

крови и мочи. Больным в целях верификации диагноза и определения топографии стриктуры, проводилась ретроградная уретрография, а у больных имеющих эпицистостомических дренаж, дополнялась нисходящей цистоуретрографией.

Результаты. При ретроградной уретрографии (а также нисходящей цистоуретерографии) установлено что, стриктура пенильного отдела уретры выявлена у 12 пациентов, бульбозного отдела у 17, мембранозного отдела у 4, а у 2 больных выявлены множественные стриктуры уретры. Полученные данные имели интраоперационное подтверждение в 92% случаев у 32 больных.

Выводы. Ретроградная уретрография является доступным, безопасным, малоинвазивным и весьма информативным методом лучевой диагностики у пациентов со стриктурой уретры различной локализации.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПОСЛЕ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ

Фентисов В.В.

Научный руководитель: профессор Хоценко Ю.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра хирургических болезней ИПМО

Актуальность. Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ), развивающаяся у геронтологических больных при сопутствующей аденоме простаты, осложняет стандартное течение трансуретральных эндоскопических вмешательств [Мартов А.Г., Лопаткин Н.А., 2002]. В связи с этим показания для выполнения традиционной уретеролитотомии расширяются [Гурьянов А.И., 2002, Поздняков К.В., 2006].

Материалы и методы. С 2006 года по 2011 в урологическом отделении Белгородской ОКБ Святителя Иоасафа 28 мужчинам, в возрасте от 60 и старше (M=74,3 лет) с уретеролитиазом проведена контактная литотрипсия. С последующим дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом 12-14 Ch, 24-26 см. Перед операцией всем больным проведено клиническое, инструментально-лабораторное обследование, включающее в себя опрос по анкете IPSS, пальцевое ректальное исследование, ТрУЗИ простаты, УЗИ почек, мочевого пузыря, определение объем остаточной мочи, обзорная и экскреторная урография, определение максимальной скорости потока мочи (Q_{max}). Пациентом в плановом порядке под эпидуральной анестезией выполнена контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ).

Результаты и обсуждение. Больные разделены на две группы. В основную группу вошло 14 мужчин, которые за 3 дня до операции и в течение 5 дней после, получали α 1-адреноблокаторы (тамсулозин 0,4 мг 1 раз в сутки) с целью профилактики ОЗМ. Контрольную группу составили 14

больных, которые не получали уроселективных адrenoблокаторов. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, состоянию мочевых путей, локализации и размерам конкремента, объемом аденомы простаты, степенью инфравезикальной обструкции и количеством остаточной мочи. Данные анкетирования IPSS в обеих группах находились в пределах от $4,5 \pm 1,3$ до $15 \pm 3,1$ баллов. Q_{max} – от $19 \pm 5,1$ до $13 \pm 4,3$ мл/сек. Объем остаточной мочи от $30 \pm 5,5$ до $180 \pm 6,3$ мл. Объем простаты от $25 \pm 1,5$ до $78 \pm 4,4$ мл. КУЛТ проведена по стандартным показаниям и традиционным методикам с использованием пневмотического литотриптера. В обеих группах эндоскопическое вмешательство завершалось полной фрагментацией конкремента и установкой мочеточникового стента. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Продолжительность операции составила от $22 \pm 3,4$ до $60 \pm 8,4$ мин, сопоставима в обеих группах.

В основной группе после операции ОЗМ не было, в контрольной – у 7 (50%) пациентов наблюдалась ОЗМ, развившаяся в течение первых суток после литотрипсии. Что потребовало применения перманентной катетеризации мочевого пузыря и назначения тамсулозина. В результате однократной катетеризации акт самостоятельного мочеиспускания восстановился у 4 больных, после повторной у оставшихся 3.

Выводы. Таким образом, профилактическое применение $\alpha 1$ -адrenoблокаторов (тамсулозина 0,4 мг 1 раз в сутки) до и после трансуретрального эндоскопического вмешательства у геронтологических больных на фоне аденомы простаты является оправданным и позволит, свести к минимуму развитие ОЗМ в послеоперационном периоде.

ОСОБЕННОСТИ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Фентисов В.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шкодкин С.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра хирургических болезней №2

Актуальность: Мочекаменная болезнь является одним из распространенных урологических заболеваний, занимает второе место в мире после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей, и встречается не менее чем у 3% населения [Ramello A. et al., 2000]. Одной из важных проблем в лечении осложненной формы мочекаменной болезни (МКБ) остается выбор адекватного, малотравматичного и быстро выполняемого метода ликвидации обструкции мочевых путей и восстановления адекватного пассажа мочи из почек [Фролов С.Г., Серняк Ю.П., 2002].