

*Колесник Д. Л.*

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

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

*Кафедра урологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Повреждение мочеточника (ПМ) чаще происходит в ходе врачебных действий, нежели в результате несчастного случая. Ятрогенная травма мочеточника в 73 % возникает после акушерских и гинекологических операций. Частым и серьёзным осложнением незамеченной травмы мочеточника во время тазовых операций является формирование мочеточниково-влагилищного свища (МВС).

**Цель:** изучить отдаленные результаты лечения МВС, впервые диагностированных в послеоперационном периоде после проведения акушерских и гинекологических операций.

**Материалы и методы.** Нами за 2012-2023 гг. проведен ретроспективный анализ данных 112 историй болезней женщин с ПМ, установленных после акушерских и гинекологических операций в других стационарах Минска и Республики. Для проведения урологических пособий все пациенты в последующем после установления диагноза травмы мочеточника были переведены в 4 ГКБ им. Н.Е.Савченко. В настоящем сообщении мы докладываем о селективной группе из 28 (25,0%) пациентов этой выборки у которых ПМ сопровождалось образованием МВС.

**Результаты и их обсуждение.** У пациенток травмы мочеточника были диагностированы в среднем через  $25,4 \pm 18,4$  суток (от 2 до 71 дней) после первичных акушерских и гинекологических операций. По классификации Американской ассоциации хирургии травм пациентов с 1-й степенью - не было, степень 2 – у 5 (4,5%), степень 3 – у 11 (9,8%), степень 4 – у 10 (8,9%), степень 5 – у 2 (1,8%) женщин. Нижний край ПМ в среднем на  $4,2 \pm 0,6$  см выше его устья, средняя протяженность повреждения стенки мочеточника -  $1,6 \pm 0,4$  см. По результатам исследования установлено: повреждение мочеточника в процессе акушерских и гинекологических операций с использованием традиционного лапаротомического доступа имело место у 18 (64,3%) пациенток, у оставшихся 10 (35,7%) первичные операции проводились лапароскопически. Основными методами верификации ПМ, определения локализации и протяженности повреждения использовали КТ органов мочевой системы с контрастированием, экскреторную урографию, восходящую уретеропиелографию, оптическую уретероскопию, а при наличии чрескожной пункционной нефростомии - антеградную пиелуретерографию. Всем пациенткам после дообследования проведено оперативное лечение, характер которого определяли сроками, прошедшими с даты ПМ, а также локализацией, протяженностью и тяжестью травмы.

Отдаленные результаты лечения изучены у всех 28 пациенток в сроки от 1 до 10 лет. Хороший результат устанавливали при отсутствии жалоб, характерных для нарушенной уродинамики в мочеточнике на стороне травмы, сохранной функции почки, отсутствии клинических симптомов и лабораторных признаков инфекции мочевых путей. С учетом этих критериев хороший результаты установлен у 23 (82,1%) пациенток, удовлетворительный – у 5 (17,9%).

**Выводы.** По результатам диагностики и лечения ПМ, возникших в процессе проведения акушерских и гинекологических операций с формированием в последующем МВС, можно сделать заключение о высокой эффективности рентген-эндоскопических подходов в восстановлении уродинамики и сохранении функции почки на стороне травмы мочеточника.