

Хирургия. Наблюдения из практики

УДК 618.1-007.43

СЛУЧАЙ БЛОКА ПОЧКИ ПОСЛЕ ЭСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО НЕОФАСЦИОГЕНЕЗА У БОЛЬНОЙ С ПОЛНЫМ ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Д.Н. Субботин, МЛПУ «Городская больница № 40», г. Н. Новгород

Субботин Дмитрий Николаевич – e-mail: subbotin_gyn@mail.ru

В статье описан редкий случай развития блока левой почки после установки синтетического имплантата для лечения полного выпадения матки и влагалища.

Ключевые слова: неофасциогенез, пролапс гениталий, блок почки.

The article describes a rare case of left kidney block development after placing synthetic implant for treatment of complete prolapse of uterus and vagina.

Key words: neofasciogenesis, prolapse of genitals, kidney block.

Введение. Пролапс гениталий на сегодняшний день представляет собой важную медицинскую, социальную и этическую проблему. По данным ВОЗ к 80 годам жизни женщины риск пролапса гениталий достигает 11%.

По данным разных авторов, распространенность заболевания варьирует от 8 до 56,3% [1, 2], возрастая до 80% в постменопаузе [3]. В России в структуре гинекологических заболеваний выпадения матки составляют 28-38,9% [4, 5, 6]. В последнее десятилетие поиск путей решения проблемы хирургического лечения пролапса гениталий не прекращается. Число предложенных методов лечения значительно увеличилось по сравнению с имеющимися в 60-90-ых годах [7, 8]. Наряду со значительными техническими трудностями устранения недостаточности тазового дна хирург нередко сталкивается с проблемами выбора наименее травматичного и эффективного метода оперативного вмешательства. Прогрессирующий характер заболевания приводит, по мере развития процесса, к усугублению функциональных нарушений, что обуславливает индивидуальный подход к выбору метода хирургической коррекции для каждой больной с учетом тяжести и формы пролапса, опыта хирурга.

Влагалищный доступ представляется наименее травматичным и безопасным, значительно легче переносится больными, не требует дорогостоящего эндоскопического оборудования, преимущественно не требует общего обезболивания и не имеет косметических дефектов, считают некоторые авторы. Это подтверждают и данные Кохрейновского мета-анализа рандомизированных исследований, согласно которому влагалищный доступ, в сравнении с лапаротомным, сопровождался меньшим количеством осложнений и лучшей переносимостью. С другой стороны, преимуществ вагинальной хирургии перед лапароскопической, кроме уменьшения длительности операции, выявлено не было.

Несмотря на большое количество и разнообразие методик оперативного лечения, частота рецидивов в настоящее время достигает 58% [9]. Это побуждает к поиску новых методов хирургического лечения и использованию оптимальных

имплантационных материалов. Знания, накопленные за последнее время, показывают, что эффективность хирургического лечения пролапса гениталий с использованием синтетических устройств может достигать 81-100% [10]. В настоящее время остается актуальной проблема не только эффективности хирургического лечения ОиВВПО, но и безопасности использования синтетических имплантатов. В связи с этим наиболее важными задачами в современной оперативной гинекологии являются задачи разработки новых методов оперативного лечения пролапса гениталий, дифференциального подхода к выбору метода коррекции, установление путей профилактики послеоперационных осложнений и рецидивов ОиВВПО, улучшение качества жизни пациенток после хирургического лечения. Одним из сдерживающих факторов внедрения новых технологий является, на наш взгляд, боязнь гинекологов столкнуться с новыми осложнениями, которые несут в том числе и имплантационные методы хирургического лечения ОиВВПО. Разработка и распространения новых знаний о путях преодоления «новых» осложнений являются предметом изучения последних работ зарубежных и отечественных авторов. **Целью данного материала** также является попытка помочь хирургам выйти из затруднительного положения при редком осложнении, с которым авторы столкнулись при лечении пролапса гениталий.

Материалы и методы. Больная 75 лет, диагноз: Пролапс гениталий 4 ст. тяжести (классификация POP-Q), декубитальная язва, сенильный кольпит. Страдает опущением стенок влагалища более 20 лет. В течение последних 5 лет отмечается полное выпадение матки и стенок влагалища, осложненное декубитальной язвой и множественными сливающимися язвами стенок и преддверия влагалища. Особенностью данного случая является выраженное растяжение стенок влагалища и размер грыжевого мешка, достигающий 30 см в диаметре. Жалобы на чувство инородного тела, постоянный дискомфорт в области промежности, боли внизу живота, невозможность опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки без пальцевого вправления грыжевого мешка, запоры. Сопутствующие

заболевания: послеоперационная вентральная грыжа; паховая грыжа слева; гипертоническая болезнь 3 ст. тяжести, риск 4; ИБС, стенокардия покоя и напряжения, 3 КФК; атеросклеротический атеросклероз, H2A. В течение 20 дней до операции в условиях стационара получала местную противовоспалительную и гормональную терапию с целью лечения язв. На фоне улучшения воспалительного процесса произведена операция: вагинопексия устройством Prolift total. Особенностью операции явилось затрудненное вправление выпавшего мочевого пузыря, что потребовало усилия для установки передней части Пролифта, т. е. передняя часть устройства установлена с «натяжением». Показаний для экстирпации матки не было.

Результаты. С первых суток послеоперационного наблюдения больная жаловалась на умеренные боли в левой нижней части живота, что связывалось нами с наличием левосторонней паховой грыжи. Клиники ущемления грыжи не было. На 6-е сутки послеоперационного периода появились сильные боли в области поясницы слева. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки каликопиелозктазии слева. Выполнена экскреторная урография, заключение: синдром белой почки. При цистоскопии выявлена выраженная деформация области устья левого мочеточника, устье недоступно для катетеризации.

На 7-е сутки послеоперационного периода сняты швы с передней стенки влагалища, сетка передней части устройства «Пролифт» не сморщена, лежит под стенкой мочевого пузыря, последняя складчатая. Призведено тупое (с помощью 2 пальцев руки оператора) смещение «лямок» сетки, которое потребовало значительных усилий до ощущения «отрыва» сетки от окружающих тканей. После этого передняя стенка влагалища повторно ушита. После операции боли в левой поясничной области купировались без применения анальгетиков. В течение 3 недель сохранялись лабораторные признаки воспаления мочевых путей и расширения чашечно-лоханочной системы левой почки с тенденцией к уменьшению признаков воспаления и выраженности пиелокаликотктазии. Пациент выписан на 21 сутки после повторного вмешательства в удовлетворительном состоянии под наблюдение уролога. При осмотре в

зеркалах через 1,5 месяца после операции признаков опущения стенок влагалища нет. Явления блока левой почки полностью купированы.

Выводы. В статье описан редкий случай развития блока левой почки после установки синтетического имплантата для лечения полного выпадения матки и влагалища. Данное осложнение мы связываем со сморщиванием стенки мочевого пузыря в области устья левого мочеточника, которое привело к полной окклюзии выхода мочи, расширению мочеточника и возникновению гидронефроза. В результате повторного вмешательства блок почки был устранен, пассаж мочи слева восстановлен, что привело к быстрому исчезновению симптомов гидронефроза. В литературе описания подобных случаев нами не встречено, что и послужило мотивом к описанию данного.



ЛИТЕРАТУРА

1. Hendrix S.L., Clark A., Nygaard I. et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002. 186 (6). P. 1160-1166.
2. Mawajden S. M., Al-Qutob R. J., Farag A. M., Prevalence and risk factors of genital prolapse. A multicenter study// *Saudi Med. Journal*. 2003. Vol. 24. № 2. P. 161-165.
3. Радзинский В.Е., Духин А.О., Санакоева Т.М. и др. Хирургическая коррекция пролапса гениталий и оценка качества жизни пациенток пожилого и старческого возраста// *Вест. Российского университета дружбы народов. Серия медицина (акуш. и гинек.)*. 2003. № 1. С. 166-170.
4. Адамьян Л.В., Блинова М.А., Сашин Б.Е. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов// *Материалы межд. конгресса: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней*. М. 2000. С. 622-635.
5. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани М.Н. и др. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов// *Вест. росс. ассоц. акуш.-гинек.* 1998. № 1. С. 77-79.
6. Макаров О.В., Мазо Е.Б. Комбинированное оперативное лечение генитального пролапса// *Акуш. и гинек.* 2000. № 1. С. 40-44.
7. Глебова Н.Н. Научные основы специализированной помощи больным при опущении и выпадении внутренних половых органов: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М. 1976. 26 с.
8. Koninckx P.R., Poppe W., Deprest J. Лапароскопическая коррекция энтероптоза с применением CO2 лазера// *Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки (международный конгресс)*. М. 1997. С. 158-162.
9. Whiteside J.L., Weber A.M., Meyn L.A., Walters M. D.//Risk factors for prolapsed recurrence after vaginal repair// *Am J Obstet Gynecol*. 2004. 191 (5). P. 1533-1538.
10. Prolapse Evidence summary – 30 July – 2007.