

Чаще используется электровапоризация слизистой, чем лазерная коагуляция. Мы считаем, что лазерное воздействие предпочтительнее, поскольку фототермокоагуляция, с одной стороны, подавляет гиперактивность множества рецепторов, расположенных в шейке мочевого пузыря, значительно уменьшая ургентную симптоматику, с другой, не вызывает рубцевания слизистой. Таким образом, при метаплазии слизистой шейки мочевого пузыря метод лазерной фототермокоагуляции может быть с успехом использован в комплексном лечении хронического цистита у женщин.

Малоинвазивные методы лечения стриктуры мочеточника у онкологических больных

Ишевский Г.Б.¹⁾, Брестовицкий С.М.¹⁾ Коваленко А.В.¹⁾, Володин А.А.¹⁾, Курсков О.В.¹⁾, Горчак Ю.Ю.²⁾, Костин Е.Ю.¹⁾

1)Онкологический центр РЖД, ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД, Москва.

2)Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет, кафедра онкологии и лучевой терапии, г. Москва.

Введение. Восстановление проходимости верхних мочевых путей (ВМП) при стриктурах мочеточника, остается одной из самых сложных проблем оперативной урологии. Расширение показаний и объема оперативных вмешательств, у больных злокачественными новообразованиями брюшной полости и забрюшинного пространства, комбинированное лечение с использованием лучевой терапии и химиотерапии, повлекло за собой увеличение больных со стриктурами мочеточника. Широкое развитие инструментальной урологии, внедрение современных малоинвазивных технологий, позволило достигнуть определенных успехов в восстановлении уродинамики (ВМП) в этой группе пациентов.

Материалы и методы. В отделениях онкоурологии и урологии и РУДДК НУЗ ЦКБ №2 им Н.А. Семашко ОАО «РЖД» с 2004 по 2007 гг. хирургические вмешательства выполнены 67 онкологическим больным со стриктурами мочеточника различной локализации. Мужчин было 21, женщин – 46. Средний возраст больных составил 51 год. 64 (95,5%) составили пациенты с локализацией стриктуры в нижней и средней трети мочеточника. Протяженность стриктуры у 50 (74%) пациентов не превышала 3-х см. Комплексная оценка состояния больных основывалась на клиничко-лабораторных данных, данных УЗИ, рентгено-радиационных методах исследования. Оперированные больные по клиничко-лабораторным данным и данным УЗИ были разделены на две группы. В первую группу вошло 14 (21%)больных с клиникой острого обструктивного пиелонефрита, нарастающими явлениями почечной недостаточности. Хирургическое лечение этим больным было выполнено в день поступления, по жизненным показаниям, в объеме, перкутанной нефростомии. В дальнейшем проводилась консервативная терапия, позволившая купировать угрожающие жизни состояния. Все эти пациенты выписаны на амбулаторное долечение через 7-10 дней, с рекомендациями повторной госпитализации через 6 недель. Во вторую группу вошло 53 (79%) больных поступивших в отделение в плановом порядке или переведенных из других отделений онкологического центра ЦКБ №2 им Н.А. Семашко, после выполнения им УЗИ и выявления нарушения уродинамики ВМП. Эти больные оперированы в плановом порядке после до обследования и определения локализации и протяженности стриктуры мочеточника.

Результаты и их обсуждение. Первым этапом хирургического вмешательства выполняли уретероскопию, которая носила диалектический характер. При уретероскопии определялась не только локализация и протяженность стриктуры, но и проводилось бужирование стриктуры, позволившие без технических сложностей установить стент-катетер у 44 (65,6%) больных. У 9 (13,6%) больных провести уретероскоп через суженный участок мочеточника или установить стент-катетер с закрытым концом не удалось. 3 (4,7%) из этих пациентов, которым планировалось проведение дистанционной лучевой терапии наложе-