

ВНЕДРЕНИЕ МИНИ-ДОСТУПА В УРОЛОГИИ

Галеев Р.Х., Гильмутдинов Р.Ш.

ГОУ ДПО КГМА, ГУЗ РКБ МЗ РТ, Казань, Россия

Хирургия малых доступов сегодня – это один из магистральных путей прогресса современной хирургии в целом. Особой положительной оценки заслуживают эти операции у лиц пожилого и старческого возраста. Оперативный доступ без пересечения мышц является лучшей профилактикой послеоперационных грыж. Малая операционная травма, со-

временные методики и подходы к лечению больных в разы сокращают сроки лечения. С марта 2009 по декабрь 2009 года сотрудниками урологического отделения ГУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ прооперировано 28 пациентов из бокового открытого мини-доступа с использованием наборов инструментов «Миниассистент». Возраст больных составил от 17 до 72 лет. Средний возраст пациентов составил $45,3 \pm 14,4$ года Женщин – 14, мужчин – 14.

Пиелолитотомия из мини доступа проведена 6 больным, среднее время операции составило

91,66±21,37 (60–120 мин.), а традиционной ПЛТ – 83,01±2,38 (60–175 мин.). Послеоперационный койко-день при ПЛТ из мини-доступа составил 7,5±0,55 (7–8 дней), а после традиционной ПЛТ – 15,6±1,99 (9–22 дня).

Уретеролитомия из в/3 мочеточника проведена у 5 больных. Дренаж удалялся в среднем на 4±1,15 день (3–5 день), нефростома удалялась на 7 день. Уретеролитомия из с/3 мочеточника проведена у 8 больных, до операции у 7 больных была нефростома, в 1 случае стент установлен во время операции, а в другом случае – через 7 дней после операции. Дренаж удалялся в среднем на 4±1,2 день (2–6 день), нефростома удалялась на 6,4±0,98 день (5–8 день). Стент удаляли через 5 дней. Среднее время уретеролитотомий из мини-доступа составила: из в/3 мочеточника – 85±37,1 (60–150 мин.), из с/3 мочеточника – 46,25±9,16 (40–60 мин.), а традиционная УЛТ длилась в среднем 55,5±1,03 (35–85 мин.). Послеоперационный койко-день после всех УЛТ из мини-доступа составил 8,9±2,2 (5–12 дней), а после традиционной УЛТ составил в среднем 11,4±0,19 (7–16 дней).

Операции по поводу гидронефроза проведены у 8 больных. Стриктура ЛМС обнаружена у 7 больных, ЛМС без изменений – у 1 больного. У 8 больных имелись аномальные сосуды: артерия – в 1 случае (спереди ЛМС), артерия и вена – у 5 (4 – спереди и 1 – позади ЛМС), вена – у 2 больных (спереди ЛМС). В 1 случае перешли на расширенный доступ в связи с мелкими камнями в чашечках. В 7 случаях проводилась пластика по Хайнс-Андерсону, в одном

случае пластика не проводилась (была перемещена артерия и пересечена после перевязки вена). Стент мочеточника устанавливался в 7 случаях (в одном случае – не требовался) на срок до 4 недель. Дренаж удалялся в среднем на 4,28±1,6 день (3–7 день). При наличии нефростомы последний удалялся в среднем на 9,25±5,8 день. Среднее время всех операций из мини-доступа при гидронефрозе составило 146,87±52,16 (70–210 мин.), а традиционная операция длилась в среднем 125,1±1,6 (85–180 мин.). Послеоперационный койко-день после операций из мини-доступа составил 10,3 дней (7–21 день), а после традиционной операции при гидронефрозе составил в среднем 20,5±0,34 (16–32 дня).

Киста почки иссечена мини-доступом у 1 больной с удовлетворительным результатом. Больная выписана на 7 день после операции. Длительность операции из мини-доступа составила 100 минут, а традиционное иссечение кисты длилось в среднем 50,4±1,5 (35–70 мин.) и послеоперационный койко-день был 9,7±0,3 (7–14 дней).

Выводы. За счет малоинвазивного доступа сокращаются сроки госпитализации, амбулаторной реабилитации, снижается потребность в анальгетиках и перевязочном материале. Немаловажен и косметический момент этих операций. По мере освоения методики, расширяется и диапазон её применения при других урологических заболеваниях. Применение минидоступной технологии значительно снижает травматичность вмешательства и облегчает течение послеоперационного периода.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАНОЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ

Галеев Р.Х., Булатов Д.А.

*Республиканская клиническая больница МЗ РТ,
Казанская государственная медицинская академия*

В настоящее время одной из самых сложных проблем в урологии являются заболевания связанные с отсутствием или клинически значимой деформацией значительных участков мочевых путей. Данные состояния являются результатом различных заболеваний и травм. Можно составить предположительный алгоритм наступления подобных состояний: травматическое поражение (манифест заболевания) – оперативное лечение – несостоятельность швов – длительное стояние стомы – хронический воспалительный процесс – сморщивание тканей со склерозированием – полная или частичная утрата функции органа. Данный алгоритм приемлем для любых отделов мочевыводящих путей. По данным

различных авторов процент осложнений после пластических операций составляет от 12 % до 27%.

В нашей клинике накоплен значительный опыт использования аутоотрансплантатов при хирургическом лечении стриктур мочевых путей. С 1981 года в качестве аутоотрансплантата для замещения мочевого пузыря используется сегмент подвздошной кишки. Выполнено всего 385 операций. Состояния при которой выполняется данная операция в различных модификациях разнообразны: онкологические заболевания, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, травматические поражения мочевых органов. За последние годы выполнено 5 операций с замещением слизистой уретры аутоотрансплантатом – слизистой ротовой полости при поражении уретры с протяженностью свыше 5 см. Данное состояние наиболее характерно для пациентов уже перенёсших пластические операции на уретре.

Отдельно нужно сказать о комбинированном использовании аутоотрансплантатов мочевого пузыря и уретры. Приводим пример. В нашу клинику обратился пациент, который в течение последних 5 лет перенёс 5 операций на мочевом пузыре и уретре.