

ку, в последующем ДЛТ или пиелолитотомия. У 1(1,3%) пациента произошла в/з мочеточника после литоэкстракции вколоченного камня. Инфекционно-воспалительные осложнения у 2 (2,7%) пациентов при литоэкстракции вколоченных камней средней трети мочеточника.

Выводы: Основными критериями для уретеролитоэкстракции являются размеры, форма конкремента и длительность нахождения в мочеточнике, она должна применяться для удаления подвижных камней малых размеров или после осуществления дистанционной или контактной литотрипсии крупного конкремента. Вопрос о дренировании мочевых путей после литоэкстракции нужно решать индивидуально на основании длительности стояния конкремента в мочеточнике, степень ретенции ВМП, степень травматизации мочеточника во время литоэкстракции, визуальной оценки изменений слизистой мочеточника. При правильно выставленных показаний к проведению эндоскопической литоэкстракции данный метод имеет высокий процент клинической эффективности, он наиболее показан при лечении камней тазового отдела мочеточника, является малоинвазивным методом лечения уретеролитиаза мочеточника и характеризуется также короткими сроками пребывания больного в стационаре.

Наши результаты лапароскопических нефропексий

Кустов С.М., Налбандян А.Г., Анищенко В.В., Савин Ю.В., Ковалев А.А.

Урологическое отделение узловой больницы на ст. Белово ОАО «РЖД»

С 1997 года в хирургическом, а затем в урологическом отделениях 19 пациенткам выполнены лапароскопические нефропексии. Возраст пациенток составил от 19 лет до 48 лет. Во всех случаях имел место правосторонний нефроптоз. Операции проводились при наличии следующих показаний: выраженный болевой синдром, рентгенологические признаки начинающихся проявлений гидронефроза, артериальная гипертензия. Операции проводились в положении больной на левом боку с использованием трех портов. Почка фиксировалась к 10 ребру гамаком из проленовой сетки с использованием герниостеплера. Дефект париетальной брюшины ликвидировали также с использованием герниостеплера. Брюшная полость не дренировалась. Среднее время операции составило 72 минуты (от 40 до 120 минут).

В послеоперационном периоде пациенткам разрешалось вставать с постели на следующие сутки, необходимости в назначении анальгетиков не возникло. Среднее время пребывания в стационаре составило 6,8 койко-дня. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не получено. В день выписки больным проводилось контрольное УЗИ почек в положении лежа, стоя.

В течение первого года наблюдения всем пациенткам выполнена экскреторная урография (лежа, стоя) с оценкой положения почки и ее подвижности. В одном случае имел место рецидив заболевания, что потребовало открытой операции. В остальных случаях осложнений не наблюдалось.

Выводы. Хорошие отдаленные результаты, малое количество рецидивов, сокращение периода реабилитации, хорошие косметические результаты, позволяют лапароскопическим нефропексиям занимать достойное положение в хирургическом лечении нефроптоза. Способы фиксации почки требуют дальнейшего изучения.

Папиллярные опухоли верхних мочевых путей: современный подход

Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Амелин А.В., Голубев М.Ю.

Городская клиническая урологическая больница № 47, г. Москва