

ЛИТЕРАТУРА

1. Kulkarni R, Bellamy E. Nickel-titanium shape memory alloy Memokath 051 ureteral stent for managing long-term ureteral obstruction: 4-year experience. J Urol 2001; 166: 1750-4
2. Joshi HB, Stainthorpe A, MacDonagh RP, Keeley FX Jr, Timoney AG, Barry MJ. Indwelling ureteral stents: evaluation of symptoms, quality of life and utility J Urol 2003; 169: 1065-9
3. Perry MJ, Roodhouse AJ, Gidlow AB, Spicer TG, Ellis BW. Thermo-expandable intraprostatic stents in bladder outlet obstruction: an 8-year study. BJU Int 2002; 90: 216-23
4. Klarskov P, Nordling J, Nielsen JB. Experience with Memokath 051 ureteral stent. Scand J Urol Nephrol 2005; 39: 169-72
5. Siddique KA, Zammit P, Bafaloukas N, Albanis S, Buchholz NP. Repositioning and removal of an intra-renal migrated ureteric Memokath stent. Urol Int 2006; 77:297-300

УДК 616.617-089.85

© П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, М.А. Газимиев, Г.Н. Акопян, В.И. Руденко, Ж.Ш. Инояттов, Н.И. Сорокин, 2011

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, М.А. Газимиев,
Г.Н. Акопян, В.И. Руденко, Ж.Ш. Инояттов, Н.И. Сорокин
**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКОВ
И МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ**
*НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, г. Москва
ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва*

Улучшить диагностику и лечение больных с ятрогенными повреждениями мочеточников и мочеточниково-влагалищными свищами. Мы наблюдали 31 больных с ятрогенной травмой мочеточника различной этиологии, в возрасте от 27 до 53 лет (средний возраст – 36 лет). Из них 18 пациенток после гинекологических операций, 9 – после урологических, 4 – после хирургических. Всем пациенткам выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с трехмерной реконструкцией. Во всех наблюдениях выполнялась оптическая уретероскопия. В зависимости от интраоперационной находки, мы выполняли либо уретеротомию, либо баллонную дилатацию мочеточника до 14 Сн, а затем в мочеточник устанавливали эндотомический стент 7-14 Сн на 6-8 недель. При контрольном обследовании через 2 месяца после удаления эндотомического стента, у 25(80,6%) из 31(100%) больных полностью восстановилась уродинамика ВМП на стороне поражения. У 6 пациенток (19,4%), после удаления эндотомического катетера-стента сохранялся уретерогидронефроз и возобновилось подтекание мочи, в связи с чем, в зависимости от характера повреждения повреждения открытая реконструктивная операция (уретероцистостомия, нефрэктомия). Раннее выявление повреждений мочеточников, применение современных малоинвазивных методов диагностики (МСКТ) и лечения (эндотомия, баллонная дилатация и стентирование) позволило у 80,6% больных восстановить целостность мочеточника после ятрогенной травмы и ликвидировать МВС, не прибегая к открытым реконструктивным операциям.

Ключевые слова: повреждения мочеточников, мочеточниково-влагалищные свищи, мультиспиральная компьютерная томография, эндоскопические методы лечения повреждений мочеточников, уретероскопия, баллонная дилатация мочеточника, уретеротомия, эндотомический катетер-стент.

P.V. Glybochko, Yu.G. Aliayev, M.A. Gazimiyev,
G.N. Akopyan, V.I. Rudenko, Zh.Sh. Inoyatov, N.I. Sorokin
**ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF IATROGENIC URETERAL
INJURIES AND URETERAL-VAGINAL FISTULAS**

The purpose of the study was to improve the diagnosis and treatment of patients with iatrogenic ureteral injuries and ureteral-vaginal fistulas. We observed iatrogenic ureteral injuries of various etiologies in 31 patients, aged 27 to 53 (average age - 36 years). Out of their number, 18 patients had previously undergone gynecologic interventions, 9 - urological, and 4 - surgical. Multispiral computer tomography (MSCT) with three-dimensional image reconstruction was conducted in all the patients. Optical ureteroscopy was performed in all the cases. Based on the intraoperative findings, we performed ureterotomy or balloon dilatation of the ureter up to 14 CH, whereupon 7-14 CH endotomic stent was placed in the ureter for 6-8 weeks. A follow-up examination 2 months after endotomic stent removal showed a complete upper urinary tract urodynamics recovery of the affected side in 25 (80.6%) out of 31 (100%) patients. Ureterohydronephrosis persisted and urine leakage reoccurred in 6 female patients (19.4%) following endotomic catheter-stent removal, due to which an open reconstructive operation (ureteroneocystostomy, nephrectomy) was carried out, considering the injury profile. Early detection of injury to the ureter, the use of advanced minimally invasive methods of diagnosis (MSCT) and treatment (endotomy, balloon dilatation and stenting) has allowed to restore ureter continuity after iatrogenic injury and to eliminate the ureteral-vaginal fistula without resorting to an open reconstructive surgery in 80.6 % patients.

Key words: damage to the ureters, ureteral-vaginal fistulas, multispiral computer tomography, endoscopic methods of ureteral injury treatment, ureteroscopy, balloon dilatation of the ureter, ureterotomy, endotomic catheter-stent.

Ятрогенные повреждения мочеточников наблюдаются весьма редко, однако чрезвычайно опасны и могут явиться причиной долгих страданий пациента, иногда потери почки. По данным различных авторов, за последние годы количество ятрогенных повреждений мочеточников (ЯПМ) варьировало в значительных пределах. Отмечается некоторая осо-

бенность. До начала 90-х годов приводятся цифры невысокие, в пределах 1-5%. Затем отмечается тенденция к возрастанию количества ЯПМ, до 30%. По всей видимости, это увеличение % ЯПР связано с активным освоением новых эндоскопических методик. Последние 10 лет авторы приводят уже процент осложнений в пределах 0,3-0,4%.

Несмотря на такой низкий % осложнений, актуальным остается поиск новых способов и методов профилактики ЯПМ. И если осложнения все-таки возникают, актуален поиск методов скорейшего избавления пациента от последствий повреждений.

У 65-70% больных повреждения остаются незамеченными во время операции и диагностируются только в послеоперационном периоде [1,11,13]. По литературным данным, интраоперационные повреждения мочеточников встречаются от 0,3 до 30%, наиболее часто в акушерерско-гинекологической практике (60%), затем у урологов (30%) и общих хирургов (10%). Радикальные, расширенные операции по поводу злокачественных заболеваний шейки матки наиболее часто чреваты опасностью возникновения мочеточно-влагалищных свищей (МВС) вследствие травмы мочеточника [2,4,5].

Причинами подобных повреждений не всегда являются погрешности в технике операций. Нередко осложнения связаны с топографо-анатомическими изменениями, которые возникают в полости малого таза в результате воспалительных заболеваний или доброкачественных и злокачественных опухолей. Особенно опасными являются все мезометральные опухоли, исходящие из придатков или тела матки. Анатомические нарушения при этих опухолях различны, и изменения мочеточников находятся в зависимости от направления их роста [14].

Обычно при подобных ситуациях, при отсутствии острого пиелонефрита и мочевого затеков, осуществляется немедленное восстановление целостности мочеточника и дренирование верхних мочевых путей (ВМП) [7,8]. Чаше, однако, выполняют нефростомию на 6-8 недель, а затем осуществляют реконструктивную операцию [3, 6, 9, 10,12]. При этом ранние и поздние послеоперационные осложнения при пластике мочеточника составляют 9,1% и 21,8% соответственно [15,16].

Для избежания повреждения мочеточников немаловажным является профилактика интраоперационных травм, ранняя диагностика повреждений, а если все же имело место травма - немедленное устранение гипертензии верхних мочевых путей, что часто сопровождается травмами подобного рода. Большие возможности эндоурологии позволили применить рентгеноэндоскопические методики для эффективной диагностики и оперативного лечения повреждений мочеточников и мочеточно-влагалищных свищей, позволяю-

щим избавить больных от повторных сложных и травматичных реконструктивно-пластических операций [17]. Так или иначе, наличие МВС предполагает длительное психологическое и физическое страдание и неизбежное повторное оперативное вмешательство, которое так же не лишено различного рода осложнений.

Материал и методы

За последние два года мы наблюдали 31 больных с ятрогенной травмой мочеточника различной этиологии, в возрасте от 27 до 53 лет (средний возраст – 36 лет). Из них 18 пациенток после гинекологических операций, 9 - после урологических, 4 - после хирургических.

Помимо комплексного клинического обследования всем пациенткам, для уточнения локализации и характера повреждения мочеточника, а также состояния верхних мочевых путей и парауретеральной клетчатки, выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с трехмерной реконструкцией.

Во всех наблюдениях, независимо от характера повреждения мочеточника и сроков образования МВС, для уточнения состояния внутреннего просвета мочеточника (степень и характер повреждения, наличие стеноза, лигатур и т.д.), нами выполнялась оптическая уретероскопия. В зависимости от интраоперационной находки мы выполняли либо уретеротомию, либо баллонную дилатацию мочеточника до 14 Сн, а затем в мочеточник устанавливали эндотомический стент 7-14 Сн на 6-8 недель. Для уточнения герметичности мочеточника в зоне травмы или МВС интраоперационно проводилась ретроградная уретерография. При недостаточной герметичности в послеоперационном периоде мы проводили дренирование мочевого пузыря уретральным катетером в течение 10 дней.

Результаты

При контрольном обследовании (УЗИ, экскреторная урография, МСКТ) через 2 месяца после удаления эндотомического стента, у 25(80,6%) из 31(100%) больных полностью восстановилась уродинамика ВМП на стороне поражения. У 6 пациенток (19,4%), после удаления эндотомического катетера-стента сохранялся уретерогидронефроз и возобновилось подтекание мочи, в связи с чем, в зависимости от характера повреждения, выполнена открытая реконструктивная операция (уретероцистостомия, нефрэктомия).



Рис. 1. МСКТ в положении на животе (стрелкой указан затек контрастного препарата)

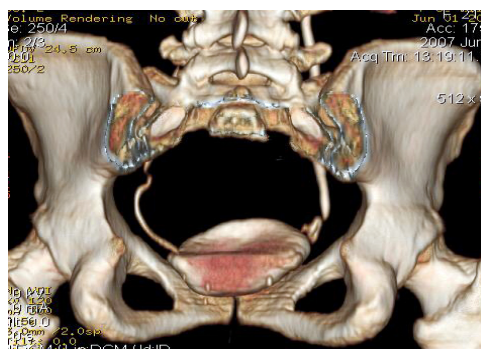


Рис. 2. МСКТ с 3-D реконструкцией. В нижней трети справа определяется дефект мочеточника и затек контрастного препарата

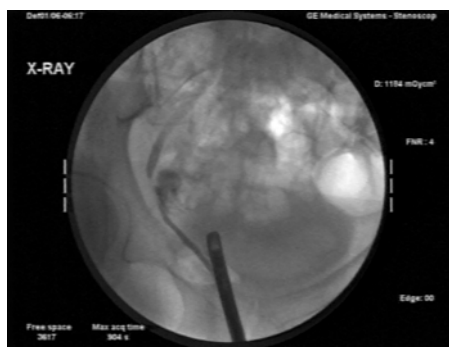


Рис. №3. Ретроградная уретеропиелогрфия. Затек контрастного вещества парауретерально



Рис. №4. Уретероскопия. Зона повреждения



Рис. 5. Контрольная МСКТ после удаления стента. Нарушения уродинамики и затека контрастного вещества не отмечается

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение. Пациентка Б., 36 лет. Диагноз: мочеточниково-влагалищный свищ справа. Состояние после лапароскопии, коагуляции правого яичника, очагов наружного генитального эндометриоза, разделение спаек.

Пациентке по поводу апоплексии правого яичника, спаечного процесса в малом тазу, полипа эндометрия была выполнена: лапароскопия, коагуляция правого яичника, очагов наружного генитального эндометриоза, разделение спаек, санация брюшной полости, гистероскопия, диагностическое выскабливание полости матки, биопсия шейки матки. Послеоперационный период без осложнений. На 4-е сутки после операции отметила появление тупой тянущей боли в поясничной области справа и подтекание мочи из влагалища.

При ультразвуковом исследовании выявлено расширение чашечно-лоханочной системы

справа: лоханка до 2,5 см, чашечки до 1,7 см. Выполнена МСКТ, по данным которой отмечается расширение ЧЛС правой почки - размер лоханки 23x14мм, чашечек до 9 мм. Правый мочеточник диаметром до 5-8мм, в его нижней трети, на расстоянии около 3,0 см от устья, отмечается затёк контрастного препарата из мочеточника в парауретеральную клетчатку (рис. 1, 2).

Пациентке выполнена уретероскопия справа, ретроградная уретерография, баллонная дилатация нижней трети правого мочеточника, установка эндотомического катетера-стента справа. При уретероскопии справа, на 4 см от устья выявлено два сужения в зоне повреждения мочеточника, слизистая в этом месте белесоватого цвета (рис. 3, 4).

Эндотомический катетер-стент удален через 8 недель, подтекания мочи нет. При контрольном обследовании затека контрастного вещества не выявлено (рис. 5).

Заключение

Использование мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием позволяет уточнить не только уровень повреждения мочеточника (как правило свищи располагались на расстоянии 3 – 6 см от устья мочеточника), но и ее протяжённость, а также состояние парауретеральной клетчатки в этой зоне. Полученные предварительные данные указывают на эффективность и целесообразность выбранной малоинвазивной лечебной

тактики, которая позволяет уменьшить вероятность открытых оперативных пособий (уретероцистостомия и т.д.). Раннее выявление повреждений мочеточников, применение современных малоинвазивных методов диагностики (МСКТ) и лечения (эндотомия, балонная дилатация и стентирование) позволило у 80,6% больных восстановить целостность мочеточника после ятрогенной травмы и ликвидировать МВС, не прибегая к открытым реконструктивным операциям.

Сведения об авторах статьи:

Петр Витальевич Глыбочко – член-корр. РАМН, проф., директор НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес (всех): г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Юрий Геннадьевич Аляев – член-корр. РАМН, проф., зав. кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, директор урологической клиники Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес (всех): ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Магомед Алхазурович Газимиев – д.м.н., проф. Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Гагик Нерсесович Акопян – к.м.н., ассистент Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1. gagik.akopyan@mail.ru

Вадим Игоревич Руденко – д.м.н., доцент Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Жасур Шухратович Иноятов – ст. лаборант Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Николай Иванович Сорокин – к.м.н., заведующий отделением эндоскопии отделения Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайнберг З.С. Травма органов мочеполовой системы. Москва, Медпрактика-М, 2006. 10.
2. Канн Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М 1986; с 481.
3. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Новиков А.И., Дорофеев С.Я., Лебедев М.А., Аль-Исса А. Оперативное лечение повреждений мочевых путей и их последствий в акушерско-гинекологической практике. Акушерство и гинекология №6 2004.
4. Петров С.Б., Шпилева Е.С., Какушадзе З.А., Богданов А.Б. Повреждения мочеточников в гинекологической и акушерской практике. Журн. акушерства и жен. болезней. 2000. Т. 49, вып. 4. - С. 31-34.
5. Переверзев А.С. Актуальные проблемы оперативной урогинекологии// Современные проблемы урологии: Материалы VI Международного конгресса урологов. – Харьков, Факт., 1998.- С.3-9.
6. Еургеле Т., Симич П. Риск мочеточниково-пузырных повреждений в хирургии живота и таза. Бухарест 1972; 165.
7. Franke J.J., Smith J.A. Surgery of urether// Campbell's Urologie/ Walsh P.C. et al. – 7 th Ed., Vol.3., Philadelphia: W.B.Saunders, 1998, - P. 3062-3084.
8. Bright T. C. Emergency management of the injured ureter. Urol. Clin. North Am., 9: 285, 1982.
9. Gurin J. I., Garcia R. L., Melman A., Leiter E. The pathologic effect of ureteral ligation with clinical implications. J. Urol., 128:1404,1982.
10. Hoch W. H., Kursh E. D., Persky L. Early aggressive management of intraoperative ureteral injuries. J.Urol., 114: 530, 1975.
11. Raney A. M. Ureteral trauma: Effects of ureteral ligation with and without deligation — experimental studies and case reports. Urol., 119: 326, 1978.
12. Spirnack J. P., Resnick M. I., Persky L. P. The management of civilian ureteral gunshot wounds: A review of 8 patients. J. Urol., 134: 733, 1985.
13. Spirnack J. P., Hampel N., Resnick M. I. Ureteral injuries complicating vascular reconstructive surgery: Is repair indicated? J. Urol., 141:13, 1989.
14. Мажбиц А.М. Оперативная урогинекология. М.: Медицина, 1964; С. 4–10.
15. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. Пластика протяженной стриктуры поясничного отдела мочеточника: новое решение. //Здравоохранение Башкортостана, спец. выпуск № 3. – «Актуальные вопросы урологии. Заболевания предстательной железы. Новые технологии в урологии». – 2005. – С. 283 – 285.
16. Дорофеев С.Я., Гулиев Б.Г., Субелиани З.Г. Особенности замещения протяженных дефектов мочеточников сегментами кишечного тракта. //Всероссийская научная конференция «Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения». Труды. СПб., 2006. – С. 66 – 67.
17. А. Г. Мартов, С. А. Маслов, Р. В. Салюков, А. А. Лисенок. Рентгеноэндоскопическое лечение мочеточниково-влагалищных и мочеточниково-маточных свищей. Урология: двухмесячный научно-практический журнал. - 2006. - N 1. - С. 11-15.

УДК 616.61-006.6-0.18.74-008.9-02-0.79.4(045)

© П.В. Глыбочко, Д.А. Дурнов, А.Н. Понукалин, Н.Б. Захарова, Б.И. Блюмберг, А.Н. Россоловский, 2011

П.В. Глыбочко¹, Д.А. Дурнов², А.Н. Понукалин²,
Н.Б. Захарова², Б.И. Блюмберг², А.Н. Россоловский²

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ОНКОМАРКЕРА Т_uМ2РК И ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В СТАДИРОВАНИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

¹ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский

университет им. И.М.Сеченова Минздрава России», г. Москва

²ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России»