

АО “Медицинский Университет Астана”

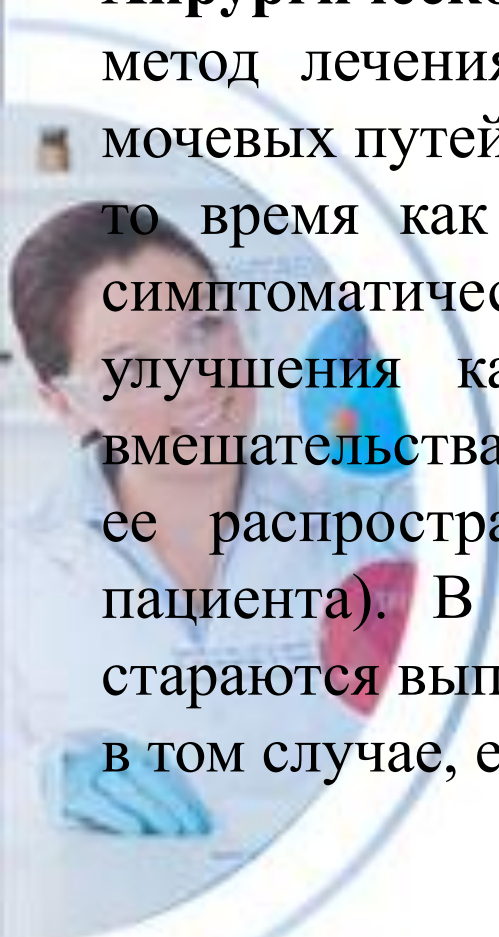
Тема : Эндовидеоскопические оперативные вмешательства при опухолях мочеполовой системы



**Выполнили : Марқабаета А.
М**

Берикбай Н

**Проверил : Жанпейсов К.
Ж**



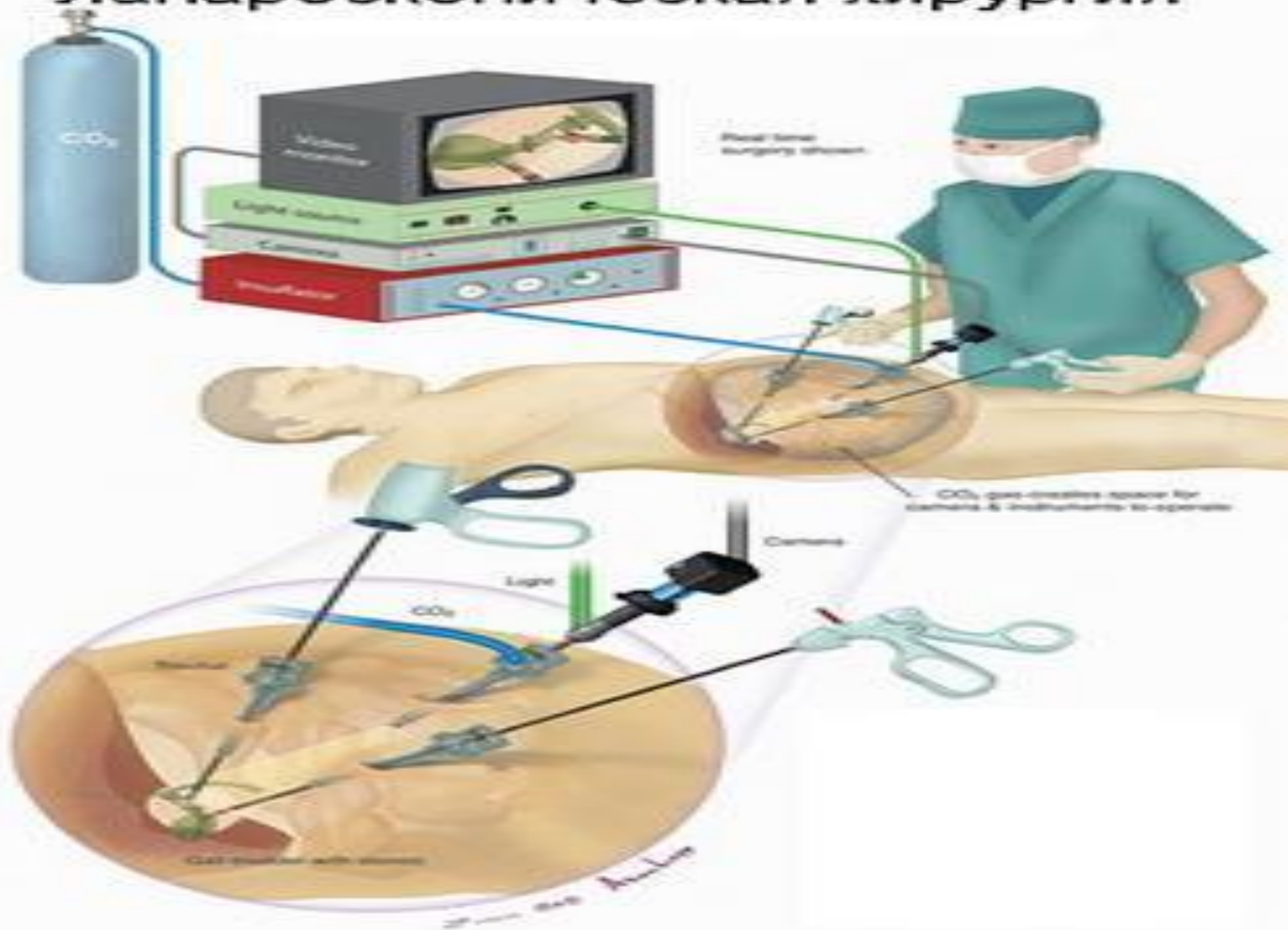
Хирургическое вмешательство – единственный радикальный метод лечения рака почки (рак почки лечение) и верхних мочевых путей, которое может полностью устранить болезнь, в то время как на поздних стадиях заболевания происходит симптоматическое лечение, направленное на продление улучшения качества жизни. Выбор вида хирургического вмешательства зависит от многих факторов (размер опухоли, ее распространение за пределы почки, общее состояние пациента). В настоящее время во всем мире в основном стараются выполнять органосохраняющие операции, но только в том случае, если это возможно.

Малоинвазивные лапароскопические органосохраняющие и органоуносящие операции



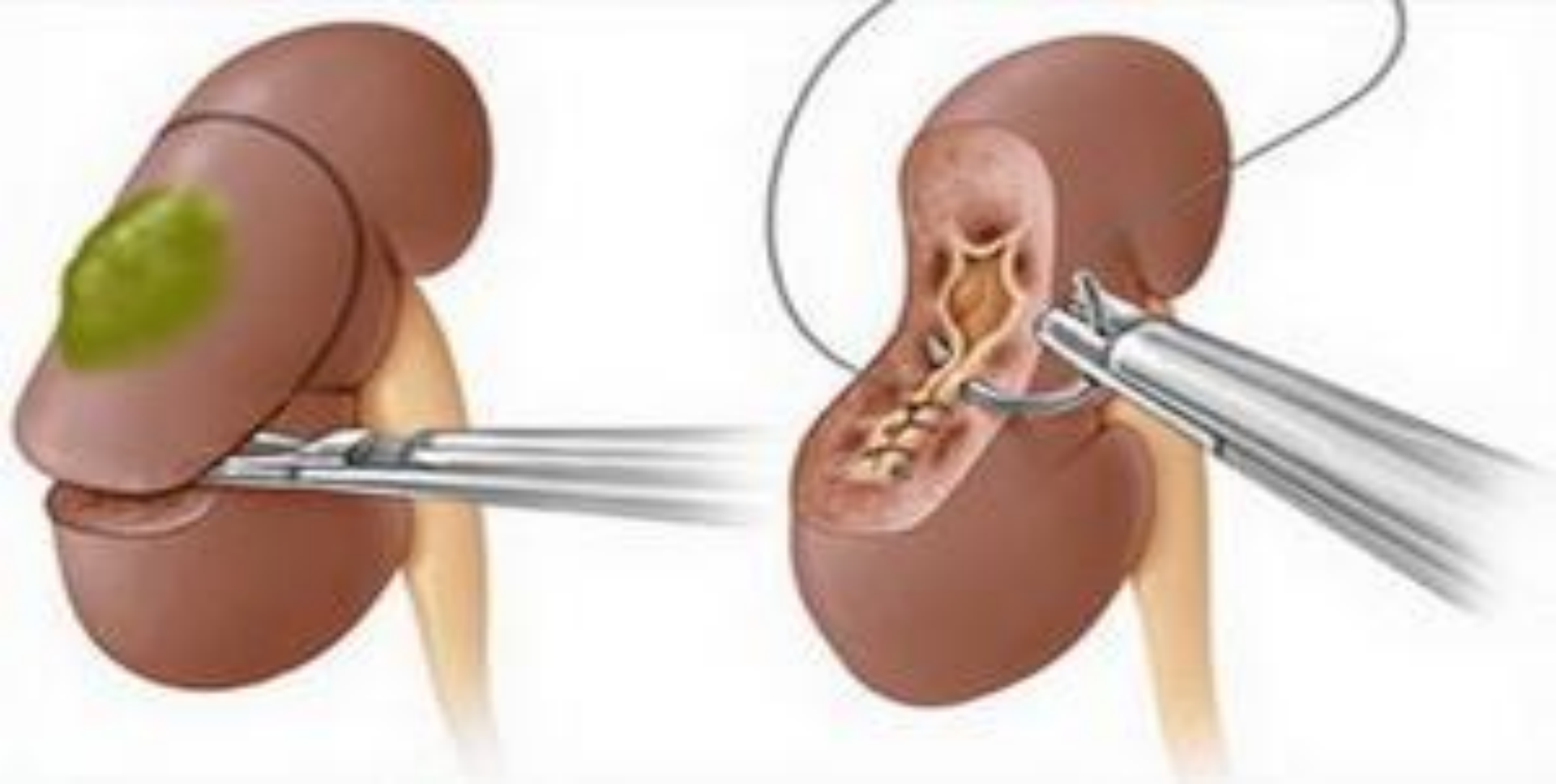
Лапароскопия имеет высокую диагностическую и лечебную ценность у пациентов с заболеваниями мочеполовой системы. В современной урологии лапароскопия является, пожалуй, самым передовым методом диагностики и лечения ряда заболеваний. К числу ее положительных сторон нужно отнести: отсутствие послеоперационных рубцов, малая травматичность, быстрое восстановление после операции, отсутствие болезненных ощущений, отсутствие необходимости соблюдать строгий постельный режим, нормальное самочувствие и работоспособность восстанавливается очень быстро, соответственно короткие сроки пребывания пациента в стационаре (до 3 сут.).

Лапароскопическая хирургия

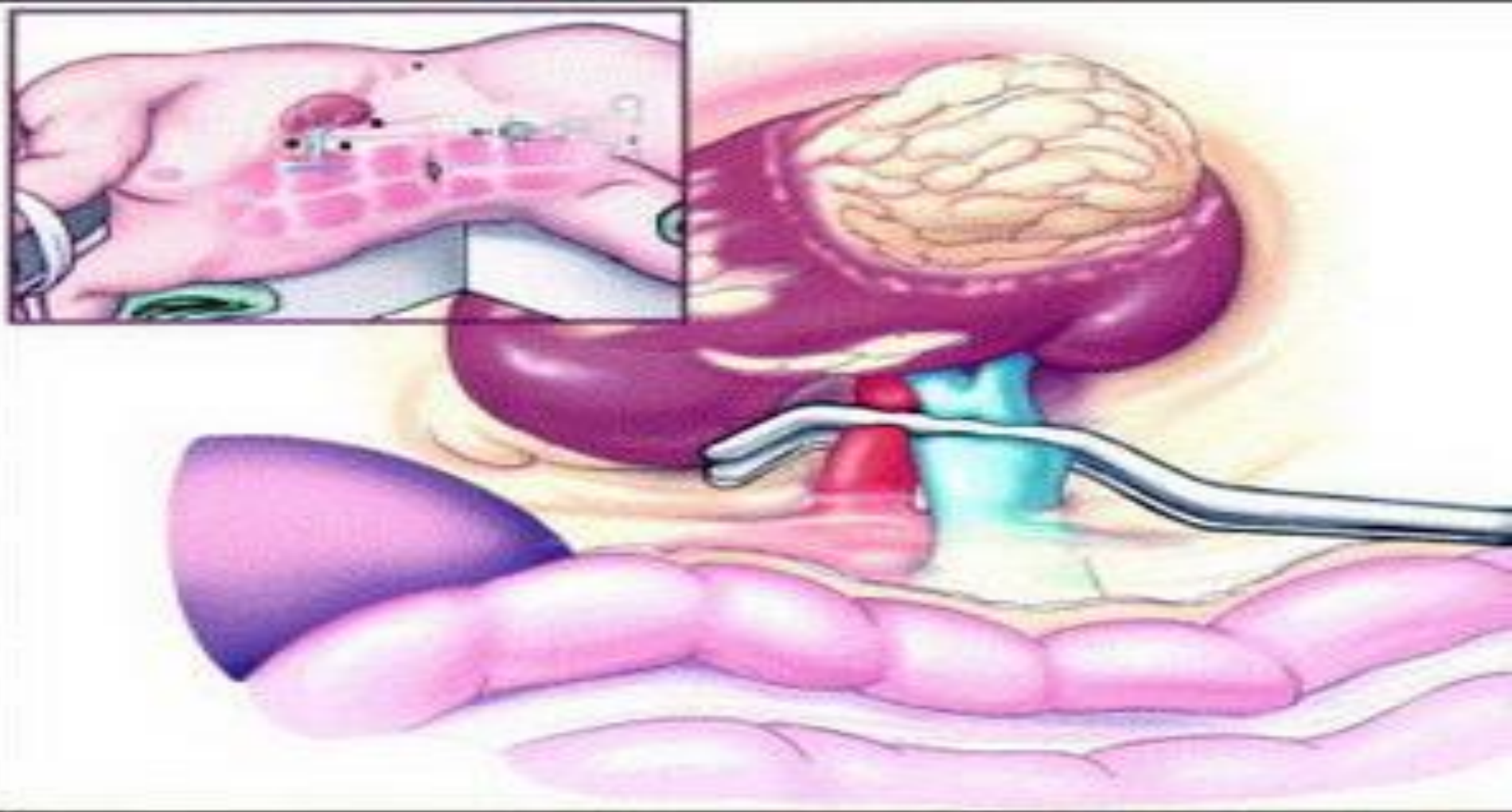




В настоящее время многие сложные онкологические и реконструктивные операции в урологии производят лапароскопическим методом. К ним относят лапароскопическую резекцию почки (органосохраняющая операция; удаление опухоли с частью почки) и лапароскопическую нефрэктомия (удаление почки вместе с опухолью). При наличии у хирурга достаточного опыта выполнение лапароскопической резекции почки является альтернативой удалению почки или открытой операции у определенной категории пациентов. Самое главное, что лапароскопическая резекция почки соответствует общепринятым принципам выполнения открытой онкологической операции.



***Лапароскопическая резекция почки
(органосохраняющая операция; удаление
опухоли с частью почки).***



*Лапароскопическая нефрэктомия
(удаление почки вместе с опухолью).*

Лапароскопическая



нефрэктомия

Первая лапароскопическая нефрэктомия была выполнена Clayman –ном в 1990 году по поводу почечной онкоцитомы .**Общепринятым**

показанием к лапароскопической нефрэктомии является рак почки T1-T2.

Основополагающим принципом является тщательное ушивание вскрытой чашечно – лоханочной системы и паренхимы почки для предотвращения развития мочевых свищей и с целью осуществления гемостаза .

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРОУРЕТЕРЭКТОМИЯ (методика Клеймана-Кавусси [Clayman-Kavoussi])



Эту операцию выполняют при переходно-клеточном раке почечной лоханки низкой степени злокачественности. При цистоскопии в почечную лоханку заводят проводник Бентсона, по которому проводят мочеточниковый катетер-дилататор с баллоном длиной 10 см и диаметром 6 мм для блокирования дистального и интрамурального отделов мочеточника. Баллон надувают до давления 1 атм. Вводят резектоскоп 24F и электрохирургическим ножом рассекают устье и стенку внутрипузырной части мочеточника. Мочеточниковый катетер-дилататор удаляют. Далее операцию продолжают, как при лапароскопической нефрэктомии, но мочеточник не пересекают. На середине расстояния между пупком и лобковым симфизом вводят 12-миллиметровый троакар. Выделяют мочеточник до мочевого пузыря и стенку мочевого пузыря вокруг пузырно-мочеточникового сегмента. По порту главного троакара вводят лапароскопический степлер. Прошивают стенку мочевого пузыря в месте дефекта, не захватывая при этом окружающие ткани. Мочевой пузырь наполняют физиологическим раствором и проверяют герметичность шва.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ



Лапароскопическая резекция почки в настоящее время находится еще в стадии эксперимента.

Ход операции такой же, как при лапароскопической нефрэктомии до п. 3. У детей с удвоением мочевых путей обнажают мочеточник пораженной половины почки, затем накладывают на него скобки и пересекают. Продолжают выделять почку до гидронефротически измененного сегмента. Идентифицируют сосуды пораженного сегмента, пережимают их скобками и пересекают. На магистральную почечную артерию накладывают сосудистый зажим, затем истонченную почечную паренхиму отсекают, отступя несколько сантиметров от неизменной паренхимы. Кровотечение останавливают аргоновым коагулятором



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ



Общая частота послеоперационных осложнений при лапароскопической нефрэктомии составляет 16% (Gill et al., 1995). Во время операционного доступа возможны такие осложнения, как гематома передней брюшной стенки и повреждение почки троакаром. Интраоперационные осложнения включают повреждение сосудов и селезенки. В послеоперационном периоде может сформироваться грыжа в месте введения троакара. Возможны также желудочно-кишечные (кишечная непроходимость, кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки, наружный кишечный свищ), сердечно-сосудистые (застойная сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий и инфаркт миокарда), легочные (пневмонит и тромбоэмболия легочной артерии) осложнения, поражение мочеполовой (задержка мочи, орхиэпидидимит) и двигательной (паралич в результате повреждения плечевого нерва) систем, локальное нарушение чувствительности, вызванное повреждением латерального кожного нерва бедра, формирование артериовенозной фистулы и острый канальцевый некроз почек. Опытные лапароскопические хирурги переходят от лапароскопической операции к открытой примерно в 5% случаев, а необходимость в экстренной операции по поводу кровотечения возникает в 1% случаев