

**ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ УРОЛОГИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

А.Ч. Усупбаев, Н.К. Монолов, А.Т. Адиев

Кафедра урологии и андрологии им. М.Т.Тыналиева
Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Целью нашего исследования стало изучения эффективности лапароскопических методов операционного лечения в Республиканском Научном Центре урологии.

Преимущества лапароскопических операций очевидны – меньшая травматичность, значительное сокращение послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных, при необходимости возможность проведения симультанных операции на органах мочеполовой системы.

Ключевые слова: киста, лапароскопический метод лечения, уrolитиаз.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН УРОЛОГИЯ ИЛИМИЙ БОРБОРУНУН
ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ОПЕРАЦИЯЛАРЫНЫН ТАЖРЫЙБАСЫ**

А.Ч. Усупбаев, Н.К. Монолов, А.Т. Адиев

М.Т. Тыналиеватындагы урология жана андрология кафедрасы
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул изилдөөнүн максаты Республикалык урология илимий борборундагы оорулууларды ыкчам дарылоонун лапароскопиялык ыкмаларынын натыйжалуулугун көрүү болуп саналат.

Лапароскопиялык операциянын артыкчылыктары - андамертинүү аз болот, бейтаптардын операциядан кийинки калыбынакелүү мөөнөтү бир кыйла кыскарат, ички органдарын бир эле убакта операция жа-соо мүмкүндүгү жогорулайт.

Негизгисөздөр: ыйлакча, лапароскопиялыкдарылоо методу, уrolитиаз.

**EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC OPERATION
OF THE REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTRE OF UROLOGY OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

A.Ch. Usupbaev, N.K. Monolov, A.T. Adiev

Department of Urology and Andrology named after M.T. Tinaliev
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The purpose of our research was studying efficiency of laparoscopic methods of a belly cavity surgery.

Advantages of laparoscopic operations are obvious - less traumatism, a significant reduction in postoperative complications and the terms of rehabilitation of patients, if necessary, the possibility of simultaneous surgery on the urinary tract.

Key words: kidneycyst, laparoscopic methods of treatment, urolitiasis.

Введение.

В урологической практике с внедрением новых методов лечения в последнее время стало возможным выполнение практически полного объема операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства [1-5,10-12]. При этом наиболее перспективным направлением минимально инвазивной хирургии в настоящее время считаются лапароскопические вмешательства, которые легче переносятся больными, со-

провожаются минимально выраженным послеоперационным болевым синдромом и небольшим числом клинически значимых осложнений [1,5,6-9]. Эти преимущества дополняются ранней активизацией пациентов, высоким косметическим и социально-экономическим эффектом [13-15].

В связи с чем целью нашего исследования явилось изучение эффективности лапароскопических методов лечения заболеваний органов

брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материалы и методы

Нами был проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лапароскопических вмешательств за период с 2008 по 2016 гг. у 163 больных. Из них иссечение кист почек у 30 (18,4%) больных, уретеролитотомия – 45 (27,6%), нефрэктомия у 5 (3,1%) пациентов, лапароскопическое иссечение кист яичников – у 16 (9,8%) больных, у 59 (36,2%) – лапароскопическая холецистэктомия и у 8 (4,9%) пациенток - восстановление проходимости маточных труб. В 15 случаях проводились симультанные операции в сочетании с иссечением кисты почки и лапароскопической холецистэктомии. Возраст пациентов варьировал от 24 до 80 лет (средний возраст составил 48,4±6,8 года). Из них мужчин было 66 (40,5%), женщин – 97 (59,5%).

На дооперационном этапе у 20 (66,7%) пациентов диагностировали одиночные простые кисты, у 8 (26,7%) – множественные, и у 2 больных (6,6%) были выявлены многокамерные кисты.

Локализация камней при уретеролитотомии: в верхней - 9 чел., средней - 3 чел. и нижней - 18чел. - трети мочеточника.

Показаниями к нефрэктомии явились терминальная стадия гидронефроза с потерей функции - у 2 больных, гипоплазия почки с артериальной гипертензией - 2 пациента, опухоль почки - 1 пациент.

Лапароскопическую холецистэктомию провели у 59 больных с диагнозом желчнокаменная болезнь, из них 15 (25,4%) больным - сочетанную операцию холецистэктомии и иссечения кист почек.

Кистэктомия яичников проведена у 16 (9,8%) больных, показаниями явились -эндометриоидные кисты - в 5 случаях, и у 11 больных большие размеры кист с риском их разрыва.

Причинами непроходимости маточных труб у 8 (4,9%) больных были воспалительные процессы и наличие спаечных изменений в органах малого таза (табл. 1).

Таблица 1

Виды лапароскопических вмешательств

Операция	Заболевание	Кол-во	Всего
Лапароскопическое иссечение кист почек	– простые кисты	20	30
	– множественные	8	
	– многокамерные	2	
Лапароскопическая уретеролитотомия	– Мочекаменная болезнь:		45
	– в верхней	14	
	– в средней	8	
	– в нижней трети мочеточника	23	
Лапароскопическая нефрэктомия	– Терминальная стадия гидронефроза с потерей функции	2	5
	– Гипоплазия почки с артериальной гипертензией	2	
	– Опухоль почки	1	
Лапароскопическая холецистэктомия	– Желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит	44	59
	– Симультанные (кисты почек+ЖКБ)	15	
Лапароскопическая кистэктомия яичников	– Эндометриоидные кисты	5	16
	– Большие размеры кисты с риском их разрыва	11	
Лапароскопическое восстановление проходимости маточных труб	– Непроходимость маточных труб вследствие воспалительных и спаечных процессов	8	8
Всего		163	больных

Эндовидеохирургическое вмешательство из трансперитонеального доступа было выполнено 143 больным (87,8%), из ретроперитонеального – 20 (12,2%). В предоперационном периоде, кроме стандартных лабораторных исследований, паци-

ентам проводились ультразвуковое исследование, обзорная и экскреторная урография, гистеросальпингография, при необходимости КТ, а также консультация специалистов (гинеколог, терапевт, кардиолог). Тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной

систем явились противопоказанием к анестезиологическому пособию.

Результаты

Иссечение кисты почек произведено 30 (18,4%) пациентам. Показаниями к операции были постоянные боли в стороне поражения, рецидивирующий пиелонефрит, гематурия. Лапароскопическая операция осуществлялась трансабдоминальным и ретроперитонеальным доступами. Наибольшие технические сложности возникали при локализации кист в верхнем полюсе и относительно небольших их размерах у больных с выраженным слоем паранефральной клетчатки. После выделения кисты из окружающих тканей выполнялась ее пункция, иссекались ее стенки, отступая от края ткани почки примерно 0,5-0,7 см, затем зона операции дренировалась трубкой. Продолжительность операции составляла от 45 мин до 1 ч 50 мин. Средняя продолжительность операции составила 75±5,2 мин. Интраоперационных осложнений, конверсии и послеоперационных осложнений не было. Продолжительность дренирования после операции 1-2 суток. Среднее время пребывания в стационаре после операции - 3 суток. Осложнений в данной группе не отмечалось.

При обструкции мочеточника конкрементом была выполнена уретеролитотомия у 45 пациентов. После мобилизации восходящей или нисходящей ободочной кишки из паранефральной клетчатки выделяли мочеточник вместе с конкрементом. Выше последнего для предупреждения миграции накладывали резиновый фиксатор. Мочеточник вскрывали косопоперечно и извлекали камень. Проподимость мочеточника проверяли тонким катетером.

Дефект мочеточника ушивали интракорпоральными узловыми швами, дренаж установили в забрюшинное пространство, брюшину восстановили эндокорпоральным швом. В 4 (8,9%) случаях операцию завершили стентированием мочеточника. Средняя продолжительность операции составила 73,6±4,3 мин. Срок госпитализации 5 суток. За время наблюдения у пациентов стриктура мочеточника не отмечена.

Лапароскопическую нефрэктомия выполнили 5 пациентам. Операцию осуществляли с использованием 4 троакаров - два 10 мм и два 5 мм. Длительность операции составила в среднем 163,4±5,6 мин. Препарат извлекли из брюшной полости через разрез до 5 см после его измельчения в контейнере. После операции осложнений не было. Больные выписаны на 7-8-е сутки из стационара.

У 15 пациентов резекция кисты правой почки произведена симультанно с лапароскопической холецистэктомией по поводу хронического калькулезного холецистита. Лапароскопические операции осуществлялись трансперитонеальным доступом. После вскрытия брюшины производили мобилизацию кисты, пункцию и эвакуацию ее содержимого, затем стенки кисты иссекались. Ложе кисты коагулировалось, затем дренировалось. Дренаж выводился через поясничную область, при симультанных операциях после закрытия дефекта брюшины эндоскопическим швом, приступали к холецистэктомии одним этапом по известной методике. Средняя продолжительность операции составила 95,0±5,0 мин. Сроки пребывания пациентов в стационаре от 3 до 5 суток (табл. 2).

Таблица 2

Результаты лапароскопических вмешательств

Операции	Длительность операции	Осложнения (интра- послеоперационные)	Длительность пребывания в стационаре
Лапароскопическое иссечение кист почек	75±5,2 мин	-	3 суток
Лапароскопическая уретеролитотомия	73,6±4,3 мин.	-	5 суток
Лапароскопическая нефрэктомия	163,4±5,6 мин	-	7-8 суток
Лапароскопическая холецистэктомия	70,3±4,3	В 3 случаях проведена открытая холецистэктомия, так как при эндоскопической ревизии были обнаружены выраженные спаечные процессы	4 суток

Лапароскопическое иссечение кист почек в сочетании с лапароскопической холецистэктомией	95±5,0 мин.	-	3-5 суток
Лапароскопическая кистэктомия яичников	53±4,3мин	-	2-4 суток
Лапароскопическое восстановление проходимости маточных труб	47±3,7 мин	-	2 суток

Лапароскопическое иссечение кист яичников выполнено 6 (3,7%) пациентам. Средняя продолжительность операции составила 53±4,3 мин. Через сутки после операции пациенты активизировались, а на 2-4-е сутки выписывались из стационара.

При проведении лапароскопического вмешательства по поводу непроходимости маточных труб, в матку вводили маточную канюлю, с помощью которой во время операции производилось смещение матки. В нижний край пупочного кольца вводилась игла Вереша и создавался пневмоперитонеум. После извлечения иглы Вереша в брюшную полость вводили 11мм троакары для телескопа. В левой и в правой подвздошной области вводились 5мм троакары для инструментов. Маточную трубу или яичник подхватывали атравматическим зажимом, зажимом для полых органов и смещали, по возможности, вверх и тем самым натягивали спайки. Если спайки были без крупных сосудов, они пересекались ножницами. Если спайки с сосудами, они предварительно коагулировались монополярным или биполярным коагулятором, а затем пересекались ножницами. Отсеченные спайки, в обязательном порядке, извлекались из брюшной полости. Средняя продолжительность операции составила - 47±3,7 мин. Сроки пребывания в стационаре после операции - 2 суток.

Лапароскопическая холецистэктомия произведена 59 пациентам, средний возраст составил 51,3±4,8 лет из них 11 (18,6%) больных мужчины и 48 (81,4%) - женщины. Лапароскопические операции осуществлялись трансперитонеальным доступом под общим обезболиванием. Подпеченочное пространство дренировалось, дренаж выводился через контрапертуру. Средняя продолжительность операции 70,3±4,3 мин. Срок госпитализации 4 суток. У 3 (5,1%) больных была произведена обычная холецистэктомия, так как при эндоскопической ревизии был обнаружен выраженный спаечный процесс.

Выводы:

Преимущества лапароскопических операций очевидны – меньшая травматичность, значительное сокращение послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных, при необходимости возможность проведения симультанной операции на органах брюшной полости. Создание специализированного отделения, подготовка кадров и совершенствование лапароскопической техники позволяет значительно расширить объем оперативных вмешательств в урологии.

Преимущества одномоментной эндовидеохирургической коррекции сочетанных патологий у пациентов урологического профиля, отсутствия влияния сочетанного этапа на частоту развития интра- и послеоперационных осложнений, тяжесть и течение послеоперационного периода позволяют рекомендовать эти вмешательства к внедрению в клиническую практику.

Литература:

1. Кадыров З.А., Самко А.А., Гурбанов Ш.Ш. и др. Эндовидеохирургические методы иссечения простых кист почек. // Экспериментальная и клиническая урология. -2010.- №3. С. 62-65.
2. Лялов К.В., Стойко Ю.М., Лосев С.В. и др. Наш опыт применения лапароскопических операций в урологии. //Эндоскопическая хирургия, приложение. -2003.-С. 94-95.
3. Минин О.Г., Зайцев А.Н., Сауткин К.М. Наш начальный опыт лапароскопического лечения урологических операций. //Эндоскопическая хирургия, приложение. -2003.-№3. –С. 101-105.
4. Руководство по урологии /Под ред. Н. А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1998.– Т. 3.– 765 с.
5. Brown J.A., Hubosky S.G., Gomella L.G. et al. Hand assisted laparoscopic partial. Nephrectomy for peripheral and central lesions: a review of 30 consecutive cases. // J. Urol. (Baltimore) 2004; 171: P.1443-1446.
6. Fahlenkamp D, Rassweiler J, Fornara P, Frede T, Loening SA. Complications of laparoscopic procedures in urology: experience with 2,407 procedures at 4 German centers. J Wu/1999; 162: 765-71.

7. Gaston K.Z., Moore D.T., Pruihi R.S. et al. Hand-assisted laparoscopic nephrectomy: prospective evaluation of the learning curve. //J. Urol. (Baltimore) 2004; 171: P.63-67.
8. Healy KA, Ogan K. Nonsurgical management of urolithiasis: an overview of expulsive therapy. J Urol 2005; 19:759-67.
9. Krecher K.W., Heniford B.T., Matthews B.D. et al. Laparoscopic vs open nephrectomy in 210 consecutive patients. Outcomes, cost, and changes in practice patterns. // Surg. Endosc. 2003; 17: P.1889-1895.
10. Lee S.Z., Kwak C et al. Hand assisted laparoscopic radical nephrectomy: comparison with open radical nephrectomy.//J. Urol. (Baltimore) 2003; 170: P.756-759.
11. Lotan Y., Duchene D.A., Cadeddu J.A. et al. Cost comparison of hand assisted laparoscopic nephrectomy and open nephrectomy: analysis of individual parameters. //J. Urol. (Baltimore) 2003; 170: P.752-755.
12. Munver R., Del Pizzo J., Sosa E. The advantages of hand-assisted laparoscopy // Endourology. 2004; 5:P.100-107.
13. Nakada S.K., Fadden P., Jarrard D.F., Moon T.D. Hand-assisted laparoscopic radical nephrectomy: comparison to open radical nephrectomy. //Urology 2001; 58: P.517-520.
14. Patel V.R., Leveillee R.J. Hand-assisted laparoscopic nephrectomy for stage T1 and large stage T2 renal tumors. //J. Endourol.2003; 17 (6): P.379-383.
15. Posner M.C., Alverdy J. Hand-assisted laparoscopic surgery for cancer. //Cancer J. 2002; 8 (2): P.144-153.

