

го имеется узкое отверстие продолжения мочеточника, напоминающее сфинктер, открытие и закрытие которого можно наблюдать при смене давления ирригационной жидкости. Данная эндоскопическая картина встречается в неизменном мочеточнике практически всегда. Исключение составляют те случаи, когда имеются грубые морфологические изменения вследствие наличия длительной обструкции, расположенной ниже.

Эндоскопическая картина верхних и нижних отделов мочеточника сходна. Разница состоит в том, что просвет мочеточника имеет больший диаметр в верхнем отделе, и чтобы его осмотреть, не требуется бужирования и нужен меньший уровень давления ирригационной жидкости.

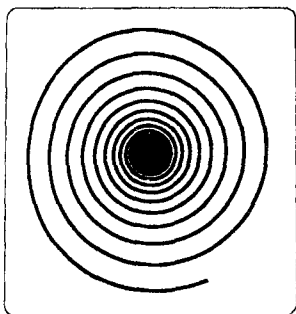
Последний "сфинктер" мочеточника — это его прилоханочный отдел. Он присутствует постоянно, но мешотчатого расширения перед ним нет, он более чувствителен к смене давления ирригационной жидкости.

Таким образом, проведенные 425 уретероскопий ригидным инструментом позволили утвердиться в том, что эндоскопическая картина под-

тверждает наличие анатомических структур, которые соответствуют "сфинктерам" мочеточника, разделяющим его на цистойды. При отсутствии выраженных морфологических изменений, нарушающих уродинамику, эти структуры встречаются почти всегда. Имеющееся мешотчатое расширение перед "сфинктерами" почти постоянно встречается в нижнем отделе мочеточника и отсутствует перед сфинктером прилоханочного отдела мочеточника.

Л и т е р а т у р а

1. Камалов А.А. Трансуретральная эндоскопическая уретеролитотрипсия и литоэкстракция. М., 1992.
2. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. М., 1990.
3. Мартов А.Г. Рентген-эндоскопические методы диагностики и лечения заболеваний почек и верхних мочевых путей (суправезикальная эндурология). М., 1993.
4. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Камалов А.А., Гушин Б.Л. // Урол. и нефрол. 1994. №6. С.2-4.



**Е.И. Кропачева, С.В. Маршев, С.И. Чичкань,
В.А. Коновалов, Н.А. Масальцева**

ПЕРВЫЙ ОПЫТ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИОУРОЛИТИАЗА

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

Статистические данные последних лет свидетельствуют о значительном увеличении количества больных с желчно-каменной (ЖКБ) и мочекаменной болезнью (МКБ), что, несомненно, определяет актуальность данной проблемы. По данным отечественных авторов, больные с сочетанием желчнокаменной и мочекаменной болезни наблюдаются в 8-10% случаев, по данным зарубежных авторов — в 11,2%. Как желчно-каменная и мочекаменная болезни в отдельности, так особенно их сочетание сопряжены с опасностью развития грозных осложнений, включая и летальные исходы.

Приводимые авторами немногочисленные наблюдения позволяют считать, что проблема билиоуролитиаза, особенно тактики и методов лечения, изучена недостаточно. Лечение больных с данной патологией в различных отделениях и клиниках, хирургических и урологических, является длительным и дорогостоящим. Оперативные вмешательства у больных с билиоу-

ролитиазом при отсутствии осложнений рекомендуют выполнять одномоментно или последовательно, не выписывая больного из стационара. Однако эти вмешательства носят "открытый" характер.

В последние годы в хирургии и урологии широко применяются в изолированном виде малоинвазивные методы лечения ЖКБ и МКБ, такие как лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), экстракорпоральная дистанционная литотрипсия (ДЛТ) и контактная литотрипсия (КЛТ).

В Дорожной клинической больнице лапароскопическая холецистэктомия выполняется с 1992 г., дистанционная литотрипсия — с 1997 г. Сочетанное лечение билиоуролитиаза с использованием малоинвазивных методов проводится нами с 1999 г. К настоящему времени мы располагаем опытом такого лечения у 11 больных. Все больные — женщины в возрасте от 40 до 64 лет. Камни мочевой системы локализовались у всех справа:

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.

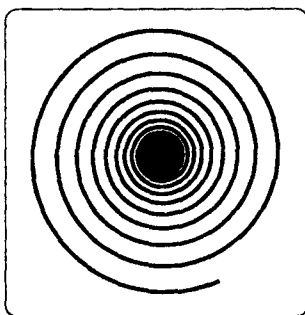
Камни желчного пузыря были одиночные от 1,0 до 3,0 см или множественные, с признаками хронического холецистита.

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.