

ультразвуковое исследование, обзорная и экскреторная урография, при необходимости - компьютерная томография.

**Результаты.** Иссечение кисты почек произведено 20 пациентам. Размер кист варьировал от 7 до 14 см, в основном кисты располагались в нижнесреднем сегменте. Пациентов активизировали на первые сутки после операции, а на 2-4 сутки выписывали из стационара. Использование трансабдоминальной лапароскопической техники при двухстороннем поражении почек позволило у 2 пациентов произвести одномоментное иссечение кист. Осложнений в данной группе не отмечалось.

При обструкции мочеточника конкрементом после безуспешной литотрипсии лапароскопическая уретеролитотомия выполнена у 22 пациентов. У 1 больного во время операции камень из верхней трети мочеточника мигрировал в лоханку, что потребовало выполнения минилапаротомии и пиелолитотомии. В послеоперационном периоде развилась урогематома, которая была дренирована открытым способом, больной выписан с выздоровлением на 19-е сутки.

При нефроптозе II-III степени лапароскопическая нефрэксия произведена у 20 пациентов, из них у 1 – симультанная операция – холецистэктомия. В данной группе осложнений и рецидива в раннем послеоперационном периоде не наблюдали.

При гормонально-активных опухолях надпочечника нами произведена лапароскопическая адреналэктомия у 5 больных. Послеоперационный период протек благополучно, осложнений не было.

Впервые в клинике при терминальном гидронефрозе с потерей функции произвели лапароскопическую нефрэктомия. Больной выписан на 7 сутки из стационара.

Также впервые в клинике при наличии добавочных сосудов почки с исходом в гидронефроз произведена лапароскопический антевазальный уретеропиелоанастомоз с внутренним стентированием. Больной выписан на 7 сутки с хорошим ближайшим результатом.

**Заключение.** Преимущества лапароскопических операций на органах брюшинного пространства является очевидным и альтернативным по отношению к открытым способам. Это обусловлено меньшей травматичностью, значительным сокращением числа послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных, а также возможностью проведения симультанной операции на органах брюшной полости.

### **Опыт программированной литотрипсии при коралловидном нефролитиазе**

*Голубчиков Р.А., Макушин Д. Г., Пилипенко А.П., Белов А.В., Ретин Е.В., Заводов Д.В., Романовский К.В., Крикорьянц Е.П., Караваев В.О.*

БУЗ ОО «Клинический Медико-Хирургический Центр МЗ Омской области», отделение урологии, МУЗ «Больница Скорой Медицинской Помощи №1» г. Омск.

Западная Сибирь является эндемичной территорией по возникновению мочекаменной болезни. Удельный вес, как данной нозологии (15-17 %), так и пособий по воздействию на камни (15-16 %), в нашей клинике остаются стабильным из года в год. Последнее время отмечается рост случаев коралловидного нефролитиаза, в том числе - в молодом и трудоспособном возрасте (22 человека). Традиционным методом лечения этой сложной патологии почек является открытая операция.

Анатомические особенности строения ЛМС, вызывающие формирование коралловидного нефролитиаза, создают, порой, нестандартную хирургическую ситуацию, не позволяющую избавить пациента от коралловидного камня или его многочисленных фрагментов, что несёт риск проведения только нефростомии и даже нефрэктомии. Эти обстоятельства, трудоспособный возраст пациентов, развитие урологии