

Результаты. На 51 проведенное лапароскопическое вмешательство на ВМП имело место 3 (6%) осложнения. В одном случае, во время производства пиелолитотомии слева пациентке К, 52 лет, страдающей мочекаменной болезнью, конкрементом лоханки левой почки, произошла миграция последнего в нижнюю чашечку почки, что потребовало конверсии и открытой нефрокаликулитомии. Данное осложнение обусловлено грубыми, малоконтролируемыми манипуляциями во время выделения почечной лоханки, приведшими к смещению конкремента из зоны пиелоуретерального сегмента в нижнюю чашечку почки.

В другой ситуации, при производстве больной Б, 48 лет, пиелолитотомии в связи с конкрементом лоханки левой почки, на этапе мобилизации левой половины ободочной кишки при рассечении диафрагмально-ободочной связки крючкообразным монополярным электродом произошло термическое повреждение диафрагмы в пояснично-реберном треугольнике (щель Бохдалека). При этом, на расстоянии 1 см друг от друга образовались две раны размером 0,2 на 0,1 см, проникающие в плевральный синус с внутриплевральной инсuffляцией и развитием напряженного пневмоторакса. В течение нескольких минут развились острая недостаточность обоих желудочков сердца и желудочковая тахикардия без пульса. Вмешательство было прекращено, проведены реанимационные мероприятия, приведшие к восстановлению гемодинамики. Напряженный пневмоторакс ликвидирован дренированием плевральной полости по Бюлау. Через несколько дней, в связи с развитием острого гнойно-деструктивного пиелонефрита слева на фоне острого периода постреанимационной болезни выполнена нефрэктомия слева.

Третье осложнение развилось у больного Л, 63 лет, оперированного в связи с множественными кистами правой почки от 3,5 см до 6,7 см в диаметре. У него, при мобилизации правой половины ободочной кишки с применением крючкообразного монополярного электрода произошло интраоперационно не диагностированное термическое повреждение восходящего отдела толстой кишки. Операция закончилась иссечением четырех наиболее крупных почечных кист и дренированием забрюшинного пространства. Через сутки, в связи с появлением признаков раздражения брюшины и кишечного отделяемого по страховому дренажу больному выполнена лапаротомия, ушивание раны восходящего отдела ободочной кишки. Пациент выздоровел.

Заключение. Лапароскопические вмешательства на ВМП являются малоинвазивными и высокоэффективными методами лечения ряда урологических заболеваний. Однако, их производство связано с риском развития специфических осложнений, причиной которых могут быть грубые, манипуляции инструментами и/или термическое поражение соседних органов при неадекватно контролируемой диссекции тканей активным монополярным электродом.

Контактное дробление камней в проксимальном отделе мочеточника *

Андрейчук М. Е., Поликутина А. Т., Пушков В. В., Макаров В. А., Волокитин Е. В.
Муниципальное Учреждение Здравоохранения «Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского». г.Кемерово.

Во многих центрах контактная ретроградная уретеролитотрипсия (КУЛТ) стала вмешательством первой линии для лечения пациентов с камнями верхней трети мочеточника. Вместе с тем эффективность вмешательства для лечения камней дистального и проксимального отделов мочеточника различается и составляет по данным разных авторов до 100% для нижней трети и 63,2 - 88% для верхней трети. При дроблении камней в проксимальном отделе мочеточника чаще происходит миграция камней в полостную систему почки. В некоторых случаях не удаётся дойти до камня из-за относительной узости мочеточника для уретероскопа или из-за изгибов мочеточника.