

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ, РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ИЛИ ОТКРЫТАЯ ПЛАСТИКА ПРИ СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА

Андижанский государственный медицинский институт

Гуломов Нодирбек Бахтиёржон угли

Андижанский государственный медицинский институт

Абдулазизов Сарварбек Абдулазиз угли

Аннотация. В стандартном состоянии стенки мочевых каналов эластичные, они расширяются и сужаются естественным путем. По ряду причин происходит изменение тканей. Мышцы перестают нормально функционировать и больше не сокращаются. Со временем возникают рубцовые образования, которые нарушают канальную проходимость.

Нарушения возникают в любой части органа. Заболевание бывает односторонним либо двухсторонним, когда нарушения появляются одновременно в обоих каналах. Для заболевания характерна полная или частичная закупорка каналов. В обоих случаях создаются препятствия для правильного оттока урины. Застойные явления становятся причиной удлинения каналов, их растяжения и перекручивания. Урина накапливается в почечных лоханках. Это мешает правильной работе органа и ведет к увеличению почечных лоханок.

Ключевые слова. Эндоурология, мочеточник, лапароскопия, открытая пластика, стриктура мочеточника.

LAPAROSCOPIC, ROBOT-ASSISTED OR OPEN PLASTIC SURGERY FOR URETERAL STRICTURE

Andijan state medical institute

Gulomov Nodirbek Baxtiyorjon ogli

Andijan state medical institute

Abdulazizov Sarvarbek Abdulaziz ogli

Annotation. In the standard state, the walls of the urinary canals are elastic, they expand and contract naturally. For a number of reasons, tissue changes occur. The muscles stop functioning normally and no longer contract. Over time, scarring occurs, which disrupts the channel patency.

Violations occur in any part of the organ. The disease can be unilateral or bilateral, when disorders appear simultaneously in both channels. The disease is characterized by complete or partial blockage of the channels. In both cases, obstacles are created for the proper outflow of urine. Stagnation causes the channels to lengthen, stretch and twist. Urine accumulates in the renal pelvis. This interferes with the proper functioning of the organ and leads to an increase in the renal pelvis.

Keywords. Endourology, ureter, laparoscopy, open plastic surgery, ureteral stricture.

Актуальность. Мочеточник сужается из-за того, что происходит разрастание рубцов. Болезнь может быть вызвана и передавливанием канала расположенным рядом сосудом почки. Врожденной стриктурой мочеточника считаются рубцы, появившиеся в связи с существующими наследственными аномалиями.

Приобретенное заболевание может развиваться на протяжении продолжительного времени. Причинами полученного недуга становятся:

- травмирование мочеточника во время операции и разных обследований;
- травмы от удара по поясничной зоне;
- некроз мягких тканей от сдавливания стенок камнями;
- различные инфекции;
- половые инфекции (гонорея);
- воспалительные процессы в близрасположенных тканях;
- влияние радиации.

Если указанные причины не выявлены у пациента, то диагностируют врожденное заболевание. У новорожденных рубцы появляются еще в утробе матери. Заболевание встречается в большей степени у мужчин: вероятность получения травмирования у них выше. Застой мочи может быть связан со вводом препаратов в половые органы при самостоятельных попытках лечения болезней, передающихся половым путем.

При туберкулезном заболевании многочисленные рубцы появляются в местах, где проводились инфильтрация и изъязвления. Стриктуры после радиоактивного облучения бывают обычно в тазовом отделе. Они появляются после лучевой терапии. Стеноз мочеточника после операций возникает в любой части органа.

Результаты. Как мы уже отметили, различают врожденную и приобретенную стриктуру мочеточника. Стеноз мочеточника бывает односторонним либо двухсторонним, одиночным, множественным, истинным (в результате изменений, которые затронули стенку) и ложными (из-за внешней компрессии). Диагностирует заболевание врач-уролог по данным УЗИ почек, УЗДГ сосудов, рентгена, КТ почек и МРТ. Проведение 3-мерной ультразвуковой ангиографии с диуретической нагрузкой дает возможность сразу рассмотреть расширенный отдел мочеточника, расположенный выше стриктуры, и дать оценку состоянию почечных сосудов. С помощью рентгеноконтрастной урографии можно представить, как выглядят ткани почек и мочевыводящие пути, выявить сужение мочеточников, длину стриктур, оценить работу почек. В тяжелых ситуациях используют КТ либо МРТ, которые дополнительно выявляют болезни рядом расположенных органов и тканей, способных повлиять на почки и мочеточники.

Наше исследование подтверждает что ЛП имеет высокую эффективность в лечении стриктуры ЛМС, также как и ОП. Показатели успеха у больных перенесших ЛП сравним с ОП – 97 и 98%. Такие же результаты получены и исследованиях других авторов [5-8,10,11]. Послеоперационные осложнения обычно выявлялись рано и при своевременной коррекции не приводили к неудачам оперативного лечения. Рецидив стриктуры в 5 случаях из 83 лапароскопических пиелопластик отмечено в среднем после 4.6 месяцев наблюдения (исследование проводилось в Бристолле) [6]. Из 7 неудач в когорте 147 лапароскопических пиелопластик, лишь одна была выявлена после 6 месяцев (Балтиморское исследование) [1]. Показатель осложнений после ОП и ЛП были незначительными и подлежали медикаментозной коррекции. У 17 пациентов (34% случаев) группы ОП отмечали боль в послеоперационном рубце, что имело место в 4 (11,4%) случаях лапароскопической группы. Долгосрочная «рубцовая» боль и ее воздействие на качество жизни более выражено в группе ОП. Во время самой пиелопластики иногда возникали трудности с антеградной установкой стента. Это происходит когда проводник закручивается в дистальном отделе мочеточника, не попадая в мочевой пузырь. По такому же принципу стент тоже закручивается в дистальном

отделе мочеточника, создавая ложное впечатление о том, что он в мочевом пузыре. Во избежание этого мы наполняли мочевой пузырь физиологическим раствором, окрашенным метиленовым синим и при прохождении стента в мочевой пузырь, нами фиксировался рефлюкс синьки в лоханку, чем и убеждались о нахождении дистального конца стента в мочевом пузыре.

Вывод. Высокая эффективность и низкий показатель болей в пояснице в послеоперационной ране после ЛП делает эту операцию более привлекательным вариантом лечения стриктур ЛМС.

Литература. 1

1. Inagaki T, Rha KH, Ong AM, Kavoussi LR, Jarrett TW (2005) Laparoscopic pyeloplasty: current status. *BJU Int* 95(Suppl 2): 102–105.
2. Mandhani A, Kumar D, Kumar A, Kapoor R, Dubey D, Srivastava A, Bhandari M (2005) Safety profile and complications of transperitoneal laparoscopic pyeloplasty: a critical analysis. *J Endourol* 19: 797–802.
3. Moon DA, El-Shazly MA, Chang CM, Gianduzzo TR, Eden CG (2006) Laparoscopic pyeloplasty: evolution of a new gold standard. *Urology* 67: 932–936
4. Bonnard A, Fouquet V, Carricaburu E, Aigrain Y, El-Ghoneimi A (2005) Retroperitoneal laparoscopic versus open pyeloplasty in children. *J Urol* 173: 1710–1713.
5. Davenport K, Minervini A, Timoney AG, Keeley FX Jr (2005) Our experience with retroperitoneal and transperitoneal laparoscopic pyeloplasty for pelvi-ureteric junction obstruction. *Eur Urol* 48: 973–977.
6. Desai MM, Desai MR, Gill IS (2004) Endopyeloplasty versus endopyelotomy versus laparoscopic pyeloplasty for primary ureteropelvic junction obstruction. *Urology* 64: 16–21.
7. Klingler HC, Remzi M, Janetschek G, Kratzik C, Marberger MJ (2003) Comparison of open versus laparoscopic pyeloplasty techniques in treatment of uretero-pelvic junction obstruction. *Eur Urol* 44: 340–345.