

расте от 21 до 72 лет с травмой мочеточника после гинекологических операций. Всем больным проводилось хирургическое лечение в различном объеме в зависимости от характера и тяжести травмы. Уретероскопия с энлоуретеротомией, удалением лигатуры и стентированием выполнена у 16 (26,2%) пациенток. Уретероцистонеоанастомоз выполнен у 44 (72,1%) пациенток. Лапароскопический уретероцистонеоанастомоз (УЦА) в различных модификациях выполнен у 36 (59%) больных. У 23 (52,3%) пациенток при выполнении уретероцистонеоанастомоза лапароскопическим или «открытым» доступом, интраоперационно выполнялась электроуретерография.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность лапароскопических операций составила 180 (78–312) минут. Кровопотеря составила в среднем 80 (45–150) мл. Ранние осложнения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза наблюдались у 8 пациенток (22,2%), которым не выполнялась

электроуретерография. Из них выделение мочи по дренажу в течение 5–8 суток у 4 пациенток (11,1%), что привело к увеличению пребывания в стационаре до 21 дня. У 2 пациенток (5,5%) имела место несостоятельность анастомоза, что потребовало повторного открытого оперативного вмешательства. У 2 пациенток (5,5%), в связи с развитием гнойного пиелонефрита выполнена нефрэктомия. Время нахождения в стационаре после операции в среднем составило 11 (7–21) суток. Удаление JJ-стента выполняли через 4–6 недель, после операции. Все больные находятся под регулярным наблюдением.

ВЫВОДЫ

Лапароскопический уретероцистонеоанастомоз является эффективным и малотравматичным способом коррекции травм дистального мочеточника. Электроуретерография, выполняемая во время операции, позволяет объективно определить степень функциональной активности мочеточника и снизить риск послеоперационных осложнений.

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ УРЕТЕРОЛИТОТОМИИ

Ю.П. Серняк, Ю.В. Роцин, А.С. Фуксзон, М.В. Криштопа

*Донецкий национальный медицинский университет
Кафедра урологии ФИПО*

Развитие новых технологий в медицине изменило лечение уретеролитиаза от уретеролитотомии к применению малоинвазивных методов, таких как экстракорпоральная литотрипсия и уретероскопия с контактной литотрипсией. Однако, когда вышеописанные методы не позволяют удалить камень безопасно для больного, хирургическая тактика остается предпочтительной. Применение лапароскопических подходов при удалении камня мочеточника гармонично соединяет в себе все преимущества «открытой» уретеролитотомии и малоинвазивных технологий в достижении поставленной цели.

В период с 2007 по 2012 г. нами выполнено 269 лапароскопических уретеролитотомий пациентам в возрасте от 18 до 76 лет. Размеры камней варьировали от 1,4 см до 8,1 см. В 38 случа-

ях уретеролитотомию выполняли трансперитонеальным доступом, а 231 – ретроперитонеальным. Эффективность данного вида лечения составила 94,4 %. Осложнения: подтекание мочи по дренажу более 3 суток у 17 (6,3%) пациентов, миграция камня в почку 15 (5,6%), стриктура мочеточника в позднем послеоперационном периоде 9 (3,3%) больных.

Таким образом, несмотря на развитие современных методов терапии камней мочеточника уретеролитотомия остается высокоэффективным методом лечения. В случаях больших размеров камней, их длительного стояния, выраженных изменений стенки мочеточника и парауретерального пространства лапароскопическая уретеролитотомия является операцией выбора и абсолютной альтернативой «открытой» хирургии.