

**Попов С.В.¹, Галямов Э.А.³, Орлов И.Н.¹,
Чернышева Д.Ю.¹, Новиков А.Б.³,
Мещанкин И.Н.³, Сергеев В.П.², Кочкин А.Д.⁴,
Санжаров А.Е.⁵, Михайликов Т.Г.³**

¹ГБУЗ «Клиническая Больница Святителя Луки»,
Городской центр эндоскопической урологии и
новых технологий, Санкт-Петербург, РФ

²Московская городская онкологическая больница
№62, Москва, РФ.

³Центральная клиническая больница
гражданской авиации, Москва, РФ

⁴НУЗ отделенческая больница на станции
Горький ОАО "РЖД", Нижний Новгород, РФ.

⁵Городская клиническая больница № 40,
Екатеринбург, РФ.

ВЫБОР ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКОВ.

Введение. Непротяженная стриктура мочеточника – это сужение просвета мочеточника, длиной не более 2 см, различной этиологии, сопровождающееся явлениями обструкции верхних мочевых путей и осложняющееся снижением функции почки на стороне поражения. Эндоскопическое лечение данной патологии эффективно, менее травматично и затратно, по сравнению с открытым хирургическим лечением. Основной проблемой всех методик эндоскопического лечения непротяженных стриктур мочеточников является рецидивирование процесса.

Цель. Предложить методику выбора оптимального эндоскопического метода лечения непротяженных стриктур мочеточников.

Материалы и методы. Исследование проведено на 117 больных с непротяженными стриктурами мочеточников. Средний возраст больных составил 47,7±15,2 лет. Всем больным проводился комплекс диагностических процедур для уточнения локализации и протяженности стриктуры. В условиях операционной проводилась эндуретероскопия, переходящая в эндоуретеротомию с использованием «холодного ножа» (группа 1), электроножа (группа 2), лазерного волокна (группа 3). Группы были однородны по половому и возрастному составу, а также по протяженности сужения мочеточника и его локализации. Оценивались ближайшие (3 сутки) и отдаленные результаты лечения (18,7±11,0 мес. после операции). Общая эффективность метода оценивалась комплексно, но в основном, по наличию/отсутствию рецидива стриктуры мочеточника.

Результаты и обсуждение. ближайшие результаты не показали достоверного различия в эффективности используемых методик ($r=-0,12$, $p<0,05$). Осложнения раннего послеоперационного периода (лихорадка и болевой синдром) чаще встречались у больных с острыми или хроническими воспалительными заболеваниями почки ($\chi^2 3,11>1$, $p\leq 0,05$). Общая успешность эндоуретеротомии как метода коррекции патологических сужений мочеточника составила 66,7%. Частота возникновения рецидивов после эндоуретеротомии составила 31,6% при использовании

лазерной энергии, 35,7% - при использовании «холодного ножа»/ножниц, 32,4% - при электроинцизии. Рецидивирование стриктур возникает с одинаковой частотой после использования любого вида энергии ($\chi^2 1,32<2$, $p>0,05$). Частота рецидивирования стриктур мочеточника зависит главным образом от функции почки на стороне поражения, косвенно определяемой по степени гидронефроза ($r=0,80$, $p<0,05$) и наличия функционирующей нефростомы ($r=0,54$, $p<0,05$). Отмечено значимое различие в частоте рецидивирования стриктур мочеточника в зависимости от размера установленного после операции мочеточникового стента ($\chi^2 6,7>3$, $p<0,05$).

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что частота возникновения рецидивов после использования различных видов эндоуретеротомии (эндоножниц или эндоножа, электроинцизии, лазерной энергии) примерно одинакова. Основной причиной выбора того или иного метода эндоуретеротомии должна служить эргономика или удобство эксплуатации оборудования, анатомо-физиологические особенности пациента, отдел мочеточника где локализована стриктура.