ментов в течение трех-четырех суток наблюдалось у 91,7% больных. Отмечена прямая зависимость результатов ДУВЛ от длительности стояния конкремента и его размеров. Средний койко-день составил $10,3 \pm 4,1$

Эндоскопические вмешательства преимущественно выполнялись при камнях н/3 мочеточника 58 больных (87,9%) из 66 случаев. Выполнение контактной литотрипсии потребовалось у 19 больных. В 5 случаях извлечению камня предшествовало рассечение уретероцеле. У 48 пациентов операция завершилась катетеризацией, а у 5-стентированием мочеточника. Среднее пребывание в стационаре составило $9,75 \pm 2,7$ койко-дней.

Сочетанные применения эндоскопических и малоинвазивных методик позволило в 17 случаях отказаться от открытых операций у больных с осложненными камнями мочеточников. Продолжительность стационарного лечения у данной группы пациентов составила $12,7 \pm 5,2$ дней.

Выводы. Адекватное использование предлагаемых методик позволяет сократить сроки послеоперационной реабилитации, что свидетельствует об экономической целесообразности внедрение малоинвазивных технологий в урологическую практику.

Трансуретральные эндоскопические вмешательства на мочеточнике

Конюшкин А.Э.

Саянская городская больница, хирургическое отделение. г. Саянск.

Введение: Мочекаменная болезнь встречается не менее у 3% населения РФ (Аляев Ю.Г. 2004г). При этом до 50 % приходится на больных, страдающих МКБ с локализацией камней в мочеточнике (Колмаков И.С. 2006г.). В своем исследовании сделан сравнительный анализ применения различных доступных методов лечения пациентов с камнями мочеточника на базе хирургического отделения Саянской городской больницы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 548 историй болезни с МКБ за период с 2006 по 2008 находившихся на лечении на 10 урологических койках в составе хирургического отделения Саянской городской больницы. 285 (52,3%) больных уролитиазом имели камни мочеточника. Открытые оперативные вмешательства на мочеточнике, уретеролитотомии, выполнены у 16 (5,6%) пациентов. Лапароскопическая уретеролитомия выполнена у 2 (0,6%) пациентов. 27(9,4 %) пациентам с некупируемой почечной коликой и выраженным нарушением уродинамики произведена катетеризация почки или стентирование мочеточника, при неэффективности установить катетер или стент – ЧПНС. 108 (37,8,2%) пациентам проведена литокинетическая терапия. 57(16,4%) пациентов направленных на ДУВЛ или КЛТ в другие лечебные учреждения области. С 2006 года стала использоваться диагностическая уретеропиелоскопия, уретероскопия с литоэкстракцией. Показаниями к эндоскопическим методам лечения были: бесперспективность самопроизвольного отхождения, поверхность конкремента, размер более 0,5 см, нарушение уродинамики верхних мочевых путей. Изучены результаты трансуретральных эндоскопических вмешательств на мочеточнике одним хирургом за период с 2006 по 2008 годы. Уретеропиелоскопия проведена 92 больным, из них 18 диагностических уретеропиелоскопий, 74 уретероскопии с литоэкстракцией камня мочеточника. Из верхней группы чашек удалено 3 камня до 0.6 -0.7 см, из лоханки 4 камня - 0.6-0.8 см, из в/3 мочеточника - 5 камней до 1.1 см, 1 камень - до 1.3 см, из средней трети 14 камней до 1 см, 2 камня до 1,3 см, из нижней трети - 39 камней до 1 см, 6 камней до 1.4 см.

Результаты: Камень был успешно полностью удален у 68 (90,5%) пациентов, из них у 3 (4%) пациентов при удалении крупных конкрементов потребовалась дополнительная эндоскопическая электроинцизия устья мочеточника, у 4 (5,45%) пациентов проведена частичная литоэкстракция, у 3(4%) смещение камня в/3 мочеточника в почечную лохан-