

Комяков Б. К., Гулиев Б. Г., Давранов А. Ж.

СПб ГУЗ "Городская многопрофильная больница № 2",
Санкт-Петербург, Россия

ЭКСТРААНАТОМИЧЕСКОЕ НЕФРОВЕЗИКАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ

Введение. Механическая обструкция мочеточников является одним из наиболее тяжелых осложнений новообразований органов малого таза и брюшной полости. Методом выбора при подобных состояниях, позволяющим продлить жизнь онкологическим больным, являются различные пути отведения мочи из почек, среди которых можно выделить внутренние способы (установка мочеточникового полиуретанового или металлического нитинолового стентов) и наружные (чрескожная пункционная нефростомия, уретерокута-неостомия). Внутреннее дренирование зависит от степени стеноза мочеточников, поэтому не всегда выполнимо, а наличие наружных дренажей, требует постоянного ухода за ними, ухудшает качество жизни и социальную адаптацию больных. В таких случаях альтернативой являлось подкожное обходное дренирование верхних мочевых путей с помощью нефровезикальных стентов. В настоящее время только в зарубежной литературе имеются единичные сообщения о таком способе паллиативного дренирования верхних мочевых путей. Все авторы дренирование нефровезикальными шунтами осуществляли онкологическим больным, у которых анте- или ретроградная установка мочеточникового стента была невозможной или безуспешной, а от отведения мочи путем нефростомии пациенты отказывались.

Материал и методы. Данное оперативное вмешательство обычно выполняется под общей анестезией в положении на боку, если планируется дренирование с одной стороны, или на животе при дренировании обеих почек. При наличии нефростомического дренажа повторную перкутанную нефростомию лучше выполнить латеральнее, что в последующем облегчает под-

кожное проведение стента и его установку. Под ультразвуковым и рентгенологическим контролем производится пункция полостной системы почки через нижнюю группу чашечек, затем по жесткой струне свищ бужируется до 30 Шр (наружный диаметр стента 27 Шр), и устанавливается кожных Amplatz. Затем через небольшой разрез над лоном выделяется передняя стенка мочевого пузыря, которая берется на держалки. Далее с помощью устройства, состоящего из кожных и интродюсера, создается подкожный тоннель между зоной пункции почки и раной над лоном, через который проводится шунт. Затем его верхний конец по кожному Amplatz устанавливается в полостную систему почки, после чего подкожный проводник удаляется. Через небольшой разрез дистальный конец стента устанавливается в мочевой пузырь. Раны послойно ушиваются. В нашей стране мы 13.01.2006 года впервые успешно применили подобную методику дренирования почки, используя специально изготовленный для этой цели набор фирмы Porges.

Результаты. Послеоперационных осложнений не было. При антеградной пиелоуретрографии полостная система почки не расширена, нефровезикальный шунт контрастируется на всем протяжении. Нефростомический дренаж был удален и больная выписана на амбулаторное лечение.

Заключение. Считаю, что субкутанное нефровезикальное шунтирование является хорошей альтернативой перкутанной нефростомии у онкогинекологических больных с обструкцией мочеточников и почечной недостаточностью. Данное оперативное вмешательство малотравматичное и относительно несложное, позволяет избавить больных от мочевых свищей и улучшить качество их жизни.

Кохреидзе Н. А., Кутушева Г. Ф.,
Кольцова Т. В., Смирнова Ю. Ю.

Кафедра детской и подростковой гинекологии ФПО
ФПБГПМА; отделение гинекологии детской инфекционной
больницы №5 им. Н.Ф. Филатова,
Санкт-Петербург, Россия

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ИНВАЗИВНОЙ ЭНДОВИДЕОДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Накопление опыта, связанного с внедрением в клиническую практику лапароскопических (ЛС) методов диагностики и лечения изменяет алго-

ритмы ведения пациенток с разными видами гинекологической патологии.

Целью нашего исследования явилась разработ-

ка рациональных подходов к применению лапароскопии в детской гинекологической практике.

Материал и методы: анализ 610 историй болезни пациенток, подвергшихся (ЛС) вмешательствам в отделении гинекологии ДИБ № 5 им. Н.Ф. Филатова.

Результаты исследования и обсуждение. За пять лет проведено 610 ЛС вмешательств на внутренних гениталиях. Возраст девочек от 22 дней до 17 лет. Доля ЛС среди прочих видов операций составила 74 %. Экстренно и срочно-планово оперированы 69,8 % больных, планово — 30,8 %. Основным показанием к экстренной лапароскопии являлся острый абдоминальный болевой синдром. Причиной острого гинекологического живота у 65,9 % девочек явилась острая невоспалительная патология придатков матки (разрывы яичниковых кист, перекрут придатков, внематочная беременность, аномалии развития внутренних гениталий с нарушением оттока менструальной крови). У 40,8 % пациенток выявлена воспалительная патология внутренних гениталий. Во время проведения ЛС вмешательств у больных с воспалительными заболеваниями малого таза в 8,5 % случаев поставлены показания и проведены симультанные операции, чаще всего аппендэктомии и резекции большого сальника. В 5 % случаев — произведена конверсия на лапаротомию. Показаниями к плановой ЛС явились: опухолевые и опухолевидные заболевания яичников кистозные образования, ХУ — реверсия пола, пороки развития внутренних гениталий, в том числе функционирующий рудиментарный рог, синдром Роки-танского — Майера (лапароскопическое пособие при брюшинном кольпопозе). Диагностическая ЛС выполнена 26 пациенток с хроническим абдо-

минальным болевым синдромом (ХАБС). Мы не находили высокого распространения наружного генитального эндометриоза у данной категории больных. В наших наблюдениях значительно более часто (6 больных) выявляли хронический маточно — перитонеальный рефлюкс с сопутствующими явлениями эндосальпингоза. Находками при диагностической лапароскопии у больных с хроническим абдоминальным болевым синдромом стали кисты широкой связки матки, в том числе с частичным нарушением питания без вовлечения придатков матки, нетугие перекруты придатков, спаечный процесс в придатках матки в сочетании с серозоцеле у больных с аппендикулярно-генитальным синдромом. В группе больных с ХАБС расхождение до- и после операционного диагноза составило 23,5 %. В настоящее время мы склонны считать необходимым проведение ЛС верификации диагноза, особенно в тех случаях, когда речь идет о таких заболеваниях, как рецидивирующие воспалительные процессы в придатках матки, наружный генитальный эндометриоз. Такой подход оправдан потому, что с одной стороны адекватная терапия этих заболеваний весьма агрессивна, а с другой стороны скудность симптомов этих заболеваний в подростковом периоде приводит к ошибочному диагнозу, неадекватному лечению, дальнейшему прогрессированию заболевания, снижению репродуктивного потенциала.

Заключение. На основании изложенных данных, можно заключить, что ЛС в детской гинекологической практике нельзя считать методом, альтернативным лапаротомиям. Это — самостоятельная технология диагностики и лечения, обеспечивающий современный профессиональный уровень детского гинекологического стационара.

Крючкова Н. В., Кузовлев О. П.,
Лактионова Л. В.

ФГУЗ ФМБА России ЦМСЧ № 165,
Москва, Россия

НОВЫЙ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С СУБИНВОЛЮЦИЕЙ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

Актуальность проблемы. Послеродовой эндометрит на протяжении многих лет остается наиболее часто встречаемой патологией. Важным прогностическим признаком в развитии послеродового эндометрита является субинволюция матки, которая в 15–86,7 % случаев манифестируется в развернутую клиническую картину воспалительного процесса в полости матки. По немногочисленным данным литературы терапия субинволюции матки, диагностируемой в женской

консультации, сводятся к хирургическому и/или антибактериальному лечению в сочетании с утеротоническими средствами. Однако, массивная медикаментозная нагрузка на организм женщины на фоне транзиторного частичного иммунодефицита после физиологической иммунодепрессии и нарастающей лактационной функции нежелательна. Применение современных немедикаментозных методов открывает новые перспективы в терапии субинволюции матки. Метод структурно-