

За период с момента открытия клиники «Эндохирургия», с 2009 по 2010г. нами были впервые в Республике Таджикистан применены такие видеосэндоскопические операции в области урологии как трансуретральная резекция аденомы простаты, контактная литотрипсия камней мочевыводящих путей (почки, мочеточника, мочевого пузыря), эндоскопическая уретеролитотомия камней верхней и средней трети мочеточника люмбоскопическим доступом и лапароскопическая варикоцелэктомия. В одном случае нами была проведена лапароскопическая ассистированная нефрэктомия при гидронефрозе левой почки.

Клиническое наблюдение. Пациент М., 19 лет, история болезни №684, поступил в клинику 20.10.10г. с жалобами на головные боли и наличие нефростомического дренажа в левой поясничной области. Из анамнеза: впервые обратился 28.08.10г. с жалобами на боли в поясничной области слева в одну из республиканских клиник, где был установлен диагноз: «Стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента слева. Гидронефроз слева. Хронический пиелонефрит в стадии латентного течения». Там же с целью деривации мочи в гидротрансформированную почку был установлен нефростомический дренаж.

В условиях клиники для определения тактики оперативного лечения пациенту было проведено комплексное обследование.

УЗИ мочевых путей: левая почка размерами 145мм х65мм. Паренхима истончена до 2.2мм в среднем сегменте, и 1.6 мм в полюсах. Определяется расширение полостных элементов по типу гидронефроза III ст. Правая почка обычных размеров, формы, величины. Конкременты не выявлены. Мочевой пузырь с чётким ровным контуром, полость его свободна, содержимое гомогенное. Эхокартина предстательной железы без патологии.

КТ: – забрюшинного пространства до и после в/в контрастирования. Справа почка расположена обычно, нормальных размеров и формы. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Чашечно-лоханочные системы не расширены. Выделительная функция сохранена. Рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено. Мочеточник свободно проходим. Слева почка размерами 15.1 х 5.8 см. Паренхима истончена местами до 0.2см. ЧЛС - расширена, деформирована (рис.1 а,б).



Рис.1. КТ. Гидронефроз слева IIIст:
а) сагиттальный срез; б) фронтальный срез

Паранефральная клетчатка уплотнена, тяжистая. В проекции ЧЛС определяется нефростома. Выделительная функция значительно снижена. Мочеточник не визуализируется. Отмечается увеличение количества парааортальных и мезентеральных лимфоузлов размерами до 0.6см.

Оперативное пособие: под общей внутривенной анестезией в мочевой пузырь введён цистоскоп 19Fr. При цистоскопии устья мочеточников в типичном месте, округлой формы. В левое устье введён металлический проводник, по нему проведён мочеточниковый катетер до лоханки (рис.2а). Выполнена ретроградная уретеропиелография, на которой определяются расширения полостных элементов левой почки и наличие нефростомы (рис.2б). В мочевой пузырь установлен катетер Фолея № 16, к которому фиксирован мочеточниковый катетер.

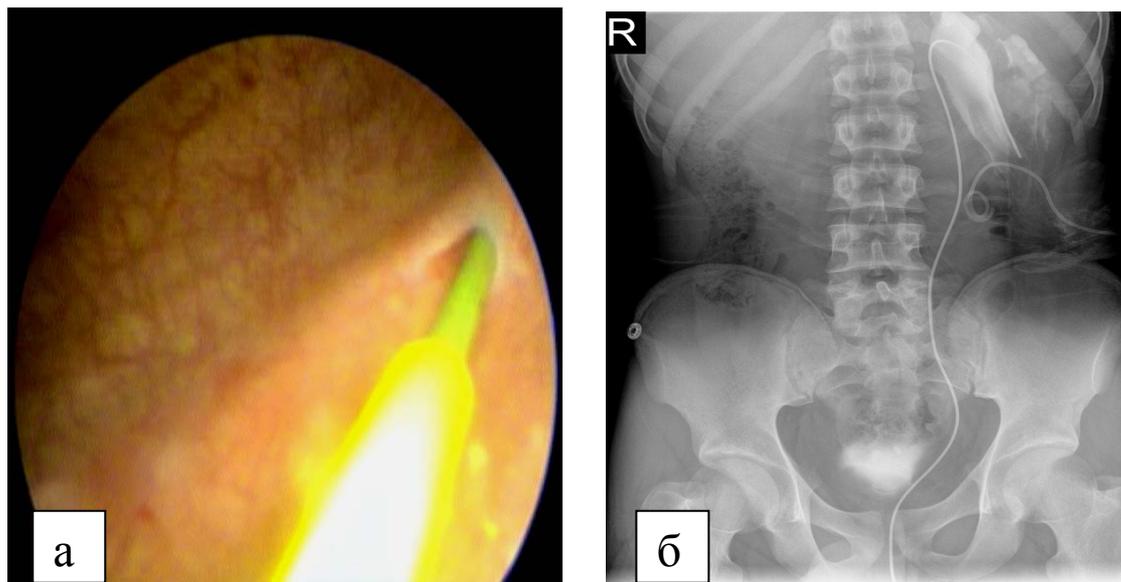


Рис. 2. а) цистоскопия: катетеризация устья левого мочеточника. б) ретроградная уретеропиелография, определяется мешковидно-расширенная ЧЛС левой почки с наличием нефростомы

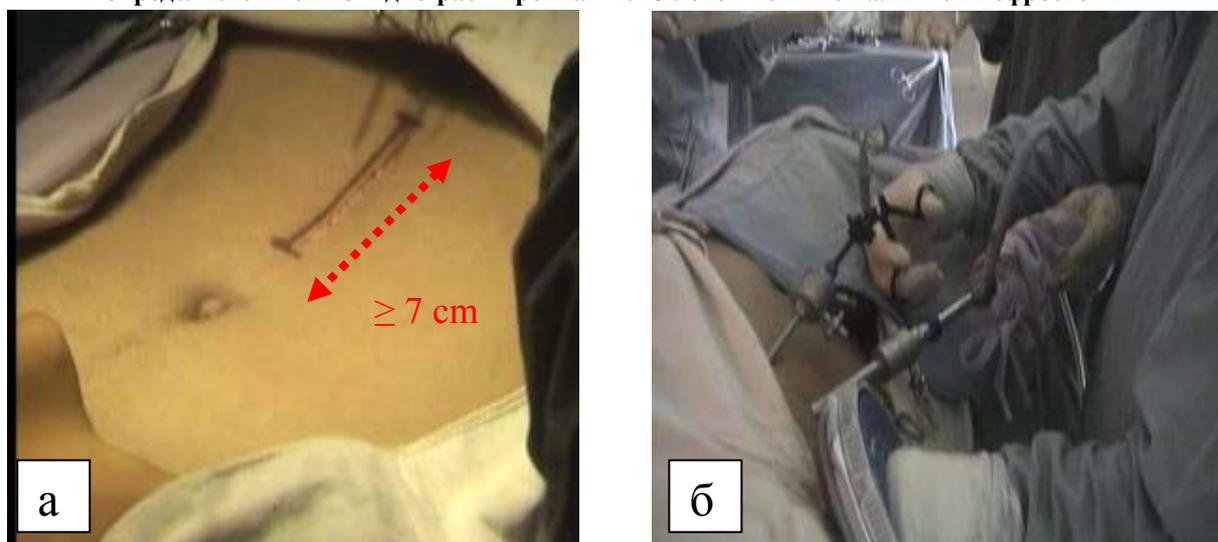


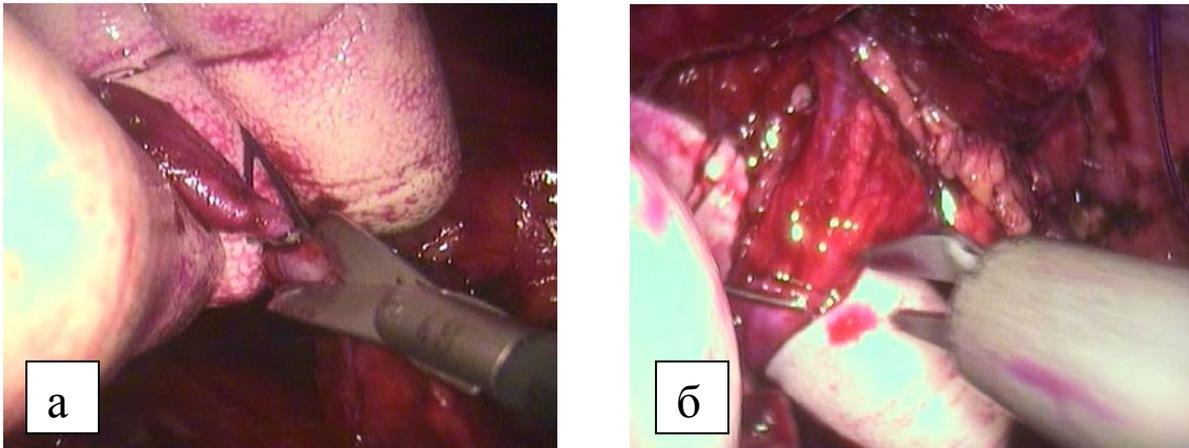
Рис.3 а) доступ в эпигастральной области для установки “Hand-Port”; б) установлен “Hand-Port”и троакарные порты для лапароскопического вмешательства

Продольным разрезом протяжённостью 7см по срединной линии послойно вскрыта передняя брюшная стенка и установлен “Hand-Port” (рис.3а). Больной уложен в латеропозицию на правый бок,

фиксирован к столу. В брюшную полость через порт введена левая рука, под контролем которой, троакарным способом установлены 10мм порт на 1см выше пупка для введения лапароскопа. Затем установлен второй 10мм порт по среднеключичной линии для рабочего инструмента (рис.3б).

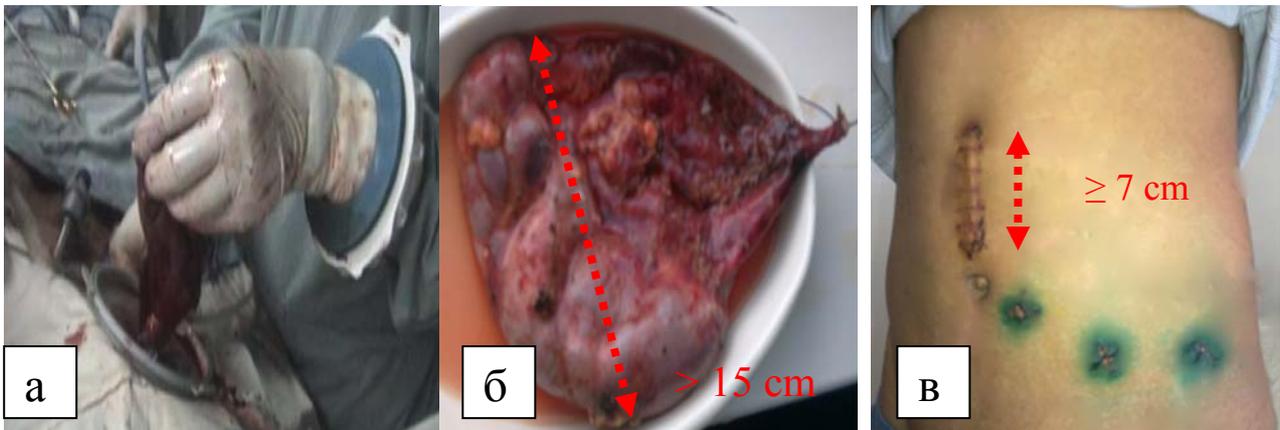
При лапароскопии нижний край селезёнки и изгиб нисходящей ободочной кишки подпаян к париетальной брюшине. С помощью электрокоагуляции и острым путём спайки рассечены. Над левой почкой продольно вскрыта париетальная брюшина, пальпаторно на ощупь в забрюшинном пространстве определён ригидный катетер в мочеточнике. Проведён уретеролиз до нижнего полюса почки.

После удаления катетера мочеточник лигирован и пересечен (рис. 4а). Затем выделена сосудистая ножка почки, произведено её клипирование и пересечение (рис. 4б).



**Рис. 4 а) выделения в/3 мочеточника и его лигирование с пересечением;
б) мобилизация и клипирование сосудистой ножки под контролем руки**

Почка выделена и удалена целиком (рис 5а). Макропрепарат удалённой почки представляет собой мешковидно-расширенную полость с атрофированной паренхимой (рис. 5б). Во время операции наблюдались технические трудности, связанные с отделением огромной левой почки от склерозированного паранефрия.



**Рис. 5. а) процесс удаления макропрепарата через “Hand-Port”;
б) макропрепарат удалённой почки;
в) заживление раны первичным натяжением в послеоперационном периоде**

Объём кровопотери 150±20мл. При ревизии в брюшной полости и забрюшинной клетчатке слева, признаков кровотечения нет. По передней подмышечной линии в ложе удалённой почки установлен силиконовый дренаж. «Hand-Port» и лапароскопические порты удалены. Рана брюшной стенки послойно ушита. Асептическая повязка - на рану. Послеоперационное течение гладкое, рана зажила первичным натяжением (рис. 5в). Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение и лечение.

Результаты. С помощью ручной ассистенции была впервые проведена оргоуносящая операция лапароскопической нефрэктомии при гидротрансформированной левой почке. В процессе проведения нефрэктомии гибридным способом значительную часть времени операции (120минут) занимало выделение и клипирование сосудистой ножки левой почки. Интраоперационная кровопотеря составила 150±20мл. В послеоперационном периоде наркотические анальгетики назначали только дважды в течении первых суток после операции, а приём жидкости разрешили спустя 6 часов после операции. Нахождение пациента в послеоперационном периоде в клинике составило 4 суток. По мере накопления опыта, внедрения новых методологических и технических подходов, время выполнения вышеперечисленных лапароскопических операции уменьшилось в два - три раза.

Таким образом, анализ данных, полученных в ходе нашего исследования, позволяет сделать вывод, что метод лапароскопической ассистированной нефрэктомии сочетает в себе все преимущества как лапароскопических, так и открытых вмешательств. Включение в ход операции тактильных ощущений позволяет улучшить качество интраоперационной ревизии органов брюшной полости и оказывает существенную помощь при выполнении таких ключевых манёвров операции как выделение мочеточника, магистральных сосудов почек, их клипирование с пересечением.

Литература

1. Laparoscopic nephrectomy for renal cell cancer: evaluation of efficacy and safety: a multicenter experience / Cadeddu J.A., Ono Y., Clayman R.V. et al. // Urol. – 1998. – Vol.52. – №5. – P. 773–777
2. Hand-assisted laparoscopy for large renal specimens: a multiinstitutional study. / Stifelmanky54ve4y3уц M.D., Handler T., Nieder A.M. et al. // Urology. – 2003. – Vol. 61. – №1. – P. 78–82
3. Hand-assisted laparoscopic radical nephrectomy: comparison to open radical nephrectomy / Stifelman M.D., Sosa R.E., Nakada S.Y. et al. // Urology. – 2001. – Vol. 58. – №4. – P. 517–520
4. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А., Аль-Агбар Н.И. Современные аспекты диагностики и лечения объёмных образований почки // Актуальные вопросы онкоурологии. Заболевания предстательной железы. – Уфа, 2003. – С. 12–15
5. Темиров Н.Х. Лапароскопическая ассистированная радикальная нефрэктомия при лечении опухолей почек// Автореф.дисс.канд.мед.наук.М.2006.-24 с.
6. Теодорович О.В., Кадыров З.А., Забродина Н.Б. Технические особенности лапароскопической ассистированной радикальной нефрэктомии // Актуальные вопросы лечения онкологических заболеваний. – М. 2003.- С.157-158

ХУЛОСА

МАВРИДИ ИСТИФОДАИ ИЗОЛАИ ГУРДА ТАВАССУТИ ЛАПАРОСКОП ВА ЁРИРАСОН

Н.Х.Темиров, А.Б.Ҳочиев, А.А.Николаев

Дар мақола натиҷаи изолаи гурда (нефрэктомия) бо лапароскоп хангоми хидронефрози гурдаи чап дар бемори 19-сола бо гузоштани гузаргоҳи дастраси трансперитонеалӣ барои дасти ҷарроҳ пешниҳод шудааст.

Усули пешниҳодшуда дар худ хамаи афзалиятҳои ҳам даҳолати лапароскопӣ ва ҳам даҳолати ҷарроҳии кушодро дорост, ки ин барои беҳтар гардидани сифати муоинаи узвҳои дарунии шикам дар рафти ҷарроҳӣ имконият медиҳад ва ҳангоми иҷроиши чунин ҷузъҳои асосии ҷарроҳӣ: чудо кардани ҳолиб, рағҳои асосии гурдаҳо, пӯчидани рағҳо бо исқанҷа хеле кӯмак мерасонад.

SUMMARY

CASE OF LAPAROSCOPIC ASSIST NEPHRECTOMY IN KIDNEY HYDRONEPHROSIS

N.H.Temirov, A.B.Khojiev, A.A. Nikolaev

The result of laparoscopic nephrectomy in hydronephrosis of left kidney in 19-year-old patient with a transperitoneal access port settings for the introduction of the surgeon's hands was presented.

The proposed method combines the advantages of both laparoscopic and open surgical procedures, thus improving the quality of intraoperative revision of the abdominal cavity and provided substantial assistance in the implementation of key maneuver operations as selecting the ureter, renal main vessels and their intersection with the clipping.

Key words: laparoscopic nephrectomy, hydronephrosis, assisted laparoscopic nephrectomy

Адрес для корреспонденции:

Н.Х.Темиров – врач-уролог клиники «Эндохирургия»; Таджикистан, г. Душанбе,
ул. Дружбы Народов-106. E-mail:nurali1973@mail.ru 985-34-99-76



ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ В УСЛОВИЯХ г.НАХИЧЕВАНИ

И.Р.Мустафаева, Э.М. Алиева, Ш.Ш.Асадова

Кафедра акушерства и гинекологии №3

Азербайджанского медицинского университета, г.Баку

Авторы провели обследование 260 девочек в возрасте 10-17 лет с целью выявления частоты различных патологических состояний и последующей их коррекции в периоде полового созревания. Исследование показало, что у 121 (46,5%) девочек отмечается физиологическое течение периода полового созревания, а у 139 (53,5%) девочек – различные патологии, влияющие на процесс формирования репродуктивной функции. В ходе исследования выявлены: высокая частота поликистоза яичников (32,4%), ювенильные кровотечения (14,4%), фолликулярные кисты (22,3%), а также наличие различной степени выраженности гирсутизма (15,1%), преимущественно яичникового генеза.

Ключевые слова: поликистоз яичников, ювенильное кровотечение, гирсутизм, фолликулярная киста, период полового созревания девочек

Актуальность. Состояние женского организма определяется многообразием факторов: генетических, социально-экономических, психологических, алиментарных. Основу репродуктивного здоровья женщины составляет особенность периода полового созревания. В это время происходит формирование вторичных половых признаков и становление менструальной функции. Заболевания, перенесённые в периоде полового созревания, существенно влияют на течение пубертата и увеличивают частоту гинекологических заболеваний в последующие годы жизни [5].

По данным Богдановой Е.А., профилактический осмотр девочек выявил наличие у 15-18% девочек гинекологических заболеваний и нарушений менструального цикла. В структуре этих заболеваний преобладают инфильтративные процессы [2]. Мартыш Н.С. и соавт. определили опухоли и опухолевидные образования у 1-4,6% обследованных детей и подростков [6,7]. Исследование медико-социальных факторов, влияющих на формирование органов репродуктивной системы в г. Санкт - Петербурге позволили установить, что 28% девочек-подростков курят, 13% девочек употребляют алкоголь, 4% девочек периодически пробуют наркотики, что, безусловно, отражается на генеративной функции женского организма [1,4].

Исследование состояния репродуктивного здоровья у девочек, проживающих в г. Москве, выявили, что средний возраст начала половой жизни приходится на 16,81±0,06 лет. При этом 21,9% девочек начали половую жизнь в 13 лет, 40% - 14 лет, 21% - 15 лет, 17,1% - старше 15 лет [3]. Впервые исследование периода полового созревания девочек, проживающих в условиях г. Баку в Азербайджане, было проведено Фаталиевой Л.М. [8]. Учитывая ограниченность научных исследований относительно особенностей течения пубертатного периода в Республике Азербайджан и актуальность данной проблемы, определена цель настоящего исследования.

Целью исследования явилось изучение частоты различных патологических процессов и эффективности методов их коррекции у девочек в периоде полового созревания, проживающих в условиях г. Нахичевани Азербайджанской Республики.

Материал и методы. Исходя из поставленной цели, было обследовано 260 девочек в возрасте 10-17 лет, проживающих в г. Нахичевани. Из них у 121 (46,5%) девочки отмечалось физиологическое течение периода полового созревания, у 139 (53,5%) девочек определялись различные патологические процессы, влияющие на процесс формирования их репродуктивной функции.

Обследование включало сбор анамнеза, включая возраст родителей при рождении девочек, состояние их здоровья, жилищно-бытовые условия, особенности питания, наличие вредных привычек. Оценка физического развития девочек проводилась измерением веса, роста, наружных размеров таза.

У всех девочек для характеристики периода полового созревания определялись выраженность вторичных половых признаков в каждой возрастной группе, гирстное число, особенности становления менструальной функции. Было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза. С целью исследования гормональной активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы девочек определялись уровни фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), тиреотропного (ТТГ) гормонов, а также дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЕАС), тестостерона, эстрадиола. Учитывая, что г. Нахичевань является зоной эндемического зоба, у всех девочек функциональная активность щитовидной железы оценивалась определением уровней тиройдина (Т3) и тироксина (Т4).

Результаты исследования. Обследование девочек в периоде полового развития в условиях г. Нахичевани на основании клинических, функциональных, гормональных методов исследования