

стенок и отёк мышечного слоя мочеоточника. Через 1 сутки: отек всех слоев с участками кровоизлияний, разволокнение мышечного слоя, слушивание покровного эпителия, сужение просвета мочеоточника. На 7 сутки: воспалительный инфильтрат стенки мочеоточника в месте воздействия. В мышечном слое очаговый фиброз, молодая грануляционная ткань, в участке "разволокнения" активное протекание эритроцитов, лимфо-лейкоцитарная инфильтрация парауретеральной клетчатки. На 14-е сутки: воспаление в мышечной ткани, в подслизистом и мышечном слоях лимфо-лейкоцитарная инфильтрация, гиперплазия покровного эпителия мочеоточника, образование молодой грануляционной ткани, фиброз между мышечными волокнами. Через 3 мес. после операции отмечалось полное восстановление покровного эпителия и степени просвета мочеоточника.

**Заключение.** При воздействии электрического импульса литотриптора «Уролит» мощностью 0,6Дж; 0,8Дж и 1Дж на стенку мочеоточника, его структурам причинялись повреждения в виде кровоизлияний, слушивания покровного эпителия, образования тромбов в просвете, разволокнение стенок и отёк мышечного слоя мочеоточника. Через 3 месяца покровный эпителий полностью восстанавливался, в других слоях формировалась нежная рубцовая ткань. Ни в одном случае нарушения пассажа мочи не наблюдалось.

### Осложнения контактной уретеролитотрипсии, их профилактика и лечение

*Рапопорт Л.М., Цариченко Д.Г., Стойлов С.В., Аксенов А.В.*

Клиника урологии, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, г.Москва.

**Введение.** Контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) - одна из современных и малоинвазивных методик в лечении камней мочеоточника, находящая все большее применение в урологической практике. Однако, как и любое оперативное вмешательство, КУЛТ не лишена интра- и послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** В клинике урологии ММА им. И.М. Сеченова с 2004 года было выполнено 154 контактных уретеролитотрипсий. Для КУЛТ использовался пневматический литотриптор у 125 пациентов, лазерный – у 29.

**Результаты.** Полное избавление от камня отмечено у 130 (84,5 %) пациентов. У 54 (35,1 %) КУЛТ следовала за первоначально проведенной дистанционной литотрипсией. В этих случаях отхождению фрагментов дезинтегрированного конкремента после сеанса ДЛТ препятствовали местные изменения в стенке мочеоточника в виде «гамачка» – буллезный отек ниже места стояния камня. Из осложнений КУЛТ мы отметили проксимальную миграцию фрагментов дезинтегрированного конкремента, отрыв мочеоточника, перфорацию мочеоточника, (интраоперационные осложнения), стриктуру мочеоточника, стриктуру уретры и острый пиелонефрит (послеоперационные осложнения). Миграция фрагментов камня в чашечно-лоханочную систему произошла у 24 (15,6 %) пациентов. Перфорация мочеоточника возникла в пяти наблюдениях, больным был установлен катетер-стент на срок 6-8 недель, впоследствии у этих пациентов не возникла стриктура мочеоточника. Отрыв мочеоточника произошел в одном наблюдении, что потребовало выполнения нефрэктомии. Стриктура мочеоточника отмечалась у 4 (2,6 %) пациентов, при этом ее ликвидация производилась в каждом случае разными методами. Больным выполнялась операция Боари, уретероцистостомия, резекция мочеоточника с уретероуретеростомией, эндоскопическое рассечение стриктуры с баллонной дилатацией места сужения. Зачастую причиной вышеописанных осложнений явились воспалительные и рубцово-склеротические изменения в месте длительного стояния конкремента. Также в одном случае после КУЛТ отмечалась стриктура уретры, потребовавшая выполнения оптической уретротомии. У 13 (8,44 %) пациентов возник острый пиелонефрит; на фоне дренирования верхних мочевых путей, антибактериальной и противовоспалительной терапии атака купирована.