

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатов М.В. // Ортопед. травматол. – 1939. – №4-5. – С. 47-56.
2. Гошберидзе Г.Д. // Госпит. дело. – 1945. – №12. – С. 21-27.
3. Кузнецов Н.Г. // Ортопед. травматол. – 1934. – №5. – С. 40-49.
4. Рудаев В.А. // Ученые. зап. Украинского. ЦНИИ ортопедии и травматологии, т.2. – Киев – 1950. – С.125-145.
5. Рудаев В.А. // Труды 2-го Украинского съезда ортопедов и травматологов. – Киев. – 1940. – С.807.
6. Рудаев В.А. К вопросу о патогенезе и лечении ишемического и мышечного паралича и контрактуры (болезнь Фолькмана) / Автореф. канд. дисс. – Харьков, 1940.
7. Татеосова Э.К. // Труды Ленинградского гос. НИИ травматологии и ортопедии, вып.4. – Л. – 1954. – С.182.
8. Татеосова Э.К. // Вестн. хир. – 1946. – №5-6 – С.114-115.
9. Татеосова Э.К. Оперативное лечение Фолькмановской контрактуры / Автореф. дисс. – Л., 1947.
10. Фищенко П.Я. // Травматология детского возраста. – М.: ЦИТО, 1963. – С.85-93.
11. Фищенко П.Я., Медведев И.А. // Материалы докладов 1-й Всесоюз. конф. детских хирургов. – М., 1965.
12. Фищенко П.Я. // Материалы Всесоюз. конф. по лечебно-профилактическому обслуживанию инвалидов Отечественной войны. – М., 1966.
13. Фищенко П.Я. // Науч. сессия по вопросам профилактики травматизма и лечению травм у детей (материалы докладов). – М., 1961. – С.77-78.
14. Фищенко П.Я. // Хирургия. – 1968. – №10.
15. Эпштейн Г.Я. // Тез. докл. итоговой науч. сессии, посвящ. 15-летию Казанского мед. ин-та травматологии и ортопедии. – Казань, 1960. – С.16-17.
16. Эпштейн Г.Я., Казанцева Н.Д. // Ортопед. травматол. – 1957, №3. – С.27-31.
17. Niedercher K., Schoch J. // Wiederstellungschir. Traum. – 1961, №6. – P. 87-105.
18. Sayfarth H. // Arch. ortoped. unf.Chir. – 1962. – Bd.54, H.2. – S.105-25.
19. Seyfarth H. // Zbl. Chir. – 1960. – Bd.85. – S. 22-24.
20. Volkman R. // Zbl. Chir. – 1881. – Bd. 51. – S. 801-803.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКСИИ

В.В. Хасанов, А.Н. Чугунов, М.А. Гайнанов

Казанский гос. мед. ин-т

Многие операции на почках характеризуются широким оперативным доступом, травматичность и сложность выполнения которого превышает таковые основного оперативного приема. Это связано со сложностями визуализации патологического очага, находящегося глубоко за мышечной стенкой в рыхлой жировой клетчатке. Поэтому оправданным является поиск и совершенствование малотравматичных подходов, которые однако позволяют выполнить необходимые манипуляции в полном объеме. С начала 90-х годов предложены различные методы применения лапароскопии для операций на почках [16,17,18,19].

Бурное развитие эндовидеохирургии создало предпосылки для использования новых технологий при операциях на почках с использованием трансабдоминального (лапароскопического) и транслюмбального (ретроперитонеального) доступов [1,17,18]. Наибольшее распространение получили лапароскопические операции [10,11,14]. К преимуществам трансабдоминального доступа

относятся, во-первых, существование исходно сформированной, ограниченной полости (брюшной), способной обеспечить широкое оперативное поле, во-вторых, – большие возможности для оперативного маневра, многообразие вариантов расположения троакар-ов, в-третьих, – наличие постоянных анатомических ориентиров и их великолепная визуализация, в-четвертых, – возможность выполнения симультанных операций. Брюшная полость оказывается выгодным «плацдармом» для развития широких оперативных действий [2,12].

Лапароскопическая нефропексия по поводу нефроптоза стала одной из приоритетных операций на почках за последнее время [10,15].

Опущенная почка может стать причиной патологических изменений в других органах. Смещение почек вниз, которое в норме не должно превышать высоту тела одного поясничного позвонка, нередко сопровождается ротацией почки вокруг фронтальной и сагиттальной осей с нарушением кровообращения в ней, изменениями динамической активности верхних мочевых путей, которые могут быть следствием перегиба мочеточника [13]. Натяжение, функциональные и органические стенозы почечной артерии при нефроптозе могут привести к артериальной гипертензии [3,7]. Нарушается отток по почечной вене из-за ее деформирования, что ведет к застойной венозной почечной гипертензии [5]. Почечная колика, протеинурия, эритроцитурия, гематурия, пиурия и артериальная гипертензия – признаки осложнений нефроптоза. Пиелонефрит при нефроптозе может привести к перинефриту и фиксированному нефроптозу [7]. Применение широко распространенного консервативного метода лечения нефроптоза не приводит к излечению всех больных [6].

В 1881 г. Ганном произведена первая операция укрепления блуждающей почки посредством шва [4]. С тех пор для оперативного лечения нефроптоза предложено множество методов. Наиболее распространенным является нефропексия по методу Rivoir в модификации Пытеля-Лопаткина мышечным лоскутом из поясничной мышцы к передней и задней поверхности почки со стороны нижнего полюса [6,7,9].

Лапароскопическая нефропексия проводится аналогично методу, описанному выше [10], или выполняется подшивание нижнего полюса почки к поясничной мышце одним-двумя швами [15]. С ноября 1997г. по июнь 1998г. нами проведены четыре лапароскопические нефропексии по собственной методике. Все пациенты были женского пола. Возраст больных – 27, 35, 43 и 46 лет. В одном наблюдении была выполнена также лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по поводу желчекаменной болезни. У всех больных был поставлен диагноз нефроптоз III ст. на основании клиники, УЗИ почек и органов брюшной полости, обзорной и экскреторной урографии. Показаниями к нефропексии были резко выраженные боли, возникающие при легкой физической нагрузке или ходьбе, снижение работоспособности, частые атаки пиелонефрита. Во

время операций использовался эндотрахеальный наркоз. Положение больных, за исключением случая с сопутствующей операцией на желчном пузыре, было на здоровом боку в обычном положении для операций на почках. При сопутствующей желчекаменной болезни сначала выполняли ЛХЭ в положении больного на спине, с последующей укладкой больного на операционном столе по Федорову. Операции проводились с 5 троакарных точек: 4 – как при ЛХЭ и пятая – по задней подмышечной линии ниже XII ребра. Внутривнутрибрюшное давление газа было низким: около 6 мм. рт. ст.

Для обнажения почки рассекали брюшину задней поверхности брюшной стенки параллельно ободочной кишке эндоножницами. Почку выделяли из жировой клетчатки специальной «ложечкой» Чугунова для диссекции тканей, то есть ликвидировали спяние почки клетчаткой других органов и систем, являющихся элементами патогенеза нефроптоза. Этим же достигали смещения почки в ее нормальное ложе. Затем вскрывали перимизиум у латерального края m. psoas, фиксировали сетку для герниопластики клипатором к мышце. После фиксации, укрытой в верхней трети ушитой фасцией сетки, расщепленную вдоль на две половины оставшуюся ее часть проводили через два отверстия в паранефральной клетчатке у нижнего полюса почки. Этим проводилась профилактика образования спаек между задней поверхностью почки и фиксированной к мышце частью сетки. Два конца расщепленной части сетки укладывали на переднюю поверхность почки и фиксировали медиально и латерально от продольной оси почки к фиброзной капсуле с прошиванием максоновой нитью на атравматичной игле. Узлы завязывались по специальной модификации (А.Н. Чугунов) иглы EndoStich. Подшитая двумя лоскутами почка застрахована от вращения вокруг точки фиксации. Затем восстанавливалась целостность паранефральной клетчатки с помощью эндоклипатора.

После выполнения основного этапа операции, гемостаза, брюшину задней поверхности брюшной стенки ушивали вышеуказанным аппаратом EndoStich. Тем самым восстанавливали целостность забрюшинного пространства. Устанавливали дренажную трубку через пятый троакарный доступ.

В первые сутки после операции больные поднимались с кровати, начинали ходить. В вертикальном положении больного вследствие повышения внутрибрюшного давления усиливается сократительная способность чашечно-лоханочной системы почек, что ведет к улучшению пассажа мочи из верхних мочевыводящих путей и создает благоприятные условия для лечения пиелонефрита и других осложнений нефроптоза. Все репаративные процессы в организме происходят быстрее в вертикальном положении тела [8]. При обычных методах нефропексии больных поднимают с койки через 10-14 дней, а иногда и на 21-й день.

Контрольные обследования после операции проводились через 2-3 месяца. Они свидетельствуют о нормальном пассаже мочи из оперированной почки и ее подвижности в пределах 2 см у всех четырех больных.

Осложнений после лапароскопической нефропексии не было. Этому способствовало также низкое внутрибрюшное давление (до 6 мм. рт. ст.) во время операции.

Таким образом, лапароскопическая нефропексия по специально разработанной методике с помощью сетки для герниопластики при низком интраоперационном давлении в брюшной полости позволяет активизировать больных в первые сутки после операции. У пациентов легко протекает послеоперационный период, что позволяет сократить их пребывание в стационаре. Операция выполняется с минимальной травмой и максимальной эффективностью для больного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баев В.А. и др. // Урол. нефрол. – 1996, №2.
2. Борисов А.Е., Краснов Л.М., Земляной В.П. и др. // Эндоскоп. хир. – 1997, №1.
3. Галеев Р.Х. Нефрогенная артериальная гипертензия. – Казань, 1996.
4. Кюммель Г. // Бир А., Кюммель Г. Оперативная хирургия. – Т.IV. – М. – Л., 1929. – С.297.
5. Лопаткин Н.А., Морозов А.В., Житникова Л.Н. Стеноз почечной вены. Этиология, клиническая симптоматика, диагностика. – М., 1984. – 142 с.
6. Лопаткин Н.А., Шабад А.Л. Урологические заболевания почек у женщин. – М., 1985.
7. Лопаткин Н.А. (ред.) Оперативная урология. – Л., 1986. – 479 с.
8. Люлько А.В. Функциональные состояния и патология единственной почки. – Киев, 1982. – 248 с.9.
9. Марченко Ю. // Урол. нефрол. – 1969, №2.
10. Никольский В.И., Квадяев Ю.А. // Эндоскопич. хир. – 1997, № 1.
11. Петров В.С., Никитин А.М., Сидоров А.Н., Анисимов Ф.Б. // Эндоскопич. хир. – 1997, № 2.
12. Поддубный И.В., Дронов А.Ф., Корзинкова И.Н. и др. // Эндоскопич. хир. – 1997, № 1. – С. 86-87.
13. Пытель Ю.А., Борисов В.В., Симонов В.А. // Физиология человека. Мочевые пути. – М., 1996. – С. 189-190.
14. Троицкий О.А., Романов В.А. // Урол. нефрол. – 1996, №2.
15. Цветов Б.Ю., Степанов Д.Ю., Мешков С.В. // Эндоскопич. хир. – 1997, №2.
16. Clayman R.V., Kavoussi L.R., Soper N.J. et al. // J. Urol. – 1991. – V. 146. – P.278-282.
17. Jordan G.H., Winslow B.H. // J. Urol. – 1993. – V.150. – P. 940-943.
18. Rassweiler J.J., Henkel T.O., Potempa D.M. et al. // Eur. Urol. – 1993. – V.23. – P.425-430.
19. Suzuki K., Ihara H., Kurita Y. et al. // Eur. Urol. – 1993. – V. 23. – P. 463-465.