

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДОСТУПА, ОПЫТ КЛИНИКИ «MED ART GROUP»**

Умурзаков Ж.Ж.

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения, стажёр-учитель
кафедры урологии и онкологии.

Бозоров Шавкат Тоирович

Врач-уролог отделения неотложной хирургии №3 (урология)

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17526787>

Аннотация. для решения проблем у больных, связанных с обструкцией пиелоуретрального сегмента, самым оптимальным и малотравматичным вариантом является малоинвазивная лапароскопическая пиелопластика, эффект и результат которого значительно превышает по сравнению с открытыми хирургическими операциями. Лапароскопический доступ удобен для хорошей визуализации внутренних анатомических органов, безуказненный изолирование пиелоуретрального сегмента, свободное пространство для выполнения манипуляций при помощи инструментов лапароскопии.

Ключевые слова: Пиелопластика, Стентирование Мочеточника, Пиелоуретральный Сегмент, Гидронефроз Почек, Лапароскопическая Ревизия.

**LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY - EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF
TRANSPERITONEAL ACCESS, EXPERIENCE OF THE «MED ART GROUP» CLINIC.**

Abstract. To solve the problems of patients associated with obstruction of the pyelourethral segment, the easiest and least traumatic consequence is minimally invasive laparoscopic pyeloplasty, the effect and result of which are significantly increased compared to open surgical operations. Laparoscopic access is convenient for better visualization of internal anatomical organs, perfect isolation of the pyelourethral segment, and free space for performing manipulations using laparoscope instruments.

Key words: Pyeloplasty, Ureteral Stenting, Pyelourethral Segment, Renal Hydronephrosis, Laparoscopic Revision.

Материалы и методы

С февраля 2021 г. по январь 2024 гг. в клинике «MeD Art Group» в отделении урологии выполнена у 20 больных с обструкциями пиелоуретрального сегмента. Среди них было 13 пациентов мужского пола, а 7 из них женского пола, возраст которого колебался в порогах от 19 до 61 лет, средний возраст больных составляло-43,8±8,7 года. Болные, которые прооперированы основном были жителями ферганской долины и Республики Кыргызстана. 14 пациентам было проведена лапароскопическая пиелопластика с права, а остальным 6 пациентам слева. Все больные в поликлинике нашей клинике для постановки правильного диагноза проводили лабораторно-инструментальное обследование, среди них оющий анализ крови, биохимический анализ крови, экскреторную урографию с контрастированием, ультразвуковое исследование почек, ЭКГ сердца с осмотром кардиолога. Абсолютными показаниями к оперативному лечению лапароскопической

пиелопластики (ЛП) составляет рентгенологические признаки гидронефроза почек по данным контрастной урографии (МРТ), расширение чашечно-лоханочной системы в виде гидронефроза и истончение паренхимы по данным сонографической исследовании почек (УЗИ). Всем прооперированным пациентам оставляли внутренний дренаж верхних мочевых путей. Стент устанавливали всем 20 (100%) пациентам без исключения во время операции антеградным путем. Для оптимальной визуализации ретроперитонеальных органов во всех ситуациях пользовались методом трансмезоколеальным доступом. Первый троакар 10 мм для лапароскопа устанавливали латеральнее на 2-3 см в области от пупка (смотря какую почку оперировать), производили вдувание углекислого газа в брюшную полость до 14 мм ртутного столба при помощи подачи специального аппарата, а эффективность и оптимизация операционного поля наблюдалось с помощью визуальным контролем, троакар которого 6 мм.

Большинство больных, а это 70% [14] выполняли диссекцию по анатомической линии Тольда (рис 1), мобилизовывали толстую кишку, отводили ее медиально, забрюшинно и обнаруживали мочеточник. После идентификации мочеточника отделяли его верхнюю треть, лоханочно-мочеточниковый сегмент и лоханку.

Результаты

Ранние и поздние послеоперационные осложнения, при которых требовалось бы к манипуляциям к экстренному открытому лапаротомии, отсутствовали. Мы установили ПК нефростомический дренаж появившегося у одного пациента раннем послеоперационном периоде и подтекание мочи прекратилось на 4-5-е сутки после установки нефростомы. Усугубление хронического пиелонефрита, связанное с пузырно-лоханочным рефлюксом на фоне установленного во время лапароскопической пиелопластики стента, отмечалось в двух случаях. Длительность лапароскопической операций колебалась в пределах от 45 до 125 мин (среднее 85 мин). Формирование пиелоуретероанастомоза занимало времени от 30 до 90 мин соответственно. Операции были наиболее длительными и затрудненными у больных с небольшими по размерам лоханками, нижнеполюсными сосудами и наличием в анамнезе частых осложнений хронического пиелонефрита, обуславливающих к развитию рубцового процесса в области пиелоуретрального сегмента, препятствующий его мобилизацию. Большинство больных, точнее 18 (90%) по данным послеоперационного лабораторно-инструментального обследования, лоханочно-мочеточниковый сегмент был свободно без препятствий проходим, уродинамика верхних мочевых путей нормализовалась или сравнительно улучшилась. Пациенты после лапароскопической операции рано активизировались, реже нуждались во введении наркотических анальгетиков и быстрее выписывались из стационара в амбулаторное наблюдение.

Заключение

Лапароскопическая пиелопластика-является золотым эталоном выбора у больных с первичными и даже вторичными сужениями пиелоуретрального сегмента, особенно при сопутствующих нижнеполюсных сосудов. Данная операция по эффективности и мало травматизме намного безопаснее с открытой пластике пиелоуретрального сегмента по сопоставимости, а длительность лечения в стационаре и проходящей реабилитации больного, время применения анальгетиков и их дозы после нее достаточно ниже, чем после

традиционной открытой пиелопластики, одним словом, хирургия быстрой реабилитации (fast-track surgery). Наш опыт и сведение других авторов показывает преимущества лапароскопической операции при выполнениях сложных реконструктивных урологические манипуляций с надлежащей подготовкой в интракорпоральном наложении швов. К предрасполагающим факторам, увеличивающий время и затрудненность данной операции, можно отнести мешающий диссекцию мочеточника из-за рубцового процесса на фоне частых обострений хронического пиелонефрита, наличие маленькой лоханки, высокий индекс массы тела у пациентов.

Литература

1. Anderson JC, Hynes W. Retrocaval ureter: a case diagnosed preoperatively and treated successfully by a plastic operation.
2. Davenport K., Minervini A., Timoney A.G., Keeley F.X. Our experience with retroperitoneal and transperitoneal laparoscopic pyeloplasty for pelvi-ureteric junction obstruction.
3. Hsu T.H., Streem S.B., Nakada S.Y. Management of upper urinary tract obstruction. In: Kavoussi L.R., Novick A.C., Partin A.W. et al. (eds). Campbell-Walsh Urology, 9th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier, Inc.
4. Lanetschek G., Peschel R., Bartsch G. Laparoscopic Fenger plasty.
5. Красенков, Ю. В., Остапенко, Г. Н., Домбаев, А. А., & Эдилов, А. В. (2020). Особенности пограничных психических нарушений у больных с поверхностными ожогами кожи. *Молодой ученый*, (33), 52-55.