

# Ендовідеохірургічні втручання в лікуванні сечокам'яної хвороби. Власний досвід

**О.О. Підмурняк, С.А. Собчинський, В.В. Войцешин, К.С. Собчинський, В.М. Монастирський, О.А. Алешко, В.В. Боюк, В.А. Добровольський**  
Хмельницька обласна лікарня

На сьогодні в арсеналі урологів для лікування сечокам'яної хвороби та безпосередньо каменів сечоводів є екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУХЛ), перкутанна нефролітотрипсія, уретероскопія з контактною літотрипсією, лапароскопічна або ретроперитонеоскопічна уретеролітотомія і відкрита уретеролітотомія. Відкрита хірургія показана за наявності каменів в сечоводі >1,5 см або за інших причини, як, наприклад, анатомічні аномалії, що ймовірно потребують одночасної хірургічної корекції. Із запровадженням лапароскопічних технологій майже всі урологічні втручання можна виконати із застосуванням ендовідеохірургічних методик [1]. Уретеролітотомію виконують як трансперитонеально, так і ретроперитонеально. Уперше ретроперитонеоскопічну уретеролітотомію вивинув Wickham у 1979 р.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні між жовтнем 2007 та квітнем 2013 року 128 пацієнтам були виконані лапароскопічні оперативні втручання з приводу каменів верхньої третини сечоводу. У 120 пацієнтів виконана уретеролітотомія та у 8 пієлолітотомія через причину міграції каменя в порожнину миски. У 72 пацієнтів камені були розташовані праворуч, у 56 – ліворуч. Трансперитонеальним доступом уретеролітотомія виконана у 18 пацієнтів, у 110 ретроперитонеоскопічним доступом. Ми поділили 128 пацієнтів на дві групи. Першу (I) групу склали пацієнти, котрим виконано хірургічне втручання в період з жовтня 2007 року по жовтень 2010 року, тоді як пацієнтів другої (II) групи оперували з листопада 2010 по квітень 2013 року. У I групі було 20 чоловіків та 12 жінок, середній вік яких 40 років; 18 пацієнтів мали камені у правому сечоводі та 14 пацієнтів у лівому сечоводі. Середній розмір каменя був 12,5 мм (коливався в розмірах від 11 до 18 мм). Серед пацієнтів I групи п'яти пацієнтам до уретеролітотомії виконували ЕУХЛ.

До II групи входили 60 чоловіків і 36 жінок, середній вік яких 42 роки, 54 пацієнта мали камені у правому сечоводі і 42 пацієнта – у лівому сечоводі. Середній розмір каменя складав 13 мм (коливався в розмірах від 8 до 22 мм). Десяти пацієнтам виконували ЕУХЛ як перший етап лікування, у п'яти пацієнтів ендовідеохірургічну уретеролітотомію виконували після невдалої спроби уретероскопії (таблиця).

Тривалість хвороби пацієнтів – від 4 до 23 міс. Діагноз встановлювали на підставі оглядової та видільної урографії, УЗД, у 69 пацієнтів для уточнення діагнозу виконували спіральну комп'ютерну томографію.

Оперативні втручання виконували як трансперитонеально, так і ретроперитонеоскопічно. В I групі 11 пацієнтів прооперовано лапароскопічно та 21 ретроперитонеоскопічно. У II групі у 4 пацієнтів виконували лапароскопічні операції та 92 ретроперитонеоскопічно. При ретроперитонеоскопічному доступі пацієнта укладали на здоровий бік. Перший розріз 10 мм виконували по задньопахвинній лінії

на 2,0 см вище гребеня здухвинної кістки. Заочеревинний простір був розширений за допомогою балонного дилататора. Потім один троакар діаметром 10 мм встановлювали по середній пахвинній лінії і третій троакар 5 мм встановлювали по передній пахвинній лінії. При трансперитонеальному доступі за допомогою голки Вереша наклали пневмоперитонеум. Перший 10-міліметровий троакар наклали на рівні пупка по латеральному краю прямого м'яза живота, другий 10-міліметровий порт по передній підпахвинній лінії на рівні пупка, третій 5-міліметровий порт по лінії першого порту на 2–4 см каудальніше мечоподібного відростка.

Після встановлення портів та введення інструментів виділяли нижній полюс нирки. Сечовід ідентифікували медіальніше m.psoas. Виділяли сечовід, візуалізували камінь. Стінку сечоводу розікали модифікованим ендоскопічним скальпелем безпосередньо над каменем. В останніх випадках розсічення сечоводу виконували шляхом електрорізання ендоскопічним інструментом типу «лопатка». Конкремент видаляли за допомогою ендоскопічного дисектора. Коли необхідно було встановити «стент», використовували додатковий 5-міліметровий троакар. Через останній заводили «стент» із струною у розріз сечоводу до сечового міхура, потім видаляли провідник і нирковий кінець заводили у миску нирки. Розріз стінки сечоводу ушивали окремими вузловими вікриловими швами 4/0 в I групі та неперервним швом вікрил 4/0 – у II групі [2, 3]. До місця розрізу сечоводу підводили сіліконовий дренаж 14–16 Ch через розріз одного з портів.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У перших 32 спробах показник ускладнень складав 9,4% (3 із 32). Серед них два пацієнта мали підтікання сечі внаслідок мірації «стента». Симптоми зникли після заміни «стента» на уретральний катетер. В одного пацієнта мала місце лімфорей протягом 7 діб після лівоїчної уретеролітотомії. Жодному з пацієнтів не переливали кров. У пацієнтів II групи ускладнення склали 3,2% (3 з 96).

Уретральний «стент» видаляли за допомогою цистоскопа через 4 тиж після операції. При спостереженні протягом до 6 років у пацієнтів не відзначено підтікання сечі, повторного утворення конкрементів, у деяких пацієнтів зберігався незначний гідронефроз протягом місяця.

При аналізі трансперитонеального та ретроперитонеального доступу слід зазначити суттєві відмінності. Так, переваги першого методу полягають в тому, що хірург має більший робочий простір, візуально знайомі орієнтири, вільний доступ до верхнього, середнього та нижнього відділу сечоводу. При ретроперитонеальному доступі у хірурга менший оперативний простір, менш знайомі анатомічні орієнтири, важче працювати при камені нижньої третини сечоводу. У той самий час, урологи більше знайомі з ретроперитонеальним простором, заочеревинний простір вільний від органів черевної порожнини, що зменшує

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів I та II груп за інтраопераційними показниками

Показник	Група I (перших 32 випадки)	Група II (останніх 96 випадків)
Сторона	Проворуч: 18 Лівобіч: 14	Праворуч: 54 Лівобіч: 42
Середній розмір каменя	12,5±3,1	13±3,5
Середній термін пошуку сечоводу	15±5 хв	5,6±2,3 хв
Середній час встановлення стента	20 ±6,6	10± 3,2
Середній час ушивання сечоводу	21± 5,0	10± 4,2
Середній час операції	100 ±9,5	50± 8,5
Об'єм крововтрати	100 ± 30,5	50 ±10,2
Ліжкодні	6,5	4,3

вірогідність розвитку ускладнень, як, наприклад, пошкодження кишечника, перитоніт, кишкова непрохідність та спайкова хвороба. У випадку підтікання сечі в заочеревинний простір останній легко дренирується, що запобігає потраплянню сечі в черевну порожнину.

**ВИСНОВКИ**

Ендовідеохірургічна уретеролітотомія рекомендована нами у таких випадках:

1. Конкремент сечоводу більше 12 мм, що розташований нижче нижнього полюсу нирки.
2. Неefективність попередньо застосованої екстракорпору-

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Боржієвський А.Ц. Оптимізація ендоскопічних методів лікування і реабілітації хворих з каменями нирок та сечоводів (клініко-експериментальне дослідження): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.06 / А.Ц. Боржієвський; Ін-т урології АМН України. – К., 2004. – 32 с.  
2. Tianyong Fan, Peng Xian, Lu Yang, Yong Liu et al. Experience and learn-

ingly of retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy.

3. Ушивати розріз сечоводу слід максимально герметично. Кращі результати під час накладання безперервного обвивного шва.

4. Встановлення «стента» збільшує тривалість операції та підвищує травматизацію сечоводу в місці розрізу. Тому встановлення «стента» необхідне лише при гнійних піелонефритах, що спричинені каменями сечоводу.

5. Ретроперитонеоскопічно зручніше оперувати у разі розташування каменя від верхньої третини сечоводу до рівня гребеня здухвинної кістки. При розташуванні каменя нижче – лапароскопічно.

**Experience laparoscopic ureterolithotomy upper ureteral calculi**

**A.A. Pidmurnyak, S.A. Sobchinskiy, V.V. Voytceshin, K.S. Sobchinskiy, V.M. Monastyrskiy, A.A. Aleshko, V.V. Bouk, V.A. Dobrovolskiy**

Between October 2007 and April, 2013, 128 patients have been operated apropos stones the top third ureter. At 120 patients it is executed ureterolithotomy and at 8 pyelolithotomy because of stone migration in kidney. At 72 patients stones settled down on the right, at 56 – at the left. Laparoscopic access ureterolithotomy executed at 15 patients, at 113 retroperitoneal access. With installation JJ-stent operations in 27 cases, without JJ – stent in 101 cases are finished. We have divided first 32 and last 90 patients in groups I and group II. There was no statistical difference at a rate of a stone between groups. In group I, complications noted at 3 patients (9,4 %). From them at 2 was urine owing to migration JJ – stent and at one long limphorhea after ureterolithotomy. In II to group complication is noted at 3 patient (3,2 %) in a kind urine at the patient without established JJ-stent. At the same time average duration of operation was authentically smaller at patients of the second group (50 against 100 minutes).

ing curve of retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for upper ureteral calculi. Journal of endourology. – 2009. – V. 23, N 11. – P. 1867–1870.  
3. El-Moula MG, Abdallah A, El-Anany F, et al. Laparoscopic ureterolithotomy: Our experience with 74 cases. J.Urol. – 2008. – V. 15. – P. 593–597.

УДК 616.45-006-089

# Лапароскопічна адреналектомія в лікуванні пухлин надниркових залоз

**О.О. Підмурняк, С.А. Собчинський, В.В. Войцешин, К.С. Собчинський, В.М. Монастирський, О.А. Алешко, В.В. Боюк, В.А. Добровольський**  
Хмельницька обласна лікарня

У статті наведений приклад діагностики пухлин надниркових залоз. Після встановлення діагнозу хворим виконана лапароскопічна адреналектомія. У надниркових залозах діагностовано пухлини як кіркової, так і мозкової речовини (альдостерома – 5 випадків, кортикостерома – 4 випадки, феохромоцитома – 5 випадків, гормонально неактивна адреналектомія – 8 випадків). Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Отриманий досвід дає можливість стверджувати, що в наш час медицина дозволяє проводити ранню клініко-лабораторну й

інструментальну діагностику пухлин ендокринних залоз. Сучасні технології, насамперед лапароскопічна адреналектомія, дозволяє швидко та безпечно досягти бажаного результату.

**Ключові слова:** пухлини надниркових залоз, лапароскопічна адреналектомія.

Якщо донедавна вважали, що пухлини надниркових залоз є рідкісною патологією і становлять не більше 0,6% всіх злоякісних пухлин, то сьогодні завдяки широкому