

см, в 147 (37%) – от 0,6 до 1,0 см и в 49 (12%) случаях стриктура являлась протяженной с длиной не менее 1,0 см. В 35 (9%) наблюдениях расширение чашечно-лоханочной системы почки до операции не превышало 2,0 см, в большинстве случаев (258, 64%) находилось в интервале от 2,1 до 3,0 см, в 69 (17%) случаях – от 3,1 до 4,0 см и в 40 (10%) – расширение собирательной системы почки была весьма значительным и превышало 4,1 см. На основании динамической нефросцинтиграфии было установлено, что относительно сохраняемая функция почки с дефицитом секрета менее 25% наблюдалась в 64 (16%) наблюдениях. Дефицит очищения от 26% до 50% определялся в 206 случаях (51%) и от 51% до 75% – в 104 (26%). В 28 (7%) наблюдениях предоперационное угнетение функции почки являлась весьма значительным и дефицит очищения на стороне поражения превышал показатель 76%. В 143 (35%) случаях операция проведена с применением прикладного пункционного доступа, в 28 (7%) наблюдениях был использован ранее сформированный нефростомический свищ, в данном наблюдении производилась оценка операции только по методике Wickham. При 231 (58%) операциях доступ к стриктуре ВМП для эндотомии осуществлялся трансуретральным путем. В 254 (63%) операций было выполнено с использованием «холодного» ножа, 96 (24%) с применением электрохирургических инструментов, 52 (13%) – с помощью гольмиевого лазера.

Результаты: В сроки наблюдения от 12 месяцев до 15 лет хорошие и удовлетворительные результаты лечения (отсутствие клинической симптоматики и рецидива стриктуры, хорошая (удовлетворительная) проходимость ВМП, исчезновение или значительное уменьшение пиелокаликоектазии, улучшение (сохранение) функции почки достигнуто у 358 (90,2%) пациентов. Неудовлетворительные результаты эндотомии констатированы в 39 (9,7%) наблюдениях. У 17 (4,2%) больных, перенесших перкутанную эндопиелотомию, при сохраненной, но затрудненной проходимости ВМП и отсутствии выраженной клинической симптоматики (периодические боли без атак пиелонефрита) отмечено сохранение пиелокаликоектазии без динамики функциональных показателей почки. Данные больные находятся под динамическим наблюдением. Сроки наблюдения варьируют от 2,5 до 7 лет.

Выводы: эндотомия стриктур ВМП целесообразна при первичных и ранних послеоперационных стриктурах, локализованных в любом месте нормально развитых ВМП, протяженностью до 1 см, доступных для ригидного эндоскопического инструментария из перкутанного или трансуретрального доступов.

Сомнительным (относительные противопоказания) считаем применение метода при протяженных (до 3 см), длительно существующих постлучевых и рубцовых стриктурах, а также стриктурах, сочетающихся с добавочным сосудом (сосудисто-лоханочный конфликт), поздней стадией гидронефротической трансформации и выраженной гипотонией ВМП.

В качестве абсолютных противопоказаний к данному методу, помимо общеклинических (кровотечение, некорректируемые коагулопатии, общее тяжелое состояние больного и др.) следует считать наличие протяженных стриктур и облитераций ВМП (более 3 см). Вполне очевидно, что в ситуациях, когда функция почки утрачена настолько, что показана нефрэктомия, эндотомия также не показана.

Гольмиевая лазерная уретротомия в лечении стриктур мочеиспускательного канала

Мартов А.Г., Максимов В.А., Ергаков Д.В., Фахрединов Г.А.

ФГУ НИИ Урологии Росздрава, ГКУБ № 47, г.Москва.

Введение: Применение универсального гольмиевого лазера в урологической практике позволило значительно расширить возможности трансуретральных методов лечения. Данная работа посвящена анализу первоначальных результатов клинического применения