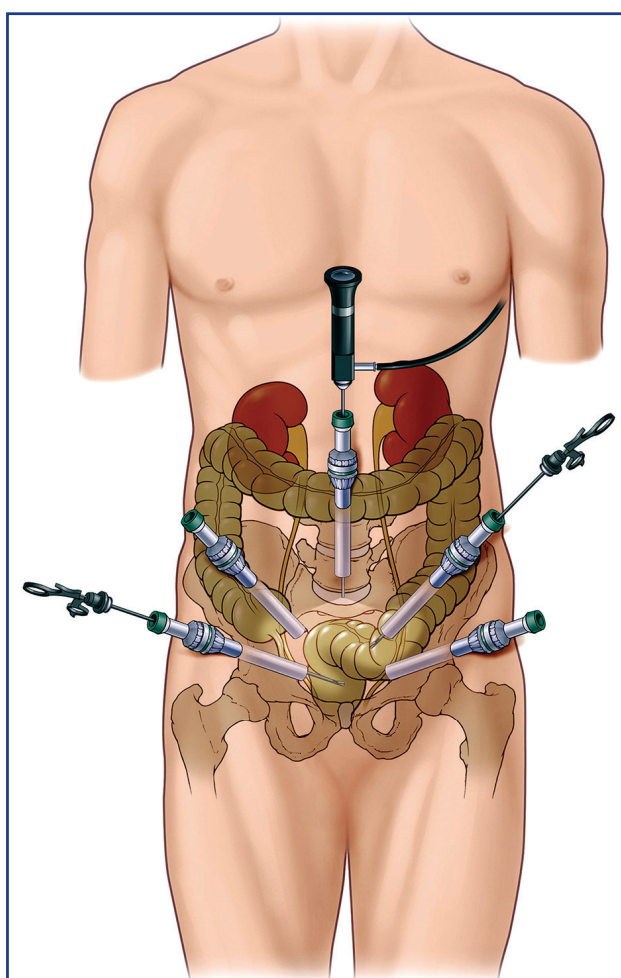


Рисунок 2 – Расположение троакаров [4]

Операционный стол переведен в положение Тренделенбурга. При осмотре брюшной полости патологических изменений не выявлено. Пересечены мочеточники в области входа в мочевой пузырь, в мочеточники установлены мочеточниковые катетеры, из которых стала выделяется светлая моча почечным ритмом. Мочевой пузырь тупо и остро выделен со всех сторон с помощью ультразвукового скальпеля Harmonic (Johnson & Johnson, США), клипированы верхние и нижние мочепузырные артерии. Достигнут гемостаз. Затем острым путем произведено выделение предстательной железы от фасции Донен-виля до заднего отдела уретры. Выполнена мобилизация с пересечением связок предстательной железы, и проходящих вместе с ними сосудами и их лигирование. Мобилизованы от окружающей ткани семенные пузырьки. Предстательная железа отсечена от задней части уретры, после чего резецированная уретра ушита двурядными швами наглухо. Далее произведена 2-х сторонняя лимфодиссекция по ходу наружной, внутренней подвздошных артерий и запирательных отверстий малого таза. Троакары удалены под визуальным контролем.

После дополнительной обработки операционного поля антисептиком, срединным доступом проведена мини-лапаротомия длиной до 5 см. Ранее мобилизованные для удаления мочевого пузыря и предстательная железа извлечены единым блоком в контейнер вместе с фрагментами лимфоидной ткани.

Затем был выделен участок подвздошной кишки, отступя 15-20 см от илеоцекального угла, протяженностью 20 см на брыжейке, где кишка была пересечена. Непрерывность тонкой кишки восстановлена илеоилеоанастомозом с применением сшивающего аппарата

та Endo GIA (Covidien, США) по методу «бок в бок». В сегмент тонкой кишки на уровне малого таза выполнены уретоероилеоанастомозы «конец в бок». Дистальный конец сегментированной подвздошной кишки ушит двухрядным швом, проксимальный конец сегмента кишки с мочеточниковыми стентами выведен

на кожу в правой подвздошной области. Полость малого таза через контрапертуру на коже в левой подвздошной области дренирована хлорполивиниловой трубкой. Достигнут гемостаз. Раны передней брюшной стенки ушиты. Наложена повязка.

Продолжительность операции составила 410 мин.

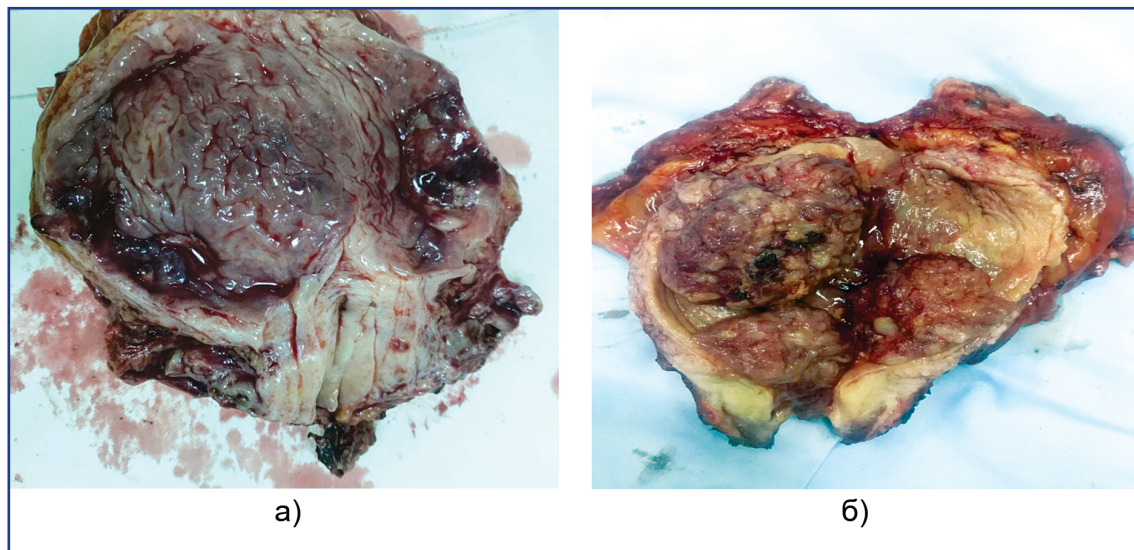


Рисунок 3 – Макропрепарат удаленного мочевого пузыря:
а) мочевого пузыря, б) мочевого пузыря на разрезе.

На макропрепарате (рисунок 3) определяется субтотальное поражение слизистой поверхности мочевого пузыря.

Результаты: На третьи сутки после операции пациент активизирован, самостоятельно передвигается в палате. Мочеточниковые стенты удалены на 12-е сутки. Моча выделяется в достаточном количестве 1-1,5 литра в сутки из илеокондуита.

Результаты диагностических исследований после лечения:

На контрольных УЗИ брюшной полости, малого таза в динамических исследованиях отграниченной жидкости не выявлено, стаза мочи в верхних мочевых путях нет.

Гистологическое исследование удаленного мочевого пузыря и предстательной железы показало наличие папиллярной уротелиальной умеренно дифференцированной карциномы мочевого пузыря с фокусами некроза, степень анаплазии – G2 (M8130/3), участки инвазии в стенку до мышечного слоя, нодулярную гиперплазию предстательной железы, хронический простатит. В удаленных тазовых лимфатических узлах признаки метастазов отсутствуют.

Пациент выписан на 15-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение в поликлинике по месту жительства. Результат через 3 месяца после операции показан на рисунке 4.



Рисунок 4 – Результат через 3 месяца после операции

Временная шкала клинического случая приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Временная шкала клинического случая

Вид оказанной помощи	Временной отрезок
УЗИ мочевого пузыря	26.03.2020
Цистоскопия биопсия образования мочевого пузыря	19.03.2020
КТ абдоминального сегмента с контрастированием	01.04.2020
Лапароскопическая цистэктомия с лимфодиссекцией, формированием илеокондуита по Брикеру	26.05.2020

Заклучение:

Указанный метод хирургического вмешательства позволяет в более раннем послеоперационном периоде, в сравнении с открытой цистэктомией, активизировать пациента, тем самым уменьшить вероятность пареза желудочно-кишечного тракта, застойных явлений в легких, тромбоэмболических и других осложнений, а также сокращает время пребывания в стационаре. В настоящее время выполнение таких малоинвазивных оперативных вмешательств возможно во многих клиниках Казахстана, оснащенных эндовидеоборудованием, при наличии специалистов с опытом проведения открытых операций.

Список использованных источников:

1. Носов А.К., Рева С.А., Джалилов И.Б., Петров С.Б. Радикальная цистэктомия при раке мочевого пузыря: сравнение ранних хирургических осложнений при лапароскопической, открытой и видеоассистированной операции [Nosov A.K., Reva S.A., Dzhaliylov I.B., Petrov S.B. Radikal'naya tsistektomiya pri rake mochevogo puzrya: sravneniye rannikh khirurgicheskikh oslozhneniy pri laparoskopicheskoy, otkrytoy i

videoassistirovannoy operatsii] // Онкоурология [Onkourologiya]. – 2015. – № 11(3). – С. 71-78. <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2015-11-3-71-78>;

2. Перлин Д.В., Александров И.В., Зипунников В.П., Шманев А.О. Лапароскопическая радикальная цистэктомия [Perlin D.V., Aleksandrov I.V., Zipunnikov V.P., Shmanev A.O. Laparoskopicheskaya radikal'naya tsistektomiya] // Онкоурология [Onkourologiya]. – 2018. – № 14 (1). – С. 136-141. <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2018-14-1-136-143>;

3. Табаков А.В., Дубровский В.Н. Лапароскопическая цистэктомия с ортотопической энтеропластикой мочевого пузыря из мини-доступа в лечении больных с раком мочевого пузыря [Tabakov A.V., Dubrovskiy V.N. Laparoskopicheskaya tsistektomiya s ortotopicheskoy enteroplastikoy mochevogo puzrya iz mini-dostupa v lechenii bol'nykh s rakom mochevogo puzrya] // Медицинский альманах [Meditsinskiy al'manakh]. – 2012. – №4. – С. 59-63. <https://cyberleninka.ru/article/n/laparoskopicheskaya-tsistektomiya-s-ortotopicheskoy-enteroplastikoy-mochevogo-puzrya-iz-mini-dostupa-v-lechenii-bolnyh-rakom>

4. Gerullis H., Kuemmel C., Popken G. Laparoscopic Cystectomy with Extracorporeal-Assisted Urinary Diversion: Experience with 34 Patients // Eur. Urol. – 2007. – Vol. 51(1). – P. 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.05.049>.

ТҰЖЫРЫМ

Т.А. Құрманов¹, А.К. Дигай¹, Ш.Б. Мұғалбеков¹,
Ж.Д. Жұмағазин¹, А.К. Мұқажанов¹, Д.Д. Мұстафин¹

¹Ұлттық ғылыми онкологиялық орталық, Нұр-Сұлтан, Қазақстан Республикасы

Лимфодиссекциямен және илеоконduitтің құрылуымен лапароскопиялық цистэктомия: клиникалық жағдай

Өзектілігі: Радикалды цистэктомия бұлшықет-инвазивті және жергілікті таралған қуықтың қатерлі ісігін емдеудің «Алтын стандарты» болып қала береді. Мақалада лимфодиссекциямен лапароскопиялық цистпростатэктомияның және қуық обыры кезінде илеоконduitтің пайда болу мүмкіндіктері мен техникасы сипатталады, себебі авторлар отандық мамандардың Қазақстан аумағында онкологиялық және урологиялық клиникаларда илеоконduitті құру арқылы лапароскопиялық цистпростатэктомия жасау туралы жарияланымдарын таппаған.

Зерттеу мақсаты: лапароскопиялық нұсқада ашық радикалды цистэктомия әдісін мүмкіндігінше дәл көбейту әрекетін сипаттау.

Нәтижелер: Бұл мақалада қуық ісігі T2N0M0 IIst диагнозы қойылған науқастың жағдайы сипатталған. Хирургиялық араласу әдісі кімге лимфаденэктомиясы бар лапароскопиялық цистэктомия және илеоконduitті құру түрінде таңдалды. Хирургиялық араласудың бұл әдісінің артықшылықтары бар: минималды инвазивтілік, операциядан кейінгі кезеңде тез қалпына келу, жарақатсыздық.

Қорытынды: Радикалды цистэктомияның лапароскопиялық орындалуы жақсы дәлелденген ашық операцияның сенімділігін жоғалтпай, аз инвазивті араласулардың артықшылықтарын сақтауға мүмкіндік береді. Қазіргі уақытта осындай аз инвазивті операциялық араласуларды эндобейнежабдықтармен жабдықталған Қазақстанның көптеген клиникаларында, ашық операциялар жүргізу тәжірибесі бар мамандар болған кезде орындауға болады.

Түйінді сөздер: цистэктомия, лимфаденэктомия, илеоконduitті құру.

ABSTRACT

T.A. Kurmanov¹, A.K. Digay¹, Sh.B. Mugalbekov¹,
Zh.D. Zhumagazin¹, A.K. Mukazhanov¹, D.D. Mustafinov¹

¹National Scientific Cancer Center, Nur-Sultan, the Republic of Kazakhstan

Laparoscopic cystectomy with lymphadenectomy and ileoconduit creation: A case report

Relevance: Radical cystectomy remains the “gold standard” of treatment for muscle-invasive and locally advanced bladder cancer. The article describes the capacity and technique of laparoscopic cystoprostatectomy with lymphadenectomy and the creation of an ileoconduit in bladder cancer, since the authors could not find publications on conducting laparoscopic cystoprostatectomy with the creation of an ileoconduit in oncological and urological clinics in Kazakhstan by domestic specialists.

The purpose was to describe an attempt to reproduce laparoscopically the method of open radical cystectomy as accurately as possible.

Results: In the described case, the patient diagnosed with the bladder cancer T2N0M0 IIst underwent surgery in the form of laparoscopic cystectomy with lymphadenectomy and the creation of an ileoconduit. This method of surgical intervention is minimally invasive, less traumatic, and ensures quick recovery in the postoperative period.

Conclusion: Laparoscopic execution of radical cystectomy allows preserving the advantages of minimally invasive interventions without losing the reliability of the well-proven open surgery. Currently, the implementation of such minimally invasive surgical interventions is possible in many clinics in Kazakhstan, equipped with endoscopic video equipment, if there are specialists experienced in open surgery.

Key words: Cystectomy, lymphadenectomy, ileoconduit creation.