

Наш опыт лапароскопической дивертикулэктомии мочевого пузыря.

Докладчик: Токтабаянов Б.Г.

- **Дивертикул мочевого пузыря** — мешковидное выпячивание стенки мочевого пузыря. Врождённые дивертикулы обычно одиночные, располагаются на заднебоковой стенке, соединяются с основной полостью пузыря длинной шейкой. Приобретённые зачастую имеют множественный характер.
- Врождённый («истинный») дивертикул мочевого пузыря является аномалией развития. Его стенка состоит из тех же слоёв что и мочевой пузырь.
- Приобретённый дивертикул («ложный») развивается при повышении давления в мочевом пузыре на фоне заболеваний, сопровождающихся затруднением опорожнения мочевого пузыря — инфравезикальной обструкции. При этом на фоне высокого давления в мочевом пузыре первоначально развивается гипертрофия мышечной стенки. Однако со временем компенсаторные возможности исчерпываются и вслед за гипертрофией развивается атрофия. Повреждённые мышечные волокна расходятся, а слизистая оболочка выпячивается наружу. Отличительной особенностью приобретённого дивертикула является отсутствие мышечного слоя в составе его стенки.

Причины возникновения дивертикулов мочевого пузыря заключаются в следующем:

- слабость детрузора как следствие дизэмбриогенетической аномалии развития стенки мочевого пузыря, что лежит в основе развития исключительно врожденных дивертикулов;
- длительное повышение внутрипузырного давления;
- чрезмерное растягивание стенки мочевого пузыря;
- расхождение волокон мышечного слоя мочевого пузыря;
- на фоне патологических состояний - аденома предстательной железы, стриктура уретры, склероз шейки мочевого пузыря и пр.
- разнообразные по этиологии факторы, препятствующие свободному оттоку мочи;
- постепенное ослабление и растягивание стенки мочевого пузыря вследствие натуживания при мочеиспускании.

Клиническая картина дивертикулов мочевого пузыря включается в себя:

- двухэтапное мочеиспускание (последнее из полости дивертикула, а потому часто незначительное)
- дизурические расстройства
- уростаз
- иногда - гематурия (примеси крови в моче), пиурия (примеси гноя в моче);
- редко - полная задержка мочеиспускания.

Показаниями к оперативному вмешательству в целом оказываются:

- дивертикулы значительных размеров,
- сдавливание дивертикулом соседних органов,
- наличие остаточной мочи в дивертикуле, опасность присоединения бактериальной микрофлоры,
- наличие конкрементов в дивертикуле, опасность развития мочекаменной болезни,
- наличие опухолей.

Оперативное вмешательство предполагает иссечение и ушивание образовавшегося дефекта в стенке мочевого пузыря посредством дивертикулэктомии.

- *открытая операция или дивертикулэктомия* - это полное иссечение дивертикула через надлобковый надрез, производится вскрытие передней стенки пузыря, определение дивертикула и отсечение его контакта с мочевым пузырем, после чего разрез послойно сшивается и дренируется
- *лапароскопическая дивертикулэктомия* - это полное иссечение дивертикула мочевого пузыря лапароскопическим доступом
- *эндоскопическая или трансуретральная операция* предполагает рассечение канала патологической полости для создания адекватного сообщения дивертикула с мочевым пузырем, включает также пластику шейки истинного дивертикула;

Пациент Г., 59 лет.

Жалобы: на невозможность самостоятельного мочеиспускания, наличие эпицистостомы.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течении 3х месяцев, когда появилось затрудненное мочеиспускание, дискомфорт над лоном. Обследовался и лечился в Клинике УДП г Алматы. Выставлен диагноз: ДГПЖ. ХЗМ. Дивертикул мочевого пузыря. 10.01.18г установлена троакарная эпицистостома.

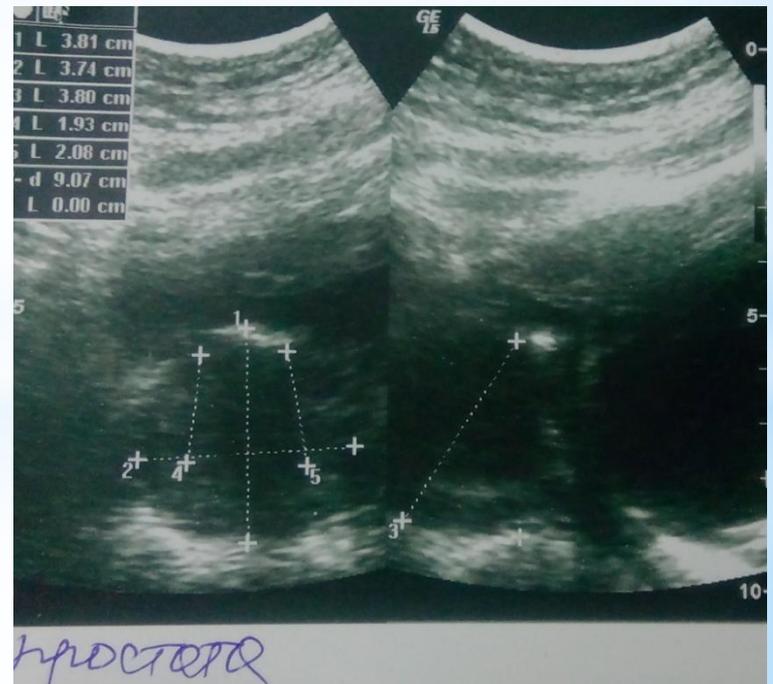
По лабораторным данным: ОАК: Нв-143г/л, ЦП-0,8, эритроцит- $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцит- $6,7 \times 10^9$ /л. Тромбоцит - 241×10^9 /л. СОЭ-15мм/ч.

ОАМ: н/жел, мут, от. плотн.-1025, белок-3,0г/л, лейкоц.-в большом количестве в п.зр, Эритроц.- в большом количестве в п/з., слизь ++, бактерии++.

Б/Х крови: общ белок – 69,8г/л, мочевины-5,85ммоль/л, креатинин–81 ммоль/л, глюкоза-5,67ммоль/л, АлТ-24,1мккат/л, АсТ–18,1мккат/л, общий билирубин-6,6мкмоль/л.

■ **УЗИ:** Почки расположены типично. **Правая почка** 105x57мм, паренхима-19мм. ЧЛС не расширена. **Левая почка** 107x60мм, паренхима-19мм. ЧЛС не расширен. В синусе киста 11мм. Микролиты с обеих сторон. Дыхательная подвижность почки сохранена.

■ **Мочевой пузырь** объемом 200мл. Стенки уплотнены, умеренно трабекулярны. В полости тень стомы, умеренная взвесь. По правой боковой стенке дивертикулы: 48x54мм и 27x24мм. Простата V- 30см³ m-32гр. В структуре рубцы, фиброз, узлы гиперплазии 19-20мм. Везикулы не расширены.

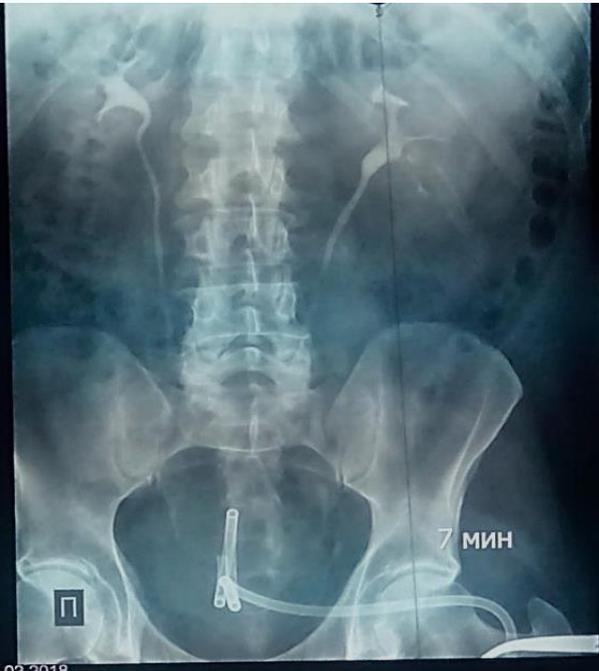




Гуржей ЛС 59л

2018

35,8 %



7 МИН

13.02.2018

36,3 %



40 МИН

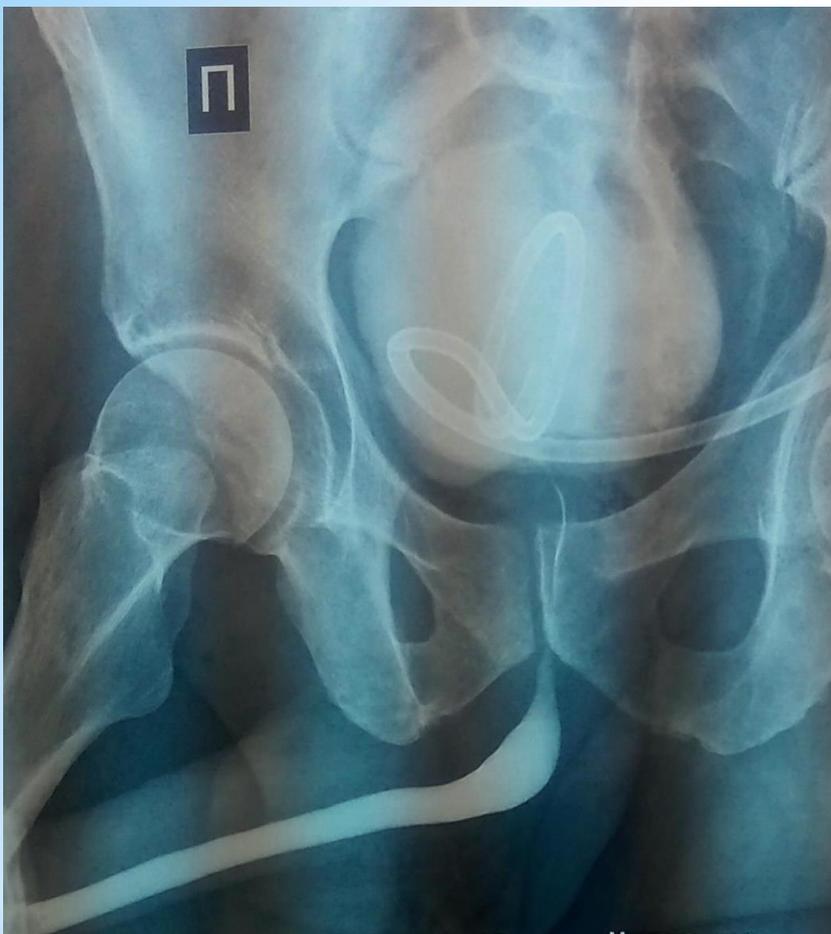


15 МИН
с нагр



НИСХ.Ц

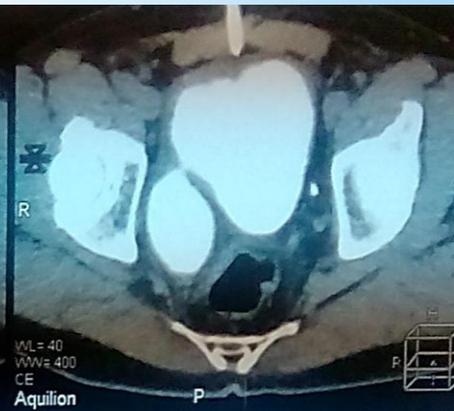
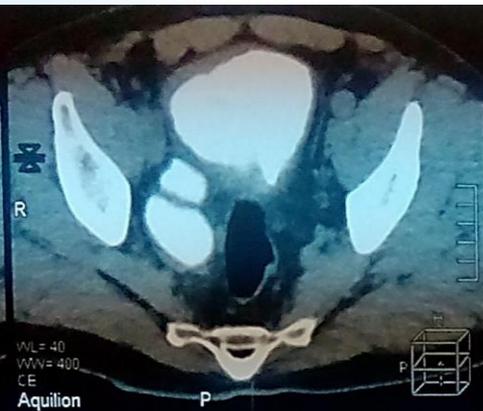
15.02.2018



МСКТ органов малого таза:

Мочевой пузырь: стенки утолщены до 0,7см, в просвете эпицистостома. По правой боковой стенке определяются дивертикулы размером 5,3см, 2,6см. Простата размером 4,5х4,8см. Средняя доля вдается в просвет мочевого пузыря на 0,7см с ровными контурами.



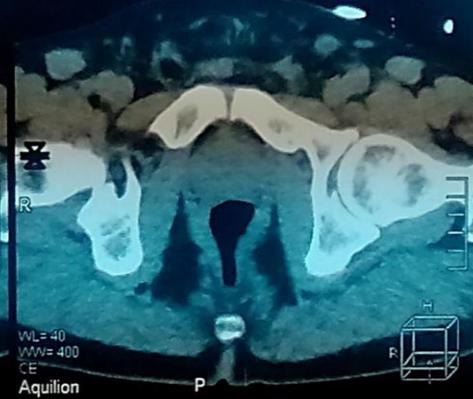


WL=40
WW=400
CE
Gurzhei Leonid
18/211
2018.02.13.10.17.28.626
(269.86)
48644.4 10282
0.5s/3.0mm
HP15.0

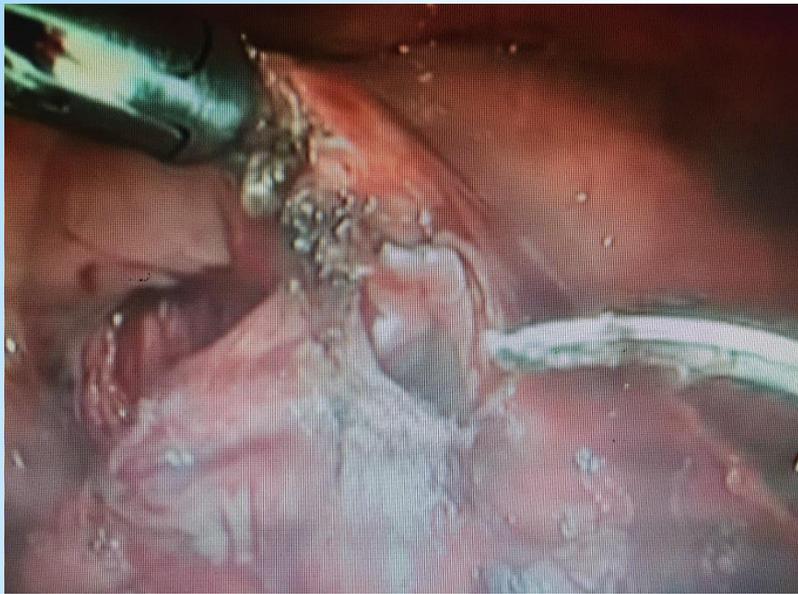
WL=40
WW=400
CE
Gurzhei Leonid
18/211
2018.02.13.10.17.28.626
(269.86)
48644.4 10282
0.5s/3.0mm
HP15.0

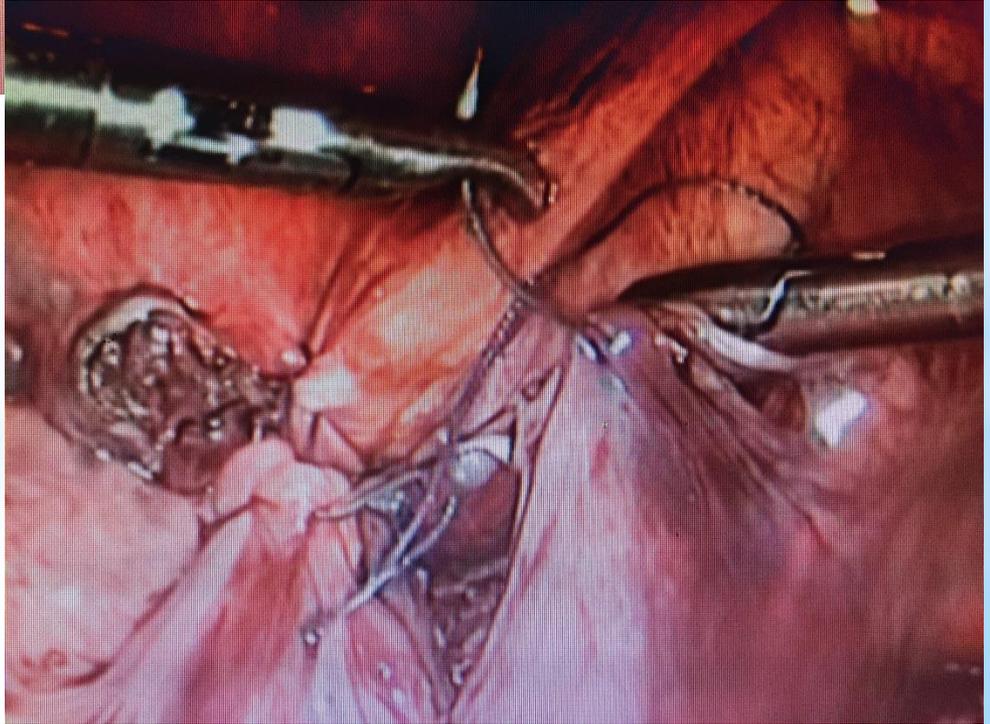
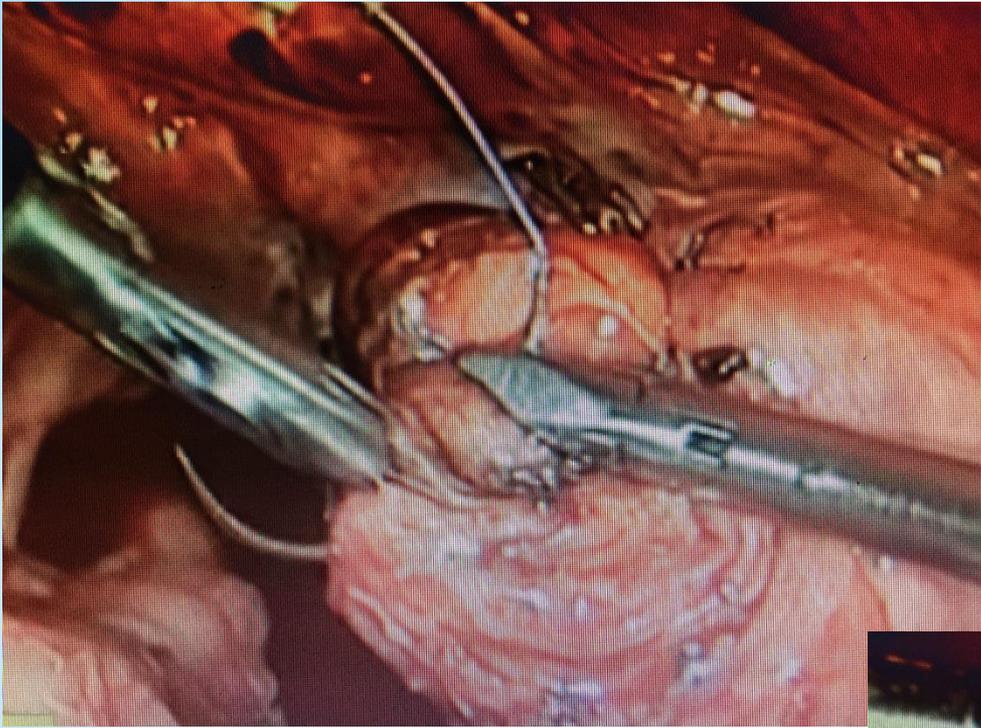
WL=40
WW=400
CE
Gurzhei Leonid
18/211
2018.02.13.10.17.28.626
(269.86)
48644.4 10282
0.5s/3.0mm
HP15.0

WL=40
WW=400
CE
Gurzhei Leonid
18/211
2018.02.13.10.17.28.626
(269.86)
48644.4 10282
0.5s/3.0mm
HP15.0



- **По результатам обследования был выставлен клинический диагноз: Дивертикулы мочевого пузыря. Эпицистостома.**
- **Сопутствующий диагноз: ДГПЖ 2ст. Синусная киста левой почки. Хронический цистит в стадии латентного воспаления.**
- **Рекомендовано оперативное лечение в объеме- Лапароскопическая дивертикулэктомия.**





Спасибо за внимание.