

Галлямов Э.А.¹, Михайликов Т.Г.¹, Преснов К.С.¹, Новиков А.Б.¹, Мещанкин И.В.¹, Санжаров А.Е.², Рубанов В.А.¹, Харчук А.В.¹, Орлов И.Н.³.

¹Центральная клиническая больница гражданской авиации, Москва, РФ.

²Городская клиническая больница № 40, Екатеринбург, РФ.

³ГБУЗ «Клиническая Больница Святителя Луки», Городской центр эндоскопической урологии и новых технологий, Санкт-Петербург, РФ.

ЗАМЕЩЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ УЧАСТКОВ МОЧЕТОЧНИКА АППЕНДИКСОМ ПРИ СТРИКТУРАХ МОЧЕТОЧНИКА: ОПЫТ 7 ОПЕРАЦИЙ.

Введение. Распространённые стриктуры мочеточника являются не частыми, но непростыми для лечения заболеваниями, что обусловлено необходимостью замещения протяжённых участков мочеточника для восстановления пассажа по верхним мочевым путям. Зачастую такие пациенты переносят целый спектр сложных эндоскопических (установки стентов), открытых и лапароскопических (уретеро-уретероанастомозов, операции Боари) без длительного эффекта, что впоследствии ведёт к постоянному дренированию стентом или нефростомой, либо пациент выбирает нефрэктомию.

Цель. Улучшить результаты лечения протяжённых стриктур мочеточника методом лапароскопической пластики мочеточника аппендиксом.

Материалы и методы. В период с 2010 по июль 2014 года нами выполнено 7 операций лапароскопической пластики мочеточника аппендиксом: у 6 пациентов справа и у 1 пациента слева. Основанием для данного оперативного лечения являлось наличие протяжённой стриктуры нижней и и части средней трети мочеточника у 6 пациентов, и протяжённой стриктуры средней трети мочеточника у 1 пациента. Причиной стриктуры у 4 пациентов была предшествующая эндоурологическая (контактная литотрипсия) операция с последующими безуспешными попытками разрешения стриктуры эндоуретеротомией и длительного стентирования, операций по Боари. У 2 пациентов причиной стриктуры стала ятрогенная травма при экстирпации матки с последующими безуспешными попытками лапароскопической операции по Боари и у 1 пациента определялась доброкачественная протяжённая опухоль средней трети мочеточника, что потребовало широкого иссечения мочеточника. Лапароскопическое замещение аппендиксом выполнялось по следующей методике: положение на спине, согласно принципу триангуляции устанавливались 3 троакара, столom пациент наклонялся на противоположный месту поражения бок. Аппендикс визуализировался, устанавливалась его достаточная длина, мобилизовался с сохранением сосудистой ножки, перевязывался и отсекался у основания, в области верхушки. Полость отростка отмывалась от содержимого. Выделялся мочеточник в области поражения, иссекался, выполнялись изоперистальтические анастомозы между мочеточником и аппендиксом, мочевым пузырём с обязательным стентированием. Устанавливались дренажи к месту анастомозов.

Результаты и обсуждение. Среднее время операции составляет 210 ± 25 минут, кровопотеря 300 ± 20 мл, страховые дренажи и катетер Фолея удалялись к 6 суткам. Мочеточниковый стент удалялся через 1 месяц при повторной госпитализации, во время которой также оценивалась эффективность операции: ретенции верхних мочевых путей не отмечено, при уретероскопии у 4 пациентов область анастомозов визуально не определялась, остальным пациентам уретероскопия не выполнялась. 5 пациентов наблюдаются свыше 1 года без каких-либо признаков нарушенной уродинамики, остальные пациенты наблюдаются меньше 1 года.

Выводы. Аппендикс представляется подходящим пластическим материалом для замещения протяжённых стриктур мочеточника, что позволяет сохранить функцию почки. При операции важным является его достаточная длина, изоперистальтические анастомозы, сохранение сосудистой ножки.