



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 5/2- SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

КОМБИНИРОВАННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ И ИНТУБАЦИЯ СФОРМИРОВАННОГО КИШЕЧНОГО МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ КИШЕЧНОМ ЗАМЕЩЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА



Бахадирханов Мухамедзариф Мухамед Кабирович

Заведующий операционным отделением ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр урологии», д.м.н.

E-mail: bakhadirkhanov@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5477-5678>

Хожанязов Шерзод Рузиматович

врач-уролог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра
урологии.

E-mail: khojanyazovsherzod@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2352-5224>

Кадиров Камол Бахадирович

уролог ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии»

E-mail: kamoliddinkadirov1984@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7327-3378>

Рахматиллаев Шохрух Юсуфжонович

врач-уролог частной клиники “CityMed”.

E-mail: shoxrux.ra@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4269-8184>



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 5/2- SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Нуриддинов Хусниддин Зафариддин угли

младший научный сотрудник, врач-уролог ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии».

E-mail: nxzafarovich@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2791-1490>

Аннотация. Протяжённые стриктуры мочеточника остаются сложной проблемой реконструктивной урологии, а эффективность кишечного замещения мочеточника во многом зависит от надёжного послеоперационного дренирования верхних мочевых путей. Цель – описать технику комбинированного дренирования чашечно-лоханочной системы и интубации сформированного кишечного мочеточника при лапароскопическом кишечном замещении мочеточника. В исследование включены 35 пациентов с протяжёнными стриктурами мочеточника. Всем выполнено лапароскопическое кишечное замещение мочеточника с применением катетера Фолея 18–20 Fr в качестве нефростомического компонента и моно-J стента 4–6 Fr для интубации кишечного мочеточника. Средняя продолжительность операции составила $219,4 \pm 6,5$ мин. Через 1 месяц уровень креатинина снизился до $97,9 \pm 24,3$ мкмоль/л, боль по ВАШ – до $2,0 \pm 0,8$ балла, показатель WISQOL достиг $123,5 \pm 6,4$ балла, госпитализация составила $7,1 \pm 1,4$ койко-дня. Методика технически выполнима и перспективна для клинического применения.

Ключевые слова: лапароскопическое кишечное замещение мочеточника; комбинированное дренирование; чашечно-лоханочная система; моно-J стент; нефростома.

Abstract. Long-segment ureteral strictures remain a challenging problem in reconstructive urology, and the effectiveness of ileal ureter replacement largely depends on reliable postoperative drainage of the upper urinary tract. Objective to describe the technique of combined drainage of the renal pelvicalyceal system and intubation of the formed intestinal ureter during laparoscopic ileal ureter replacement. The study included 35 patients with long-segment ureteral strictures. All patients underwent laparoscopic ileal ureter replacement using an 18–20 Fr Foley catheter as the nephrostomy component and a 4–6 Fr mono-J stent for intubation of the intestinal ureter. The mean operative time was 219.4 ± 6.5 min. At 1 month after surgery, serum creatinine decreased to 97.9 ± 24.3 μ mol/L, pain according to the visual analogue scale decreased to 2.0 ± 0.8 points, the WISQOL score reached 123.5 ± 6.4 points, and the length of hospital stay was 7.1 ± 1.4 bed-days. The proposed technique is technically feasible and promising for clinical application.

Keywords: laparoscopic ileal ureter replacement; combined drainage; renal pelvicalyceal system; mono-J stent; nephrostomy.

Annotatsiya. Siydik nayining uzun strikturalari rekonstruktiv urologiyaning murakkab muammolaridan biri bo'lib qolmoqda, siydik nayini ichak segmenti bilan almashtirish samaradorligi esa ko'p jihatdan yuqori siydik



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 5/2- SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

yo'llarining ishonchli operatsiyadan keyingi drenajlanishiga bog'liq. Maqsad – laparoskopik ichak orqali siydik nayini almashtirishda kosacha-jom tizimini kombinatsiyalangan drenajlash va shakllantirilgan ichak siydik nayini intubatsiya qilish texnikasini tavsiflash. Tadqiqotga siydik nayining uzun strikturalari bo'lgan 35 nafar bemor kiritildi. Barcha bemorlarga nefrostomik komponent sifatida 18–20 Fr Foley kateteri va ichak siydik nayini intubatsiya qilish uchun 4–6 Fr mono-J stentdan foydalangan holda laparoskopik ichak orqali siydik nayini almashtirish amaliyoti bajarildi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi $219,4 \pm 6,5$ daqiqani tashkil etdi. Operatsiyadan 1 oy o'tgach, kreatinin darajasi $97,9 \pm 24,3$ mkmol/l gacha pasaydi, VAS bo'yicha og'riq $2,0 \pm 0,8$ ballgacha kamaydi, WISQOL ko'rsatkichi $123,5 \pm 6,4$ ballga yetdi, gospitalizatsiya davomiyligi esa $7,1 \pm 1,4$ yotoq-kunni tashkil etdi. Ushbu metodika texnik jihatdan bajarilishi mumkin va klinik amaliyotda qo'llash uchun istiqbolli hisoblanadi.

Kalit so'zlar: laparoskopik ichak orqali siydik nayini almashtirish; kombinatsiyalangan drenajlash; kosacha-jom tizimi; mono-J stent; nefrostoma.

Введение. Протяжённые стриктуры и дефекты мочеточника остаются одной из наиболее сложных проблем реконструктивной урологии. При значительной протяжённости поражения применение стандартных реконструктивных методов, таких как уретероуретероанастомоз, уретероцистоанастомоз, пластика лоскутом мочевого пузыря или операция Боари, зачастую невозможно. В подобных клинических ситуациях кишечное замещение мочеточника является эффективным органосохраняющим методом, позволяющим восстановить непрерывность верхних мочевых путей и сохранить функцию почки. Несмотря на совершенствование лапароскопических и робот-ассистированных технологий, послеоперационное ведение таких пациентов остаётся предметом дискуссий, прежде всего в отношении оптимального способа дренирования реконструированных мочевых путей.

Надёжное дренирование чашечно-лоханочной системы и сформированного кишечного мочеточника играет ключевую роль в профилактике несостоятельности анастомозов, обструкции, мочевых затёков, инфекционных осложнений и нарушений функции почки. Традиционные методы внутреннего стентирования или наружного дренирования обладают определёнными ограничениями и не всегда обеспечивают возможность одновременной эффективной декомпрессии верхних мочевых путей, контроля проходимости реконструированного сегмента и выполнения антеградных диагностических или лечебных манипуляций. В связи с этим разработка комбинированных способов дренирования представляет значительный практический и научный интерес.

Целью настоящего исследования явилось описание и клиническая оценка разработанной методики комбинированного дренирования чашечно-лоханочной системы и интубации сформированного кишечного мочеточника при лапароскопическом кишечном замещении мочеточника. Предлагаемая методика направлена на обеспечение надёжного оттока мочи в раннем послеоперационном периоде, защиту сформированных анастомозов и создание условий для безопасного контроля проходимости



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 5/2- SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

реконструированного мочеточника, что потенциально может способствовать улучшению ближайших результатов хирургического лечения.

Обзор литературы. Протяжённые стриктуры и дефекты мочеточника относятся к числу наиболее сложных проблем реконструктивной урологии, поскольку стандартные методы восстановления проходимости мочеточника не всегда позволяют устранить обструкцию и сохранить функцию почки. В таких случаях кишечное замещение мочеточника остаётся одним из органосохраняющих вариантов лечения, особенно при длинных дефектах, ятрогенных повреждениях, рецидивных стриктурах и невозможности выполнения уретероуретероанастомоза, уретероцистоанастомоза или пластики мочевого пузыря [1, 2]. В литературе показано, что использование подвздошной кишки для замещения мочеточника позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов и сохранить почечную функцию у большинства пациентов [3].

В то же время кишечное замещение мочеточника сопровождается рядом специфических послеоперационных проблем, связанных с использованием кишечного сегмента в качестве мочевого проводника. К ним относятся секреция слизи, риск обструкции стента, нарушение пассажа мочи, повышение давления в верхних мочевых путях, инфекционные осложнения и необходимость надёжной защиты сформированных анастомозов. Поэтому эффективность операции зависит не только от техники реконструкции, но и от правильно выбранного способа дренирования верхних мочевых путей. В связи с этим разработка управляемой дренажной системы, сочетающей наружную декомпрессию чашечно-лоханочной системы и интубацию сформированного кишечного мочеточника, представляет практический интерес для улучшения ранних послеоперационных результатов [4].

Методология исследования. В исследование включены 35 пациентов с протяжёнными стриктурами мочеточника, которым было выполнено лапароскопическое кишечное замещение мочеточника с применением разработанной методики комбинированного дренирования чашечно-лоханочной системы и интубации сформированного кишечного мочеточника. Все пациенты проходили стандартное предоперационное обследование, включавшее лабораторные анализы, ультразвуковое исследование почек и верхних мочевых путей, мультиспиральную компьютерную томографию, а при наличии нефростомы - антеградную пиелоуретерографию. Показанием к операции являлась протяжённая стриктура мочеточника, при которой восстановление проходимости стандартными реконструктивными методами было технически невозможно или нецелесообразно.

Операции выполнялись лапароскопическим доступом под эндотрахеальным наркозом. После мобилизации мочеточника и резекции рубцово изменённого участка формировали кишечный заместитель мочеточника из сегмента тонкой кишки. Затем накладывали проксимальный анастомоз между кишечным сегментом и лоханкой или сохранённым проксимальным отделом мочеточника, а дистальный анастомоз – между кишечным сегментом и мочевым пузырём.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 5/2- SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Разработанная методика дренирования заключалась в одновременном использовании нефростомического компонента и моно-Ж стента. Для этого применяли катетер Фолея 18–20 Fr и моно-Ж стент 4–6 Fr. Моно-Ж стент проводили через катетер Фолея таким образом, чтобы катетер выполнял функцию нефростомы и фиксации в чашечно-лоханочной системе, а моно-Ж стент интубировал сформированный кишечный мочеточник до мочевого пузыря.

После установки дренажной системы баллон катетера Фолея заполняли 2–5 мл физиологического раствора, что обеспечивало фиксацию дренажа и герметизацию нефростомического хода. Наружный конец катетера фиксировали к коже и подключали к мочеприёмнику. При необходимости через наружный компонент системы в послеоперационном периоде выполняли промывание и антеградный контроль проходимости сформированного кишечного мочеточника.

Оценивали техническую выполнимость метода, стабильность функционирования дренажной системы, динамику уровня креатинина, сроки удаления уретрального катетера, страховых дренажей, нефростомы и моно-Ж стента, длительность госпитализации, выраженность послеоперационного болевого синдрома и наличие осложнений. Послеоперационные осложнения классифицировали по системе Clavien–Dindo.

Статистический анализ носил описательный характер. Количественные показатели представлены в виде среднего значения, стандартного отклонения, медианы и диапазона значений, качественные показатели – в абсолютных числах и процентах.

Анализ и результаты. Разработанная методика комбинированного дренирования чашечно-лоханочной системы и интубации сформированного кишечного мочеточника была применена у 35 пациентов, которым выполнено лапароскопическое кишечное замещение мочеточника. Во всех наблюдениях установка комбинированной дренажной системы была технически выполнима и завершена во время основного оперативного вмешательства.

Средняя продолжительность операции составила $219,4 \pm 6,5$ мин. Минимальная продолжительность вмешательства составила 210 мин, максимальная – 230 мин, медиана – 219,0 мин, квартильный размах – 11,0 мин. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение комбинированного дренирования чашечно-лоханочной системы и интубации сформированного кишечного мочеточника технически выполнимо в рамках лапароскопической реконструкции и не требует существенного увеличения длительности операции.

Функциональную эффективность метода оценивали по динамике уровня креатинина крови (см. рисунок 1). До операции уровень креатинина составил $72,9 \pm 24,3$ мкмоль/л, медиана – 67,0 мкмоль/л. На 5-е сутки после операции отмечалось повышение показателя до $162,9 \pm 24,3$ мкмоль/л, медиана – 157,0 мкмоль/л, что отражало ранние послеоперационные изменения после реконструктивного вмешательства. В дальнейшем наблюдалось последовательное снижение уровня креатинина: на 14-е сутки – $112,9 \pm 24,3$ мкмоль/л, медиана – 107,0 мкмоль/л; через 1 месяц – $97,9 \pm 24,3$ мкмоль/л, медиана – 92,0 мкмоль/л. Таким образом, к

концу первого месяца после операции отмечалась положительная динамика почечной функции, что указывает на адекватное восстановление пассажа мочи по сформированному кишечному мочеточнику.

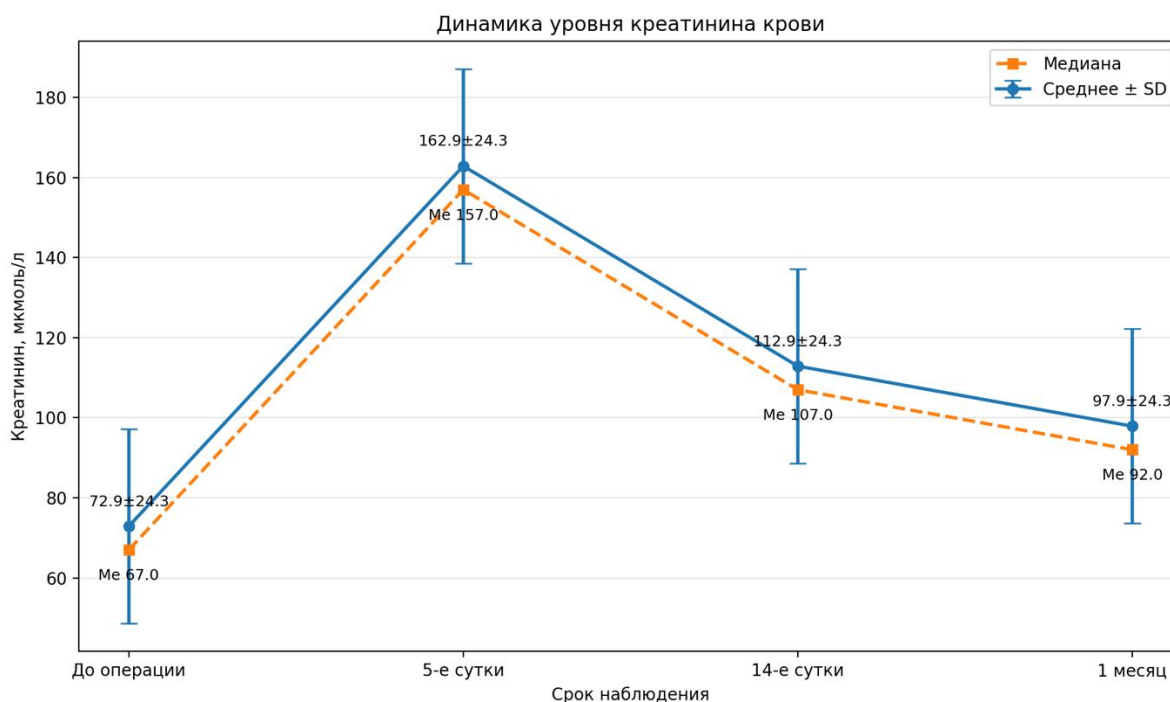


Рис. 1. Динамика уровня креатинина крови после лапароскопического кишечного замещения мочеточника с применением комбинированного дренирования чашечно-лоханочной системы и моно-J интубации сформированного кишечного мочеточника.

Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале (см. рисунок 2). В первые сутки после операции среднее значение боли составило $7,6 \pm 0,5$ балла, медиана – 8,0 баллов. На 3-и сутки показатель снизился до $6,4 \pm 0,5$ балла, медиана – 6,0 баллов; на 5-е сутки – до $4,9 \pm 0,8$ балла, медиана – 5,0 баллов. К 14-м суткам выраженность боли составила $3,9 \pm 0,8$ балла, медиана – 4,0 балла, а через 1 месяц после операции – $2,0 \pm 0,8$ балла, медиана – 2,0 балла. Данная динамика свидетельствует о постепенном и устойчивом снижении болевого синдрома в послеоперационном периоде.

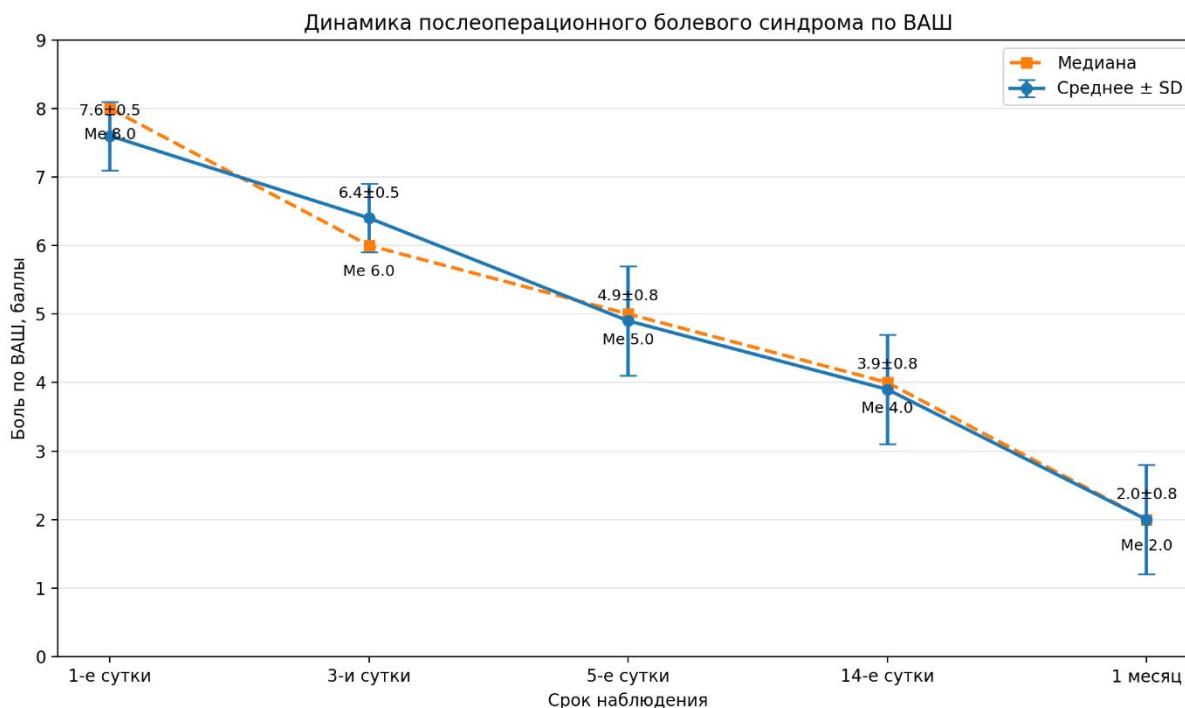


Рис. 2. Динамика послеоперационного болевого синдрома по Визуальной аналоговой шкале.

Восстановление функции кишечника происходило в ранние сроки. Перистальтика кишечника регистрировалась в среднем на $1,5 \pm 0,5$ сутки после операции. Стул после медикаментозной стимуляции отмечался на $3,5 \pm 0,5$ сутки, самостоятельный стул без стимуляции – на $5,5 \pm 0,5$ сутки. Эти показатели отражают удовлетворительное восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника после лапароскопического кишечного замещения мочеочочника с применением комбинированного дренирования.

Качество жизни пациентов оценивали с использованием опросника WISQOL (см. рисунок 3). До операции средний показатель составил $120,5 \pm 6,7$ балла, медиана – 120,0 баллов. На 5-е сутки после операции отмечалось снижение показателя до $49,4 \pm 6,6$ балла, медиана – 49,0 баллов, что было связано с ранним послеоперационным периодом, наличием дренажей и временным ограничением физической активности. В дальнейшем наблюдалось постепенное восстановление качества жизни: на 14-е сутки показатель составил $76,7 \pm 8,7$ балла, медиана – 78,0 баллов, а через 1 месяц после операции – $123,5 \pm 6,4$ балла, медиана – 121,0 балл. Следовательно, к концу первого месяца качество жизни пациентов не только восстановилось до исходного уровня, но и имело тенденцию к его превышению.

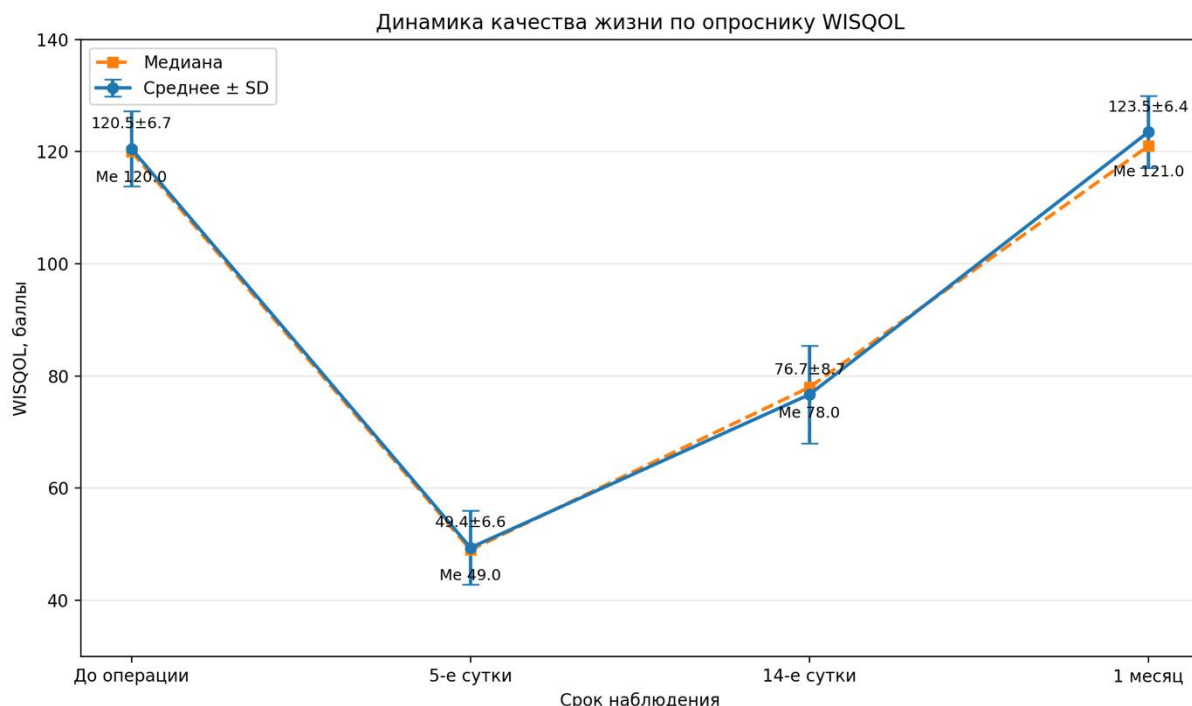


Рис. 3. Динамика качества жизни по опроснику WISQOL

Средняя продолжительность госпитализации составила $7,1 \pm 1,4$ койко-дня. Минимальный срок стационарного лечения составил 5 дней, максимальный – 9 дней, медиана – 7,0 дней. Сокращение сроков пребывания в стационаре было связано с удовлетворительным функционированием дренажной системы, ранним восстановлением кишечной функции, положительной динамикой креатинина и постепенным снижением болевого синдрома.

Заключение и рекомендации. Полученные предварительные результаты показывают, что разработанная методика комбинированного дренирования чашечно-лоханочной системы и интубации сформированного кишечного мочеточника является технически выполнимой и может быть использована как один из вариантов послеоперационного ведения пациентов после лапароскопического кишечного замещения мочеточника. В настоящем исследовании метод был применён у 35 пациентов, при этом установка комбинированной дренажной системы во всех наблюдениях была завершена во время основного оперативного вмешательства.

Средняя продолжительность операции составила $219,4 \pm 6,5$ мин, медиана – 219,0 мин. Для такой категории реконструктивных вмешательств данный показатель можно считать приемлемым, поскольку кишечное замещение мочеточника относится к технически сложным операциям, включающим мобилизацию мочеточника, резекцию рубцово изменённого участка, выделение кишечного сегмента, формирование проксимального и дистального анастомозов, а также установку дренажной системы. В литературе подчёркивается, что замещение мочеточника кишечником является эффективным органосохраняющим



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 5/2- SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

методом при протяжённых дефектах мочеточника, однако его результаты во многом зависят от правильного соблюдения технических этапов операции и послеоперационного дренирования [1, 5].

Особое значение в нашем исследовании имела динамика уровня креатинина крови. До операции средний уровень креатинина составлял $72,9 \pm 24,3$ мкмоль/л, на 5-е сутки после операции он повышался до $162,9 \pm 24,3$ мкмоль/л, однако в дальнейшем снижался до $112,9 \pm 24,3$ мкмоль/л на 14-е сутки и до $97,9 \pm 24,3$ мкмоль/л через 1 месяц. Такая динамика, на наш взгляд, отражает закономерное раннее послеоперационное повышение показателя после сложного реконструктивного вмешательства с последующим восстановлением адекватного пассажа мочи. Снижение креатинина к концу первого месяца свидетельствует о том, что комбинированная система обеспечивала достаточную декомпрессию чашечно-лоханочной системы и проходимость сформированного кишечного мочеточника. Эти данные согласуются с результатами Zhong и соавт., которые показали сохранение хорошей функции почек у большинства пациентов после кишечного замещения мочеточника [1], а также с работой Pamecha и соавт., где использование подвздошной кишки для сложной реконструкции мочеточника не сопровождалось ухудшением почечной функции даже у пациентов с исходно погранично повышенным уровнем креатинина [3].

С практической точки зрения преимущество предложенной методики объясняется сочетанием двух механизмов: наружной декомпрессии чашечно-лоханочной системы и внутренней интубации сформированного кишечного мочеточника. Нефростомический компонент снижает давление в верхних мочевых путях и уменьшает нагрузку на проксимальный анастомоз, а моно-J стент поддерживает просвет кишечного мочеточника и способствует направленному пассажу мочи в мочевой пузырь. Кроме того, наружный компонент системы позволяет выполнять антеградный контроль и промывание при подозрении на нарушение проходимости. Такой подход близок к концепции внешне-внутреннего дренирования, описанной Tal и соавт., которые показали эффективность нефроуретеральных стентов у пациентов с кишечным мочевым резервуаром [4]. Несмотря на отличия клинической ситуации, сама идея управляемого внешне-внутреннего дренирования подтверждает целесообразность сохранения антеградного доступа к реконструированным мочевым путям.

Важным клиническим показателем являлась динамика послеоперационного болевого синдрома. В первые сутки среднее значение боли по ВАШ составило $7,6 \pm 0,5$ балла, однако уже к 3-м суткам показатель снизился до $6,4 \pm 0,5$ балла, к 5-м суткам – до $4,9 \pm 0,8$ балла, к 14-м суткам – до $3,9 \pm 0,8$ балла, а через 1 месяц – до $2,0 \pm 0,8$ балла. Такая последовательная динамика указывает на постепенную адаптацию пациентов после операции и приемлемую переносимость дренажной системы. Несмотря на наличие наружного компонента, к концу первого месяца болевой синдром был минимальным. Вероятно, это связано с тем, что стабильная декомпрессия верхних мочевых путей уменьшала внутрилоханочное давление, снижала натяжение анастомозов и обеспечивала контролируемый пассаж мочи через сформированный кишечный мочеточник.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 5/2- SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника также происходило в ранние сроки: перистальтика кишечника регистрировалась в среднем на $1,5 \pm 0,5$ сутки, стул после медикаментозной стимуляции – на $3,5 \pm 0,5$ сутки, самостоятельный стул – на $5,5 \pm 0,5$ сутки. Эти данные показывают, что применение предложенной дренажной системы не сопровождалось клинически значимым замедлением восстановления кишечной функции. Это особенно важно, поскольку при кишечном замещении мочеточника хирургическое вмешательство затрагивает не только мочевые пути, но и кишечник. В современных публикациях по лапароскопическому и робот-ассистированному кишечному замещению мочеточника подчеркивается, что минимально инвазивный доступ способствует снижению хирургической травмы и более благоприятному восстановлению пациентов [6, 7].

Отдельного внимания заслуживает динамика качества жизни по WISQOL. До операции средний показатель составлял $120,5 \pm 6,7$ балла. На 5-е сутки после операции он закономерно снижался до $49,4 \pm 6,6$ балла, что было связано с ранним послеоперационным периодом, наличием дренажей, ограничением физической активности и болевым синдромом. Однако уже к 14-м суткам показатель повышался до $76,7 \pm 8,7$ балла, а через 1 месяц достигал $123,5 \pm 6,4$ балла, то есть восстанавливался до исходного уровня и имел тенденцию к его превышению. На наш взгляд, это объясняется устранением обструкции мочеточника, восстановлением пассажа мочи, снижением болевого синдрома и уменьшением зависимости пациента от ранее существовавших дренажей или повторных эндоурологических вмешательств. По данным Launer и соавт., долгосрочное наблюдение после ileal ureteral replacement также подтверждает значение данного метода как органосохраняющей реконструкции при сложных стриктурах мочеточника [8].

Средняя продолжительность госпитализации составила $7,1 \pm 1,4$ койко-дня, медиана – 7,0 дней. Для сложного реконструктивного вмешательства с использованием кишечного сегмента данный показатель можно считать благоприятным. Вероятно, сокращению сроков пребывания в стационаре способствовали стабильное функционирование комбинированной дренажной системы, раннее восстановление кишечной функции, постепенное снижение болевого синдрома и положительная динамика креатинина. В публикациях, посвящённых минимально инвазивному кишечному замещению мочеточника, также отмечается, что лапароскопический и робот-ассистированный доступы позволяют уменьшить послеоперационную травматичность и ускорить восстановление по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами [5, 6].

Таким образом, предварительные результаты нашего исследования показывают, что комбинированное дренирование чашечно-лоханочной системы и интубация сформированного кишечного мочеточника могут рассматриваться как рациональный способ послеоперационного ведения пациентов после лапароскопического кишечного замещения мочеточника. Полученная положительная динамика креатинина, постепенное снижение болевого синдрома, раннее восстановление функции кишечника, улучшение качества жизни и приемлемая длительность госпитализации позволяют считать предложенный метод клинически перспективным.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 5/2- SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Вместе с тем настоящее исследование имеет ограничения. Работа отражает предварительный опыт применения методики и включает ограниченное число наблюдений. Кроме того, анализ носил преимущественно описательный характер, а сроки наблюдения в данной статье ограничены ранним послеоперационным периодом и первым месяцем после операции. В дальнейшем необходимы сравнительные исследования с традиционными вариантами дренирования, оценкой отдалённой проходимости сформированного кишечного мочеточника, динамики функции почки, частоты поздних стриктур анастомозов, инфекционных осложнений и качества жизни в более длительные сроки наблюдения.

Предварительные результаты применения комбинированного дренирования чашечно-лоханочной системы и интубации сформированного кишечного мочеточника показали техническую выполнимость метода, положительную динамику функции почек, постепенное снижение послеоперационного болевого синдрома, раннее восстановление функции кишечника, улучшение качества жизни и приемлемые сроки госпитализации.

Список использованной литературы.

1. Zhong W, Hong P, Ding G, Yang K, Li X, Bao J, et al. Technical considerations and outcomes for ileal ureter replacement: a retrospective study in China. BMC Surg. 2019;19(1):9.
2. Armatys SA, Mellon MJ, Beck SD, Koch MO, Foster RS, Bihrl R. Use of ileum as ureteral replacement in urological reconstruction. J Urol. 2009;181(1):177-81.
3. Pamecha Y, Shelke U, Patil B, Patwardhan S, Kini S. Use of ileum for complex ureteric reconstruction: Assessment of long-term outcome, complications, and impact on renal function. Urol Ann. 2018;10(4):369-74.
4. Tal R, Bachar GN, Baniel J, Belenky A. External-internal nephro-uretero-ileal stents in patients with an ileal conduit: long-term results. Urology. 2004;63(3):438-41.
5. Fan S, Han G, Li Z, Wang X, Li X, Xiong S, et al. Robot-assisted laparoscopic ileal ureter replacement with extracorporeal ileal segment preparation for long ureteral strictures: a case series. BMC Surg. 2022;22(1):435.
6. Xu Y, Chen S, Li Z, Yang K, Huang C, Zhang P, et al. Laparoscopic bilateral ileal ureter replacement for bilateral long-segment ureteral strictures: a case series of nine patients. Transl Androl Urol. 2023;12(5):770-8.
7. Yang K, Wang X, Xu C, Li Z, Han G, Fan S, et al. Totally Intracorporeal Robot-assisted Unilateral or Bilateral Ileal Ureter Replacement for the Treatment of Ureteral Strictures: Technique and Outcomes from a Single Center. Eur Urol. 2023;84(6):561-70.