

Малащенко Т.В.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА

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

Кафедра урологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. С каждым годом увеличивается количество пациентов со стриктурой мочеточника, что связано с расширением показаний и возможностей для выполнения различных операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, расширением лучевой терапии в онкологии. Повреждения мочевыводящих путей с последующим образованием рубцовых сужений мочеточника обусловлены также широким внедрением эндоскопических методов лечения. Своевременная диагностика и лечение пациентов с протяженной органической стриктуры мочеточников остается одной из наиболее сложных проблем современной урологии.

Цель: проанализировать результаты применения заместительной пластики мочеточника при его протяженных стриктурах.

Материалы и методы. В исследование были включены 4 пациента женского пола с односторонней протяженной стриктурой мочеточника. Возраст больных колебался от 55 до 72 лет и в среднем составил 61,8 лет. Всем пациентам проведено комплексное исследование с обязательным изучением протоколов ранее выполненных операций, проведения ретроградной уретеропиелографии и антеградной пиелоуретерографии при наличии нефростомы. Проведенные исследования позволили установить протяженность стриктуры, ее расположение и позволило сделать заключение, что иные способы восстановления уродинамики верхних мочевых путей на стороне патологии кроме заместительной кишечной пластики мочеточника провести не представляется возможным. Показаниям к заместительной пластике мочеточника у всех пациентов было повреждение мочеточника на большом протяжении (более 5 см). Сторона выполнения операции - слева у 2 пациентов (50%), справа – 2 пациента (50%). Всем пациентам была выполнена заместительная кишечная пластика мочеточника.

Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность операции составила 319 минут (270 – 350 минут). Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов за период от 3 месяцев до 4 лет. Стеноз уретероилюеоанастомоза выявлен у 1 пациента (25%), облитерация илеоцистоанастомоза отмечена у 1 (25%) пациента. У оставшихся двух (50%) пациентов по результатам ультразвукового исследования и экскреторной урограммы осложнений не было выявлено. Повторное вмешательство проведено 2 пациентам (50%). Рефлюкс-пиелонефритов у пациентов не выявлено. Хороший отдаленный результат по данным обследований установлен у 2 (50%) пациентов, удовлетворительный – 2 (50%).

Выводы. Кишечное замещение мочеточника сложное, реконструктивное хирургическое вмешательство, необходимое для восстановления непрерывности мочевых путей, избавления пациента от постоянного нефростомического дренажа и сохранения функции почки со стороны повреждённого мочеточника. Протяжённость стриктуры мочеточника сложно определить интраоперационно, готовность к кишечному замещению мочеточника и план операции должны быть определены заранее. Верхний мочеточниково-кишечный анастомоз целесообразно располагать забрюшинно, а нижний – в брюшной полости. Кишечное замещение мочеточника не приводит к нарушениям кислотно-щелочного состояния крови.