

в области нижней чашечки  
размерами от 0,7 до 1,4 см — у 3 больных,  
в зоне лоханки размерами  
от 1,0 до 2,0 см — у 4,  
в зоне нижней трети  
мочеточника — у 4.

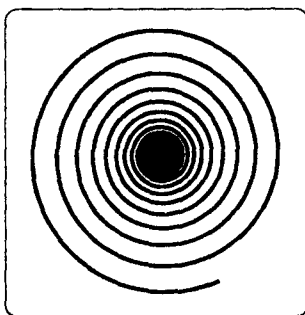
Камни желчного пузыря были одиночные от 1,0 до 3,0 см или множественные, с признаками хронического холецистита.

Всем больным проведено комплексное обследование — общеклинические и биохимические исследования, включавшие определение показателей фосфора и кальция крови и мочи, а также ультразвуковое исследование мочевого и желчного систем, щитовидной и паращитовидных желез, обзорная и экскреторная урография и ФГДС. Изменений кальций-фосфорного обмена выявлено не было. При соноскопическом исследовании патологических образований щитовидной и паращитовидных желез не обнаружено.

У больных использовалась следующая тактика лечения. Первым этапом выполнялась ЛХЭ, вторым этапом (не выписывая больного из стационара) — дистанционная литотрипсия. Данная последовательность объяснялась возможностью развития осложнений желчно-каменной болезни после ДЛТ. После ЛХЭ дистанционная литотрипсия выполнялась на 3-4 сут. Только в 2 случаях при локализации конкремента в нижней трети мочеточника первым этапом была выполнена экстракция конкремента петлей Dormia, а затем — ДЛТ.

Осложнений после проведенного лечения не было. Общее пребывание больного на койке составило от 7 до 9 дней, тогда как при раздельном лечении данной сочетанной патологии общий койко-день составлял 12-13 дней.

Таким образом, применение малоинвазивных технологий в лечении билиоуролитиаза позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре и ускорить возвращение к труду.



С.В. Маршев, Н.А. Масальцева,  
С.И. Чичкань, В.А. Коновалов

## НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-1, г. Хабаровск*

Эндовидеохирургические операции на органах брюшинного пространства стали внедряться сравнительно поздно и не так широко, как в других областях хирургии. Анатомически и технически наиболее рациональны лапароскопические операции в урологии при варикоцеле и кистах почек. При этой патологии объем операции находится в непосредственной близости от брюшины, что существенно облегчает проведение вмешательства.

Мы располагаем 5-летним опытом лапароскопического лечения 128 урологических больных с использованием эндохирургического комплекса фирмы "STRYKER". Нами выполнены:

лапароскопическое клипирование левой семенной вены при варикоцеле — 101 операция, из них у 5 больных был рецидив после перенесенной ранее операции Иванисевича;

лапароскопическое трансперитонеальное иссечение кист почек — 23 операции;  
лапароскопическая нефрэктомия — 4 операции.

Цель настоящей работы — представить опыт лапароскопических операций при урологичес-

кой патологии и проанализировать полученные результаты.

Операции по поводу варикоцеле проводились под внутривенным обезболиванием. У всех больных имелось левостороннее варикоцеле. После наложения пневмоперитонеума проводили мобилизацию и клипирование левой яичковой вены 2 клипсами. Широкий обзор и оптическое увеличение позволяют клипировать все добавочные стволы (во всех 5 случаях рецидивного варикоцеле имел место рассыпной тип сосудистого строения вены). Продолжительность операции составляла от 20 до 30 мин. Ранних осложнений отмечено не было. Из поздних осложнений (через 1-6 мес.) в 5 случаях (4,9%) наблюдалось гидроцеле, потребовавшее проведения операции Винкельмана. После операции больные выписывались на 2 сут.

Операции по поводу кист почек выполнены 23 больным. Показания к лапароскопическим операциям были те же, что и при традиционных. Диаметр кист варьировал от 6 до 17 см. В 17 случаях кисты располагались в нижнем полюсе почки, в 6 — в верхнем, в 10 — справа, в 13 — слева.

Операции проводились из трансперитонеального доступа под эндотрахеальным наркозом в положении больного на боку. После рассечения брюшины проводилась мобилизация кисты, аспирация ее содержимого; стенки иссекались на расстоянии 3-5 мм от паренхимы почки, ложе коагулировалось. Средняя продолжительность операции составляла 40-60 мин, сроки пребывания в стационаре — 3-5 сут. Осложнений не было. Признаков малигнизации не выявлено. При контрольном обследовании через 6-12 мес. рецидивов кист не обнаружено.

Лапароскопическая нефрэктомия нами выполнена у 4 больных: у 3 из них — по поводу гипоплазированной почки, у 1 — по поводу сморщенной почки. Показанием к оперативному вмешательству во всех случаях являлось наличие симптоматической гипертонии.

Всем больным перед операцией проводилась катетеризация мочеточника на стороне поражения.

Все операции выполнялись справа из трансперитонеального доступа под эндотрахеальным наркозом в положении больного на боку. После вскрытия брюшины идентифицировался мочеточник по катетеру и нижний полюс. Рассекалась фасция Герота, почка освобождалась от паранефральной клетчатки. Почечная ножка клипировалась и пересекалась. Выделенная полностью почка удалялась через околопупочный разрез, который при этом расширялся. Операции длились от 2 до 3 ч и заканчивались дренированием ложа почки. Осложнений не было. Срок пребывания в стационаре составлял 6-7 сут.

Таким образом, преимуществом эндовидеохирургического лечения варикоцеле, кист почек, нефросклероза являются минимальная операционная травма, снижение риска осложнений, сокращение госпитального периода. У больных с данной патологией эндовидеохирургическое лечение должно быть, по нашему мнению, приоритетным.

