

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА 79 МОЧЕТОЧНИКОВ

*Кочкин А.Д., Галлямов Э.А., Попов С.В., Биктимиров Р.Г., Санжаров А.Е., Сергеев В.П., Новиков А.Б., Орлов И.Н., Севрюков Ф.А., Кнутов А.В., Прохоренко К.А., Преснов К.С., Мещанкин И.В., Михайликов Т.Г., Вольных И.Ю., Болгов Е.Н., Володин Д.И., Гололобов Г.Ю., Галлямов Э.Э.*

*г. Нижний Новгород, г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Владивосток, г. Ставрополь*

**Введение.** Заместительная кишечная пластика мочеточника является крайним вариантом реконструктивной хирургии его множественных и протяженных стриктур. Впервые лапароскопическую уретероилеопластику выполнил I.Gill в 2000г. За прошедшие 20 лет, публикации о подобных вмешательствах все еще немногочисленны и посвящены, как правило, клиническим разборам единичных случаев из практики. Кроме того, те редкие наблюдения, что описаны в современной литературе, в большинстве своем реализованы из комбинированного доступа: когда резекция сегмента кишки и формирование межкишечного анастомоза выполняются из «мини» лапаротомии, а остальные этапы – эндоскопически. Здесь приведен анализ нашей серии лапароскопических заместительных кишечных пластик мочеточников, выполненных полностью интракорпорально при сроке послеоперационного наблюдения от 6 месяцев до 10 лет.

**Материалы и методы.** Проведен мультицентровой ретроспективный анализ результатов реконструктивных вмешательств, предпринятых с I 2010г. по I 2020 г. при патологии, требующей замещения мочеточников. *Критерии включения:* пациенты подвергнутые лапароскопической уни- или билатеральной заместительной уретеропластике фрагментом подвздошной кишки. *Критерии исключения:* больные, перенесшие лапароскопические аппендикулярную, толстокишечную пластику, а также их сочетание с лоскутом Boari. Ограничений по полу, возрасту, массе тела или других не было. Изучали этиологию протяженных стриктур и облитераций мочеточника. Определяли частоту развития и структуру интра- и послеоперационных осложнений, причины конверсий доступа, продолжительность операции и стационарного пребывания больных. Функциональные итоги оценивали данными экскреторной урографии или томографии, проводившихся через каждые полгода после операции.

**Результаты.** Критериям включения соответствовали 66 пациентов, из них 35 (53%) женщин. Средний возраст – 49,5 (от 23 до 77) лет, а ИМТ – 29,8 (21-40) кг/м<sup>2</sup>. Билатеральное замещение предпринято у 13 больных, унилатеральное – у 53 (24 справа). Чаще всего показанием к операции служили протяженные стриктуры и облитерации мочеточников, явившиеся осложнениями эндоурологических вмешательств на верхних мочевыводящих путях и комбинированного лечения опухолей малого таза. Средняя продолжительность вмешательства составила 310 (от 130 до 680) мин. при объеме кровопотери 204 (50-400) мл; необходимости в гемотрансфузии не возникло ни разу. Интраоперационные осложнения возникли трижды (4,55%) и были устранены во время вмешательства. Конверсий доступа и летальности удалось избежать. Послеоперационные осложнения Clavien III отмечены трижды (4,55%) Средние сроки стационарного лечения пациентов – 12 (7-35) дней. Изучив катамнез 62 пациентов в сроки от 6 месяцев до 10 лет, мы не обнаружили каких-либо отсроченных осложнений, значимых метаболических или уродинамических нарушений, равно как и угнетения функции почек. У одного пациента, вследствие нераспознанного до операции, гиперактивного мочевого пузыря, возник выраженный рефлюкс-пиелонефрит, потребовавший нефростомии. Спустя срок медикаментозной терапии, состояние нормализовалось и нефростома удалена.

**Заключение.** Представленный материал демонстрирует эффективность и безопасность лапароскопических технологий в лечении этой категории больных. Вне зависимости от доступа – открыто или лапароскопически – тотальная заместительная кишечная пластика

мочеточников остается редким и технически сложным вмешательством, сочетающим в себе тысячу нюансов и множество подводных камней.