

Серегин И.В., Егоров М.И., Габдурхманов И.И., Серегин А.А.
**Целесообразность эндопиелотомии при перкутанном удалении
камней почек**

Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО

Целесообразность эндопиелотомии при перкутанном удалении камней почек.

Серегин И.В., Егоров М.И., Габдурхманов И.И. и Серегин А.А.

Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО
Зав. кафедрой член-корр. РАМН, проф. Лоран О.Б.

Статистика и актуальность проблемы

- стриктура ЛМС в сочетании с МКБ является одной из наиболее важных проблем в структуре отечественного здравоохранения
- патология является частой причиной развития гидронефроза
- несмотря на хорошо разработанные методы различных оперативных вмешательств, до сих пор остается дискуссионным вопрос об оптимальных методах коррекции стриктур ЛМС
- (Лопаткин Н.А., 1986, 1998; Григорян В.А., 1998; Мартов А.Г., 1993, 2001; Гудков А.В., Пугачев А.Г., 2007; Marcovich R. et al., 2003; Tan B.J. et al., 2005; Ost M.C. et al., 2005; Rassweiler J.J. et al., 2007; Eden C.G., 2007).

Причины и факторы образования стриктур ЛМС



- Врожденное сужение ЛМС в результате нарушения соединения лоханки и мочеточника в эмбриогенезе
- Наличие перекрестного (нижнеполярного) сосуда
- периуретерит со сдавлением ЛМС при МКБ
- Воспалительные изменения
 - 1) васкулярные поражения
 - 2) заболевание женской репродуктивной системы
 - 3) заболевание ЖКТ
 - 4) заболевание забрюшинного пространства
- ятрогенные причины
- лучевая терапия

Особенности этиологии и патогенеза МКБ в сочетании со стриктурами ЛМС

- сочетание стриктуры ЛМС с МКБ встречается у взрослых от 16-25 % случаев
- застой мочи при стриктурах ЛМС способствует образованию камней
- у детей со стриктурами ЛМС, по сравнению со взрослыми, сопутствующие конкременты встречаются редко.



Подходы к лечению стриктур ЛМС

- Пиелопластика по Хайнс-Андерсону является основополагающей методикой коррекции ЛМС
- открытая пластика-95% (Dobry E, Usai P, Studer UE, Danuser H, 2007)
- лапароскопический доступ 93-97 % (Szdenko T, Kopec R, Kasprzak J, Arozanski W, Kolodziei A, Lorenz J 2009).

Подходы к лечению стриктур ЛМС

- Эндопиелотомия
- ✓ При МКБ в ходе перкутанной нефролитотомии- 72 % (Lewin BM, Herrell SD, 2006)
- ✓ Как первый метод при непротяженных, неосложненных стриктур у молодых пациентов 78 % (Bernardo N, Smith AD, 2006)
- ✓ При рецидивах (непротяженных) стриктур после пиелопластик 74% (Jabbour ME, Goldfisher ER, Klima WJ, Smith AD/ 2006)

Диагностика

Цель	Метод
➤ выявить зону сужения	Обзорная и экскреторная урография, МСКТ, антеградная и ретроградная пиелоуретерография (интроперационно)
➤ определить ее локализацию и протяженность	Обзорная и экскреторная урографии, МСКТ, УЗИ, антеградная и ретроградная пиелоуретерография (интраоперационно)
➤ Определить добавочный сосуд	УЗИ с доплеровским картированием (ЦДК), МСКТ с трехмерной реконструкцией
➤ определить состояние лоханки выше места сужения и функциональное состояние почки и мочеточника на стороне поражения	Экскреторная урография, импедансное уродинамическое исследование, ДНСГ.

Алгоритм выбора тактики лечения

Протяженная стриктура (более 1 см), выраженная пиелокаликоектазия, почечная недостаточность

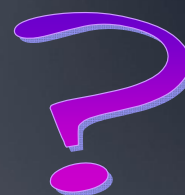
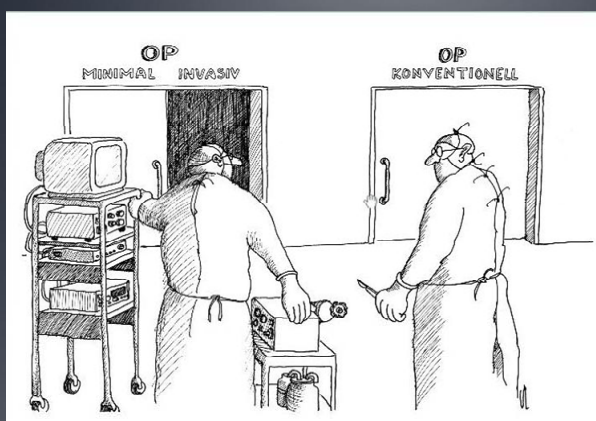
- Лапароскопический доступ
- Открытая хирургия

Протяженная стриктура (более 1 см), умеренно выраженная пиелокаликоектазия, почечная недостаточность

- Лапароскопический доступ

Непротяженная стриктура (менее 1 см), умеренная или минимальная пиелокаликоектазия, нормальная функция почки

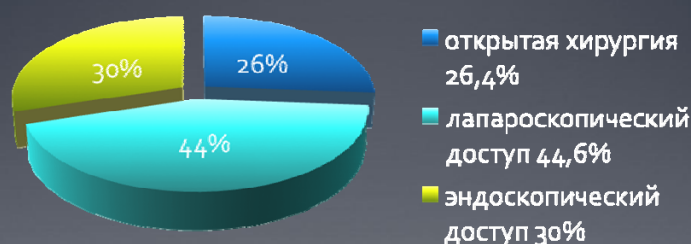
- Эндопиелотомия



- Какова тактика ведения больного со стриктурой ЛМС в сочетании с МКБ
- Какой метод оперативного вмешательства показан в каждом конкретном случае
- преимущества и недостатки

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД!

Соотношение открытых и эндоскопических операций на почках при стриктурах ЛМС



Клиника урологии и хирургической андрологии РМАПО, 2006-2010

Открытая хирургия и лапароскопический доступ при стриктурах ЛМС

- На сегодня при плановом вмешательстве это альтернативные методы эндоскопическим операциям

Показания: - когда необходима хирургическая коррекция анатомических нарушений мочевых путей (неэффективность эндопиелотомии, сированные перегибы в/з мочеточника, коррекция ЛМС)

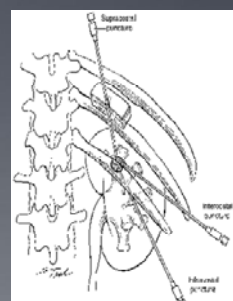
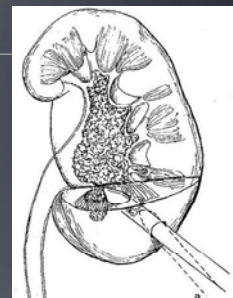


Перкутанная хирургия при МКБ со стриктурой ЛМС – особенности методики

NB! Метод выбора удаления практически любого камня,

включая больных с единственной почкой, аномалиями развития мочевых путей, у больных старшей возрастной группы

- Создание адекватного доступа (1-4) - максимальное удаление камня, что уменьшает % резидуальных фрагментов
- Адекватная ревизия зоны ЛМС
- минимальная травма паренхимы почки
- возможно сочетание с эндопиелотомией при непротяженных стриктурах ЛМС, билатеральное удаление камней



Клинический случай

Пациент Л., 58 лет

Диагноз

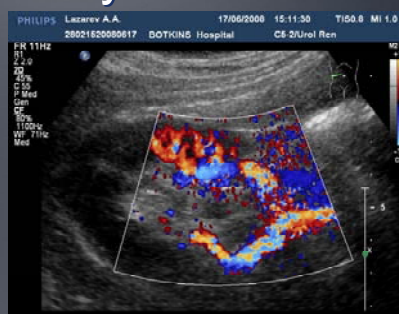
Стриктура ЛМС справа, вторичные камни правой почки

Анамнез: 1,5 года назад впервые приступообразная боль в поясничной области справа. При обследовании были выявлены 2 камня правой почки до 9 мм, мелкий конкремент левой почки 3-4 мм.

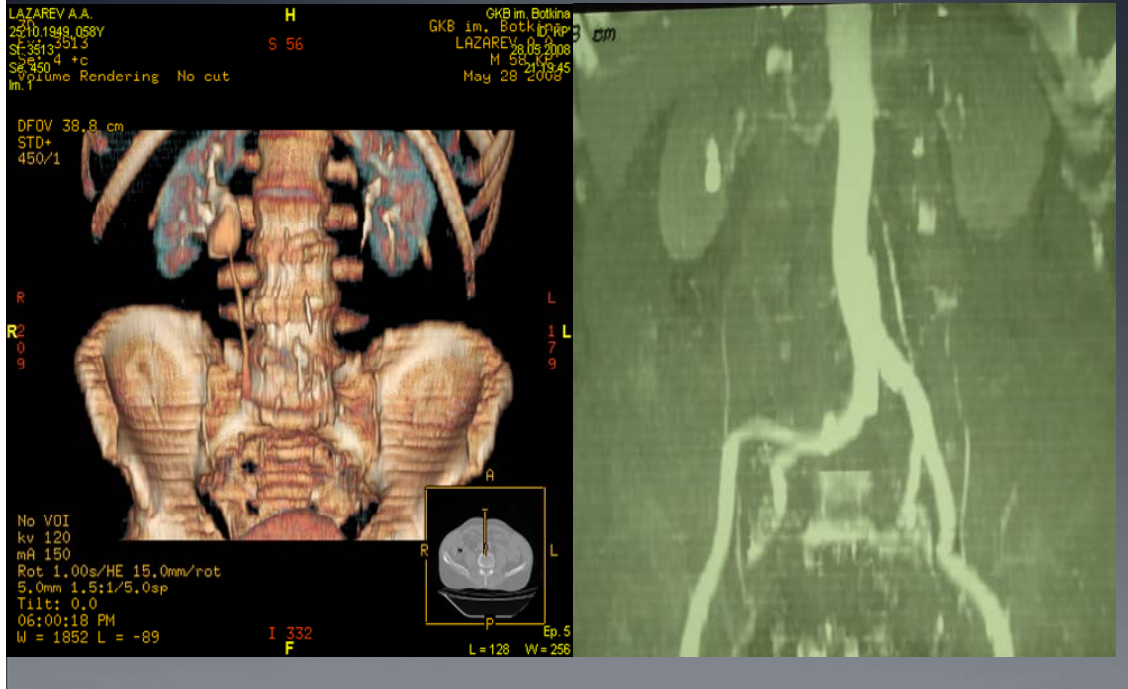
В дальнейшем приступы повторялись с интервалом 3-4 мес.

За последние 2 мес приступы практически ежедневно.

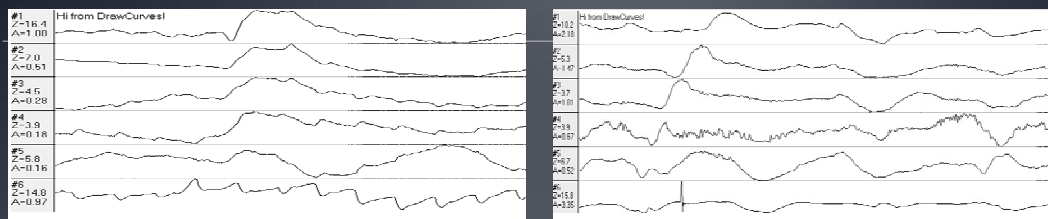
Клинический случай



Клинический случай



МИУГ

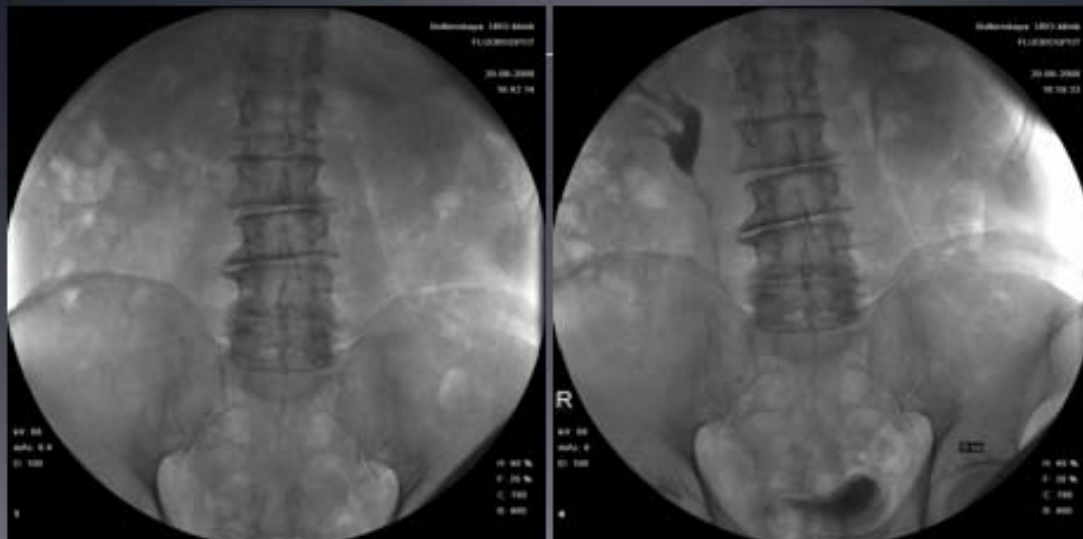


По данным МИУГ: Наличие участка стриктуры правой ЛМС с частыми (8,2 в минуту) и сильными (1,59 Ом) сокращениями провоцирует антиперистальтические движения в почечную лоханку, проявляющуюся сильными (1,15 Ом) и частыми (4 в минуту) ретроградными сокращениями. Функция среднего и нижнего отделов мочеточника характеризуется выраженными антеградными и цистоидными сокращениями. Высокий тонус в интрамуральном отделе свидетельствует об активном миогенном антирефлюксном механизме.

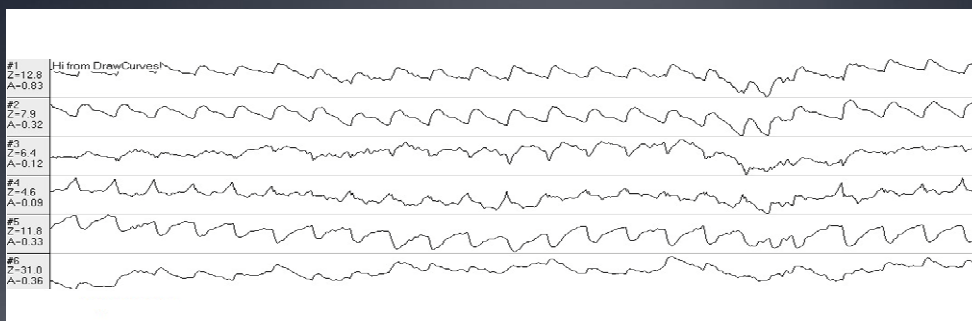
Клинический случай



Через 6 месяцев



МИУГ через 6 месяцев



Отмечено уменьшение количества аритмичных и цистоидных волн, отсутствие ретроградных и хаотичных волн; на всем протяжении мочеточников отмечаются ретроградные сокращения. Частота сокращений снизилась на более чем на 50%. Также после эндопиелотомии отмечена гармонизация сократительной функции разных отделов мочеточника.

Результат лечения больных со стриктурой ЛМС в сочетании с МКБ в ГКБ Боткина с 2008-2010

- 27 больных со стриктурой ЛМС и МКБ, в возрасте от 29 до 72 лет
- Основной доступ «среднечашечный», один пункционный ход
- 92,2% удаления всех фрагментов
- среднее время операции 80 минут
- средняя кровопотеря 50 мл
- повторные манипуляции 2 больных (8,7%)
- осложнения: кровотечение (1 больной), активная фаза ХП (3 пациента), резидуальные чашечные фрагменты (1 больной), рецидив стриктуры ЛМС (1 больной)

Клиника урологии и хирургической андрологии РМАПО

Результаты лечения

- пребывание в стационаре 4,3 дня (3-9 дней)
- средний срок наблюдения 14 месяцев
- 24 из 27 пациентов (79%) улучшение состояния ЛМС по данным экскреторной урографии, МСКТ
- 26 из 27 пациентов (93%) отметили уменьшение болей по сравнению с предоперационным состоянием
- в одном случае потребовалось повторное выполнение эндопиелотомии по поводу рецидива стриктуры ЛМС
- ни один пациент не потребовал открытой или

Перкутанная хирургия + эндопиелотомия преимуществ

- Малоинвазивный характер вмешательства
- Регионарная анестезия
- Оптическая визуализация
- Возможность повторного использования доступа
- Время операции меньше, чем при открытых вмешательствах
- Разрез кожи около 1 см
- Минимальная кровопотеря
- Минимальная травма почечной паренхимы
- Меньше срок госпитализации и болевой симптом в п/о периоде



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Эндопиелотомия - Один из минимально инвазивных и эффективных способов коррекции стриктуры ЛМС .
 - Одинаково эффективна при первичных и вторичных стриктурах у большинства пациентов
 - Используется как метод выбора при сочетании с ЧПНЛ
 - Как альтернативный доступ при врожденном стенозе ЛМС
 - Лапароскопическая пластика - операция выбора при выраженном гидронефрозе и выраженной почечной недостаточности.
-