

ВЫБОР МЕТОДА ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Юшко Е.И., Джеремайя Абрахам Нене

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь newurol@mail.ru

Публикация посвящена анализу результатов лечения, выработке тактики ведения пациенток с повреждениями мочеточника, которые произошли в процессе проведения гинекологических и онкогинекологических операций.

Ключевые слова: повреждение мочеточника, трансуретральная уретероскопия, ретроградная уретерография, стентирование мочеточника, чрескожная пункционная нефростомия.

CHOICE OF UPPER URINARY TRACT DRAINAGE METHOD FOR URETERAL INJURY FOLLOWING GYNAECOLOGICAL SURGERY

Yushko E.I., Jeremiah Abraham Nyenye

Belarusian State Medical University

Minsk, Belarus

The article is devoted to the analysis of treatment outcomes, development of tactics for managing patients with ureteral injuries that occurred during gynecological and gynecological oncological operations.

Key words: ureteral injury, transurethral ureteroscopy, retrograde urethrography, ureteral stenting, percutaneous puncture nephrostomy.

Введение. Повреждение мочеточников (ПМ) является одним из самых тяжелых осложнений при хирургическом лечении заболеваний внутренних половых органов женщины [1]. По данным разных авторов травмирование мочеточника встречается в 0,5 – 2% случаев от общего числа операций на органах таза, выполняемых в онкологии, гинекологии, урологии, сосудистой хирургии, колоректальной хирургии, а на долю травм мочеточников в процессе гинекологических операций приходится 70- 75% от общего числа его повреждений [1,2]. Следует особо отметить, что ятрогенное ПМ может завершиться рядом неблагоприятных исходов не только для пациентки, но и для оперирующего хирурга [3].

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ПМ, впервые установленных в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. В течение 2014-2020 гг обследование и лечение в урологических отделениях УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко» города Минска прошли 47 женщин в возрасте от 19 до 68 лет с ПМ. У всех пациенток травма мочеточника произошла в процессе проведения гинекологических и онкогинекологических операций, проведенных в различных медицинских учреждениях города и республики. Подозрение на ПМ впервые высказано только в послеоперационном периоде в сроки от 1 до 80 суток (медиана 26,3). Включение в исследуемую группу только пациенток с установлением ПМ в сроки более одних суток после первичной операции

обусловлено тем, что во всех случаях интраоперационной идентификации ПМ реконструктивно-пластические операции в большинстве случаев проводились на базе гинекологических отделений и собрать полную информацию об этой категории пациенток, включая отдаленные результаты, не представлялось возможным.

Для установления диагноза ПМ в урологическом отделении и определения тактики лечения пациентов было проведено комплексное обследование основными компонентами которого были лучевые и эндоскопические методы.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного исследования ПМ диагностировано у всех 47 пациенток. Травма правого мочеточника установлена у 22 женщин, левого – у 22, с обеих сторон – у 3. ПМ локализовалось в 46 случаях в н/3 мочеточника, в одном – в его с/3. Раннее обнаружение ятрогении (до 3-х суток с момента ПМ) имело место только у 5 (10,6 %) женщин. Экстирпация матки выполнена у 40(85,1%), аднексэктомия – у 5 (10,6%), прочие операции – у 2 (4,3%) женщин. Из открытого доступа операции проведены 33 пациенткам, с использованием лапароскопии – 14.

Несмотря на длительность с момента травмы всем пациентам в урологическом отделении после выполнения УЗИ органов брюшной полости и мочевой системы, экскреторной урографии проведена цистоскопия, катетеризация мочеточника на стороне повреждения, восходящая уретеропиелография и уретероскопия. После подтверждения ПМ хирургическое лечение выполнено у всех пациентов, тактика которого определялась сроками обнаружения повреждения, а также его локализацией и тяжестью. Реконструктивно-пластические операции проведены у 5 (10,6 %) пациенток. В остальных случаях на первом этапе использованы минимально инвазивные урологические методики: внутреннее стентирование мочеточника- 35 (74,5%) и чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) – у 7 (14,9%). В среднем через 3 месяца после указанных операций всем женщинам проведено контрольное обследование. Пройодимость мочеточника восстановлена у всех женщин после реконструктивно-пластических операций. Из 35 пациентов с установленным стентом проходимость мочеточника полностью восстановлена у 16. У оставшихся 19 женщин с клиническими проявлениями обструкции в мочеточнике, потребовались дополнительные оперативные вмешательства: повторное стентирование - у 6, бужирование и стентирование мочеточника - у 6, лазерное рассечение и эндоуретеропластика - у 3, открытые реконструктивно-пластические операции - у 4. Из 7 женщин с установленной ЧПНС через 63-90 дней для изучения проходимости мочеточника проведена антеградная пиелоуретерография. Адекватная проходимость мочеточника отмечена у 4, оставшимся 3 женщинам в дальнейшем проведены оперативные пособия с использованием открытого доступа. Отдаленные результаты лечения изучены у 47 пациентов. Установлено, что хорошие (n=26) и удовлетворительные(n=9) результаты отмечены у 35 пациенток, у которых восстановление проходимости мочеточника достигнуто с использованием только эндоскопических операций.

Заключение. В группе пациентов с ПМ, диагностированных в послеоперационном периоде после гинекологических и онкогинекологических операций, при невозможности или высоком риске неблагоприятного исхода реконструктивно-пластических операций с использованием открытого доступа, оптимальным методом выбора для восстановления оттока мочи из верхних мочевых путей является установка катетера-стента в мочеточник, а при технической невозможности ретроградного дренирования мочеточника - выполнение ЧПНС.

Список литературы

1. Ureteral injury during abdominal and pelvic surgery: immediate versus deferred repair / A. Aguilera [et al.] // Cent. European J. of Urol. 2019. Vol. 72, № 3. P. 312-318.
2. Kaestner, L. Management of urological injury at the time of urogynaecology surgery // Best Pract. & Res. Clin. Obstet. & Gynaecol. 2019. Vol. 54. P. 2-11.
3. Malpractice litigation in iatrogenic ureteral injury: a legal database review / R. Bole [et al.] // Urology. 2020. Vol. 146. P. 19-24.