

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПЕРЕСАДКА МОЧЕТОЧНИКА ВНУТРИПУЗЫРНЫМ ДОСТУПОМ

© С. Х. Аль-Шукри, Е. С. Невирович, А. С. Аль-Шукри, Ю. А. Суханов

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

⊕ *Повышение эффективности хирургического лечения стенозов дистального отдела мочеточника является важной проблемой современной урологии. Это связано как с их высокой частотой, так и с не всегда удовлетворительными результатами операции. Данное клиническое наблюдение посвящено применению трансвезикального эндовидеохирургического доступа для выполнения уретеронеоцистоанастомоза у больной со стенозом нижнего отдела ранее уже оперированного мочеточника.*

⊕ **Ключевые слова:** стеноз дистального отдела мочеточника; уретеронеоцистоанастомоз; эндовидеохирургический доступ.

Реконструктивные оперативные вмешательства на дистальном отделе мочеточника широко применяют при многих урологических заболеваниях, сопровождающихся обструкцией верхних мочевых путей. Наиболее частым показанием к таким операциям является стеноз мочеточника. Причинами возникновения стенозов дистального отдела мочеточника являются травмы мочеточника во время хирургических вмешательств на тазовых органах, осложнения лучевой терапии опухолей этой области, аномалии развития мочевой системы [2]. Результаты оперативных вмешательств при стенозах мочеточника не всегда оправдывают ожидания, поскольку часто не удается достичь его удовлетворительной проходимости. Развивающиеся в послеоперационном периоде рубцевание области анастомоза и пузырно-мочеточниковый рефлюкс могут потребовать повторной операции. Каждое последующее вмешательство в области анастомоза изменяет нормальную анатомию мочеточника, затрудняет оперативный доступ и снижает шансы на положительный результат операции. В этой связи весьма актуальным представляется применение альтернативных хирургических методов восстановления проходимости ранее уже оперированного мочеточника.

Одним из таких направлений реконструкции мочеточника является эндовидеохирургическая пересадка мочеточника внутривезикальным доступом. В данной публикации представлено клиническое наблюдение результатов такой операции, проведенной в клинике урологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

Больная В., 41 год, поступила в клинику в августе 2012 года с жалобами на периодически возникающие тянущие боли в поясничной области

слева. В возрасте 7 лет больная перенесла операцию по поводу врожденной стриктуры лоханочно-мочеточникового отдела (по Хайнцу-Андерсону), а в возрасте 25 лет — уретеролитотомию нижней трети слева доступом по Пирогову. За пять лет до настоящей госпитализации больная по поводу апостематозного пиелонефрита выполнена ревизия левой почки и ее декапсуляция.

На момент поступления по данным УЗИ отмечается умеренное расширение чашечно-лоханочной системы левой почки, паренхима сохранена. Экскреторная урография также показала наличие пиелэктазии слева и расширение дистального отдела левого мочеточника до 1 см (рис. 1). При динамической скинтиграфии почек выявлено снижение фильтрационной функции левой почки и снижение ее эвакуаторной способности. Правая почка без особенностей. Больной был установлен диагноз «Стеноз нижней трети левого мочеточника» и принято решение о выполнении операции — уретеронеоцистоанастомоза слева.

Выбор метода оперативного лечения определялся основной его целью — восстановлением проходимости левого мочеточника с устранением обструкции верхних мочевых путей. Учитывая перенесенные ранее операции, мы предполагали наличие выраженного рубцового процесса в забрюшинном пространстве слева, что могло значительно затруднить доступ к нижней трети левого мочеточника, уретеролиз и наложение неоанастомоза. По этой же причине весьма вероятен рецидив стриктуры в послеоперационном. Учитывая это, больному было решено выполнить трансвезикальный эндовидеохирургический уретеронеоцистоанастомоз слева.



Рис. 1. Эскреторная урограмма больной В. до операции. Пиектазия слева и расширение дистального отдела левого мочеточника

Под эндотрахеальным наркозом в положении Тренделенбурга при наполненном мочевом пузыре был произведен разрез по средней линии живота под пупком длиной 10 мм. Выделено и фиксировано дно мочевого пузыря, через который установлен 10 мм эндопорт. Под эндовидеохирургическим контролем установлены два 5 мм эндопорта для инструментов (рис. 2). На этом этапе правильная установка и фиксация эндопортов позволяет избежать утечки газа в паравезикальную клетчатку. За этим следует следить на протяжении всей операции.

Основной этап операции был начат с кругового иссечения стенки мочевого пузыря вокруг устья мочеточника. Легкие тракции мочеточника зажимом позволили легче выделить его из окружающих тканей и мобилизовать (рис. 3). Длина выделяемого участка мочеточника зависит от предполагаемой длины подслизистого туннеля. В любом случае мочеточник не должен испытывать натяжения. Мочеточник уложен в подготовленный туннель, фиксирован к мочевому пузырю викриловыми швами № 4 (рис. 4). Слизистая мочевого пузыря ушита, в левую почку установлен мочеточниковый стент (рис. 5). Пациентка выписана на 4 сутки после операции. Мочеточниковый стент удален на 21 сутки после операции.

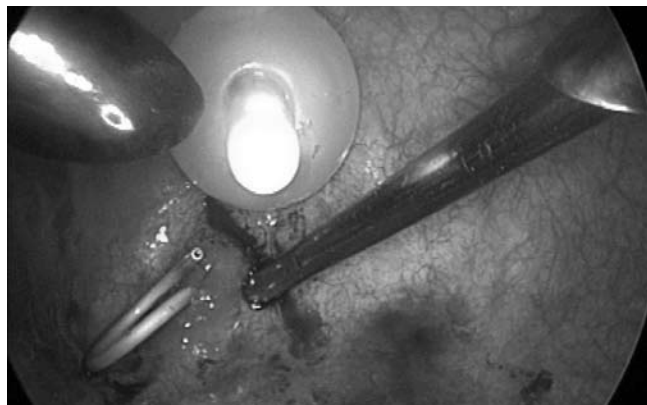


Рис. 2. Положение эндопортов при трансвезикальном доступе к мочеточнику

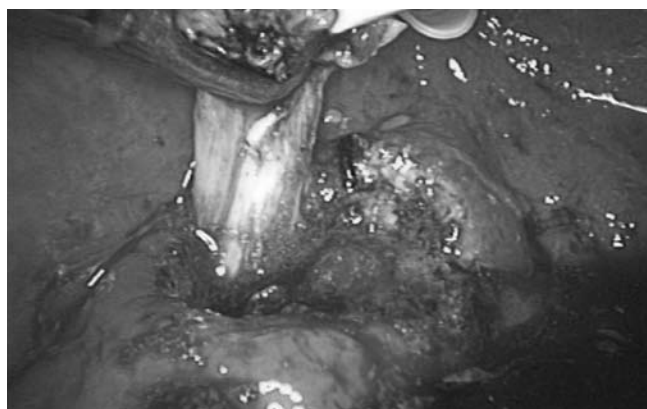


Рис. 3. Выделение и мобилизация дистального отдела мочеточника

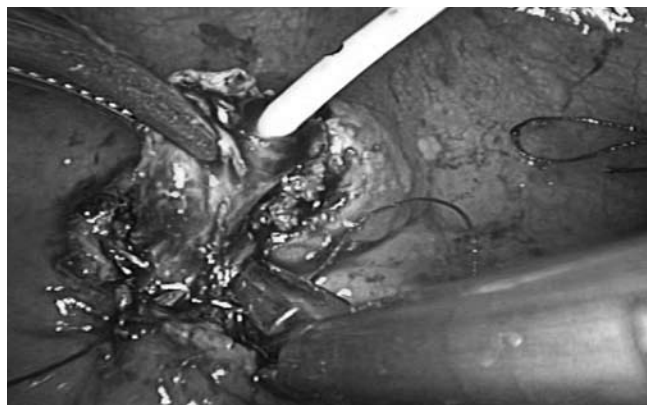


Рис. 4. Фиксация мочеточника к мочевому пузырю



Рис. 5. Окончание операции. Стентирование левого мочеточника

В описанном клиническом случае трансвезикальный эндовидеохирургический доступ позволил относительно легко выделить и мобилизовать мочеточник, а также избавил от необходимости дренирования забрюшинного пространства. Это способствовало снижению травматичности операции и сокращению длительности пребывания больной в стационаре. Эндовидеохирургический метод удобен для лечения стриктур дистальных 3–4 см мочеточника. Именно здесь возникает большинство сужений вследствие ятрогенной травмы при операциях на органах таза [1]. При более высоких поражениях мочеточника, по нашему мнению, стоит отдавать предпочтение операциям по Боари и методу *psaos-hitch*.

Существенным преимуществом трансвезикальных операций при стриктурах мочеточника является относительная интактность тканей забрюшинного пространства. Это обстоятельство делает подобные вмешательства привлекательными и для первичных операций на нижней трети мочеточника. Значительное влияние на результат операции оказывает отсутствие натяжения мочеточника при фиксации его в подслизистом туннеле, а также адекватное дренирование.

Трансвезикальные эндовидеохирургические операции успешно применялись и у больных с одно- и двусторонним пузырно-мочеточниковым рефлюксом, в том числе и у детей. Частота рецидивов не превышает 4–8% [3, 4].

Таким образом, первые результаты применения трансвезикальных эндовидеохирургических вмешательств на мочеточнике весьма обнадеживающие, что указывает на перспективность дальнейших исследований в этом направлении.

Сведения об авторах.

Аль-Шукри Сальман Хасунович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой. Кафедра урологии. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17. E-mail: al-shukri@mail.ru.

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

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

Суханов Юрий Андреевич — врач-ординатор урологической клиники Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17. E-mail: j.sukhanov@yandex.ru.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Elliott S. P., McAninch J. W. Ureteral injuries: external and iatrogenic // *Urol Clin North Am*. 2006. Vol. 33, N 1. P. 55–66.
2. Lynch T. H., Martínez-Piñero L., Plas E. et al. EAU guidelines on urological trauma // *Eur Urol*. 2005. Vol. 47, N 1. P. 1–15.
3. Valla J. S., Steyaer J. S., Griffin S. J. et al. Transvesicoscopic Cohen ureteric reimplantation for vesicoureteral reflux in children: A single-centre 5-year experience // *Journal of Pediatric Urology*. 2009. Vol. 5, N 6. P. 466–471.
4. Yeung C. K., Sihoe J. D., Borzi P. A. Endoscopic cross-trigonal ureteral reimplantation under carbon dioxide bladder insufflations for gross vesicoureteral reflux // *BJU Int*. 2002. Vol. 89(suppl 2). P. 81.

TRANSVESICAL ENDOVIDEOSURGICAL APPROACH FOR URETERONEOCYSTOSTOMY

Al-Shukri S. H., Nevirovich E. S., Al-Shukri A. S., Sukhanov Y. A.

✧ **Summary.** Today the efficiency of the surgical treatment the distal ureteral strictures is an actual problem in urology because of their frequency and high failure rate of operations. This case report is about transvesical endovideosurgical approach for the ureteroneocystostomy in patient with distal stenosis of the ureter that have been already operated.

✧ **Key words:** distal ureteral stricture; ureteroneocystostomy.

Al-Shukri Salman Hasunovich — doctor of medical science, professor, head of the department. Department of Urology. St.-Petersburg State I. P. Pavlov Medical University. Lev Tolstoy St., 17, Saint-Petersburg, 197022, Russia. E-mail: al-shukri@mail.ru.

Nevirovich Evgeniy Stanislavovich — candidate of medical science. Department of Urology. St.-Petersburg State I. P. Pavlov Medical University. Lev Tolstoy St., 17, Saint-Petersburg, 197022, Russia.

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

Sukhanov Yuriy Andreyevich — MD. St.-Petersburg State I. P. Pavlov Medical University. Lev Tolstoy St., 17, Saint-Petersburg, 197022, Russia. E-mail: j.sukhanov@yandex.ru.