

На правах рукописи  
УДК 616.62-007.64-089.819

**МОСКАЛЕВ**  
**Антон Юрьевич**

**ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ  
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ  
ДИВЕРТИКУЛОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

14.00.40 - Урология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва- 2004

Работа выполнена на кафедре урологии Ярославской государственной медицинской академии, в научно-исследовательском институте урологии МЗ РФ, городской клинической урологической больнице №47 г. Москвы, урологическом отделении МСЧ ОАО «Автодизель» г. Ярославля.

Научный руководитель :  
доктор медицинских наук, профессор Мартов А.Г.  
Официальные оппоненты:  
доктор медицинских наук, профессор Чепуров А.К.  
доктор медицинских наук, профессор Рапопорт Л.М.

Ведущее учреждение:  
Московский Областной научно-исследовательский институт  
им. М.Ф.Владимирского

## АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ

Дивертикулы мочевого пузыря (ДМП) не представляют большой редкости. По данным J. Mitchell (1981), ДМП встречаются у мужчин в 15 раз чаще, чем у женщин, что связывается с инфравезикальной обструкцией (ИВО). В ряде случаев ДМП требуют оперативного лечения. Необходимость в нем возникает при наличии остаточной мочи, камня, опухоли в полости ДМП, сдавлении им соседних органов. До настоящего времени резекция мочевого пузыря с дивертикулом остается основным методом лечения этого заболевания. При высокой эффективности она является травматичной и длительной, что не позволяет ее выполнить у пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями. С развитием новых медицинских технологий, для лечения заболеваний нижних мочевыводящих путей стали широко применяться трансуретральные эндоскопические операции, сочетающие в себе высокую эффективность и малую травматичность. В частности, трансуретральная резекция (ТУР) стала одним из основных методов лечения доброкачественной гиперплазии простаты (ДТП). Но часто сопутствующий ей ДМП считался одним из противопоказаний к этому методу лечения, что связано с трудной эвакуацией фрагментов резецированной ткани и отсутствием возможности воздействия на сам ДМП. Это заставляло прибегать к двухэтапным операциям: первоначальной резекции мочевого пузыря с последующей ТУР ДТП (J. Mitchell, 1981). Hartung, Flock (1943), Orandi (1977) предложили методику трансуретральной инцизии шейки ДМП и коагуляцию его слизистой. Преимуществами данной техники является ее малая инвазивность и возможность коррекции ИВО и лечения ДМП из одного доступа. Эффективность данной методики различными авторами оценивается высоко. Но несмотря на то что эти операции известны достаточно давно, опыт их применения незначительный. Отсутствует единое мнение о технике проведения вмешательства, показаниях к нему. Эффективность оценивается неоднозначно, особенно при различном объеме

ДМП. Не изучены ближайшие и отдаленные результаты операции, возможные осложнения и методы их профилактики. Все это определило актуальность работы в данном направлении, в связи с чем мы сочли целесообразным провести собственные исследования.

### ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью работы является определить место трансуретрального эндоскопического метода в комплексном лечении дивертикулов мочевого пузыря.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Разработать оптимальную технику трансуретрального эндоскопического лечения дивертикулов мочевого пузыря.
2. Разработать тактику предоперационного обследования и послеоперационного ведения больных.
3. Оценить эффективность трансуретральных эндоскопических методов лечения дивертикулов мочевого пузыря и выявить факторы, влияющие на результат эндоскопического вмешательства.
4. Определить возможные осложнения и разработать методы их профилактики.
5. Определить показания и противопоказания к данному методу лечения.

### НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Установлена диагностическая значимость различных методов обследования при дивертикулах мочевого пузыря. Определена роль уретроцистоскопии в выборе тактики оперативного лечения при данном заболевании. Разработана и внедрена в клиническую практику последовательность эндоскопических оперативных вмешательств при дивертикуле мочевого пузыря и заболеваниях предстательной железы, сопровождающихся инфравезикальной обструкцией. Предложена новая, более эффективная методика инцизии шейки ДМП. Выявлены возможные осложнения и разработаны методы их профилактики.

Установлена эффективность трансуретрального метода

лечения и ее обратная зависимость от объема дивертикула мочевого пузыря. Определены показания и противопоказания к операции.

### ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Трансуретральные эндоскопические вмешательства при ДМП могут быть использованы в работе урологических стационаров. Это позволит улучшить результаты лечения и уменьшить сроки медицинской и социальной реабилитации больных, проводить оперативное лечение у пациентов с отягощенным соматическим статусом.

### ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Основным диагностическим методом, определяющим тактику лечения при дивертикулах мочевого пузыря, является уретроцистоскопия с осмотром шейки и полости дивертикула.
2. Эндоскопическая инцизия шейки дивертикула мочевого пузыря является малоинвазивным и эффективным методом лечения рассматриваемого заболевания. Предложенная модификация операции улучшает результаты лечения данной категории больных.
3. Инцизию шейки дивертикула целесообразно сочетать с коагуляцией (вапоризацией) его слизистой оболочки и одновременной коррекцией инфравезикальной обструкции (трансуретральной резекцией или инцизией предстательной железы).
4. Метод трансуретральной эндоскопической инцизии шейки дивертикула мочевого пузыря показан при наличии дивертикула, объемом до 300 см<sup>3</sup>, содержащего остаточную мочу, камень или неинвазивную опухоль. При локализации дивертикула в области верхушки мочевого пузыря, наличии инвазивных опухолей дивертикула, аномалиях юкставезикального отдела мочеточника, открывающегося в дивертикул, настоящий метод является противопоказанным. Во всех других случаях выбор метода оперативного лечения при данном заболевании зависит от общесоматического

состояния пациента и степени операционного риска.

5. Эффективность трансуретральной эндоскопической инцизии шейки дивертикула при его объеме более 300 см<sup>3</sup> уступает открытой резекции мочевого пузыря. Преимуществом трансуретрального вмешательства является малая длительность и травматичность, отсутствие необходимости в эндотрахеальном наркозе, короткий послеоперационный период пребывания в стационаре, что позволяет рекомендовать его больным с отягощенным соматическим статусом.

### СВЯЗЬ С ПЛАНОМ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Диссертация выполнена в соответствии с планом НИР НИИ Урологии МЗ РФ, номер государственной регистрации 01.9.60 012643, а также в соответствии с планом НИР Научного Совета по "Уронефрологии" № 24 РАМН и МЗ РФ.

### АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Основные положения диссертации доложены: на научно-практической конференции МСЧ ОАО "Автодизель", Ярославль, 2001 г., совместной научно-практической конференции НИИ Урологии МЗ РФ и кафедры урологии ЯГМА, Ярославль, 2002 г., X Российском съезде урологов, Москва, 2002 г. Диссертационная работа апробирована на научно-практической конференции НИИ Урологии МЗ РФ (октябрь 2002), научно-практической конференции кафедры урологии Ярославской государственной медицинской академии (октябрь 2002).

### ПУБЛИКАЦИИ

По теме диссертации опубликовано 8 научных работ.

### ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ

Трансуретральная инцизия шейки ДМП с коагуляцией (вапоризацией) его слизистой оболочки внедрена в клиническую практику НИИ Урологии МЗ РФ, ГУКБ №47 г. Москвы, урологического отделения МСЧ ОАО "Автодизель"

г. Ярославля.

## ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ

Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа изложена на 113 страницах машинописного текста и содержит 10 таблиц, 26 рисунков. Список литературы представлен 26 отечественными и 29 иностранными источниками.

## СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Настоящая работа построена на основании клинического обследования, хирургического лечения и послеоперационного наблюдения 54 больных, имевших ДМП. 45 пациентов находились в НИИ Урологии МЗ РФ и ГУКБ №47 г. Москвы, 9 - в урологическом отделении МСЧ ОАО "Автодизель" г. Ярославля. Период наблюдения 1984-2002 гг.

В соответствии с задачами исследования пациенты были разделены на 2 группы: основную - 39 больных, подвергнутых эндоскопическому лечению; и контрольную - 15 больных, которым проведена резекция мочевого пузыря с дивертикулом. Средний возраст больных в основной группе - 63,2 года, в контрольной - 60 лет. Для оценки результатов трансуретральных вмешательств все пациенты разделены на 5 групп в зависимости от объема ДМП (Таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от объема ДМП

Объем ДМП (см')	Основная группа	Контрольная группа
до 50	7(17,9%)	-
50-100	9(23,1%)	4(26,7%)
100-300	14(35,9%)	5(33,3%)
300-700	8 (22,8%)	6 (40%)
более 700	1 (2,6%)	-
итого	39(100%)	15(100%)

Во всех случаях ДМП содержали остаточную мочу. У 5 больных количество остаточной мочи в ДМП превышало ее

объем до мочеиспускания на 25-50%.

6 пациентов основной и 1 пациент контрольной групп имели камни в ДМП. Опухоль, исходящая из ДМП, диагностирована у 3 пациентов основной (2 - фиброэпителиома, 1 - переходноклеточный рак T<sub>1</sub>MoMo) и у 2 контрольной (1 - переходноклеточный рак T<sub>2</sub>MoMo, 1 - лейомиосаркома) групп. У всех пациентов основной группы имела место ИБО, обусловленная у 28 больных ДТП, у 11 - склерозом шейки мочевого пузыря. У 2 больных помимо ДТП выявлена стриктура мембранозного отдела уретры. 3 пациентам ранее была выполнена эпицистостомия в связи с ОЗМ. В контрольной группе ДТП имела место у 8 пациентов, склероз шейки мочевого пузыря - у 2, у 2 больных помимо резекции мочевого пузыря выполнен уретероцистоанастомоз. У всех больных наблюдалась инфекция мочевыводящих путей - лейкоцитурия и бактерийурия, превышавшие нормальные показатели. При посеве мочи на флору выявлены *E. coli*, *Enterobacter*, *Ps.aeruginosa* в титре более 10<sup>5</sup> КОЕ. Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита выявлены в 59% основной и 60% контрольной групп. Интеркуррентными заболеваниями страдали 36 (92,3%) пациента основной и 11 (73,3%) контрольной групп. В основной группе преобладали пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, что в ряде случаев определяло лечебную тактику.

Обследование включало в себя общие клинические и дополнительные методы. В обязательное клиническое обследование входили: 1) клинический анализ крови и мочи, 2) биохимический анализ крови и исследование ее свертывающей системы, 3) определение группы крови, 4) анализы на ВИЧ, HbsAg, RW, 5) электрокардиография. Общие и специальные методы исследования мочевыводящих путей (МВП) направлены на выявление ДМП, определение его размеров, локализации, соотношения с окружающими тканями и мочеточником. Важными являются: количество остаточной мочи в ДМП; его возможное содержимое (камень, гной, опухоль); состояние верхних МВП; наличие и степень ИВО.

Инструментальное обследование начинали с ультрасонографии. Трансабдоминальное сканирование проведено всем пациентам, трансректальное - выполняли для уточнения состояния предстательной железы и задней уретры, при дивертикулах задней и боковых стенок мочевого пузыря.

Рентгеноурологическое исследование включало в себя экскреторную урографию с полипозиционной нисходящей цистографией и полипозиционную восходящую цистографию, выполняемую непосредственно после ретроградной уретрографией. Первая, помимо сведений о ДМП, несет информацию о состоянии верхних отделов МВП, юкставезикального отдела мочеточника, его соотношении с ДМП. Проведение микционной цистографии и цистографии после мочеиспускания позволяет рентгенологически определить объем остаточной мочи. Информативность обеих методик контрастирования мочевого пузыря **мы** считаем одинаковыми, при большей физиологичности нисходящей цистографии. 6 пациентам выполнена компьютерная томография для более точного определения локализации ДМП, его соотношения с прилежащими органами, предварительного обнаружения в его полости патологических новообразований.

Всем больным до и после операции проведена урофлоуметрия, которая хотя и не несет сведений о ДМП, позволяет оценить степень ИВО и ее последующую коррекцию.

Электромиография стенки мочевого пузыря и ДМП и цистоманометрия, выполненные 10 больным, не имели существенного значения в диагностике этого заболевания.

Заключительным диагностическим методом являлась уретроцистоскопия. Мы считаем уретроцистоскопию наиболее информативной методикой обследования больных с ДМП, позволяющей установить точную его локализацию, размер шейки, соотношение с устьями мочеточников. Применение инструментов с постоянной системой ирригации улучшает видимость, особенно при наличии гематурии. Осмотр полости ДМП, выявление в ней различных патологических образований у ряда больных был возможен только после рассечения его



шейки. Считаем, что уретроцистоскопия позволяет определить тактику оперативного лечения и возможность проведения трансуретральных вмешательств при ДМП.

Учитывая информативность различных методов, мы разработали алгоритм обследования больных с ДМП (рис.1).

Показаниями к оперативному лечению являлось наличие в полости ДМП остаточной мочи, камня или опухоли.

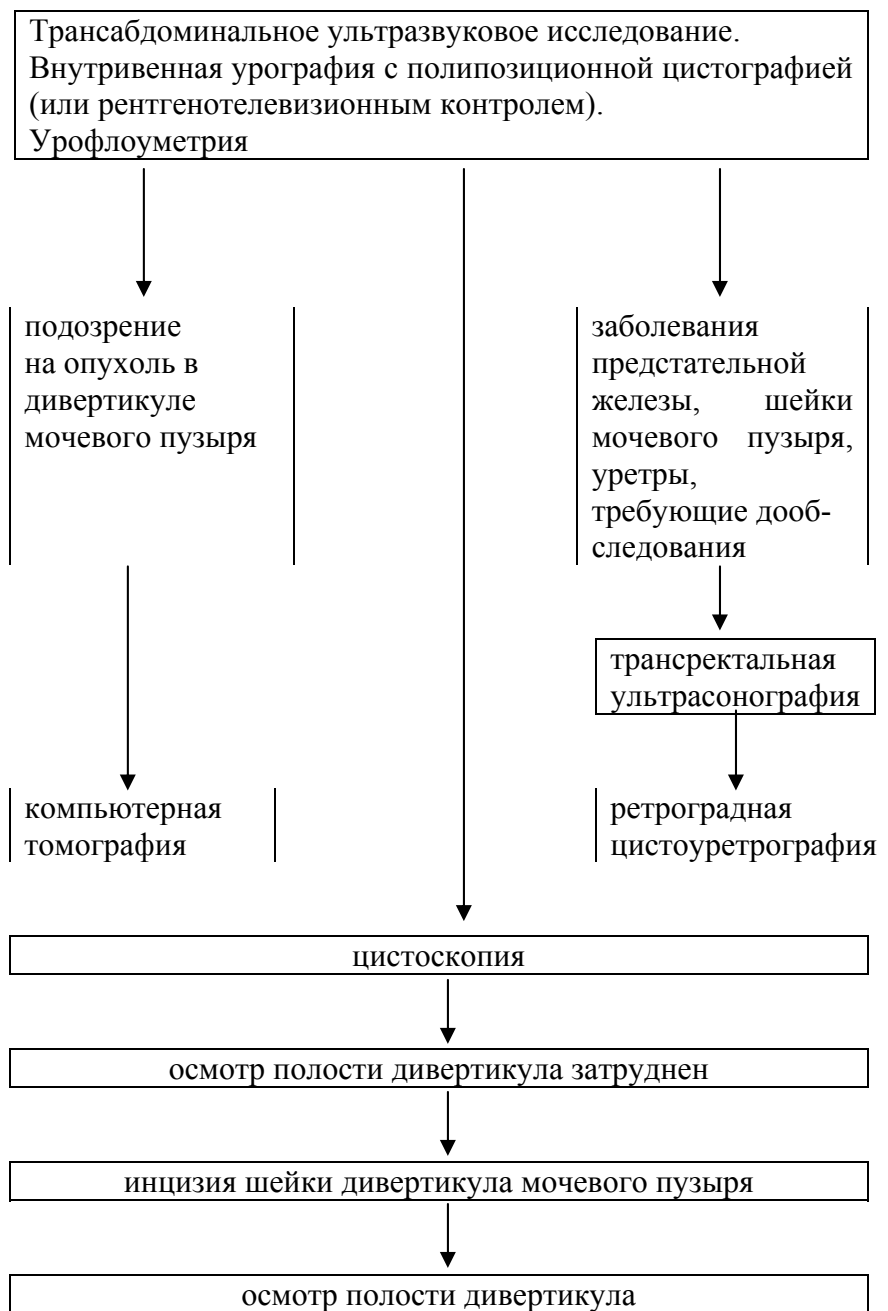


Рис.1 Алгоритм обследования пациентов с дивертикулом мочевого пузыря

В основной группе оперативное вмешательство заключалось в инцизии шейки ДМП, в 5 случаях дополненная коагуляцией

(вапоризацией) его слизистой, в контрольной – резекция мочевого пузыря с дивертикулом. Трансуретральные вмешательства проводились в операционной, предназначенной для эндохирургических операций. Для обезболивания применяли перидуральную анестезию или внутривенный наркоз, в зависимости от предполагаемого времени вмешательства, в 6 случаях потребовалась короткая миелорелаксация для предупреждения раздражения запирающего нерва. Инцизию шейки ДМП выполняли резектоскопом Iglesias. Мы использовали крючковидный (hook) электрод для рассечения тканей и шариковый коагулирующий или роликовый электроды для коагуляции (вапоризации). Первым этапом операции являлась уретроцистоскопия, позволявшая сделать окончательный выбор между трансуретральной инцизией и открытой операцией. После производили 3 разреза шейки ДМП (обычно на 4,8,12 часах условного циферблата) в зависимости от соотношения дивертикула с мочевым пузырем и устьями мочеточников. Исходный диаметр шейки ДМП составлял от 0,5 до 1,5 см. Обязательным является рассечение мышечного слоя детрузора. У 21 больного мы применили собственную методику инцизии шейки ДМП: после рассечения слизистой оболочки (рис.2.) последующие, более глубокие разрезы производятся рядом и параллельно первому (рис.3.), что приводит к формированию более широкого соустья между дивертикулом и мочевым пузырем. Кровотокающие сосуды коагулируются. Мы ни разу не наблюдали осложнений, связанных с глубокой инцизией. Даже при появлении в поле зрения жировой ткани, при адекватном дренировании в послеоперационном периоде, паравезикальных затеков не наступало. Вавпоризацию (коагуляцию) слизистой ДМП производили roller или шариковым электродом от верхушки к шейке. При расположении ДМП в области устья мочеточника проводили его катетеризацию, а если устье не визуализировалось, инцизию начинали с места, противоположного возможному расположению мочеточника. Определенные трудности возникают при локализации

дивертикула в области верхушки мочевого пузыря, где тонкий мышечный слой и инцизия может привести к внутрибрюшинной перфорации мочевого пузыря. У таких больных мы не выполняли данную операцию. Инцизию шейки ДМП выполняли непосредственно перед ТУР ДГП или инцизией простаты при ее склерозе. Такая последовательность способствует легкому удалению фрагментов резецированной ткани из полости ДМП и адекватному его дренированию в послеоперационном периоде и легче переносится больными, чем 2-этапные вмешательства.

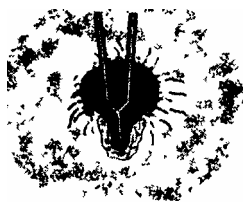


Рис.2.

Рис.3.

При наличии камней ДМП производили цистолитотрипсию. У 3 пациентов после инцизии шейки ДМП выполнена ТУР поверхностных новообразований, расположенных в его полости.

Операцию заканчивали дренированием мочевого пузыря уретральным катетером на 2-5 сут.

В послеоперационном периоде осуществлялось постоянное орошение мочевого пузыря антисептическим раствором в течение 6-48 часов в зависимости от выраженности гематурии. Медикаментозная терапия заключалась в назначении парентерально антибактериальных препаратов в зависимости от бактериологического посева мочи или широкого спектра действия длительностью 5-10 суток.

Результаты эндоскопического лечения изучены в ближайшем послеоперационном периоде и у ряда больных в более длительный срок (до 5 лет). Т.к. данный метод не преследует своей целью радикальное избавление больных от ДМП, то основными критериями эффективности являлись нормализация мочеиспускания и отсутствие или уменьшение количества остаточной мочи в полости мочевого пузыря и дивертикула. Результат расценивался как *хороший* при отсутствии ДМП или остаточной мочи в нем, как *удовлетворительный* при уменьшении ДМП и наличии остаточной мочи в его полости не более 50 мл, как *неудовлетворительный* при объеме остаточной мочи в полости ДМП более 50 мл. В послеоперационном периоде имели место 3 различные ситуации: отсутствие ДМП, уменьшение его объема и сохранение ДМП прежних размеров. У ряда больных сохранялся относительно большой ДМП, однако количество остаточной мочи в его полости было незначительным. В раннем послеоперационном периоде (3-20 сут) отсутствие ДМП имело место у 6 (15,4%) больных, уменьшение его емкости - у 20 (51,3%), у 13 (43,3%) сохранялся ДМП прежних размеров. Объем остаточной мочи в полости ДМП снизился (Таблица 2).

Таблица №2

## Объем остаточной мочи до и после эндоскопического лечения

Объем ДМП до (см <sup>3</sup> )*	Объем остаточной до лечения (см <sup>3</sup> )**	Объем остаточной после лечения (см <sup>3</sup> )**
до 50	37,1	0
50-100	96,7	17
100-300	160	34,5
300-700	381,2	75

\* - интервалы

\*\* - среднее значение

У пациента с объемом ДМП более 700 см<sup>3</sup> ( $\approx$  3000) количество остаточной мочи в его полости после операции составило  $\approx$  100 мл, что мы расценили как удовлетворительный результат, учитывая гигантские размеры ДМП. Отдаленные результаты от 3 до 60 мес. изучены у 29 (74%) больных. При этом наблюдалось дальнейшее уменьшение объема ДМП и количества остаточной мочи в нем, что мы связываем с улучшением оттока мочи из дивертикула и снижением внутрипузырного давления после коррекции ИВО. В итоге, оценивая эффективность трансуретральных вмешательств при ДМП, получены следующие результаты: хорошие - 24 (61,5%) больных, удовлетворительные — 14 (35,9%), неудовлетворительные - 1 (2,6%). Отмечено, что такой фактор, как объем ДМП, влиял на эффективность данного метода лечения: при увеличении объема эффективность снижалась. Лучшие результаты получены при ДМП до 300 см<sup>3</sup>, при большем объеме результаты были только удовлетворительные (Таблица 3). Неудовлетворительный результат получен у одного больного (объем ДМП 400 см), что мы связываем с недостаточно широкой инцизией шейки ДМП (впоследствии выполнена открытая резекция мочевого пузыря). При сравнении результатов операции, выполненной по обычной методике и методике в собственной модификации, лучшие результаты, вне зависимости от объема ДМП, получены при применении последней.

Таблица 3

**Эффективность лечения в зависимости от объема  
дивертикула у пациентов основной группы**

Объем дивертикула см <sup>1</sup>	Количество пациентов		Результаты		
			хороши	удовлетворитель	неудовлетворител
до 50	7	3*	3*	-	-
		4**	4**	•	-
56-100	8	3*	3*	-	•
		5**	5**		•
100-200	14	6*	1*	5*	
		8**	8**		-
200-700	9	5*		4*	Г
		4**	-	4-	•
более 700	1**		1**		-
•того	39	24	14		1

\* - больные прооперированы по стандартной методике,  
\*\* - больные прооперированы по методике в модификации клиники.

У 5 больных инцизия шейки была дополнена вапоризацией (коагуляцией) слизистой ДМП - у всех получены хорошие результаты при объеме дивертикула до 200 мл. У 6 больных, которым проведена только вапоризация или коагуляция слизистой, объем ДМП уменьшился на 1/2. Такую технику мы применяли у пациентов с небольшими ДМП, и при их локализации в области верхушки мочевого пузыря, где инцизия имеет высокий риск внутрибрюшинной перфорации мочевого пузыря. Цистолитотрипсия, после инцизии шейки ДМП и эвакуации камня в мочевой пузырь проведена в 6 случаях.

По данным ряда авторов (Orandi. A, Luciani L.G.), слизистая дивертикула (подвержена метаплазии в большей степени, чем слизистая мочевого пузыря в связи с хроническим воспалительным процессом. Мы провели биопсию неизменной слизистой мочевого пузыря и ДМП у 10 больных. Во всех случаях достоверного различия не было - получен эпителий без атипии с лимфойдной инфильтрацией.

Т.к. инцизия шейки ДМП выполнена одновременно с ТУР ДГП или инцизией простаты при ее склерозе, у всех пациентов отмечено улучшение мочеиспускания, что подтверждено данными урофлоуметрии. Среднее увеличение максимальной скорости

потока мочи на 9 мл/с. Мы отметили, что такой показатель, как  $Q_{\max}$  не зависит от объема дивертикула.

Осложнения трансуретральных вмешательств отмечены у 4 пациентов. Среди них: электроожог бедра; кровотечение из зоны инцизии, потребовавшее повторной эндоскопической ревизии и коагуляции; острый эпидидимоорхит; дивертикулит. Развитие последнего мы связываем с неверной тактикой оперативного лечения, т.к. у данного больного не была проведена одновременная с инцизией шейки ДМП коррекция ПВО, что привело к неадекватному дренированию МВП в послеоперационном периоде. Повторное дренирование мочевого пузыря уретральным катетером и антибактериальная терапия позволили купировать данное осложнение. Учитывая частое инфицирование МВП при дивертикулах, мы считаем необходимыми адекватную антибактериальную терапию и профилактику у данной категории больных, а также проведение одноэтапных трансуретральных вмешательств при ДМП и заболеваниях, приводящих к развитию ИВО. Считаем, что предоперационное продленное дренирование мочевого пузыря эпицистостомой (в течение 20-25 сут.) при наличии исходного цистита и дивертикулита также является методом профилактики гнойно-воспалительных осложнений.

Сравнивая результаты эндоскопического лечения и открытой резекции мочевого пузыря с дивертикулом, следует отметить, что эффективность последней выше (100%). Но по таким показателям как время операции, выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, послеоперационный койко-день (в среднем 12,1 при эндоскопическом вмешательстве и 32,7 после открытой операции), открытые операции значительно уступают эндоскопическим трансуретральным вмешательствам и, кроме того, требуют эндотрахеального наркоза и длительной миелорелаксации. Все это позволяет рекомендовать эндоскопические методы лечения в качестве альтернативы, в том числе и при ДМП большого объема, больным с выраженными сопутствующими заболеваниями.

## ВЫВОДЫ

1. Уретроцистоскопия с осмотром полости дивертикула (при необходимости, после инцизии его шейки) является основным лечебно-диагностическим методом, определяющим тактику лечения дивертикулов мочевого пузыря.

2. Инцизия шейки дивертикула мочевого пузыря не менее чем в трех местах (по условному циферблату), с обязательным рассечением детрузора и созданием широкого соустья между дивертикулом и мочевым пузырем за счет применения параллельных разрезов (собственная модификация), дополненная коагуляцией (вапоризацией) слизистой оболочки дивертикула и коррекцией инфравезикальной обструкции, является оптимальной техникой трансуретрального эндоскопического лечения данного заболевания.

3. Особенностью ведения больных с дивертикулами мочевого пузыря после эндоскопического лечения является тщательный контроль за состоянием дивертикула мочевого пузыря и окружающих его тканей с помощью ультразвукового сканирования и рациональная антибактериальная терапия вплоть до восстановления самостоятельного адекватного мочеиспускания

4. Окончательный результат эндоскопического лечения (сокращение объема дивертикула и остаточной мочи в его полости) может быть оценен через 6 месяцев после проведенной операции. Эффективность трансуретральных методов лечения имеет обратную зависимость от исходного объема дивертикула и уступает открытой резекции мочевого пузыря с дивертикулом. Однако малая травматичность и короткое время вмешательства в сочетании с быстрой медицинской и социальной реабилитацией больных позволяет рекомендовать данную методику как альтернативную открытой резекции, особенно у пациентов с отягощенным соматическим статусом.

5. Основные осложнения эндоскопического метода лечения дивертикулов мочевого пузыря связаны с инфицированием мочевыводящих путей при данном заболевании и нерациональной техникой операции. Основными методами профилактики возможных осложнений являются: оптимальная методика



оперативного вмешательства, направленная на обеспечение адекватного дренирования дивертикула и мочевого пузыря в послеоперационном периоде и рациональная антибактериальная терапия.

6. Абсолютными показаниями к эндоскопическому лечению считаем наличие дивертикула мочевого пузыря, объемом до 300 см<sup>3</sup>, содержащего остаточную мочу, камень или неинвазивную опухоль, расположенного в любом месте мочевого пузыря, кроме его верхушки. При данной локализации дивертикула, а также при выявлении в нем инвазивных опухолей, аномалиях юкставезикального отдела мочеточника, открывающегося в дивертикул, эндоскопическое лечение считаем противопоказанным. Во всех остальных случаях, особенно у соматически ослабленных пациентов, показания к эндоскопическому лечению дивертикулов мочевого пузыря являются относительными.

#### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При диагностировании дивертикула мочевого пузыря уродинамическое обследование (урофлоуметрия) является необходимым для диагностики сопутствующей инфравезикальной обструкции.

2. Инцизия шейки и абляция дивертикула мочевого пузыря должна производиться одним этапом с трансуретральной резекцией предстательной железы.

3. Инцизия шейки дивертикула облегчает проведение трансуретральной резекции (эвакуацию фрагментов резецированной ткани) предстательной железы при ее доброкачественной гиперплазии.

4. При наличии неинвазивной опухоли, исходящей из дивертикула мочевого пузыря, проведение инцизии шейки дивертикула позволяет выполнить ее трансуретральную резекцию.

5. При локализации устья мочеточника в дивертикуле или его шейке необходима катетеризация мочеточника. Если это невозможно, то необходимо начинать инцизию с зоны, противоположной возможному расположению мочеточника.

6. Проведение трансуретрального вмешательства не исключает последующей открытой резекции мочевого пузыря, если дальнейшее течение болезни будет диктовать ее необходимость.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Трансуретральное эндоскопическое лечение дивертикулов мочевого пузыря. В книге "Актуальные вопросы урологии". Казань, 2000, с 159-161. /соавт. А.Г. Мартов, Б.Л. Гушин, Ш.И. Аль-Мусави/.
2. Эндоскопическое лечение дивертикулов мочевого пузыря. "Урология", 2001, № 6, с. 40-44. /соавт. А.Г. Мартов, Б.Л. Гушин, Р.В. Салюков, Ш.И. Аль-Мусави, А.В. Амелин/.
3. Трансуретральная резекция при сочетании доброкачественной гиперплазии простаты и дивертикула мочевого пузыря. 1-й конгресс профессиональной ассоциации андрологов России. Тезисы научных трудов. **Кисловодск - Домбай**, 2001, с. 34-35. /соавт. А.Г. Мартов/.
4. Метод трансуретрального оперативного лечения дивертикулов мочевого пузыря. В книге "Актуальные вопросы урологии и нефрологии". Санкт-Петербург, 2001, с. 230-232. /соавт. А.Г. Мартов, Б.Л. Гушин, Р.В. Салюков/.
5. Трансуретральное лечение дивертикулов мочевого пузыря. 43-я научно-практическая конференция врачей областной клинической больницы и ученых Ярославской государственной медицинской академии. Тезисы докладов. Ярославль, 2001, с.48. /соавт. А.П. Иванов, Д.Е. Федотов/.
6. Дивертикулы мочевого пузыря. "Урология", 2002, № 3, с. 55-57. /совет. А.Г. Мартов/.
7. Трансуретральные эндоскопические вмешательства при дивертикулах мочевого пузыря. Сборник научных работ студентов и молодых ученых Ярославской государственной медицинской академии. Тезисы докладов. Ярославль, 2002, с. 136. /соавт. М.А. Крюков, И.С. Шорманов/.

8. Трансуретральные методы лечения дивертикула мочевого пузыря. X съезд урологов России. Тезисы докладов. Москва, 2002, с. 756-757. /соавт. А.Г. Мартов, А.П. Иванов, Д.Е. Федотов/.

Лицензия

ПД00661.Печ.л. 1.

Заказ 2892. Тираж

100.

Отпечатано в типографии Ярославского  
государственного технического  
университета г. Ярославль, ул.  
Советская, 14 а, тел. 30-56-63.