

лапса тазовых органов необходимо проведение КУДИ с использованием «барьера», что позволяет выявить у трети пациенток т. н. «скрытое» стрессовое недержание и выполнить оперативное лечение в полном объеме. Выявление

нейро-мышечных дисфункций мочевого пузыря и назначение медикаментозной терапии в периоперационном периоде значительно улучшает удовлетворенность больных результатами оперативного лечения.

ВЫБОР МЕТОДА ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЯТРОГЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА

© И. В. Сорока, Г. Ш. Шанава, Е. В. Новиков, Е. А. Тимофеева, А. А. Лебедев

НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Ятрогенные повреждения мочеточника встречаются как при открытых, так и при лапароскопических хирургических и гинекологических операциях. При этом ятрогенные повреждения мочеточников нередко диагностируются в послеоперационном периоде уже при развитии осложнений, когда в первую очередь необходимо решать вопрос о способе дренирования верхних мочевыводящих путей, а не о выполнении реконструктивных операций.

Цель исследования

Определение оптимального метода дренирования верхних мочевыводящих путей в зависимости от вида ятрогенного повреждения мочеточника, сроков его диагностирования после хирургического вмешательства и развившихся осложнений.

Материал и методы

За период с 1999 по 2008 г., в НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе проходили лечение 34 пациента с ятрогенными повреждениями мочеточников. Из них 30 (88,2%) женщин и 4 (11,8%) мужчины в возрасте от 21 до 64 лет. Часть из этих пациентов были доставлены из различных медицинских учреждений города, в том числе и родильных домов.

Операции выполнялись 31 (91,2%) пациенту традиционным открытым методом, а 3 (8,8%) лапароскопическим способом. Ятрогенные повреждения мочеточников были представлены полным пересечением мочеточника у 6 (17,6%) пациентов, неполным пересечением у 5 (14,7%), полной перевязкой мочеточника у 14 (41,2%), неполной перевязкой у 7 (20,6%), а у 2 (5,9%) больных дислокацией мочеточника за счет наложения лигатуры через парауретеральные ткани. Следует отметить, что у одной пациентки мочеточники были перевязаны с двух сторон. По срокам у 7 (20,6%) пациентов повреждения мочеточников были диагностированы интраоперационно, у 16

(47,1%) в течение первых 3 суток после операции, а у остальных на протяжении от 4 суток до полугода. Осложнения, обусловленные ятрогенными повреждениями мочеточников, развились у 22 (64,7%) пациентов, среди которых у 4 (11,8%) был мочевого перитонит, у 16 (47,1%) больных обструктивный пиелонефрит, а у 2 (5,9%) сформировались уретровлагалищные свищи.

Результаты

У 7 (20,6%) пациентов, среди которых у 4 имелись полное и у 3 неполное пересечение мочеточника, повреждения были диагностированы интраоперационно. Этим пациентам выполнялось наложение анастомоза конец в конец на стенте.

В послеоперационном периоде из всех больных, перенесших стентирование и реконструктивную операцию на мочеточнике, у одного на 11-е сутки развился обструктивный пиелонефрит, обусловленный засорением мочеточникового стента. После удаления стента и проведения антибактериальной терапии пиелонефрит у этого пациента был купирован.

У остальных пациентов мочеточниковые стенты удалялись в сроки от 1 до 1,5 месяца. Спустя три месяца всем пациентам, которым устанавливали мочеточниковые стенты, выполнялась экскреторная урография, при которой у 5 (14,7%) отмечалось незначительное сужение мочеточника в области повреждения, не требующее дополнительных вмешательств.

Мочевой перитонит развился в течение 1–2 суток у 4 (11,8%) пострадавших с полным и неполным пересечением мочеточника. У остальных пациенток ятрогенные повреждения мочеточников были выявлены в результате диагностики обструктивного пиелонефрита и почечной колики. Тактика лечения этих больных начиналась с менее инвазивных методов дренирования верхних мочевыводящих путей путем стентирования поврежденного мочеточника, которую удалось выполнить 9 (26,5%) пациентам. Остальным боль-

ным выполнялась нефростомия, которую у 15 (41,1%) пациенток проводили пункционным методом под контролем ультразвукового сканирования и у 3 (8,8%) с апостематозным пиелонефритом люмботомическим способом с декапсуляцией почки. Впоследствии, спустя 2–6 месяцев, у 3 (8,8%) пациенток восстановился пассаж мочи по поврежденному мочеточнику. У остальных пациенток с нефростомами выполнялись реконструктивные оперативные вмешательства. В результате после восстановления пассажа мочи через мочевыводящие пути у всех пациентов были удалены нефростомы. Спустя 1,5 года у одного из пациентов, имевшего дислокацию мочеточника из-за наложения лигатуры через парауретеральные ткани,

в связи с развитием рубцового процесса был выполнен люмбоскопический уретеролиз.

Заключение

Выбор метода дренирования верхних мочевых путей определяется видом повреждения мочеточника, сроками его диагностирования и наличием осложнений. При интраоперационном диагностировании ятрогенного повреждения оптимальным методом дренирования верхних мочевыводящих путей является стентирование мочеточника с восстановлением его целостности. В остальных случаях выбором метода дренирования верхних мочевыводящих путей является пункционная или открытая нефростомия.

КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

© О. В. Тарабанова, А. Н. Григорова, Е. В. Белохвостикова

Краснодар, Россия

Актуальность проблемы

Проблема опущения и выпадения влагалища и матки представляет в настоящее время не только медицинскую, но и серьезную социальную проблему. Отдельную проблему составляют рецидивы после пластических операций по поводу пролапса гениталий, а также неудовлетворительное состояние промежности, тазового дна после других гинекологических операций — тотальных и субтотальных гистерэктомий. 12–36% составляет рецидив пролапса гениталий, на протяжении многих лет без тенденции к снижению (J. Goldman и соавт., 1981; G. W. Morley, J. O. DeLancey, 1988; A. M. Verdeja и соавт., 1995). Суть проблемы усугубляется тем, что треть этих пациенток — женщины репродуктивного возраста. Возникает необходимость широкого использования новых медицинских технологий для одномоментной коррекции имеющихся анатомических дефектов, улучшения функциональных результатов лечения.

Цель исследования

Изучение причины рецидивов опущения и выпадения тазовых органов после хирургического лечения пролапса гениталий и эффективность предложенных технологий.

Материал и методы

Для изучения причин рецидивов пролапса гениталий под нашим наблюдением находилось 46 больных. Средний возраст пациенток составил 56 лет. В репродуктивном возрасте (до 45 лет включительно) находились 5 (11%) пациенток.

Продолжительность заболевания варьировала от 6 до 17 лет. Недержание мочи при физической нагрузке отмечено у 24 (51,3%) пациенток. У 6 (13%) наблюдалось учащенное мочеиспускание, у 14 (30,4%) — затрудненное мочеиспускание. Симптомы затрудненной дефекации отмечены у 34 (74%) больных. Недержание газов или стула у 3 (6,5%). У 6 (13%) пациенток диагностирована декубитальная язва. Сексуальные дисфункции (неудобство при половом акте, связанное с выпячиваем в области влагалища, боль при половом акте) отмечали 22 (47,8%) пациентки. В наших наблюдениях роды имели 100% пациенток, из них 30 (67,5%) — двое и более, при этом травматические родовые повреждения имели 16 (35,9%) пациенток. У большинства пациенток имелось сочетание последствий родовой травмы и возрастной гипозестрогении. Частота соматических заболеваний-маркеров дисплазии соединительной ткани выявлена у 83,5% пациенток. У 10 (23,9%) больных пролапсом гениталий наблюдался семейный характер заболевания. Операции по коррекции пролапса гениталий ранее выполнялись у 46 (100%) пациенток, из них у 2 (4,3%) выполнены сочетанные операции по коррекции гениталий и недержания мочи. Возникновение рецидива пролапса гениталий у 29 (63%) пациенток отмечено в течение первых трех лет, у 12 (26%) в период от трех до пяти лет, и у 5 (11%) рецидив возник по прошествии более пяти лет.

Результаты

При выборе лечебной тактики пролапс гениталий рассматривался как проявление системного