

**Чигогидзе Т.Г., Дочвири Т.З., Мшвилдадзе Ш.Т.,  
Габуния Н.Г**

Департамент урологии Тбилисского  
государственного университета  
имени И. Джавахишвили  
(руководитель департамента – профессор  
Чигогидзе Т.Г.). Национальный центр урологии  
имени А. Цулукидзе  
(директор – профессор Манагадзе Л.Г.)  
г. Тбилиси. Грузия.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПРИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ С ПРИМИНЕНИЕМ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА.**

**Актуальность.** Уретероцеле - кистозное выбухание внутривезикулярной части мочеоточника. Данное состояние встречается у женщин в 2-4 раза чаще, чем у мужчин. Причины: врожденные нарушения иннервации мочевого пузыря, камни мочеоточника, опухоль мочеоточника и т.д. Уретероцеле иногда сопровождается стенозом отверстия мочеоточника и может явиться причиной нарушения оттока мочи, которое наблюдается одновременно с расширением мочеоточника и гидронефрозом с нарушением функций почек и формированием ХПН. Также уретероцеле может стать причиной острой задержки мочи. Иногда при уретероцеле гигантских размеров может возникнуть ущемление его стенки в шейке мочевого пузыря. При непроходимости мочеоточника уретероцеле должно быть устранено хирургическим путем. Проводится восстановление нормальной анатомии мочевыводящих органов, целью которого является нормализация пассажа мочи. Наибольшая частота подобных осложнений уретероцеле падает на возраст от 18 до 45 лет, то есть на самый активный с социальной точки зрения период жизни человека.

**Цель.** Цель исследования разработать оптимальное хирургическое лечение уретероцеле и изучить результаты оперативного вмешательства у пациентов с уретероцелей, степень нарушения уродинамики и анатомо-функционального состояния верхних мочевых путей. Ретроспективно оценить безопасность и эффективность эндоскопического вмешательства гольмиевым лазером у пациентов с уретероцеле.

**Материалы и методы.** 2010-2014 гг в отделении урологии проведено эндоскопическое лечение 10 больных – 6 женщин и 4 мужчин. 1 - задержка мочеиспускания, 3 - затруднения при мочеиспускании из-за большого размера уретероцеле. Важно, что ни у одного больного не было мочекаменной болезни. По урофлоуметрии показатель Qmax был от 4мл/с до 10мл/с. В 4 случаях остаточный объем мочи был больше 300 мл. Были ретроспективно

проанализированы интраоперационные данные этих пациентов. Литература была рассмотрена, чтобы выявить все сообщенные варианты управления этой относительно редкой болезни.

**Результаты и обсуждение.** Ближайшие результаты. В ближайшем послеоперационном периоде мы оценивали результат перфорации уретероцеле лишь в плане декомпрессии. Идеальным методом исследования, отвечающим этой цели, является ультрасонография, которую проводили в ближайшие 1 – 15 суток после вмешательства. По данным УЗИ, выполненного в раннем послеоперационном периоде, у 2 пациентов сокращения уретероцеле и мочеточников не зафиксировано, других пациентов отмечалась положительная динамика. По урофлоуметрии показатель  $Q_{max}$  был резко повышен ( $Q_{max} > 15 \text{ ml/s}$ ) и не было остаточной мочи в мочевом пузыре. Последующие результаты. Контрольное обследование проводили через 10-12 месяцев после вмешательства. Оно включало УЗИ, цистографию, урофлоуметрию и экскреторную урографию. Рецидив уретероцеле не был найден в этих больных, не было дилатации чашечно-лоханочной системы. На микционной цистоуретрографии только у 4 пациентов был обнаружен низкокачественный пузырно-мочеточниковый рефлюкс без симптомов проявления.

**Выводы.** Эндоскопическая электроинцизия уретероцеле методом гольмиевого лазера является эффективным способом декомпрессии верхних мочевых путей. Это проявляется сокращением мочеточника поверх уретероцеле и чашечно-лоханочной системы почки.