

Патологическая подвижность почки. 4 пациента были прооперированы по поводу нефроптоза с выраженными уродинамическими нарушениями. Всем пациентам выполнена лапароскопическая пексия с фиксацией почки «Г»-образным лоскутом из преленовой сетки.

Нарушение проходимости пиелоуретрального сегмента(ПУС) вследствие добавочного нижнеполярного сосуда с развитием гидронефроза: лапароскопически оперировано 4 больных. В одном случае из них из-за сочетания данной патологии с врожденной аномалией развития: поясничной дистопией правой почки выполнены мобилизация почки, уртеролиз, нефропексия преленовой сеткой и трансуретральная установка «стента». У 2 пациентов выполнены антевазальный уретеропиелоанастомоз (в одном случае – с резекцией лоханки) с иссечением стриктуры. В одном случае после мобилизации мочеточника, ЛМС при адекватном диаметре последнего выполнен антевазальный пиелопиелоанастомоз. Всем больным интраоперационно установлен «стент».

Терминальный гидронефроз: 9 больным выполнена лапароскопическая нефрэктомия. Причины развития: в 3 случаях сосудисто-мочеточниковый конфликт из-за добавочного сосуда, 2 пациента - бессимптомное течение МКБ, в 1 случае - стриктура нижней трети мочеточника развившейся после лучевой терапии, 2 женщины с недиагностированными при гинекологических операциях повреждениями мочеточника, 1 больной после колопроктологической операции.

Ятрогенное повреждение мочеточника: в 1 случае во время лапароскопической гинекологической операции интраоперационно выявлено пересечение мочеточника в нижней трети - выполнено лапароскопическое наложение уретероуретероанастомоза «конец в конец» на «стенте».

У всех пациентов которым были выполнены лапароскопические органосохраняющие операции восстановлен отток мочи из почки, что подтверждено данными ультразвуковой сонографии, рентгенологических исследования и радиоизотопной реносцинтиграфии. Срок наблюдения от 4 лет до 2 месяцев.

Заключение. Таким образом, накопленный нами опыт выполнения лапароскопических операций при obstructивных заболеваниях мочеточника позволяет говорить о хороших результатах использования данной методики, перспективности применения и возможности рутинного использования в лечении данной группы заболеваний.

Благодаря своим общеизвестным достоинствам лапароскопическая хирургия позволяет поднять уровень выполнения урологических операций на новый уровень качества оказываемой специализированной помощи.

Первый опыт лапароскопической простатэктомии

Чудновец И. Ю., Гатилов А. В., Борозенец Н. В.
Городская клиническая больница № 25. г. Новосибирск

Рак предстательной железы занимает первое место среди всех онкоурологических заболеваний у мужчин старше 50 лет и стоит на втором месте по уровню смертности среди всех злокачественных опухолей в России и США.

Материалы и методы. Радикальная простатэктомия с тазовой лимфодиссекцией была выполнена 5 пациентам с раком простаты. Все больные находились под нашим наблюдением в течение 8-24 месяцев после операции. Возраст больных колебался от 52 до 68 лет (средн.-56,2). Рак простаты диагностировался с помощью биопсии, выполнявшейся пациентам с повышенным ПСА, ТРУЗИ, КТ и МРТ. Уровень ПСА колебался от 7 до 21 нг/мл. (средн.-12,2нг/мл). Распределение больных по стадиям: T1 – 2 пациента, T2 – 3.