

ID: 2013-02-1276-T-2492

Тезис

Сатаров С.Н.

**Хирургическая коррекция сужений, стриктур и облитераций тазового отдела мочеточника***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Понукалин А.Н.*

**Актуальность.** Восстановительная хирургия сужений и облитераций тазового отдела мочеточника была и остается актуальной и сложной проблемой урологии (О.Б.Лоран 2012г).

**Цель исследования.** Изучить результаты хирургического лечения обструкций тазового отдела мочеточника.

**Материалы и методы.** С 2008 по 2012 г. в клинике урологии СГМУ находилось на лечении 38 больных с обструкцией тазового отдела мочеточника. Женщин было 30 (80%), мужчин 8 (20%), средний возраст – 45 лет. При обследовании установлены следующие причины обструкций: лучевая стриктура нижней трети мочеточника – 9 (24%) больных (односторонний у 5, двусторонний у 4), нейромышечная дисплазия у 3 (8%), рубцовый стеноз мочеточника односторонний у 23 (61%), двусторонний у 3 (8%). У 3 (8%) пациентов обструкция имела мочеточника единственной почки. В 7 (18%) случаях до пластической операции больным были установлены черескожные нефропиелостомы, причем у 4 с двух сторон. 3 пациентам ранее в других стационарах была предпринята пластическая операция по восстановлению проходимости мочеточника, но она не увенчалась успехом. Реконструктивнопластические операции выполнялись как из внебрюшинного доступа, так и трансбрюшинно.

**Результаты.** У 3 пациентов (8%) с мегауретером осуществлен экстравизикальный уретероцистонеоанастомоз. Пациентам с лучевой стриктурой мочеточника (9) в начале применялось эндоскопическое бужирование с установкой stent-дренажа. Однако положительной она оказалась только в 1 случае. Другим 6 выполнены не прямые уретероцистонеоанастомозы по Демелю-Боари. Двум пациенткам с лучевыми стриктурами мочеточников и микроцистисом осуществлено суправизикальное отведение мочи в кишечный резервуар по Майнц-2. В 2 случаях стриктур тазового отдела мочеточника проведена резекция стенозированного участка с уретероуретероанастомозом. Оставшимся 23 (61%) пациентам выполнен уретероцистонеоанастомоз по Демелю. В результате выполненных реконструктивнопластических операций у 35 (87%) больных удалось восстановить непрерывность мочевых путей и нормальную функцию почки. В связи с полной утратой функции почки у 3 (8%) больных выполнена нефрэктомия.

**Выводы.** При протяженных (5-15 см) рецидивных и лучевых стриктурах тазового отдела мочеточника, сопровождающихся выраженным рубцовым процессом в забрюшинной клетчатке методом выбора является комбинированная пластика по Демелю-Боари. При выполнении этой операции целесообразно применять чрезбрюшинный доступ, который имеет лучшие возможности в реконструкции тазового отдела мочеточника.

**Ключевые слова**

стриктура, облитерация, обструкция, тазовый отдел мочеточника, лучевая стриктура, уретероцистонеоанастомоз.