

Заключение. Результаты ЛНЭРА сопоставимы по длительности операции, степени кровопотери, интраоперационным осложнениям с радикальной нефрэктомией, выполненной «открытым» доступом (по средним Российским показателям). Показатели послеоперационного периода лучше, в связи с ранней активизацией пациентов, ранними сроками удаления дренажей, хорошим косметическим эффектом. Более короткое нахождение больных в стационаре ведет ускорению социальной реабилитации пациентов, уменьшению экономических затрат. Стремительное развитие новых технологий, несомненно, приведет к более широкому внедрению различных лапароскопических методик в лечении урологических больных.

Опыт ретроперитонеоскопических вмешательств в урологическом отделении ОКБ г. Ханты-Мансийска

Новиков А.Б., Еломенко М.С., Кочетков Е.В., Бирст Д.В.

Окружная клиническая больница, г.Ханты-Мансийск.

Введение. Совершенствование инструментария и оборудования неизбежно приводит к появлению новых технических решений в хирургии. Это позволяет достичь максимальной эффективности лечения на фоне минимальной травматичности. Данная тенденция ярко прослеживается и в области малоинвазивной хирургии. Значительное развитие получают эндовидеохирургические технологии при выполнении операций на забрюшинно расположенных органах. Ретроперитонеоскопический доступ более специфичен, чем лапароскопический, имеет ряд ограничений. К его недостаткам можно отнести небольшие размеры рабочей полости, трудность ее формирования, сложности в анатомической ориентировке. Преимуществами являются: прямой доступ к забрюшинно расположенным органам МВС, отсутствие необходимости в трансперитонеальной мобилизации толстой кишки, уменьшение риска повреждения и инфицирования органов брюшной полости, возможность локализации послеоперационной уриномы или гематомы в забрюшинном пространстве. **Материалы и методы.** В отделении урологии ОКБ Ханты-Мансийска с марта 2008 года ретроперитонеоскопическим доступом прооперировано 7 пациентов: 5 по поводу кисты почки, 1 – липомы забрюшинного пространства, 1- мочекаменной болезни. Мужчин 4 (57,14%), женщин 3 (42,85%). Возраст больных от 38 до 58 лет, средний – 48,8 года. Размер образований от 34 до 84 мм. Давность заболевания от 1 года до 23 лет. При обследовании до операции всем пациентам выполнены: клинический и биохимический анализы крови, мочи, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, рентгенография органов грудной клетки, экскреторная урография или мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с пероральным и внутривенным болюсным контрастным усилением. У 3 больных кисты располагались парапелльвикально, у 1 – в верхнем полюсе почки, у 1 – в нижнем, липома – на уровне верхнего полюса, по задней поверхности почки. Конкремент 18x8 мм в средней трети левого мочеточника.

Результаты. Были выполнены следующие вмешательства: иссечение кисты – 3, иссечение кисты, нефрэксия сетчатым трансплантатом – 1, удаление липомы забрюшинного пространства – 1, робот-ассистированное ("DaVinci") иссечение кисты – 1, робот-ассистированная ("DaVinci") уретеролитотомия.

Для формирования первичной рабочей полости использовался баллон, установленный в забрюшинное пространство через троакар; заполнялся воздухом до 800 - 1000 мл. Ретроперитонеум создавался путем введения в забрюшинное пространство 10 мм. троакара и дальнейшей инсуфляцией CO₂ до 12 мм.рт.ст. Затем производилась установка рабочих троакаров и при необходимости дальнейшее препарирование забрюшинной клетчатки и мобилизация брюшины. Длительность операций составила от 1 ч 40 мин до 3 ч 20 мин