

Технические особенности малоинвазивной открытой ретроперитонеоскопической пластики лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе

И. В. Баженов, А. В. Зырянов, К. Н. Истокский

Малоинвазивная открытая ретроперитонеоскопия (РПС) и пластические операции на ЛМС выполняются в клинике урологии УГМА с 1996 г. с помощью набора инструментов для малоинвазивной хирургии, разработанного на кафедре урологии УГМА В. Н. Журавлевым, И. В. Баженовым, А. В. Зыряновым и изготовленного на базе Уральского электромеханического завода (ТУ 64-13873-85-Е. ГНПП «Мединструмент», АО «МИЗ им. Ленина», Россия, регистрационный № 75/747-26).

Операция выполняется по обычным правилам хирургического вмешательства на почке в положении больного на боку с подложенным валиком, как при люмботомии. Длина кожного разреза составляет 3-4 см, при этом важнейшим условием успеха операции является выбор места разреза. Наиболее оптимальным доступом к почке при выполнении пластики лоханочно-мочеточникового сегмента является 10 или 11 межреберье по передне-подмышечной линии (в зависимости от анатомо-топографической проекции лоханки на переднюю брюшную стенку). При этом доступе осуществляется ревизия ЛМС с передней поверхности, что имеет важное практическое значение, поскольку позволяет наиболее точно оценить взаимоотношение ЛМС, сосудов почки, добавочных сосудов, степени подвижности почки, наличие периуретеральных спаек, других причин или осложнений гидронефроза.

Послойно, вдоль волокон, разводятся мышцы брюшно-поясничной области, при этом обязательно сохраняется целостность сосудистых и нервных стволов. Обнажается ретроперитонеальное пространство, после чего, тупым путем (тупфер, палец) отслаивают забрюшинную клетчатку, париетальный листок брюшины. По пальцу, как по проводнику, в забрюшинное пространство водят клинок ретроперитонеоскопа. Ножницами вскрывается окологочечную фасцию и обнажается нижний сегмент почки с нижне-передней поверхности, после чего ретроперитонеоскоп перемещается под почечную губу и выделяется лоханка, ЛМС и верхняя треть мочеточника, которая берется на держалку. При этом создается достаточное про-

странство для ревизии и работы на верхних мочевых путях, но без широкой диссекции тканей забрюшинного пространства. При необходимости, с целью уточнения характера и протяженности стриктуры ЛМС, мы выполняем пробу Фолея — пункцию лоханки с введением в полостную систему почки 15-20 мл физиологического раствора. Основной этап операции — пластика ЛМС с устранением стриктуры осуществляется с помощью бинокулярных линз, позволяющих увеличить объект операции в 4-6 раз. Преимущественно мы применяем резекцию ЛМС — операцию Andersen — Hynes, антевазальный уретеропиелоанастомоз с резекцией ЛМС, также в некоторых случаях мы использовали нерасчленяющие методы пластики ЛМС — операцию Foley, Culp — De Weerd. Вскрывается лоханка и устанавливается в мочеточник стент «double-pigtail», который обеспечивает в последующем внутреннее дренирование почки. При резекции ЛМС анатомическим ориентиром служит собственная артерия мочеточника, позволяющая избежать перекрута и обеспечить четкое сопоставление тканей в зоне анастомоза. При формировании анастомоза нами применяется непрерывный серозно-мышечный шов, в качестве шовного материала используется мононить PDS, викрил 5/0, 6/0, при этом соблюдается величина шага каждого шва относительно мочеточника и лоханки 1:1,5. Операционная рана дренируется полихлорвиниловой трубкой.

Продолжительность операции составляет 90 — 150 минут, в зависимости от вида пластической операции. Страховой дренаж удаляется на 2-3 сутки после операции. Послеоперационный койко-день составлял 5-6 суток.

Внедрение ретроперитонеоскопических микрохирургических операций на лоханочно-мочеточниковом сегменте при гидронефрозе повышает эффективность оперативного лечения гидронефроза, улучшает качество клинической и трудовой реабилитации этой группы пациентов, кроме того, дает существенные преимущества в экономическом аспекте. Предлагаемый метод лечения характеризуется простотой, низкой себестоимостью и хорошим косметическим эффектом.