

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Темиров Нурали Хамраевич, Нажмидинов Хуршед Нажмидинович, Хасани Амонзода
Медицинский центр «Дунёи саломат» Эндохирургия, Республика Таджикистан, г. Душанбе

ГИДРОНЕФРОЗЛИ БЕМОРЛАРДА ЛАПАРОСКОПИК ПИЕЛОПЛАСТИКА БЎЙИЧА БИРИНЧИ ТАЖРИБИМИЗ

Темиров Нурали Хамраевич, Нажмидинов Хуршед Нажмидинович, Хасани Амонзода
“Дунёи Саломат” тиббиёт маркази Эндохирургия, Тожикистон Республикаси, Душанбе ш.

OUR FIRST EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY IN PATIENTS WITH HYDRONEPHROSIS

Temirov Nurali Hamraevich., Nazhmidinov Khurshed Nazhmidinovich., Hasani Amonzoda.
Medical Center "Dunyo Salomat" Endosurgery, Republic of Tajikistan, Dushanbe

Резюме. Лапароскопик пиелопластика пиелоуретерал сегмент соҳасида тақрорӣ жарроҳлик аралашувлар учун самарали. Бизнинг тадқиқотимизга кўра, операциянинг самарадорлиги 96,4% ни таъкил этади ва гидронефроз учун "олтин стандарт" бўлиб, бу чет элда ўтказилган сўнги тадқиқотлар натижаларига мос келади.

Калит сўзлар: Лапароскопия, пиелопластика, Жом сийдик найи тизими стриктураси, гидронефроз.

Abstract. Laparoscopic pyeloplasty is effective for repeated surgical interventions in the area of the pyeloureteral segment. According to our study, the effectiveness of the operation is 96.4% and is the "gold standard" for hydronephrosis, which corresponds to the results of recent studies conducted abroad.

Key words. Laparoscopy, pyeloplasty, PUS stricture, hydronephrosis.

Введение. Обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) – наиболее частая причина гидронефроза в любом возрасте, ведущее к стойкому расширению чашечно-лоханочной системы почки, изменениям в структуре паренхимы и как следствие — нарушению ее функции. Причинами обструкции ЛМС может быть: врожденным (заболевание развивается у плода), наследственным (связанным с патологией хромосомного аппарата), приобретенным (послеоперационном, после отхождение камня и др). [2,4] "Золотым стандартом" в лечении гидронефроза до сегодняшнего дня остается резекционная пиелопластика по методике Nyens-Anderson, так как ее успешные результаты составляют более 96% [1,3,7]. В настоящее время все оперативные вмешательства, выполняемые по поводу гидронефроза, можно разделить на 3 большие группы: 1) реконструктивно-пластические операции, выполняемые открытым доступом; 2) эндоскопические вмешательства – баллонная дилатация, внутри просветное рассечение стриктур, бужированные, стентированные мочеточника [1, 2, 7]; 3) эндохирургические и видеоассистированные вмешательства (лапароскопический и ретроперитонеоскопический пиелопластики, выполняемые интракорпорально или ассистирования) [4,5]. Однако традиционная пиелопластика как любое открытое оперативное вмешательство имеет ряд недостатков, таких как выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, связанный с рассечением большого мышечного массива, про-

тяженный послеоперационный рубец и относительно более длительные сроки реабилитации [6,7]. Лапароскопическая пиелопластика впервые была выполнена W. Shuessler в 1993 г. Метод обладает эффективностью открытой операции при минимальной травматичности, присущей эндоскопическим вмешательствам [3]. В настоящее время лапароскопический доступ к пиелоуретеральному сегменту является одним из наиболее распространенных среди малоинвазивных вмешательств по поводу гидронефроза. Лапароскопическая пиелопластика, сегодня обрела статус операции выбора во многих мировых центрах [1,5]. Эффективность данной операции при наличии достаточного опыта приближается к стандартным оперативным вмешательствам как в морфологическом, так и в функциональном плане [2,3,6].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больными с гидронефрозом за счет снижения инвазивности оперативного доступа.

Материал и методы исследования. С января 2022 до июля 2023 г. в медицинский центр «Дунёи саломат» в эндохирургическом отделении прооперировано лапароскопическим методом 18 пациентов с гидронефрозом по методу Nyens—Andersons. Возраст больным колебался от 2,5г до 40 лет (среди них 11 (61,1%) пациента не совершеннолетним). 7 (38,89%) больным предварительно уже выполнялись оперативные вмешательства, включая нефростомии при блоке почки 2 (11,1%), стентирование 2 (11,1%) и открытые операции 3 (16,6%).

Таблица 1. Результаты лапароскопической пиелопластики

Степень гидронефроза	I	II	III	IV
До операции	0	6	8	4
После операции	3	2	0	0

Всем больным проводили комплексное урологическое обследование. Оно включало в себя общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, свертывающей системы крови, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорная и экскреторная урография почек и мочевыводящих путей. В отдельных случаях проводили КТ- ангиографию.

Показаниями к оперативному вмешательству являлись рентгенологические признаки гидронефроза по данным внутривенной урографии, расширение чашечно-лоханочной системы и истончение паренхимы по данным ультразвуковое исследование.

При постановке диагноза степень гидронефроза оценивалась согласно классификации Open 2007 г. I стадии не были выявлены ни у одного пациента, II стадия выявлена у 6 пациентов, III стадия – у 8, IV стадия – у 4. У 10(61,1%) пациентов гидронефроз был справа, у 8(38,9%) – слева.

Предоперационная подготовка включала комплекс мероприятий, направленных на снижение газообразования в кишечнике. За 30 мин до начала оперативного вмешательства вводили антибиотик широкого спектра действия с целью профилактики раневой инфекции. Перед операцией всем пациентам устанавливали уретральный катетер для оценки диуреза и возможности интраоперационного наполнения мочевого пузыря окрашенным раствором.

Всем больным оперированы трансперитонеальным доступом в положении на здоровом боку с подложенным валиком. Оперативные вмешательства проводили под эндотрахеальным наркозом с использованием лапароскопических инструментов (30-градусная оптика, диссекторы, ножницы, иглодержатель, отсос, L-электрод). Использовались 3 порта (1 для оптики, 2 для манипуляторов). Первый порт устанавливали в области пупка открытым способом. Дополнительные 5-миллиметровые порты устанавливали дистальное и проксимальное по краю прямой мышцы живота, соблюдая «правило ромба». Пластику проводили по методике Nuens - Anderson. Выполняли резекцию стенозированного участка лоханочно-мочеточникового сегмента. После этого с использованием непрерывного шва Vicryl 5/0 или 6/0 на атравматичной игле, непрерывным швом формировали пиелоуретеральный анастомоз. Далее устанавливали мочеточниковый стент антеградно. Зону анастомоза перитонезировали узловыми

швами. Поставлен страховочный дренаж области анастомоза.

Послеоперационное наблюдение включало контрольное УЗИ, перед выпиской, через месяцы, затем через 3, 6 мес и 1 год. Внутримочеточниковый стент удаляли через 4-6 недели.

Результаты исследования. Всем пациентам выполнена лапароскопическая уретеропиелопластика по Nuens - Anderson. Длительность операции в среднем составили от 90 до 180мин. Интраоперационных осложнений не возникло. Во время вмешательства стеноз и дисплазия мочеточника — в 7 (38,9%) случаях, aberrantные сосуды выявлены в 5(27,8%) случаях, высокое отхождение мочеточника – в 2 (11,1%), фиксированный перегиб – в 3(16,6%). В раннем послеоперационном периоде у 4 (22,3%) пациентов наблюдалось симптомов обострение пиелонефрита (повышение температуры, лейкоцитоз, интоксикация) на фоне антибактериальной (назначением антибактериальной терапии и ее коррекции по результатам посева, взятого до операции), инфузионной и симптоматической терапии состояние пациентом стабилизировались. Всем пациентом были выписан на амбулаторном наблюдение в удовлетворительном состоянии. Через 6 месяцев после операции проводили экскреторная урография и ультразвуковое исследование. На контрольном обследовании жалобы отсутствовали у всех пациентов. У пациентов которым был гидронефроз IV стадии умеренно расширен ЧЛС, однако на экскреторная урография наблюдается положительная динамика.

При контрольном обследовании практически у всех пациентов после лапароскопической пиелопластики зафиксировано уменьшение степени гидронефроза.

Выводы. Таким образом лапароскопическая пиелопластика является высочайшую эффективным методом операции при сужении ЛМС, с ее мало травматичности.

Лапароскопическая пиелопластика эффективна при повторных оперативных вмешательствах в области пиелоуретерального сегмента. По данным нашего исследования, эффективность операции составляет 96,4% и является «золотым стандартом» при гидронефрозе, что соответствует результатам последних исследований, проведенных за рубежом.

Литература:

1. Каганцов И. М., Минин А. Е. Реконструктивно-пластические операции при

гидронефрозе у детей с применением лапароскопического доступа – метод выбора в условиях современной хирургии // Детская хирургия. – 2010. – № 5. – С. 39–43.

2. Коварский С. Л., Врублевский С. Г. Первый опыт лапароскопической пиелопластики у детей с гидронефрозом // Рос. вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2011. – № 2. – С. 102–108.

3. Tan H.L. Laparoscopic Andersen- Hynes dismembered pyeloplasty in children// Urol. Clin. North Am. 2001;28:43-51.

4. Гулиев Б.Г., Шипилов А.С. Трансперитонеальная лапароскопическая пиелопластика. Эндоскопическая хирургия. 2012; 2: 26-31

5. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Алиев Р.В. Лапароскопическая пластика при первичных сужениях пиелоуретрального сегмента. Урология 2013;6:81-84.

6. Wagner H.C., Greco F., Inferrera A. et al. Laparoscopic dismembered pyeloplasty: Technique and results in 105 patients. World. J. Urol. 2010;28:615-618

7. Moon D.A., El- Shazly M.A., Chang C.M. et al. Laparoscopic pyeloplasty: evolution of a new gold standard. Urology 2006; 67:932-936

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Темиров Н.Х., Нажмидинов Х.Н., Хасани Амонзода

Резюме. Лапароскопическая пиелопластика эффективна при повторных хирургических вмешательствах в области пиелоуретрального сегмента. По данным нашего исследования, эффективность операции составляет 96,4% и является «золотым стандартом» гидронефроза, что соответствует результатам последних исследований, проведенных за рубежом.

Ключевые слова: Лапароскопия, пиелопластика, стриктура ЛМС, гидронефроз.