

Материалы и методы. Пациент укладывается на операционном столе аналогично открытому вмешательству на почке или в/з мочеточника. В брюшную полость устанавливаются 3-4 порта. С обеих сторон доступ к почке и мочеточнику осуществляется при разрезе брюшины по линии Тольды параллельно восходящему или нисходящему отделам ободочной кишки. Слева необходимо быть крайне осторожным при пересечении ободочно-диафрагмальной связки из-за опасности травмы селезенки и (или) перфорации плеврального синуса в области щели Бохдалека. Ободочная кишка максимально смещается медиально, почка, почечная лоханка и мочеточник полностью мобилизуются. Уточняется локализация конкремента, крючкообразным монополярным электродом проводится уретеротомия или пиелотомия, камень извлекается из мочевых путей и удаляется из дополнительного поясничного порта, служащего в дальнейшем для дренирования забрюшинного пространства. ВМП дренируются мочеточниковым стентом (№ 6 или 7 Ch) типа «pig tale», рана мочеточника или лоханки ушивается узловыми швами полисорбом 3/0. Через поясничный порт к линии швов подводят дренаж: полиэтиленовая пленка, свернутая в виде гармошки.

Результаты. В 2004-2008 годах лапароскопические пиелолитотомия и уретеролитотомия выполнены 25 пациентам (11 мужчинам и 14 женщинам). Локализация конкрементов в лоханке имела у 12 больных, в в/з мочеточника у 13, справа у 14 и слева у 11 человек. Размеры камней колебались от 0,8 до 1,5 см при локализации в мочеточнике, 2,2-3,0 см при локализации в лоханке. Продолжительность операции составила $112,5 \pm 20,2$ минут. В 2 случаях, в связи с развитием осложнений проведены: прекращение вмешательства – одна клиническая ситуация, конверсия – другая. Причиной прекращения вмешательства стало повреждение плеврального синуса с развитием напряженного пневмоторакса слева. Конверсия проведена вследствие миграция камня из лоханки в нижнюю чашечку. Больные, за исключением двух вышеуказанных случаев, выписывались на 7-8 сутки, мочеточниковые катетеры-стенты удалялись амбулаторно спустя 14-20 суток, сроки временной нетрудоспособности колебались от 18 до 32 суток.

Заключение. Лапароскопические пиелолитотомия и уретеролитотомия являются эффективным методом удаления конкрементов из ВМП, их результаты идентичны результатам открытых операций при минимальной инвазивности вмешательства. Они показаны при невозможности и (или) проблематичности использования альтернативных методов удаления конкрементов из ВМП.

Осложнения лапароскопических вмешательств на верхних мочевых путях

Артамонов В. А., Ускова Г. И.

Негосударственное учреждение здравоохранения Отделенческая больница на станции г. Кемерово. ОАО РЖД.

Введение. Лапароскопические операции на верхних мочевых путях (ВМП) за последние годы стали широко применяться при различных нозологических формах: объемные образования почек, нефроптоз, мочекаменная болезнь и др., что объяснимо минимальной инвазивностью вмешательств и идентичностью результатов открытым операциям. Однако, их производство сопряжено с риском развития специфических осложнений, практически не имеющих место в открытой хирургии ВМП.

Материалы и методы. За период 2004-2008 гг. лапароскопические вмешательства на ВМП проведены 51 пациенту в возрасте 28 – 65 лет. Мужчин было 23 (45%) и женщин 28 (55%), больных с мочекаменной болезнью 25 (49%), с кистозными образованиями почек 21 (41%) человек, с нефроптозом 5 (10%) человек. Им, из лапароскопического доступа выполнялись следующие операции: иссечение почечной кисты (кист) – 21, нефропексия – 5, пиелолитотомия – 12, уретеролитотомия в в/з – 13.