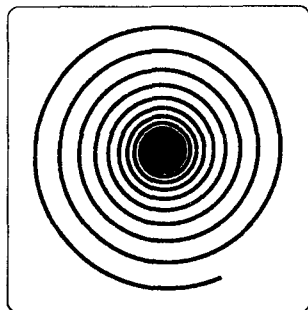


Строгое соблюдение показаний к ТУР ДГПЖ, правильная техника выполнения операции с соблюдением границ резекции, с тщательным гемостазом, проведением активных мероприятий по санации хронических очагов инфекции в до- и

послеоперационном периодах позволили избежать тяжелых осложнений и использовать этот метод как основной в комплексном лечении аденомы простаты при небольших и средних размерах гиперплазированной ткани.



А.Г. Филиппов, В.М. Нагорный, И.М. Рольщиков,
В.В. Грехнев, М.Е. Лозинский

ПОКАЗАНИЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ЛАЗЕРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Владивостокский государственный медицинский университет

Лечение стриктур уретры является одной из самых сложных проблем в урологии. В настоящее время нет окончательного решения этого вопроса, несмотря на множество предлагаемых вариантов пластических операций (по Хольцову-Мариону, Соловову, Русакову и др.). Это, как правило, сложные реконструктивно-пластические вмешательства, требующие большого хирургического мастерства и опыта.

Выбор метода зависит от протяженности и локализации суженного участка уретры. Несмотря на то, что открытые хирургические операции по поводу стриктур уретры усовершенствованы и широко применяются в урологических стационарах мира, они нередко сопровождаются такими осложнениями, как недержание мочи, возникновение мочевого свищей, расхождение краев анастомоза, нагноение послеоперационной раны, рецидив заболевания. Повторные операции в подобных ситуациях чрезвычайно сложны, травматичны, и процент положительных результатов снижается. К негативным последствиям этих операций (даже при простом восстановлении проходимости мочеиспускательного канала) следует отнести укорочение полового члена, возникновение эректильной дисфункции, что приводит к серьезной социальной дезадаптации таких больных.

Внедрение в практику высокоэнергетического лазерного излучения открыло новое направление лечения заболеваний мочевых путей. В связи с этим в последние годы все чаще для эндоскопического лечения стриктур уретры стали использовать высокоэнергетический лазер, так как при ла-

зерном воздействии можно выполнить не только рассечение рубцово-суженной части уретры, но и выпаривание рубцовых тканей.

В клинике урологии ВГМУ с 1998 г. эндоскопическая лазерная уретротомия (ЭЛУ) с выпариванием рубцовых тканей выполнена 61 больному. Возраст больных составлял от 10 до 82 лет. Все больные подвергались комплексному урологическому обследованию (общий анализ крови и мочи, биохимия крови, посев мочи с определением антибиотикограммы, обзорная и экскреторная урография, восходящая уретроцистография, ультразвуковое исследование верхних и нижних мочевых путей с определением количества остаточной мочи у пациентов с сохраненным естественным мочеиспусканием, урофлоуметрия). При урофлоуметрии у пациентов с сохраненным мочеиспусканием средняя скорость составила от 0,6 до 4,5 мл/с. Из 61 больного 15 чел. имели цистостомический дренаж. Операции выполнялись с помощью лазерной хирургической установки "Ласка".

Наш опыт применения ЭЛУ при стриктурах показал, что рассечение и выпаривание рубцовых тканей уретры является эффективной и относительно безопасной операцией. Метод минимально инвазивен, сокращает сроки лечения и реабилитации больных и может быть рекомендован как метод выбора у пациентов со стриктурами уретры.

На основании накопленного нами опыта показанием к ЭЛУ служат непротяженные стриктуры уретры до 2 см, стриктуры с локализацией в задней уретре, не оперированные ранее (многократно) открытым способом.

