

гольмиевого лазера AURIGA (WaveLight Laser Technologie AG, Erlangen, Germany) в лечении стриктур мочеиспускательного канала.

Материалы и методы: С ноября 2006 года по сентябрь 2008 года трансуретральная лазерная уретротомия была произведена 105 больным со стриктурами уретры.

Всем пациентам перед выполнением операции было произведено комплексное клинико-лабораторное обследование, по данным которого протяженность стриктуры варьировала от 0,3 до 2,7см. В 32 случаях стриктуры были рецидивными (23 случая – предшествующие внутренние уретротомии, 5 – уретропластика, 4 - простатэктомия), в 15 случаях стриктура локализовалась в пенильном отделе уретры, в 68 случаях в бульбозном отделе, в 14 случаях в мембранозном отделе и в 8 случаях в простатическом отделе.

Применяемая нами методика лазерной уретротомии аналогична технике внутренней оптической уретротомии и заключается в рассечении стриктуры преимущественно на 12 часах условного циферблата сквозь весь рубец до появления неизменённых тканей (до появления крови!), расширении зоны воздействия минимум на 0,5 см в проксимальном и дистальном направлении. В 75 случаях операция была выполнена с помощью уретротомы № 21F, в остальных случаях использовался операционный цистоскоп №17-19F. При использовании Ho:Yag лазера (длина волны – 2,09 мкм) мощность импульса была 8-30J, частота импульсов 15 Hz при толщине волокна 365 мкм. Время операции варьировало от 15 до 39 минут.

Результаты: 105 больным выполнено 117 уретроскопий с выполнением лазерной гольмиевой уретротомии с помощью мультифункциональной системы AURIGA. Благодаря длине волны лазера 2,09 мкм глубина проникновения не превышает 0,4-0,5мм, в связи с чем при выполнении оперативных вмешательств не было зарегистрировано интраоперационных повреждений мочеиспускательного канала, повреждения кавернозных тел, значительной макрогематурии, препятствовавшей дальнейшему выполнению операции. Абляция рубцовых тканей во время операции позволяет снизить вероятность рецидива стриктуры в послеоперационном периоде. В 6 случаях интраоперационно была выявлена эндоскопическая картина облитерации просвета мочеиспускательного канала, что потребовало выполнения дальнейшего хода операции под контролем антеградно введенного фиброцистоскопа (у пациентов ранее был установлен цистостомический дренаж).

Уретральные катетеры удалялись на 10-14 сутки после операции. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Использование универсальной лазерной гольмиевой системы AURIGA позволяет значительно повысить эффективность эндоурологических вмешательств на мочеиспускательном канале, существенно снизить вероятность интраоперационной травмы и послеоперационных осложнений, а также сократить сроки послеоперационного шинирования уретры, что способствует повышению качества оказываемой специализированной урологической помощи.

Перкутанный доступ при ренгенэндоскопическом лечении стриктур мочеоточников

Мартов А.Г., Степанов В.С., Гурбанов Ш.Ш.

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

Актуальность. В эпоху широкого применения малоинвазивных высокотехнологичных оперативных методов лечения в урологии при ряде клинических состояний перкутанный рентгенэндоскопический оперативный подход занял место золотого стандарта. Одним из часто применяемых перкутанных методов лечения является антеградная коррекция стриктур мочеоточника. Целью работы явилось изучение особенностей перкутанного доступа при выполнении рентгенэндоскопической эндопиелоуретротомии.