

Все шире внедряются минимальноинвазивные варианты традиционных хирургических вмешательств (лапароскопия, малый доступ) и хирургический подход вновь «оттесняет» часть позиций. Существенным преимуществом малоинвазивных вмешательств является значительное снижение травматичности и осложнений, а также периода нетрудоспособности пациента при снижении в сравнении с традиционными открытыми операциями.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 102 пациентов, обратившихся с 2000 по 2008 гг. по поводу острой обструкции верхних мочевыводящих путей (ВМП) обусловленной конкрементом.

Были сформированы две группы. Основная группа – больные, оперированные через малый доступ – 54 человека. Контрольная группа – больные, оперированные через лапаротомию в 11-м межреберье – 48 человек.

Возраст в основной группе больных составил 35 – 81 лет (в среднем $53,1 \pm 2,6$ года), контрольной 39 – 84 лет (в среднем $55,0 \pm 1,7$ лет). Статистических различий по возрасту не было. В основной группе мужчин было 28 человек, женщин – 26. В контрольной группе – мужчин – 26 человек, женщин – 22. Средняя площадь поверхности удаленных конкрементов (EAU, 2008) была достоверно меньше при их локализации в мочеточнике – $49,0 \pm 1,3$ мм², чем в лоханке $108,5 \pm 1,8$ мм² ($p < 0,01$) и между группами сравнения не отличалась ($p > 0,1$).

В 60 случаях, 58,8% у пациентов наблюдали впервые возникшие конкременты без резидуальных камней и фрагментов конкрементов. В 21 случае (20,6%) встретились рецидивные конкременты, возникшие при средней тяжести заболевания без резидуальных камней и фрагментов. Впервые возникшая почечная колика была отмечена у 54 (52,9%) пациентов.

На момент поступления клинические проявления острой инфекции верхних мочевыводящих путей (ИВМВП) были зарегистрированы у 33 пациентов (32,3%). При этом воспалительные изменения в анализах мочи встретились у 39 пациентов (38,2%), крови – у 47 (46,0%). При поступлении субфебрильная температура зафиксирована у 21 больных, фебрильная – у 10. С момента начала почечной колики до развития клинической картины обструктивного пиелонефрита проходило в среднем $41,9 \pm 4,1$ часа.

В ряде наблюдений потребовалось проведение двухэтапного лечения. Так, 31 пациенту было выполнено дренирование ВМП (в основной группе – 17, контрольной – 14).

Результаты. Целью хирургических вмешательств являлось полное, одномоментное избавление пациента от конкрементов, что удалось выполнить у 98 пациентов (96,1% случаев). В основной группе выполнено 40 уретеролитомий, 14 пиелолитомий, в том числе дополненные фибролитэкстракцией – пять, нефропексией, антевазальным анастомозом, иссечением кист по одному случаю. В контрольной – 19 уретеролитомий, 29 пиелолитомий, в том числе дополненные пиелонефростомией в трех и пиелонефротомией в одном случае.

В основу выбора локализации малого доступа положено определение пространственного расположения конкремента при СКТ и УЗ-исследованиях, проводимых нами в режиме предоперационной навигации. Рассчитывали глубину операционного канала, угол наклона оси операционного канала с учетом реберного каркаса.

Продолжительность операций в основной группе была меньшей ($83,9 \pm 1,7$ мин против $102,4 \pm 1,8$ мин, $p < 0,01$). Выявлена высокая достоверность различия в интраоперационной кровопотере в обеих группах ($21,6 \pm 3,1$ мл при малом доступе и $117,3 \pm 4,8$ при лапаротомии, $p < 0,01$).

По всем оцениваемым параметрам имелась высокая степень статистической значимости различий, за исключением времени, затраченного на выделения объекта вмешательства (пиелоуретерального сегмента, верхней трети мочеточника), свидетельствующих о преимуществах малого доступа. По этому признаку зафиксирована