

В.М. Алешин

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УРЕТЕРОСКОПИЙ. ОБ ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН НЕУДАЧ

10-я городская больница, г. Хабаровск

Во второй половине XX в. с развитием эндоскопической техники были разработаны и успешно внедрены на практике различные виды литотрипторов: механические, пневматические, ультразвуковые, лазерные. Эффективность их различна. Наиболее эффективен и распространен в последнее время пневматический литотриптор, в основе его лежит принцип работы отбойного молотка. Пневматический литокласт фирмы EMS в сочетании с современными уретероскопами фирмы WOLF позволили успешно проводить дробление конкрементов, “каменной дорожки” после дистанционной литотрипсии.

Нами с 1999 г. произведено 425 манипуляций с помощью указанной техники, из них у женщин — 163 (38,4%), у мужчин — 262 (61,6%). Из этого количества в 279 случаях (65,6%) литотрипсия была успешной, в 47 (11%) — вмешательство ограничилось уретероскопией до уровня лоханки без дробления конкремента ввиду его отсутствия в мочеточнике на момент операции или (в 16 случаях — 3,8%) из-за его миграции в полостную систему почки сразу после начала литотрипсии, а в 17 случаях (5%) удалось выполнить низведение конкрементов по мочеточнику и удаление их с помощью корзинчатого экстрактора без дробления. У 21 больного (5%) провести уретероскопию не удалось, в 15 случаях (3,5%) литотрипсия проведена у больных, которые ранее были оперированы в связи с гнойным обструктивным пиелонефритом и имели поясничные мочевые свищи. Шести пациентам после контактной литотрипсии были сделаны операции: в 4 случаях — люмботомия, нефростомия ввиду развития острого гнойного пиелонефрита, еще в 2 — уретеролитотомия в нижней трети по причине невозможности сделать уретероскопию. У 1 больного после проведения уретероскопии развилось кровотечение из области устья мочеточника.

Анализируя причины неудавшихся уретероскопий, мы пришли к выводу, что они обусловлены анатомическими особенностями строения мочеточника, особенно дистального его отдела. Описание связи этих особенностей с техникой проведения жесткого уретероскопа в отечественной литературе мы не нашли.

Анатомическое строение мочеточника, его соустье с мочевым пузырем подробно изучено и описано. Эндоскопическая картина подтверждает анатомические концепции о строении соустья мочеточника и мочевого пузыря. Так, утверждение о том, что продолжение продольных мышечных волокон мочеточника образует поверхностный треу-

гольник мочевого пузыря, а волокна, образующие оболочку Вальдейра, формируют глубокий треугольник, и что эти треугольники тесно не взаимосвязаны, при уретероскопии находит подтверждение.

После преодоления (бужирования) относительно фиксированного ригидного самого устья и подслизистого участка, который по длине соответствует примерно 1—1,5 см, следует подвижный участок мочеточника с мешотчатым расширением его, в верхней части которого находится отверстие мочеточника. Все это напоминает сфинктер, функцию которого можно наблюдать визуально при смене уровня давления ирригационной жидкости.

Этот участок мочеточника бывает настолько подвижен, а просвет “сфинктера” столь узок, что преодолеть его бывает весьма трудно. Этот участок, видимый при уретероскопии, соответствует интрамуральному отделу мочеточника. Его подвижность обусловлена наличием оболочки Вальдейра, а зость визуально определяемого “сфинктера” — наличием наружного слоя мышц мочевого пузыря.

При проведении жестких уретероскопов через просвет мочеточника в интрамуральном его отделе встречается непреодолимое препятствие, которое, на первый взгляд, ничем объяснить нельзя. Такая эндоскопическая картина встречается почти всегда. Исключение составляют те случаи, когда имеется ущемленный и длительно стоящий конкремент устья. Для преодоления этого участка мочеточника иногда хватает повышения давления ирригационной жидкости и давления на уретероскоп, но иногда приходится бужировать телескопическими мочеточниковыми бужами, начиная с №4 по №8-9 по шкале Шарьера, либо применять баллонную дилатацию. Существует и методика парциального повышения давления ирригационной жидкости с последующим проведением уретероскопа.

После преодоления терминального отдела мочеточника эндоскопически он представляет собой цилиндр, видимость в котором появляется по мере повышения давления ирригационной жидкости. Уровень перекреста с подвздошными сосудами определяется визуально, по наличию пульсовой волны, которая передается на стенку мочеточника.

Хорошо известно, что мочеточник имеет цистодный вариант построения работы. Эндоскопическим подтверждением этому служит наличие второго “сфинктера” мочеточника на уровне перекреста с подвздошными сосудами. Этот “сфинктер” эндоскопически имеет такой же вид, как и в терминальном отделе мочеточника, — подвижное мешотчатое расширение, в верхней части которо-

го имеется узкое отверстие продолжения мочеточника, напоминающее сфинктер, открытие и закрытие которого можно наблюдать при смене давления ирригационной жидкости. Данная эндоскопическая картина встречается в неизменном мочеточнике практически всегда. Исключение составляют те случаи, когда имеются грубые морфологические изменения вследствие наличия длительной обструкции, расположенной ниже.

Эндоскопическая картина верхних и нижних отделов мочеточника сходна. Разница состоит в том, что просвет мочеточника имеет больший диаметр в верхнем отделе, и чтобы его осмотреть, не требуется бужирования и нужен меньший уровень давления ирригационной жидкости.

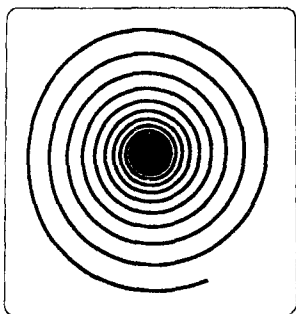
Последний "сфинктер" мочеточника — это его прилоханочный отдел. Он присутствует постоянно, но мешотчатого расширения перед ним нет, он более чувствителен к смене давления ирригационной жидкости.

Таким образом, проведенные 425 уретероскопий ригидным инструментом позволили утвердиться в том, что эндоскопическая картина под-

тверждает наличие анатомических структур, которые соответствуют "сфинктерам" мочеточника, разделяющим его на цистоиды. При отсутствии выраженных морфологических изменений, нарушающих уродинамику, эти структуры встречаются почти всегда. Имеющееся мешотчатое расширение перед "сфинктерами" почти постоянно встречается в нижнем отделе мочеточника и отсутствует перед сфинктером прилоханочного отдела мочеточника.

Л и т е р а т у р а

1. Камалов А.А. Трансуретральная эндоскопическая уретеролитотрипсия и литоэкстракция. М., 1992.
2. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. М., 1990.
3. Мартов А.Г. Рентген-эндоскопические методы диагностики и лечения заболеваний почек и верхних мочевых путей (суправезикальная эндурология). М., 1993.
4. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Камалов А.А., Гушин Б.Л. // Урол. и нефрол. 1994. №6. С.2-4.



**Е.И. Кропачева, С.В. Маршев, С.И. Чичкань,
В.А. Коновалов, Н.А. Масальцева**

ПЕРВЫЙ ОПЫТ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИОУРОЛИТИАЗА

Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-1, г. Хабаровск

Статистические данные последних лет свидетельствуют о значительном увеличении количества больных с желчно-каменной (ЖКБ) и мочекаменной болезнью (МКБ), что, несомненно, определяет актуальность данной проблемы. По данным отечественных авторов, больные с сочетанием желчнокаменной и мочекаменной болезни наблюдаются в 8-10% случаев, по данным зарубежных авторов — в 11,2%. Как желчно-каменная и мочекаменная болезни в отдельности, так особенно их сочетание сопряжены с опасностью развития грозных осложнений, включая и летальные исходы.

Приводимые авторами немногочисленные наблюдения позволяют считать, что проблема билиоуролитиаза, особенно тактики и методов лечения, изучена недостаточно. Лечение больных с данной патологией в различных отделениях и клиниках, хирургических и урологических, является длительным и дорогостоящим. Оперативные вмешательства у больных с билиоу-

ролитиазом при отсутствии осложнений рекомендуют выполнять одномоментно или последовательно, не выписывая больного из стационара. Однако эти вмешательства носят "открытый" характер.

В последние годы в хирургии и урологии широко применяются в изолированном виде малоинвазивные методы лечения ЖКБ и МКБ, такие как лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), экстракорпоральная дистанционная литотрипсия (ДЛТ) и контактная литотрипсия (КЛТ).

В Дорожной клинической больнице лапароскопическая холецистэктомия выполняется с 1992 г., дистанционная литотрипсия — с 1997 г. Сочетанное лечение билиоуролитиаза с использованием малоинвазивных методов проводится нами с 1999 г. К настоящему времени мы располагаем опытом такого лечения у 11 больных. Все больные — женщины в возрасте от 40 до 64 лет. Камни мочевой системы локализовались у всех справа: