

тупала совмещенной (антеградной и ретроградной) уретеропиелографии, так как мочеточник ниже участка повреждения не визуализировался. У 2 пациентов, которым ранее была выполнена внутривенная урография, четко определить протяженность стриктуры мочеточника удалось только на основании МРУ, что позволило тем самым избежать применения ретроградной уретеропиелографии. У 3 пациентов с гидронефротической трансформацией МРУ, выполненная на фоне введения диуретиков, оказалась более информативной, по сравнению с экскреторной урографией. В тех наблюдениях, когда экскреторная урография не выполнялась в связи с непереносимостью контрастного вещества, МРУ позволила получить достаточную информацию для постановки диагноза и не прибегать к дополнительным инвазивным диагностическим процедурам. Следует также отметить, что полученные результаты были аналогичны интраоперационным находкам.

**Закключение.** В отличие от других рентгенологических методов исследования, таких как внутривенная урография и компьютерная томография, МРУ не требует инъекции йодсодержащих контрастных веществ и применения ионизирующего излучения, и в связи с этим, может применяться у пациентов с аллергией на контрастное вещество, дефицитом функции почки, гипотиреозом и у беременных после первого триместра. МРУ, даже без контрастного усиления, позволяет получить изображения с высоким разрешением достаточным для визуализации мочеточника дистальнее уровня стриктуры. В настоящем исследовании было доказано преимущество МРУ над внутривенной урографией в визуализации ВМП у пациентов с ятрогенным повреждением мочеточника. МРУ была недостаточно информативна лишь у пациентов с облитерацией ВМП. У данных пациентов основным методом диагностики по-прежнему остается совмещенная (ретроградная и антеградная) уретеропиелография.

#### **Опыт выполнения трансуретральной эндопиелуретеротомии в лечении стриктур мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмент**

*Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Лисенок А.А.*

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва, ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, г.Москва.

**Введение:** проблема лечения первичных и вторичных стриктур верхних мочевыводящих путей (ВМП) остается актуальной в урологии. Основной целью работы был критический анализ отдаленных результатов применения эндоскопических методов лечения стриктур ВМП в зависимости от локализации и протяженности стриктур ВМП, причин их возникновения и иных факторов, характеризующих заболевание.

**Материалы и методы:** В исследование были включены 397 больных (возраст 3-84 г., 204 мужчин, 169 женщин, 24 ребенка), которым с 1987 года по 2006 год в клинике ФГУ НИИ Урологии Росмедтехнологий и 47 ГКУБ г. Москвы было выполнено 402 оперативных вмешательства, заключающихся в эндоскопическом рассечении (эндотомии) стриктур ВМП (5 пациентам операции были выполнены с двух сторон). Критериями включения в исследование являлись: стриктуры нормально развитых ВМП любой локализации, отсутствие полной облитерации, «высокого отхождения» и нейромышечной дисплазии мочеточника, признаков сосудистого конфликта в зоне лоханочно-мочеточникового сегмента, а также срок контрольного обследования не менее 12 месяцев. Первичные стриктуры ВМП наблюдались в 106 (26%) случаях. Длительность существования послеоперационных стриктур составляла менее 3 месяцев в 85 (22%) наблюдениях, от 3 до 12 месяцев - в 93 (23%) и свыше 12 месяцев в 118 (29%) наблюдениях. Стриктуры ВМП локализовались в зоне ЛМС в 265 (66%) наблюдений. В 119 (30%) случаях наблюдалась стриктура мочеточника и в 18 (4%) случаях – сужение шейки чашечки почки. Длина стриктуры варьировала от 0,2 до 2,7см. В 206 (51%) наблюдениях протяженность стриктуры была менее 0,5