

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
6 мая 2010 г.
Регистрационный № 005-0110

МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКСИИ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. А.А. Гресь, д-р мед. наук, доц. В.И. Вощула,
С.Г. Никонович

Минск 2010

Инструкция разработана с целью повышения эффективности оперативного лечения нефроптоза путем использования малоинвазивных технологий, в частности лапароскопического доступа. Это позволяет значительно снизить травматическую агрессию во время операции, сократить количество послеоперационных осложнений, ускорить процесс реабилитации и восстановления трудоспособности пациентов, а использование полипропиленовой сетки практически полностью исключает вероятность развития заболевания.

Инструкция предназначена для врачей-урологов городских и областных больниц и может быть использована в качестве руководства для лечения пациентов с нефроптозом в специализированных учреждениях здравоохранения.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стерильные материалы операционной: марлевые шарики, салфетки, бинты, пеленки, простыни, халаты, перчатки, маски, шапочки.
2. Набор хирургического инструментария: скальпель, иглодержатель, шовный материал (нить 3/0 синтетическая рассасывающаяся с колющей иглой), хирургический пинцет, ножницы.
3. Лапароскопические инструменты и оборудование: видеокамера и монитор, инсуффлятор для введения углекислого газа, игла Вереща, троакары (5, 10, 11 мм), лапароскоп 10 мм (0°), лапароскопические ножницы (соединяемые с коагуляцией), диссектор, герниостеплер, скобы для герниостеплера, аспиратор.
4. Полипропиленовая сетка размером 3×15 см.
5. 1%-й раствор йодоната.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Нефроптоз с постоянными болями или приступами почечной колики, снижающими трудоспособность.
2. Нефроптоз с нарушениями уродинамики верхних мочевых путей и гемодинамики почки.
3. Нефроптоз, осложненный хроническим пиелонефритом с частыми обострениями.
4. Нефроптоз, осложненный нефрогенной артериальной гипертензией.
5. Нефроптоз, осложненный пиелоектазией или гидронефротической трансформацией почки.
6. Нефроптоз, осложненный нефролитиазом (до операции конкремент должен быть удален из опущенной почки).
7. Нефроптоз с рецидивирующей гематурией.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Тяжелое общее состояние, обусловленное сопутствующей патологией внутренних органов и систем в стадиях декомпенсации.

2. Острый пиелонефрит или обострение хронического пиелонефрита.
3. Наличие конкремента в опущенной почке.
4. Спаечная болезнь кишечника.
5. Воспалительные процессы забрюшинного пространства на стороне опущения.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Необходимые предоперационные исследования:

1. Общий анализ крови и мочи.
2. Биохимический анализ крови.
3. Группа крови и резус-фактор.
4. Исследование крови на антитела к *T. Pallidum*.
5. При необходимости — результаты консультаций специалистов.
6. ЭКГ.
7. Ультразвуковое исследование почек в положении лежа и стоя.
8. Обзорная и экскреторная урография в положении стоя и лежа.
9. Радиоизотопная ренография в положении стоя или сидя.
10. Доплерография почечных сосудов в положении стоя и лежа по показаниям;
11. Динамическая сцинтиграфия в положении сидя по показаниям.

Методика оперативного вмешательства при нефроптозе

Под эндотрахеальным наркозом пациент переводится в литотомическую позицию. Игла Вереша вводится вертикально по латеральному краю прямой мышцы живота на уровне пупка. После создания пневмоперитонеума до уровня давления 12 мм рт. ст. игла извлекается. Разрез кожи на уровне иглы расширяется до 10 мм и вводится 10-миллиметровый троакар для лапароскопа. Выполняется ревизия брюшной полости. Под контролем изображения на мониторе производят введение дополнительных троакаров. Пятимиллиметровый троакар (для проведения ножниц, отсоса) устанавливается по среднеключичной линии в эпигастрии, 11-миллиметровый троакар (для проведения диссектора, герниостеплера, введения лоскута полипропиленовой сетки в брюшную полость) — по передней подмышечной линии в мезогастрии. С помощью лапароскопических ножниц и диссектора на уровне нижнего полюса почки рассекается брюшина в зависимости от стороны опущения, мобилизуется печеночный угол восходящей ободочной кишки или селезеночный угол нисходящей ободочной кишки и кишечник смещается медиально. Путем тупой и острой диссекции с электрокоагуляцией выделяются передняя поверхность и нижний полюс почки и площадки на поясничной мышце и поперечной мышце живота у латерального края почки. В брюшную полость вводится лоскут полипропиленовой сетки размером 3×15 см, разрезанный вдоль по середине на 8 см (рис. 1).

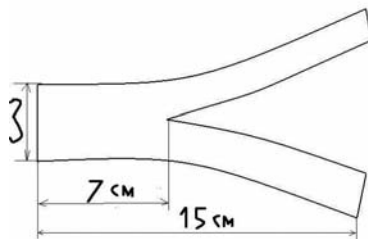


Рис. 1. Лоскут полипропиленовой сетки

Неразрезанный конец сетки фиксируется к выделенной площадке на поясничной мышце 5–6 танталовыми скобами (рис. 2).

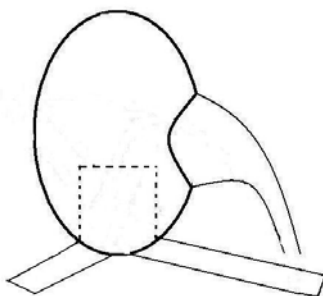


Рис. 2. Полипропиленовый лоскут, фиксированный к площадке на поясничной мышце

Почка устанавливается в нормальное анатомическое положение. Разрезанные концы лоскута сетки проводят под нижним полюсом почки, накладывают друг на друга внахлест и фиксируют к передней поверхности почки 4–5 танталовыми скобами и один из концов дополнительно фиксируется к поперечной мышце живота у наружного края почки (рис. 3).

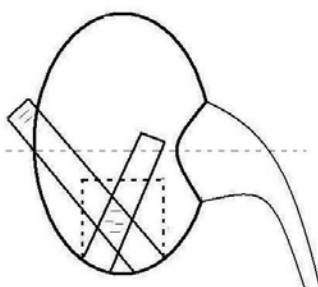


Рис. 3. Почка, фиксированная полипропиленовым лоскутом

Производится осмотр места операции и брюшной полости. Брюшина над почкой соединяется танталовыми скобами. Выпускается газ из брюшной полости. Троакары удаляются. На раны накладываются швы и асептические повязки.

Ведение послеоперационного периода

В послеоперационном периоде пациентам назначаются нестероидные противовоспалительные препараты с целью обезболивания на 3-е сут.

Активизация пациентов начинается на 2-е сут после операции. В течение 1-го месяца после операции пациенту не рекомендуется поднятие тяжестей, бег, прыжки.

Послеоперационное наблюдение с контролем подвижности почки рекомендуется проводить через 6 мес. после операции (общий анализ мочи, ультразвуковое исследование почек в положении лёжа и стоя).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Ошибки

Ошибки при использовании данного метода могут быть связаны с несоблюдением показаний к операции, техники оперативного вмешательства, а также ведением послеоперационного периода. Во избежание этого необходимо детально придерживаться вышеприведенной схемы.

Возможные ошибки при выполнении лапароскопической нефропексии:

1. Неправильная установка троакаров, что создает технические трудности при выделении нижнего полюса почки и фиксации сетки. Для устранения этой ошибки требуется переустановить троакар в правильную область, а предыдущий разрез на передней брюшной стенке ушить.

2. Недостаточная фиксация полипропиленовой сетки к подвздошно-поясничной мышце, к поперечной мышце живота и к почке. Для устранения данной ошибки требуется фиксировать полипропиленовую сетку именно к площадке на подвздошно-поясничной мышце, а не к жировой клетчатке.

Осложнения

1. При повреждении внутренних органов выполняется их ушивание по общепринятым правилам.

2. При повреждении паренхимы почки во время ее выделения дефект следует прижать марлевым тампоном или гемостатической губкой до остановки кровотечения. Если кровотечение продолжается, то повреждение следует ушить.

3. При неадекватном гемостазе во время операции в послеоперационном периоде возможно развитие забрюшинной гематомы, требующей консервативного лечения в виде гемостатических препаратов. При нарастании гематомы и в случае нестабильной гемодинамики выполняется лапароскопическое удаление гематомы, при наличии кровотечения — его остановка.