

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ УРЕТЕРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА: НАШ ОПЫТ

Боташев М.И., Эбзеев Р.В.

г. Черкесск

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) наиболее распространенное урологическое заболевание, встречается у 3 % населения и составляет 30-40 % всего контингента урологических стационаров. Камни различных отделов мочеточника в структуре МКБ занимают более половины случаев, становясь причиной возникновения почечной колики, уретерогидронефроза, острого обструктивного пиелонефрита и ряда других осложнений.

К крупным камням мочеточника относят камни, размером более 10 мм. До настоящего времени существует неопределенность в выборе метода лечения крупных и плотных камней верхних отделов мочеточника. Связано это снижением эффективности дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) и эндоурологических вмешательств при крупных камнях в/3 мочеточника и увеличением частота осложнений. Кроме того эти методики сопряжены с высокими расходами и требуют большого количества сеансов для полного удаления камней.

При сложных камнях мочеточника, альтернативой является лапароскопическая уретеролитотомия (ЛУ), несмотря на большую инвазивность по сравнению с ДУВЛ и уретероскопией. Операция рекомендуется в случае неудачи ДУВЛ, эндоскопических вмешательств, при вколоченных камнях и анатомических аномалиях. По данным разных исследователей, при удалении крупных камней частота успеха ЛУ может достигать 100%.

В связи с отсутствием сравнительных исследований вопрос о том, какая из существующих методик обладает большей эффективностью и безопасностью, остается актуальным.

Цель — оценка эффективности лапароскопической уретеролитотомии в лечении крупных и длительно стоящих («вколоченных») камней верхней трети мочеточника.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 23 пациентов которым проведено лапароскопическое удаление камней мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) в РГБ ЛПУ «КЧРКБ» за период с июля 2015 по сентябрь 2019 г.

Среди 23 больных было 7 (30 %) женщин и 16 (70 %) мужчин в возрасте от 21 до 72 лет (средний возраст 42 лет). Размеры камней были от 11 до 27 мм, плотность от + 1100 НУ до +1650 НУ. Длительность нахождения конкремента в мочеточнике составляла от 12 суток до 2-х лет. У 9 пациентов камни были справа, у 14 - слева. По локализации: средняя треть - 3, верхняя треть - 12, ЛМС - 8.

В разные сроки до операции 6 (26%) больным была проведена ЧПНС под УЗ-наведением в связи с развитием обструктивного пиелонефрита. У 5 пациентов выполнению ЛУ предшествовала ДУВЛ без существенного эффекта, у 4 контактная уретеролитотрипсия. В остальных случаях ЛУ применена первично.

Всем пациентам выполняли трансперитонеальный доступ. Использовали 3-4 троакара (диаметром 10мм, 12мм и 5 мм). Мочеточниковый стент 18 больным был проведен интраоперационно через уретеротомную рану мочеточника, в одном случае установлен ретроградно, у 2-х пациентов стент был установлен до оперативного вмешательства. У трех больных операция завершена без внутреннего дренирования мочеточника. Среднее время операции составило 120 мин. Интраоперационная кровопотеря была минимальной во всех случаях.

Результаты. Оценка эффективности лечения проведена по частоте полного удаления

камня и достижения уровня «состояния свободного от камней» («stone free rate» -SFR), длительности послеоперационного периода, необходимости выполнения дополнительной ДУВЛ, либо других вмешательств, а также развитию атаки пиелонефрита. В первые сутки после операции всем больным выполнялась обзорная урография и ультразвуковое исследование почек.

Камни мочеточника полностью удалены у всех больных 23 (100%) (SFR). Миграции камней в полостную систему почки отмечено не было.

У одного пациента с длительно стоящим камнем ЛМС лапароскопическая уретеролитотомия проведена с ручной ассистенцией. Причиной отсроченной установки hand-port явилась невозможность обнаружения мочеточника, в связи с воспалительной инфильтрацией периуретеральной клетчатки и рубцовым процессом. Конверсии в открытую уретеролитотомию не было проведено ни в одном случае.

В послеоперационном периоде атака пиелонефрита наблюдалась у 4 (17%) пациентов, была купирована консервативно.

У 1 (4,3%) пациента на первые сутки после операции обнаружена частичная обструкция мочеточника, обусловленной неадекватной установкой стента - дистальный конец стента не был проведен в мочевой пузырь. Выполнена уретероскопия с низведением мочеточникового стента.

У другого больного, после удаления крупного (2 см) и длительного стоящего камня (более 1 года), на фоне адекватно установленного внутреннего стента отмечено формирование мочевого свища - обильное подтекание мочи по страховому дренажу в течение 7 дней. Свищ самостоятельно закрылся на 8-е сутки после операции. В последующем после удаления стента у данного пациента отмечено формирование стриктуры в/3 мочеточника.

Послеоперационных осложнений требующих проведения релапароскопии, либо повторного хирургического лечения (ревизии забрюшинного пространства, дренирования мочевого затека и нефростомии и др.) не возникло ни в одном случае.

Длительность нахождения в стационаре после операции составила от 3 до 12 дней.

Выводы. Лапароскопия в лечении камней мочеточника не является методом выбора. Однако, при крупных и вколоченных камнях в/3 мочеточника лапароскопическая уретеролитотомия, несмотря на большую инвазивность по сравнению с ДУВЛ и эндоурологическими операциями может быть успешно применена. Поскольку в сложных случаях отличается высокой частотой полного избавления от камня. За одно оперативное вмешательство 100% пациентов были избавлены от конкрементов. Малая инвазивность доступа обеспечивает быструю активизацию и реабилитацию больных.