

Сведения об авторах статьи:

Аполихин Олег Иванович – д.м.н., профессор, директор ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: apolikhin.oleg@gmail.com
Сивков Андрей Владимирович – к.м.н., первый заместитель директора по науке ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: avsivkoff@yandex.ru.
Ощепков Василий Николаевич – к.м.н., научный сотрудник инновационного отдела ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51.
Рошин Дмитрий Александрович – к.м.н., заведующий отделом онкоурологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51.
Осипов Олег Владимирович – м.н.с. отдела онкоурологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: osipman@mail.ru.
Корякин Андрей Викторович – научный сотрудник отдела онкоурологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: vatatava@ya.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brachytherapy for prostate cancer: a systematic review / Koukourakis G., Kelekis N., Armonis V., Kouloulis V. // Adv. Urol. 2009;327945. URL: <http://www.hindawi.com/journals/au/2009/327945/> (Дата обращения: 04.02.2013).
2. Review of intraoperative imaging and planning techniques in permanent seed prostate brachytherapy / Polo A., Salembier C., Venselaar J., Hoskin P. // Radiother. Oncol. 2010. Vol. 94, N 1. P. 12-23.
3. Indications, results and techniques of permanent prostate brachytherapy for localized prostate cancer / Budia Alba A., Bosquet Sanz M., Tormo Micó A., Boronat Tormo F., Alapont Alacreu J.M., Francés A., Vera Donoso C.D., Jiménez Cruz J.F. // Actas Urol. Esp. 2007. Vol. 31, N 5. P. 452-468.

УДК 616.613:616.62-003.7-089.878

© О.Н. Безуглый, В.Ш. Рамишвили, С.И. Сулейманов, З.А. Кадыров, 2013

О.Н. Безуглый^{1,2}, В.Ш. Рамишвили¹, С.И. Сулейманов¹, З.А. Кадыров²
НАШ ОПЫТ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОЛИТОМИИ

¹Городская клиническая больница №7, г. Москва²ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Представлены результаты ретроперитонеоскопической пиелолитотомии при лечении 20 пациентов с крупными конкрементами почек и сочетанных заболеваний почек. В 2 случаях потребовалась конверсия из мини-доступа в связи с миграцией камня. Койко-день после операции от 3 до 9, в среднем 5-6 дней. Сроки дренирования почки после операции катетером-стендом от 3 до 4 недель.

Ключевые слова: ретроперитонеоскопическая пиелолитотомия, сочетанные операции, мочекаменная болезнь.

O.N. Bezuglyy, V.Sh. Ramishvili, S.I. Suleymanov, Z.A. Kadyrov
RETROPERITONEOSCOPIC PYELOLITHOTOMY EXPERIENCE

The article presents the results of retroperitoneoscopic pyelolithotomy in treatment of 20 patients with large kidney calculi and comorbidities. 2 cases required conversion from mini-invasion because of stone migration. Hospital follow-up is 3-9 days, on average 5-6 days. Kidney drain with catheter-stent after the operation should be for 3-4 weeks.

Key words: retroperitoneoscopic pyelolithotomy, combined operations, urolithiasis.

Дистанционная и перкутанная контактная нефролитотрипсия стали общепринятыми мировыми стандартами в лечении больных конкрементами почек, что привело к резкому сокращению числа открытых оперативных вмешательств по поводу камней почек [1, 2, 3]. При сочетании мочекаменной болезни с другими заболеваниями (стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, кисты почек, нефроптоз и др.), а также в случаях противопоказаний к чрескожной нефролитолапаксии, неудачи дистанционной литотрипсии, отсутствия соответствующей аппаратуры и специалистов, нарушения уродинамики различного генеза некоторые специалисты применяют традиционную пиелолитотомию [3], однако новые технологии позволили использовать видеоэндоскопические методы удаления камней [4, 5, 6], в частности, ретроперитонеоскопическую пиелолитотомию.

Материал и методы. Основу настоящей работы составили результаты анализа данных обследования и лечения 20 пациентов с крупными конкрементами почек (размерами больше 2,0 см). Возраст больных варьировал от 30 до 75 лет. Всем пациентам выполнена ретроперитонеоскопическая пиелолитотомия под эндотрахеальным наркозом на видеоэндоскопической стойке фирмы “Karl Storz” (Германия).

Таблица
 Распределение больных по наличию сопутствующей урологической патологии

Сопутствующая урологическая патология	Число больных
Кисты почек	3 (15%)
Нефроптоз	3 (15%)
Сужение лоханочно-мочеточникового сегмента	12 (60%)
Удвоение верхних мочевых путей	1 (5%)

Повторно госпитализировались в отделение пациенты в плановом порядке. При

первичной госпитализации этим пациентам первым этапом ввиду обострения хронического пиелонефрита и выраженного расширения ЧЛС выполнялась чрескожная пункционная нефростомия под УЗ-наведением с последующим проведением стационарного и амбулаторного курсов антибактериальной терапии хронического пиелонефрита.

Сужение лоханочно-мочеточникового сегмента у всех пациентов было вторичное за счет развития на фоне больших размеров конкремента лоханки, выраженного периуретерита, педункулита. После мобилизации в/з мочеточника и лоханки выполнение пластики ЛМС не требовалось.

Всем пациентам перед операцией проведено обследование согласно медико-экономическим стандартам, которое включало в себя общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, посев мочи, рентгенологические методы исследования (экскреторная урография, антеградная пиелография), ультразвуковые исследования почек и мочевыводящих путей, по показаниям радиоизотопное исследование почек, компьютерная томография брюшной полости, цистоскопия, ретроградная пиелография.

Результаты и обсуждение. Основные этапы ретроперитонеоскопической пиелолитотомии (рис. 1-6): создание доступа, установка троакаров, мобилизация в/з мочеточника и лоханки, пиелотомия, удаление камня, ушивание раны лоханки. Вопрос о дренировании верхних мочевых путей решался интраоперационно, так как у 10 пациентов до операции имелся нефростомический дренаж.

При симультанных операциях с нефроптозом и кистами почек сначала удаляли камень, затем производили нефропексию (3 пациента) или иссечение стенки кисты (3 пациента).

Длительность операции составляла от 1 часа 20 минут до 2 часов 30 минут. Одна операция продолжалась 3 часа ввиду выраженных изменений в интрасинусной клетчатке с развитием педункулита и сужения лоханочно-мочеточникового сегмента, при ушивании раны лоханки отмечены трудности ввиду значительного истончения ее стенки. При симультанных операциях увеличение времени операции незначительное, в среднем на 20-30 мин.

При всех операциях объем кровопотери минимальный. Дренирование верхних мочевых путей путем установления катетера-стента было в 4 случаях, у 10 пациентов

имелся нефростомический дренаж, при этом из-за выраженных изменений в области лоханочно-мочеточникового сегмента 3 пациентам дополнительно был установлен катетер-стент. Глухой шов лоханки без дренирования верхних мочевых путей 6 пациентам.

У одного пациента после удаления камня из лоханки при контрольном обследовании выявлен фрагмент камня 5×6 мм, что потребовало дополнительно с целью фрагментации выполнения ДЛТ через 3 недели после операции. В одном случае ввиду миграции камня из лоханки в чашечки выполнена открытая операция из мини-доступа.

Следует отметить, что у одной из оперированных пациенток имелась аномалия развития верхних мочевых путей – полное удвоение ВМП справа. Данной пациентке до операции было выполнено стентирование верхней половины удвоенной почки, в нижнюю половину был установлен нефростомический дренаж.

Осложнений после наркоза не отмечалось. Все больные после операции активизировались в ранние сроки – на 1-2-е сутки. Обезболивания наркотическими анальгетиками не требовалось. Назначено введение спазмоанальгетиков или НПВС с целью обезболивания до 2-3 раз в день первые несколько дней после операции. Всем пациентам после операции назначался короткий курс антибактериальной терапии. При необходимости с учетом посева мочи, анализа крови и мочи и наличия нефростомического дренажа антибактериальная терапия продолжалась амбулаторно.

Койко-день после операции составил от 3 до 9, в среднем 5-6 дней. Сроки дренирования почки после операции катетером-стентом – от 3 до 4 недель. Для удаления стента мужчинам требовалась повторная госпитализация на 2-3 дня, женщинам катетер-стент удалялся амбулаторно.

Таким образом, ретроперитонеоскопическую пиелолитотомию можно рассматривать как альтернативный метод лечения больных с крупными конкрементами почек. При этом следует отметить минимальную операционную травму, косметический эффект данной операции, что позволяет широко использовать ее для удаления крупных камней лоханки почки, одномоментного устранения нефроптоза, иссечения кист почек, восстановления пассажа мочи из почки. Однако для выполнения этой операции нужны соответствующая подготовка хирурга и видеоэндоскопическая аппаратура.



Рис. 1. Расположение троакаров

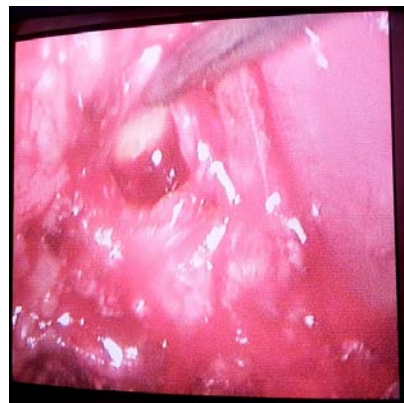


Рис. 4. Удаление камня из лоханки



Рис. 2. Мобилизация лоханки

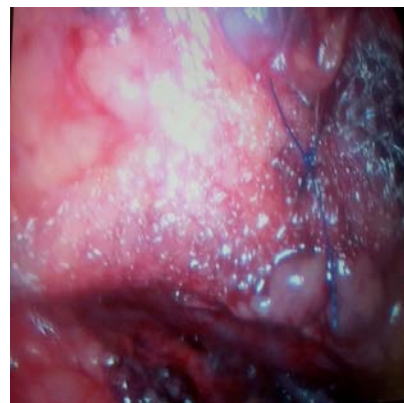


Рис. 5. Извлечение камня

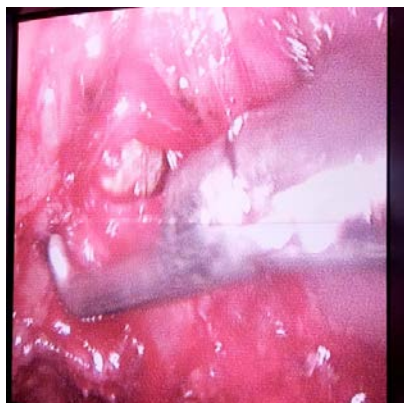


Рис. 3. Вскрытие лоханки



Рис. 6. Нephropexia проленовой сеткой

Сведения об авторах статьи:

Безуглый Олег Николаевич – аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН, врач-уролог ГКБ №7 Адрес: 115446, г. Москва, Коломенский пр-д, 4. E-mail: bipsa@realmail.ru

Рамишвили Владимир Шотаевич – д.м.н., зам. главного врача по хирургии ГКБ №7 Адрес: 115446, г. Москва Коломенский пр-д, д. 4. E-mail: g.ereishvili@mail.ru.

Сулейманов Сулейман Ибрафиллович – к.м.н., зав. 14 урологическим отделением ГКБ №7. Адрес: 115446, г. Москва Коломенский пр-д, 4 E-mail: s.i.suleymanov@mail.ru

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН. Адрес: 117198, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: zieratsho@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Матер. Пленума правл. Всерос. общ. урл.- Сочи, апр. 2003 г.-М., 2003.
2. Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А., Голованов С.А., и др. Дистанционная литотрипсия резидуальных камней после перкутанных эндоскопических операций // В кн: Современные эндоскопические технологии в урологии. Тезисы докладов всероссийской научно-практической конференции урологии.- Челябинск.,1999.- С.33-34.
3. Алферов С.М., Гришин М.А. Эндоскопическое лечение уролитиаза // Материалы первого Российского конгресса по эндоурологии. –Москва, 2008.
4. Коган М.И., Медведев В.Л., Абоян И.А. и др. Лапароскопия в урологии // Материалы X Российского съезда урологов. - Москва, 2002.
5. Теодорович О.В., Луцевич О.Э., Галлямов Э.А. и др. Особенности и результаты ретроперитонеоскопических операций в урологии // Урология — №4. 2006.
6. Al-Hunayan A, Khalil M, Hassabo M, Hanafi A, Abdul-Halim H. Management of solitary renal pelvic stone: laparoscopic retroperitoneal pyelolithotomy versus percutaneous nephrolithotomy.