

ЛАПАРОСКОПІЧНА ТА ВІДКРИТА ПІЄЛОПЛАСТИКА, ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА

*А.З. Журавчак, О.В. Шупелик**

*ДНУ “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” ДУС м. Київ
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
кафедра урології**

Обструкція пієлоуретерального сегменту (ПУС), за даними Лопаткіна Н.А., 1989 р., є однією з найчастіших причин розвитку гідронефротичної трансформації. Незважаючи на добре розроблену тактику лікування цієї патології, до сих пір дискусійним залишається питання оптимального методу корекції вади ПУС [1,2]. На даний час відкрита пієлопластика (ВПП) та лапароскопічна пієлопластика (ЛПП) є найефективнішими методами лікування стенозованого ПУС, адже виконується основна вимога – резектується патологічно змінений ПУС [3,4]. За даними літератури, є ряд публікації з даної проблеми, причому автори в основному віддають перевагу тим методикам, якими володіють досконало, а про інші згадують недостатньо [5,6]. Ці роботи не дозволяють об'єктивно оцінювати результати пластичних втручань, що вказує на доцільність більш широкого аналізу оперативного лікування стриктури ПУС [7,8,9]. У своїй роботі ми хотіли проаналізувати результати відкритої та лапароскопічної пієлопластики.

Мета дослідження – проаналізувати та покращити результати лікування хворих зі стриктурами ПУС відкритим та лапароскопічним методами.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проспективне рандомізоване дослідження проведено в 2008 - 2010 роках на базі урологічних відділень ДНУ “Науково-практичного центру профілактичної та клінічної медицини” ДУС м. Київ та Львівської ОКЛ, в яке увійшло 49 пацієнтів зі стриктурами пієлоуретерального сегменту, з них 25 жінок та 24 чоловіки віком від 18 до 62 років. Середній вік становив $35 \pm 3,1$ року. Статистично достовірних відмінностей за віком та статтю в групах не було. Пацієнтів було

розподілено на 2 групи: 14 хворих, оперованих лапароскопічно, та 35, яким виконано відкриту пієлопластику. Протяжність звуження становила від 0,5 до 2,3 см. Всім пацієнтам до операції було виконано загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (сечовина, креатинін, загальний білок, білірубін), визначення коливання питомої ваги сечі, посів сечі на флору та чутливість до антибіотиків, УЗД нирок та ниркових судин, оглядову та екскреторну рентгенографію, радіоізотопну ренографію. Для профілактики післяопераційних рубцевих стриктур оперувалися хворі з пієлонефритом у стадії ремісії й на фоні антибактеріальної та протизапальної терапії. Пацієнти під час ЛПП знаходилися в латеропозиції, під ендотрахеальним знечуленням на ШВЛ. Ендопорти: 3 розміщені в проекції розрізу за Федоровим: 10мм по передній аксілярній лінії (для лапароскопу), 10мм дорзальніше середньої аксіальної лінії, 5мм по задньоаксіальній лінії; й 5мм ендопорт для ретрактора на 2 см нижче реберної дуги. Пневмоперитонеум з тиском газу 10 мм ртутного стовпчика створювався шляхом прямої пункції очеревини 10 мм троакарном з тупим стилетом. ВПП виконувалась за методом Андерсена-Хайнса вузловими швами з кроком 1-3 мм, з уколом голки на 2 мм від краю розрізу миски вікрилом 4-0 або 5-0 на круглій атравматичній голці, усім хворим було встановлено стент 6-8 Ch на 4 тижні. Це єдиний дренаж, який був у просвіті миски й сечовода. Заочеревинний простір дреновався однією силіконовою трубкою діаметром 5 мм, яка встановлювалася до сформованого анастомозу, на 3 дні. В післяопераційний період всі хворі отримували антибактеріальну та протизапальну терапію, знеболюючі засоби.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Післяопераційний моніторинг включав загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, УЗД нирок через 3, 6 та 12 міс., Rtg та радіоізотопну рентгенографію через 12 міс. Порівнювалися периопераційні параметри (час операції, величина крововтрати), післяопераційні (кратність та тривалість введення знеболюючих, після-операційний ліжкодень, часткова та повна реабілітація), ускладнення та результати. Отримані дані про функціональну здатність нирок та активність піелонефриту в післяопераційний пері-

од не відрізнялися у групі хворих, яким виконано ВПП та ЛПП. Середня тривалість операції із встановленням стенту в групі ЛПП 184,3 хв. (148-240хв.) у порівнянні з ВПП 120,2 хв. (96-144хв.) можна вважати єдиною перевагою на користь ВПП. Разючі відмінності спостерігалися при аналізі результатів клінічних критеріїв: величина крововтрати, кратність та доза введення знеболювальних, післяопераційний ліжкодень, часткова й повна реабілітація хворих після ЛПП у порівнянні з відкритою, дивись таблицю.

Дані аналізу результатів клінічних критеріїв після ЛПП у порівнянні з відкритою

	ВПП	ЛПП
Абсолютна кількість операцій	35	14
Середня тривалість операції,хв.	120	184
Середня крововтрата,мл	164	86
Середній післяопераційний ліжкодень,дні	7,6	3,2
Кратність знеболюючих за добу, ін'єкцій	3	2
Потреба в знеболюючих за весь п/о період, мг Наклофену	480	110
Часткова* реабілітація, дні	12*	1
Повна ** реабілітація,дні	25**	3

Примітки: * – період, протягом якого пацієнт може самостійно себе обслуговувати (встати, дійти до туалету, поїсти); ** – період, протягом якого пацієнт повертається до звичного йому життя.

У всіх хворих після ЛПП відмічалися зменшення або відсутність клінічних симптомів, зникнення гідронефрозу, а також покращення функції нирки, що свідчило про відсутність рецидиву стриктури й відмінний результат.

У 2 хворих після ВПП нагноєння п/о рани; в 1 хворої незадоволення косметичним ефектом; в 1 хворого через 11 місяців рецидив стриктури, виконано ретроградну ендопієлотомію, результат хороший.

Список літератури

1. Теодорович О.В., Луцевич О.Є. Особенности и результаты ретроперитонеоскопических операций в урологии // Урология. -2006.- №4.- С.24-27.
2. Мартов А.Г., Ергаков Д.В. Отдаленные результаты эндоскопического лечения стриктур уретры // Урология. -2002.- №3.- С.43-46.
3. Теодорович О.В., Забродина Н.Б. Ретроперитонеоскопическая уретеролитотомия // Урология. - 2007.- №4.- С.29-30.
4. Теодорович О.В. Рентгеноэндоскопическая диагностика и лечение стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника / О.В.Теодорович, А.Г.Мартов, М.И.Абдуллаев и др // Урология. -2003.- №6.- С.52-58.Шкуратов С.И., Феофилов И.В. Временные и постоянные никель-

ВИСНОВКИ

ЛПП є тривалішою за ВПП та потребує високої майстерності оператора. Разом з тим, є такою ж ефективною в лікуванні стриктури ПУС, як і відкрита. Відсутність післяопераційної рани та пов'язаних з нею ускладнень, косметичний ефект, кратність та кількість введення знеболювальних значно скорочують тривалість лікування хворих, зменшуючи економічні витрати та терміни реабілітації, що робить ЛПП новим стандартом у лікуванні стриктури ПУС.

титановые стенты при перкутанных операциях по поводу стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента // Урология. -2007.- №4.- С.31-34.

5. Хворостов И.Н., Зоркин С.Н. Обструктивная уропатия // Урология. -2005.- №4.- С.73-75.

6. Мартов А.Г. Рентгеноэндоскопические методы диагностики и лечения заболеваний почек и верхних мочевых путей: Автореф. дис.д-ра мед. наук. М 1993; 76.

7. Карпенко В.С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения // Урология. - 2002.- №3.- С.43-46

8. Di Marco D.S., LeRoy A.J., Thieling S. et al. Long-term results of treatment for ureteroenteric strictures. Urology 2001; 58: 909—913.

9. Goldfischer E.R., Gerber G.S. Endoscopic management of ureteral strictures. J Urol 1997; 157 (3): 770—775

Реферат

ЛАПАРОСКОПІЧНА ТА ВІДКРИТА ПІЄЛОПЛАСТИКА, ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА

А.З. Журавчак, О.В. Шипелик

Перспективне рандомізоване дослідження 2008 - 2010 гг., в которое включено 49 пациентов со стриктурами ПУС, оперированных в урологических отделениях ГНУ "Научно-практического центра профилактической и клинической медицины" ГУД г. Киев и Львовской ОКЛ. 2 группы пациентов: 14, которым выполнено лапароскопическую пиелопластику (ЛПП), и 35, которым выполнено открытую пиелопластику (ОПП). Среднюю длительность операций с установкой стента в группе ЛПП 184,3 мин. по сравнению с ОПП 120,2 мин. можно считать единственным предпочтением в пользу ОПП. При анализе результатов клинических критериев: величина кровопотери ЛПП 86 мл. по сравнению с ОПП 164мл., количество Наклофена в п/о период для обезболивания – ЛПП 110мг. по сравнению с ОПП 480мг., послеоперационный койкодень – ЛПП 3,2 по сравнению с ОПП 7,6, частичная и полная реабилитация пациентов после ЛПП 1 и 3 по сравнению с ОПП 12 и 25. Таким образом, ЛПП можно считать новым стандартом в лечении стриктуры ПУС.

Ключевые слова: стриктура ПУС, лапароскопическая пиелопластика, открытая пиелопластика

Summary

LAPAROSCOPIC AND OPEN PYELOPLASTY, COMPARATIVE CHARACTERISTICS

A.Z. Zhuravchak, O.V. Shypelyk.

Prospective randomized investigation covered 49 patients with pyelo-ureteral junction stricture operated in urological departments of the State Scientific Centre "Scientific and Practicing Centre of Preventive and Clinical Medicine" on the basis of the State Affairs Governance in Kyiv and Lviv Regional Clinical Hospital during 2008 – 2010. There were two groups of patients: 14 who were cured with laparoscopic pyeloplasty and 35 treated by open pyeloplasty. The average duration of laparoscopic pyeloplasty is 184.3 min when the open pyeloplasty lasts about 120.2 min; this fact can be considered the only advantage of the last method. The analysis of the results of clinical criteria is the following: the hemorrhage during laparoscopic pyeloplasty – 86 ml. compared with 164 ml. when performing open pyeloplasty; the amount of "Naklofen" used after operation as anesthesia – during laparoscopic pyeloplasty – 110 mg compared with 480 mg used during open pyeloplasty; hospitalisation after the operation – laparoscopic pyeloplasty – 3.2 days compared to 7.6 days after open pyeloplasty; partial and full rehabilitation of patients after laparoscopic pyeloplasty is 1 and 3 days compared with 12 and 25 days after open pyeloplasty. Thus, laparoscopic pyeloplasty can be considered a new standard in pyelo-ureteral junction stricture treatment.

Key words: pyelo-ureteral junction stricture, laparoscopic pyeloplasty, open pyeloplasty.