

Глеб В. Н., Джеремая А. Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОЧЕТОЧНИКА В ПРОЦЕССЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Юшко Е. И.

Кафедра урологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Частота повреждения мочеточников при гинекологических операциях составляет от 1,9% до 11,5% (Европейская ассоциация урологов, 2020). При этом своевременная диагностика повреждения мочеточника (ПМ), произошедшего в ходе гинекологических операций, и выбор адекватного лечения являются одними из наиболее сложных задач урологии на современном этапе.

Цель: изучить структуру проведенных хирургических операций в отделениях урологии у пациенток с ПМ в результате гинекологических операций, впервые установленных в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 19 пациенток в возрасте от 25 до 72 лет с ПМ, пролеченных в урологических отделениях 4 ГКБ им. Савченко г. Минска в период с 2016 по 2018 гг.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 50,9 лет. Травма правого мочеточника установлена в 6 случаях (31,6%), левого – в 11 (57,9%). У 2 (10,5%) пациенток были повреждены оба мочеточника. Повреждение наиболее часто локализовалось в нижней трети мочеточника – 18 случаев (94,7%), в 1 случае (5,3%) наблюдалась травма средней трети. Диагностика ПМ в течение 4-х суток со дня операции была проведена лишь в 5 случаях (26,3%). Гинекологическими операциями, в ходе которых было получено ПМ, были следующие: экстирпация матки по поводу фибромиомы у 9 (47,3%), операция Вертгейма-Мейгса по поводу опухолей шейки матки - 7 (36,8%), миомэктомия – 2 (10,6%), ампутация матки с придатками – 1 (5,3%). В день поступления в урологический стационар всем пациентам было проведено комплексное обследование, основными составляющими которого были уретероцистоскопия, восходящая уретеропиелография и экскреторная урография. На первом этапе лечения 16 (84,2%) пациенткам были выполнены эндоскопические процедуры, направленные на восстановление уродинамики верхних мочевыводящих путей: стентирование мочеточника – 14 (73,7%), чрескожная пункционная нефростомия – 2 (10,5%). Оставшимся 3 (15,8%) пациенткам была выполнена реконструктивная операция на мочевыводящих путях - уретеронеоцистоанастомоз (УНЦА). Результаты проведенного лечения изучены через 3 месяца. Установлено, что у 3 (15,8%) пациенток после УНЦА и у 11 (57,9%) пациенток после эндоскопических операций получен удовлетворительный результат – проходимость мочеточника восстановлена. Оставшимся 5 (26,3%) пациенткам в связи с сохранением стриктуры в зоне ПМ были выполнены следующие процедуры: лазерная эндотомия участка стриктуры мочеточника со стентированием – 1 (5,3%), эндоскопическое бужирование участка стриктуры мочеточника со стентированием – 2 (10,5%), УНЦА – 2 (10,5%). В результате проведенных оперативных вмешательств проходимость мочеточника была восстановлена у 4 (21,0%) пациенток. 1 (5,3%) пациентке, которой восстановить полностью проходимость мочеточника на втором этапе не удалось, было выполнено повторное эндоскопическое бужирование и эндотомия участка стриктуры мочеточника со стентированием с хорошим результатом в последующем.

Выводы. Всем пациентам с ПМ после гинекологических операций для составления программы лечения необходимо проводить уретероскопию и восходящую уретеропиелографию, а при наличии нефростомы – антеградную пиелуретрографию. Наиболее часто ПМ происходит в процессе экстирпация матки по поводу фибромиомы и операции Вертгейма-Мейгса по поводу опухолей шейки матки. Всем пациенткам после выполненных операций необходимо амбулаторное диспансерное наблюдение.