

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологическом отделении ГКБСМП за период времени с 1995 по 2007 гг. выполнено 24 экстренные уретерокутанеостомии. С одновременной перевязкой внутренних подвздошных артерий как методом остановки кровотечения — 18 случаев. У 16 пациентов имел место диагностированный ранее рак мочевого пузыря IV ст., в 2-х случаях — рак простаты, в 6 — рак шейки и тела матки. Женщин было 14 человек, мужчин — 10. Средний возраст составил $63 \pm 0,9$ лет. С экскреторной анурией, продолжительностью от 2 до 5 суток, поступило 10 больных. С явлениями тампонады мочевого пузыря и гематурией, которые сопровождались двусторонним уретерогидронфрозом — 14. У всех пациентов имела место азотемия (мочевина крови — $18 \pm 0,9$ ммоль/л, креатинин — $325 \pm 11,2$ мкм/л). Почти у всех больных отмечалась анемия, которая была обусловлена тяжестью основного заболевания и сопутствующим кровотечением из опухоли.

Больные были оперированы по стандартной методике в течение 2 — 24 часов от момента госпитализации, после проведения экстренного обследования и предоперационной подготовки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате лечения практически у всех больных нормализовались и стабилизировались показатели азота крови, улучшились показатели красной крови. Заживление раны шло хорошо у 18 (75 %) пациентов, у 6 (25 %) имело место длительное заживление раны из-за вялости репаративных процессов.

Выписаны домой с улучшением 22 (92 %) больных, двое (8 %) пациентов умерли в раннем послеоперационном периоде в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности и раковой интоксикации.

В дальнейшем под наблюдением находилось 17 пациентов. Продолжительность жизни после операции составила от 1 месяца до 3 лет, в среднем — $6 \pm 0,8$ месяцев.

ВЫВОДЫ

Проведенные наблюдения позволяют сделать вывод, что в экстренных ситуациях, при невозможности радикального лечения онкологических заболеваний, уретерокутанеостомия является операцией выбора. Создание условий для постоянного отведения мочи позволяет продлить жизнь больного и несколько улучшить качество его жизни на этот тяжелый период.

В.В. Иванов

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Одной из главных проблем современной урологии является диагностика и лечение различных форм недержания мочи — заболевания, негативно влияющего на качество жизни женщины. Из всех известных оперативных методик коррекции недержания мочи при напряжении самыми эффективными считаются слинговые (петлевые) операции (АУА, 1997). Наиболее популярной из них является предложенная в 2001 г. Delmas хирургическая коррекция недержания мочи у женщин с использованием трансобтураторного доступа и применением свободно располагающейся синтетической петли — операцияTVT — О (Пушкарь Д.Ю., 2005).

Столкнувшись с проблемой дороговизны расходного материала для классической операции, в качестве петли нами предложено использование кожного лоскута, который взят с передней брюшной стенки. Внесены также некоторые изменения в ход операции.

Цель исследования: оценка эффективности петлевой операции при стрессовом недержании мочи у женщин с использованием кожного лоскута и трансобтураторного доступа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2003 по 2007 гг. оперировано 22 пациентки. Средний возраст пациенток составил 51 год (от 34 до 67), из них 9 (41 %) пациенток страдали ожирением 2 — 3 степени, у 11 (50 %) женщин в анамнезе имела место гистерэктомия по поводу миомы матки.

Техника операции: осуществляется забор кожного лоскута на передней брюшной стенке размером — $12 \times 1,5$ см, при этом нередко использовали рубцовую ткань (после гинекологических операций и операций на органах брюшной полости) с последующим наложением косметического шва. Произво-

дится продольный разрез передней стенки влагалища в зоне средней части уретры длиной около 1 см и ограниченная мобилизация парауретральных пространств с обеих сторон. В сформированный канал вводится изогнутый зажим Федорова, которым достигается край ветви лобковой кости и, огибая ее, перфорируется мембранозная часть запирающего отверстия. Кончик зажима выводится в латеральную область большой половой губы на 1 см выше проекции клитора, где после предварительного разреза кожи длиной 1–2 см, зажимом захватывается капроновая нить и прошивается кожный лоскут. Кожный лоскут протягивается через канал. Далее лоскут проводится ретроградно на другую сторону, фиксируется к надкостнице лобковой кости в состоянии умеренного натяжения с обеих сторон. Ушивается дефект слизистой влагалища и кожи.

В 14 случаях использован кожный лоскут с рубцовыми тканями: в 11 случаях лоскут забирали из рубца после гинекологических операций, в 3-х — после аппендэктомии. В 8 случаях забор кожи произведен в нижней части брюшной стенки в области кожной поперечной складки.

Оценка эффективности операций проводилась по клиническим данным, в основном по полному удержанию мочи в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Сроки наблюдения за 12 пациентками составляли 2 года, за 10 из них — до 4-х лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Положительные результаты лечения достигнуты у всех 22 пациенток. Уже на вторые сутки они отмечали возможность самостоятельной регуляции мочеотделения. Средние сроки лечения составляли 12 дней.

ВЫВОДЫ

1. Петлевая операция с использованием кожного лоскута и трансобтураторного доступа является эффективным, функционально обоснованным методом лечения и позволяет избежать осложнений, обусловленных внедрением чужеродного трансплантата.

2. Использование аутодермотрансплантата позволяет проводить эффективные оперативные вмешательства без приобретения дорогостоящих одноразовых наборов для классической операции TVT-O, что существенно уменьшает стоимость операции.

3. Использование кожного лоскута, взятого после иссечения рубца, в дополнение к основной операции, дает возможность произвести косметическую коррекцию дефекта передней брюшной стенки.

В.В. Иванов, М.П. Николаев

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

При обострении хронического пиелонефрита полного восстановления нормальной деятельности защитных сил за период интенсивного лечения не происходит, что способствует рецидивам заболевания (Калугина, 1993). В связи с этим повышается значимость восстановительного лечения с целью ликвидации последствий патологического процесса и восстановления нарушенных функций. Одним из методов такого лечения является фитотерапия. Фитопрепараты, благодаря своим поливалентным действиям за счет содержания большого количества биологически активных веществ, способствуют более раннему выздоровлению и профилактике рецидивов заболевания. К таким препаратам относится комплексное растительное средство «Нефрофит», созданное на основе рецептов традиционной тибетской медицины. Препарат выпускается в форме таблеток, покрытых желудочнорастворимой оболочкой, светло-коричневого цвета. В состав данного фитопрепарата входит сумма экстрактивных веществ, полученных из ортосифона тычиночного, горца птичьего, толокнянки обыкновенной и десмодиума канадского.

Цель исследования: определение эффективности восстановительной терапии с использованием комплексного растительного препарата «Нефрофит» у больных хроническим пиелонефритом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен курс восстановительной терапии с использованием комплексного растительного средства 46 пациентам, прошедшим курс стационарного лечения в течение 14–16 дней по поводу обострения хронического пиелонефрита средней степени тяжести и имеющих нормальные клинические