

Материал и методы исследования. С 2003 по 2013 год эндопротезирование мочеточника выполнено 36 больным. У 24 из них показаниями операции были рецидивные, а у 12 — опухолевые сужения мочеточников. Мужчин было 17, женщин — 19, возраст колебался от 28 до 72 лет. У 13 пациентов диагностированы протяженные стриктуры верхней трети мочеточника, у 6 — пиелоуретерального сегмента, у 4 — мочеточника пересаженной почки, у 1 — сужение уретерокаликаноанастомоза. Причиной стеноза мочеточника у 4 больных была опухоль прямой кишки, у 7 — рак шейки матки, у 1 — болезнь Бурневилля—Прингла. Во всех случаях использовали стенты из никелида титана. У 35 больных проводилось одностороннее эндопротезирование мочеточника, а больному с болезнью Ормонда произведено эндопротезирование обоих мочеточников.

Результаты и их обсуждение. Серьезных послеоперационных осложнений не было. За время наблюдения (от 8 до 65 мес.) результаты эндопротезирования у 23 (63,9%) больных были

хорошими, у 10 (27,8%) — удовлетворительными. Неудовлетворительные результаты (8,3%) были связаны с обструкцией эндопротеза пролиферативной тканью. Выполнена уретероскопия с реканализацией стента. За период наблюдения 6 онкологических пациентов умерли от прогрессии опухоли. Двум больным была выполнена нефрэктомия: в одном случае по поводу гнойного пиелонефрита, а в другом — из-за отсутствия функции трансплантированной почки. Но проходимость нитинолового эндопротеза у этих 8 пациентов до конца была адекватной. В отдаленные сроки больной с болезнью Бурневилля—Прингла ретроградно был установлен второй нитиноловый стент в верхнюю треть правого мочеточника.

Выводы. При рецидивных и опухолевых стриктурах мочеточника при невозможности проведения реконструктивной операции методом выбора является эндопротезирование, позволившее восстановить уродинамику ВМП и улучшить качество жизни больных.

УДК 616.617-089

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДИКОУРЕТЕРОПЛАСТИКА

Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, В.А. Очеленко

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Пластика мочеточника червеобразным отростком до сих пор не получила широкого распространения в клинике. В настоящее время перспективным является выполнение данной операции лапароскопическим доступом, однако в мировой литературе имеются единичные наблюдения подобных вмешательств.

Материал и методы исследования. С 1998 по 2013 год в нашей клинике заместительная пластика мочеточника червеобразным отростком произведена 19 пациентам. Мужчин было 3 (15,8%), а женщин — 16 (84,2%), средний возраст составил $44,2 \pm 7,5$ года. Период послеоперационного наблюдения длился от 3 месяцев до 14 лет, в среднем $7,1 \pm 3,7$ года. Двум больным была выполнена правосторонняя лапароскопическая аппендикоуретеропластика. Операция производилась с использованием 4 портов. Мочеточник идентифицирован в зоне пересечения с подвздошными сосудами. После его резекции образовавшийся дефект составил около 6 см. Аппендикс мобилизован на брыжейке,

отсечен от слепой кишки и расположен изоперистальтически. На стенке выполнены уретеро-аппендикс и аппендикс-цистанастомозы, брюшная полость дренирована.

Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность лапароскопической аппендикоуретеропластики составила $225,3 \pm 19,8$ мин, а открытой операции — $174,7 \pm 7,5$ мин. Осложнений после лапароскопической аппендикоуретеропластики не было. После открытых операций они возникли у 3 (15,8%) больных. В одном случае произведена резекция стриктуры уретероаппендиксаноанастомоза, а в двух — эндоуретеротомия и стентирование мочеточника. После удаления стента проходимость верхних мочевых путей была восстановлена.

Выводы. Полученные результаты указывают на возможность эффективного замещения дефектов мочеточника червеобразным отростком, в том числе и с помощью эндовидеохирургической техники. Достаточная длина и диаметр,

мобильность за счет длинной брыжейки с питающими сосудаами позволяет широко использо-

вать аппендикс в реконструктивной хирургии верхних мочевых путей.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Ю.П. Серняк, Ю.В. Рошин, А.С. Фуксзон, Е.Н. Слободянюк

Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк, Украина

Введение. Травма мочеточника является частым осложнением тазовой хирургии и встречается в 0,5–30%. Развитие лапароскопической хирургии открыло новые возможности, в том числе, в коррекции травм мочеточника.

Цель исследования. Оценка эффективности лапароскопической коррекции травм мочеточника с применением электроуретерографии (ЭУГ) для определения функциональной активности мочеточника.

Материал и методы исследования. С 2002 по 2012 г., в клинике урологии ФИПО ДНМУ, на базе ДЦГКБ№1 прооперирована 61 больная в возрасте 21–72 лет с травмой мочеточника. Лапароскопический уретероцистонеоанастомоз (УЦА) выполнен у 36 (59%) больных. Из них прямой УЦА у 26 (72%), УЦА и Psoas-hitch у 7 (20%), операция Боари у 3 (8%). У 21 (58,3%) больной при выполнении лапароскопического

УЦА, для определения биоэлектрической активности мочеточника и границ его резекции выполнялась ЭУГ.

Результаты и их обсуждение. Длительность операций – 180 (78–312) мин. Кровопотеря – 80 (45–150) мл. Осложнения наблюдались у 8 больных (22,2%), которым не выполнялась ЭУГ. Выделение мочи по дренажу в течение 5–8 суток у 4 больных (11,1%). У 2 (5,5%) несостоятельность анастомоза, что потребовало «открытой» операции и формирования нового УЦА. У 2 больных (5,5%), в связи с развитием гнойного пиелонефрита выполнена нефрэктомия.

Выводы. Лапароскопический УЦА является эффективным методом лечения травм н/3 мочеточника. ЭУГ позволяет объективно определить степень функциональной активности мочеточника и уровень его резекции.