

roscopice, efectuată de Clayman și colegii (7), la 25 iunie 1990. La moment, procedurile laparoscopice sunt la diferite stadii de dezvoltare. Unele, așa ca nefrectomia simplă laparoscopică, au fost descrise de nenumărate ori la sute de pacienți. Altele, așa ca nefrectomia laparoscopică asistată pe donator viu, a fost raportată doar de câteva centre pe un număr mic de bolnavi.

Criteriile de clasificare a procedurilor laparoscopice sunt modificate și dezvoltate de Gill și coautorii (8). Procedurile stabilite sunt cele, ce au fost raportate în 3 și mai multe serii, de diferite instituții, cu 10 pacienți și mai mult fiecare.

Procedurile în tranzație au fost raportate în literatură mai rar, dar cel puțin în 2 serii separate a câte 5 și mai mulți pacienți. Procedurile unice, includ toate celelalte proceduri laparoscopice renale descrise în literatura clinică.

Concluzii

Chirurgia laparoscopică renală a fost bine descrisă în literatură; practic toate procedurile renale deschise au fost dublate sau aproximativ modelate laparoscopic. Cu toate acestea, metoda laparoscopică în patologii renale nu a atins acceptul larg clinic, din cauza precauțiilor privind dificultățile clinice, timpul mai mare al intervențiilor, și limitele metodei minimal invazive în cazul înlăturării neoplasmelor.

Comparativ cu tehnica deschisă, laparoscopia micșorează dimensiunile inciziei, rezultând în beneficii cosmetice evidente, și ce-i mai important, reduce letalitatea. Pacienții laparoscopici suferă mai puțină durere postoperatorie, o durată de spitalizare mai mică, realizează restabilire pulmonară mai precoce, și se reîntorc la activitatea normală mai rapid. Însă, procedurile laparoscopice sunt de regulă, mai complicate, ca respectivele tehnici deschise, necesitând deprinderi tehnice. Mai mult ca atât, costul este mai mare decât în chirurgia deschisă, din cauza instrumentarului suplimentar și duratei mai mari a intervenției.

Bibliografia

- 1.Sanjay B Kulkarni : Laparoscopic urology : Issue special, Bombay Hospital Journal, 1997.
- 2.Filipi CJ, Fitzgibbons RJ, Salerno G: Historical review: Diagnostic laparoscopy to laparoscopic cholecystectomy and beyond, in Zucker ZA (ed): Surgical Laparoscopy. St. Louis, Mo., Quality Medical Publishing, 1991.
- 3.Cortesi N, Ferrari P, Zambarda E, et al: Diagnosis of bilateral cryptorchidism by laparoscopy. Endoscopy 8:33, 1976.
- 4.Eshghi AM, Roth JS, Smith AD: Percutaneous transperitoneal approach to a pelvic kidney for endourological removal of a staghorn calculus. J Urol 134:525-527, 1985.
- 5.Winfield HN, Ryan KJ: Laparoscopy: New urological applications. J Urol, 141(suppl): 176A, 1989. Abstract 25.
- 6.Schuessler WW, Vancaillie TG, Reich H, et al: Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer. J Urol 145:988-991, 1991.
- 7.Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al: Laparoscopic nephrectomy: Initial case report. J Urol 146:278-282, 1991.
- 8.Gill IS, Clayman RV, McDougall EM: Advances in urological laparoscopy. J Urol 154:1275-1294, 1995.

МОЧЕВОЙ ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ ПРОЛЕЖНЯ СТЕНКИ ЛОХАНКИ, ВЫЗВАННОГО КАМНЕМ

(клиническое наблюдение)

Н.Ю.Марина, А.М.Чернявый

Рыбницкая ЦРБ

Summary

This case is of great interest to our mind due to rare occurrence: twosided coral concrement of kidneys, concrement of the right ureter with the absence of the function of the right kidney, bedsoree of the renal pelvis wall of the left kidney caused by concrement. As a result the urine spontaneously penetrated into the paranephron and then per diapedesum in the abdomen. This led to peritonit. The operation being done in time resulted in succesful recovering of the patient.

Одним из самых распространенных урологических заболеваний является мочекаменная болезнь. Особой ее формой является двухсторонний коралловидный нефролитиаз. Осложнения, вызванные нефролитиазом разнообразны. Проникновение мочи из мочевой системы в околопочечную клетчатку через пролежень, вызванный коралловидным камнем, а затем перфузия ее в брюшную полость с развитием перитонита – редкое осложнение. Пролежень возникает вследствие глубоких изменений в мочевых путях, вызванных хроническим воспалительным процессом и резким повышением внутримонохального давления. Спонтанное проникновение мочи в околопочечную клетчатку описано в литературе редко. Такой механизм проникновения мочи встречается на высоте почечной колики (2). Мочевой перитонит в свою очередь встречается при травматических поражениях мочевых путей с нарушением целостности париетальной брюшины. В нашем случае мочевой перитонит развился без нарушения целостности брюшины, ввиду ее полупроницаемости.

Приводим наше наблюдение из практики:

Больной Д., 68 лет, № Истории болезни 14512, поступил в урологическое отделение в срочном порядке 27.11.1992 г. с жалобами на боли внизу живота, задержку мочи, слабость, сухость во рту, жажду. Заболел остро 26.11.1992 г. в 18-00, когда после еды появились сильные боли в левом подреберье и эпигастрии, боль в левой половине пояса, была однократная рвота. Спустя 15-20 минут боли самостоятельно прошли. На 2 день состояние больного ухудшилось и с диагнозом «острая задержка мочи» направлен в ЦРБ и госпитализирован. Из анамнеза установлено, что страдает мочекаменной болезнью с 1969 года. В дальнейшем развился двухсторонний нефролитиаз с камнями обеих почек и правого мочеточника, с выключением функции правой почки, хроническим пиелонефритом единственной функционирующей левой почки. От оперативного лечения в прошлом категорически отказывался. При осмотре общее состояние больного тяжелое. Пальпаторно определяется болезненность в левой половине по ходу мочеточника, слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого слабо положительный слева. На основании имеющихся данных, объективного осмотра и лабораторных показателей установлен диагноз: «разлитой перитонит неясной этиологии, постренальная анурия, двухсторонние камни почек». Назначена консультация хирурга. Учитывая неясность клинической картины произведена лапароскопия. В брюшной полости обнаружена свободная жидкость – моча.

После подготовки, больному под интубационным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружена около 3000 мл. мочи. Последняя эвакуирована. При ревизии патологии со стороны брюшной полости не выявлено, имеется инфильтрация забрюшинной клетчатки слева. Париетальный листок брюшины белесоватого цвета отслоен от забрюшинной клетчатки жидкостью, начиная от левой почки и до Дугласова пространства. Целостность брюшины не нарушена. Продольно рассечена париетальная брюшина. Выделена левая почка. Околопочечная клетчатка инфильтрирована мочой. В области передней поверхности лоханки между почечной артерией и веной обнаружен дефект размерами 1,5x1,0 см. с изъеденными краями, где находился камень. Дефект лоханки расширен, после чего удален коралловидный камень. Наложена нефростома слева. Дефект лоханки ушит. Забрюшинное пространство дренировано через контрапертуру. В брюшной полости оставлен микроиригатор для введения антибиотиков, после чего брюшная полость ушита. Послеоперационный период протекал гладко. На 11 сутки нефростома перестала функционировать и больной стал мочиться самостоятельно. На 14 сутки нефростома удалена, сняты швы на 10 сутки, заживление раны первичное. Выписан в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр через 8 месяцев. Жалоб нет. Клинические анализы в норме.

Данный случай, представляет интерес на наш взгляд, редкостным сочетанием: двухсторонние коралловидные камни почек, камень правого мочеточника с выключением функции правой почки, с пролежнем лоханки единственной левой почки, вызванной камнем, в результате чего спонтанно проникла моча в околопочечную клетчатку, а затем *per diapredesum* в брюшную полость с развитием мочевого перитонита. Необходимо подчеркнуть роль и ценность лапароскопии, которая доступна во всех районных больницах.

Литература

1. Вайнберг З.С., Неотложная урология, М., Москва, 1997.
2. Казонь М., Бовкевич Я., Зелиньска З., Спонтанное проникновение мочи из верхних мочевых путей в окружающие ткани во время почечной колики, Урология и нефрология, №3, 1981.
3. Лопаткин Н.А., Кормщиков Ю.В., Оперативное лечение двухстороннего нефроуретеролитиаза, Урология, №2, 1972.
4. Лопаткин Н.А., Рябинский В.С., Урологические заболевания под маской острого живота, /в кн.: Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, М., 1976.
5. Люлько А.В., Романенко А.Е., Серняк П.С., Повреждения органов мочеполовой системы, Киев, "Здоров'я", 1981.
6. Паливода Н.И., Коралловидные камни почек, Минск, 1973.

CORELAȚIILE ÎNTRE UNELE DEREGLĂRI METABOLICE ȘI TENSIUNEA ARTERIALĂ LA LUCRĂTORII FABRICII CONFECȚII "ODEMA"

B. Sasu, O. Mocialov

USMF "N. Testemițanu", Chișinău, SRL "Odema", Tiraspol

Summary

At 400 workers relationship between blood pressure, the disorders of purine metabolism, urine uric acid level, microalbuminuria, cholesterolemia, indexation of body weight was evaluated. A correlation between the severity of hypertension and index of body weight, microalbuminuria, urine uric acid level was established. The usage of investigation schema of disturbances in purine metabolism will allow the earlier depistation of this disorders, the clinical evaluation of major risk patients.

Actualitatea

Hipertensiunea arterială (HTA) a fost și rămâne o problemă stringentă a medicinei contemporane, afecțiunile cardio-vasculare fiind cauza primordială a deceselor. Este bine cunoscut faptul legăturii strânse între HTA, hipercolesterolemie, obezitate și hiperinsulinism. G.A.Zaharin scria despre bolnavii cu gută: "Constituție excelentă, supraponderali, cu digestie satisfăcătoare, care mănâncă bine și nu se supraîncarcă fizic". În ultimul timp se discută tot mai frecvent despre rolul dereglărilor metabolismului acidului uric (iar în stadiile precoce hiperuricozuria) în geneza tensiunii arteriale (TA) (3,4,5). Un șir de cercetători depistează legături strânse între dereglările metabolismului purinic și insulinrezistența tisulară (6).

Scopul lucrării

Studierea corelației între TA, indicele masei corporale (IMC), nivelul glucozei, a colesterolului și ureei sangvine, microalbuminuriei, uricozuriei și importanța diagnostică de depistare a dereglărilor metabolismului purinic la un lot organizat de muncitori.

Materiale și metode

În studiu au fost incluși 400 de muncitori ai fabricii de confecții "Odema", din or. Tiraspol, care nu erau tratați cu preparate antihipertensive sau care se tratau episodic. Monitorizarea TA sa efectuat în poziție șezândă, după un repaos de 5 minute în condiții de tensiometrie standartizată. TA înregistrată a fost clasificată după New (1999) WHO/ISH. La toate persoanele investigate a fost cercetat nivelul glucozei, colesterolului și ureei sangvine (Test Sistem Elitech, Anglia), acidul uric în urină (N 4760-5960 mmol/24 ore), și microalbuminuria (N=6,5 μgr/min, Test Sistem UBI, Magiwell, USA). Investigații au fost interogați în conformitate cu ancheta de depistare a dereglărilor metabolismului purinic (2). A fost calculat IMC (Kettle) (Masa corpului în kg./talie, m²).

Rezultate și discuții

Au fost cercetați 21 bărbați și 379 femei. Preponderența femeilor în lotul investigat, posibil ține de caracterul de producere a fabricii de confecții. Vârsta a variat între 15 și 85 ani, majoritatea covârși-