

сервативно, так как у них не было признаков нарастания гематомы и ухудшения самочувствия.

При варикоцеле, конкрементах нижней трети мочеточника, раке почки и яичка применяли трансабдоминальный доступ с использованием трех троакаров, у остальных больных – люмбоскопический, трансперитонеальный. Кровопотеря составила от 5 до 150 мл. Общее состояние пациентов спустя сутки после операции было удовлетворительным и они уже были активны на вторые сутки. Дренаж (кроме операций по поводу варикоцеле) удаляли на 2-3 сутки. Пациенты с варикоцеле выписывались на вторые сутки, а после иссечения кист почек, пиелолитотомии, уретеролитотомии, нефрэктомии – на 4-5 сутки, после нефропексии – на 7-8 сутки. У одного пациента через 1 год отметили рецидив варикоцеле. При флеботестикулографии, при выявлены дополнительные стволы яичковых вен которые повторно ЭВХ резецированы (в анамнезе у этого больного была выявлена венная болезнь). У остальных больных при наблюдении в срок от 6 месяцев до 3 лет ранних и поздних осложнений не наблюдали.

Заключение: Применение эндовидеохирургической техники в лечение уроандрологических заболеваний является современным малоинвазивным хирургическим вмешательством, сокращающим пребывание больного в стационаре и быстро восстанавливающим его трудоспособность.

Роль малоинвазивных хирургических методов в лечении камней мочеточника

Капсаргин Ф. П., Капсаргина Л. Ф.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск» ОАО РЖД, г. Красноярск.

Введение. Внедрение малоинвазивной хирургии в урологическую практику значительно изменил подход к лечению больных с камнями мочеточников и сократило количество открытых операций.

Цель исследования: разработать алгоритм применения малоинвазивных технологий в лечении уrolитиаза.

Материалы и результаты. В период с 2007 по 2008 гг. под нашим наблюдением находилось 179 больных уретеролитиазом в возрасте от 21 до 76 лет.

Из них 42 (23,5%) пациента госпитализированы в стационар по экстренным показаниям с клиникой почечной колики. У 7 из них (16,7%) имелись явления пиелонефрита. С целью предупреждения развития деструктивных форм воспаления этим пациентам выполнялась катетеризация мочеточника, а при невозможности последней – пункционная нефростомия (4 больным). После нормализации клинических и биохимических показателей 3 пациентам выполнена уретероскопия и литоэкстракция, а одному больному – дистанционная литотрипсия.

Показанием к уретеролитотомии из мини-доступа (76 случаев) явилось наличие плотных (свыше 900ед НУ), крупных (свыше 8 – 10мм) конкрементов в/з и с/з мочеточника.

Интраоперационная кровопотеря была достоверно выше в условиях открытой уретеролитотомии ($164 \pm 19,0$ мл), а при люмбоскопическом вмешательстве – $102 \pm 12,8$ мл. Реабилитация в послеоперационном периоде протекала значительно легче, чем после минилюмботомии. Пациентам после открытой операции потребовалось в среднем $10 \pm 1,7$ инъекций наркотических анальгетиков, в то время как после минилюмботомии требовалось всего $2 \pm 4,6$ инъекции. Продолжительность стационарного лечения после люмботомии составила $14,5 \pm 5,7$ дня и после минилюмботомии – 11, $2 \pm 3,4$ дня.

Обязательным условием для выполнения дистанционной литотрипсии являлось отсутствие рубцовых сужений в дистальном отделе мочеточника и лейкоцитурии (20 больных). В среднем выполнялось 1,2 сеанса литотрипсии на одного пациента. Отхождение конкре-