

М. В. Пономаренко, А. А. Пузько, І. І. Штанько, О. В. Маркевич

Лапароскопічна одночасна дивертикулоектомія сечового міхура та уретероцистостомія за Lich-Gregoir

Національна академія медичних наук України, м. Київ
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової
НАМН України», м. Київ

Показати переваги лапароскопічної техніки як метода для найкращої візуалізації та, як результат, для спрощення методики хірургічного втручання при дивертикулі сечового міхура; навести техніку антирефлюксної операції при міхурово-сечовідному рефлюксі різного ступеня в дітей.

Мета – поділитися досвідом і описати техніку створення антирефлюксного механізму, навести лайфхаки для спрощення дивертикулоектомії сечового міхура.

Матеріали та методи. У 2016–2021 рр. було 23 пацієнти з МСР різного ступеня. Двоє з них було з дивертикулом сечового міхура. В одному випадку – ектопія сечоводу в дивертикул. В іншому – місце впадіння сечоводу було анатомічно правильним.

Результати. Етапи проведення. Положення пацієнта – на спині з валиком під поперекову ділянку. Оптичний порт встановлювався трансумбілікально. Встановлювалося два робочих порти: по середній лінії між пупком і верхньою передньою клубовою вістю таза відповідно. Пневмоперитоніум – 8–10 мм рт. ст.

Техніка проведення. Одночасно з лапароскопією проводилася цистоскопія для кращої візуалізації меж дивертикулу. Після чого дивертикул висікався, стінки сечового міхура ушивалися. У разі ектопії сечоводу в дивертикул виконувалася уретероцистостомія, з наступним антирефлюксним захистом за Lich -Gregoir. В іншому випадку застосовувався тільки антирефлюксний захист.

Особливості техніки антирефлюксного захисту. Розмітка та формування підслизового тунелю проводилася за рахунок гачка і/або ножиць, попередньо здійснивши тракцію сечового міхура над сечоводом у напрямку передньої черевної стінки. Наступним кроком сечовий міхур фіксувався завдяки трьом тримачам, які виводилися на зовні. Отже, стало зручніше виконувати десекцію шарів сечового міхура. Проводилося укладення сечоводу у сформоване ложе та наступне зшивання стінок сечового міхура розсмоктуючим шовним матеріалом 4/0.

Особливості дренивання. У разі виконання антирефлюксного захисту стент у сечовід не встановлювався. При уретероцистостомії стент встановлювався на термін 30 діб.

Дренування черевної порожнини виконувалося у всіх випадках. У сечовий міхур додатково встановлювався сечовий катетер фолей на 3 доби.

Інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не було. Тривалість оперативного втручання – до 180 хв.

Висновки. Лапароскопічна уретероцистостомія є більш зручною для хірурга та більш щадною для пацієнта. Дає змогу значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень. А одночасна лапароскопічна дивертикулоектомія сечового міхура показує значну перевагу в зручності візуалізації дивертикулу та в простішому видаленні дивертикулу сечового міхура.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: дивертикул сечового міхура, лапароскопія, уретероцистостомія.