

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА ЧРЕЗБРЫЗЖЕЕЧНЫМ ДОСТУПОМ СЛЕВА: НАШ ОПЫТ

© А. С. Аль-Шукри, Е. С. Невирович, Ю. А. Игнашов

Кафедра урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

☉ *За период с 2011 по 2014 годы с помощью лапароскопического чрезбрызжеечного доступа были оперированы 34 пациента. Данный доступ обладает существенными преимуществами и его целесообразно использовать при выполнении операций по поводу обструкции лоханочно-мочеточникового соустья слева.*

☉ **Ключевые слова:** гидронефроз; пиелопластика; лапароскопия, трансмезентериальный доступ.

Лапароскопические реконструктивные операции широко используются в урологии, в том числе у больных со стриктурами пиелoureтерального сегмента. Лапароскопические вмешательства имеют ряд преимуществ перед традиционными открытыми операциями. К таковым можно отнести минимальность интраоперационной травмы, уменьшение кровопотери за счёт повышенного давления газа в брюшной полости, раннюю реабилитацию пациентов, лучший косметический эффект, сокращение послеоперационного койко-дня. Лапароскопическая пиелопластика впервые была выполнена В. Шюсслером (V. Schuessler) в 1993 году [1]. В настоящее время эта операция является альтернативой стандартному открытому оперативному вмешательству у больных с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента [2]. При эндовидеохирургической пиелопластике наиболее часто используют трансперитонеальный и ретроперитонеальный доступы. Техника операции следующая. Больного укладывают на бок под углом 75°, устанавливают 10-миллиметровый порт на ширину 2 пальцев ниже края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Второй порт устанавливают по передней подмышечной линии каудальнее первого. Мобилизуют соответствующую часть ободочной кишки и отводят ее медиально. Выделяют проксимальный отдел мочеточника, включая лоханочно-мочеточниковый сегмент. Все сосуды, пересекающие мочеточник в этой зоне, клипируют и пересекают. Полностью выделяют переднюю и заднюю поверхности почечной лоханки. Далее отсекают мочеточник, рассекают заднюю стенку почечной лоханки и удаляют лоханочно-мочеточниковый сегмент. Интраоперационно в пораженный мочеточник устанавливают стент 6 или 7F с J-образными концами. Накладывают швы

на переднюю стенку лоханки, заднюю стенку анастомоза формируют непрерывным швом. В зону вмешательства устанавливают дренажную трубку диаметром 7 мм для аспирации. Ободочную кишку укладывают на место. Однако при выполнении операции по этой методике имеется риск интраоперационного кровотечения и повреждения кишечника, удлиняется время операции за счёт мобилизации толстого кишечника [3].

Во время выполнения вторичной пиелопластики нередко приходится сталкиваться с выраженным рубцово-спаечным процессом в забрюшинном пространстве, сложностью выделения лоханки и мочеточника из окружающих структур, а также с диффузной кровоточивостью рубцовой ткани в месте выделения. Учитывая перечисленные технические сложности, поиск новых оперативных возможностей при выполнении данной операции является весьма актуальным. Одним из путей повышения эффективности данной операции является использование трансмезентериального (чрезбрызжеечного) доступа.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2011 по 2014 года в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова пиелопластику трансмезентериальным доступом слева выполнили 34 больным (22 — первичная пиелопластика, 12 — вторичная пиелопластика). Среди оперированных пациентов были 13 (38,3%) мужчин и 21 (61,7%) женщина (средний возраст 41,2±1,7 лет). Группу сравнения составили 85 больных, которым выполняли лапароскопическую пиелопластику слева традиционными доступами (57 — первичная пиелопластика, 28 — вторичная пиелопластика).

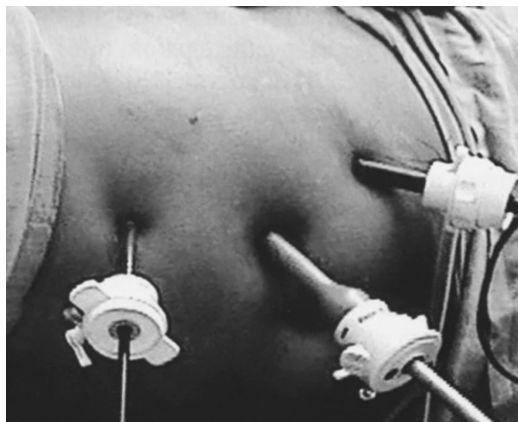


Рис. 1. Схема расположения эндопортов при выполнении лапароскопической пиелопластики

В предоперационном периоде всем больным проводили стандартное общемуроскопическое обследование, включавшее лабораторные исследования, УЗИ почек и мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографию, радиоизотопную ренографию. Ряду больных по показаниям выполняли МРТ и КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с пероральным и внутривенным контрастированием, а также ретроградную уретеропиелографию.

Укладка больного и установка эндопортов при чрезбрыжеечном доступе аналогичны таковым при трансперитонеальном доступе, описанном выше (рис. 1). Лоханка и мочеточник контурируются через брыжейку. Брюшина над лоханкой рассекается крючком и производится мобилизация передней и нижней части лоханки. В дальнейшем производится пластика лоханочно-мочеточникового сегмента с наложением пиелоуретероанастомоза. Устанавливается дренажная трубка через эндопорт в область анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первичная и вторичная пиелопластика чрезбрыжеечным доступом у всех 34 оперированных больных оказалась успешной. Среднее время операции составило $65,2 \pm 3,7$ минут при первичной пиелопластике и $75,4 \pm 4,2$ при вторичной пиелопластике. Конверсий не было, интраоперационная кровопотеря минимальная. Послеоперационный койко-день составил $2,7 \pm 0,6$ суток для больных после

выполнения первичной операции и $3,4 \pm 0,8$ суток при вторичной операции. Дренаж удаляли на 2–3-е сутки при отсутствии жидкости в зоне операции по данным ультразвукового исследования. Мочеточниковый стент, как правило, извлекали через месяц после операции. Антибактериальную терапию проводили в течение 7 дней с момента операции. Больным выполняли контрольное ультразвуковое исследование спустя 3 месяца, при котором у всех пациентов отмечено значительное уменьшение размеров чашечно-лоханочной системы оперированной почки. По сравнению с результатами в группе сравнения при выполнении как первичной, так и вторичной пиелопластики чрезбрыжеечным доступом отмечено меньшее время операции, меньшая кровопотеря, отсутствие конверсий (табл. 1).

Использование лапароскопического чрезбрыжеечного доступа позволило выявить важные преимущества данного доступа по сравнению с традиционным. К таковым относятся более быстрое выделение верхней трети левого мочеточника и отсутствие необходимости мобилизации толстого кишечника, что существенно сокращает время операции. Необходимо отметить, что чрезбрыжеечный доступ применим только при операциях слева.

ВЫВОДЫ

Применение чрезбрыжеечного доступа позволяет использовать все преимущества лапароскопической хирургии для успешного выполнения первичных и вторичных реконструктивных операций на почке. Представляется целесообразным широкое внедрение данной оперативной методики в клиническую практику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Schuessler W. W., Grune M. T., Tecuanhuey L. V., Preminger G. M. Laparoscopic dismembered pyeloplasty // J Urol. 1993. Vol. 150, N 6. P.1795–1799.
- Kojima Y., Umamoto Y., Mizuno K. et al. Comparison of laparoscopic pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction in adults and children: lessons learned // J Urol. 2011. Vol. 185, N 4. P. 1461–1467.
- Hinman's Atlas of Urologic Surgery. J. Smith, S. Howards, G. Preminger (eds), 3rd Edition. Elsevier. 2012. 1184 p.

Таблица 1

Результаты различных видов лапароскопической пиелопластики у больных со стриктурой пиелоуретерального сегмента

	Чрезбрыжеечный доступ		Традиционный доступ	
	Первичная пластика (n=22)	Вторичная пластика (n=12)	Первичная пластика (n=57)	Вторичная пластика (n=28)
Длительность операции, мин	$65,2 \pm 3,7$	$75,4 \pm 4,2$	$74,2 \pm 2,8$	$85 \pm 4,9$
Конверсия	0	0	4 (7,0%)	9 (32,1%)
Интраоперационная кровопотеря, мл	20–50	20–100	50–100	50–200

OUR EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY BY LEFT TRANSMESENTERIC APPROACH

Al-Shukri A. S., Nevirovich Ye. S., Ignashov Yu. A.

✧ **Summary.** During 2011 to 2014 we have operated 34 patients by transmesenteric laparoscopic ap-

proach. The laparoscopic transmesenteric approach represents an interesting and advantageous technical improvement of minimally invasive surgery for the treatment of left ureteropelvic junction obstruction.

✧ **Key words:** hydronephrosis; laparoscopic pielo-plastic; transmesenteric approach.

Сведения об авторах:

Аль-Шукри Адель Салманович — д. м. н., профессор кафедры урологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17.
E-mail: ad330@mail.ru.

Al-Shukri Adel Salmanovich — doctor of medical science, professor of Urology Department. First State Pavlov Medical University of St Petersburg. Lev Tolstoy St., 17, Saint Petersburg, 197022, Russia.
E-mail: ad330@mail.ru.

Невинович Евгений Станиславович — к. м. н., заведующий отделением урологической клиники. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17.

Nevirovich Evgeniy Stanislavovich — candidate of medical science, head of Urological Unit. Department of Urology. First State Pavlov Medical University of St Petersburg. Lev Tolstoy St., 17, Saint Petersburg, 197022, Russia.

Игнашов Юрий Анатольевич — клинический ординатор кафедры урологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17.
E-mail: yuri.ignashov@gmail.com.

Ignashov Yuriy Anatolievich — clinical resident, urology department. First State Pavlov Medical University of St Petersburg. Lev Tolstoy St., 17, Saint Petersburg, 197022, Russia.
E-mail: yuri.ignashov@gmail.com.