

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

По данным литературы повреждение мочеточника при некоторых гинекологических операциях наблюдается в 1-2 % случаев и более чем в 50% остаются нераспознанными в ходе оперативного вмешательства (Люлько А.В., Воронин К.В. 1994).

В урологическом отделении НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе с 1996 по 2000 год находилось на лечении 14 женщин с повреждениями мочеточника после акушерских и гинекологических операций поступивших из различных стационаров города.

К повреждениям мочеточника мы относили пересечения, краевые ранения и перевязку. В двух случаях ранения были заподозрены в ходе оперативного вмешательства, в остальных повреждение мочеточника было диагностировано в сроки от 1 суток до 9 месяцев. Все повреждения были односторонними. В 9 случаях это были правосторонние повреждения, в 5 левосторонние. Как правило у этих больных не наблюдалось снижение диуреза в ближайшем послеоперационном периоде. Выраженные боли в поясничной области на стороне повреждения наблюдались в 5 случаях, в остальных случаях боли носили тупой, ноющий характер. Возникновение болей у женщин с правосторонним повреждением мочеточ-

ника часто расценивалось первоначально как обострение холецисто-панкреатита, что находило подтверждение при ультразвуковом исследовании в виде отека головки поджелудочной железы и утолщении стенок желчного пузыря. В последствии всем больным выполнялась внутривенная урография при которой отмечалось отсутствие функции почки с поврежденной стороны. При хромоцистоскопии у трех больных было отмечено вялое выделение индигокармина со стороны повреждения через 14 минут после его внутривенного введения. При катетеризации мочеточника в 10 случаях было встречено непреодолимое препятствие, в 3 из них при проведении ретроградной уретерографии была отмечена экстравазация контраста, в 5 контрастирование отводящей части мочеточника, в 2 приводящей и отводящей частей. Длина мочеточника от места повреждения до устья варьировала от 3 до 7 см. У 2 пациенток за место повреждения были проведены катетеры меньшего диаметра по которым затем были проведены мочеточниковые стенты, что позволило избежать операции. Всего оперировано 12 больных, 2 из них в ходе гинекологических операций, 10 в сроки от 2 суток до 9 мес после первичной операции при-

чем 7 из них до 14 суток. Этим 7 больным выполнено удаление стенозирующих мочеточник лигатур с интраоперационным цистоскопическим стентированием мочеточника. Одна больная оперирована на 20е сутки по поводу абсцесса правой половины таза в полости которого находился конец мочеточникового катетера проведенный туда перед операцией. Больной выполнена уретерокутанеостомия, а через 2 месяца в другом лечебном учреждении уретероцистонеостомия по Боари. Одной больной через 5 мес под контролем УЗИ выполнена пункционная нефростомия и через 1,5 мес уретероцистостомия. Одна больная оперирована через 9 мес, выполнена нефрэктомия.

Нами сделан вывод, что появление поясничного болевого синдрома в послеоперационном периоде у больных после акушерских и гинекологических операций, сопровождающихся техническими трудностями, является срочным показанием к проведению комплексного обследования включающего УЗИ, внутривенную урографию, инструментальные исследования, что приводит к ранней диагностике повреждений мочеточника и позволяет выполнять реконструктивные операции на мочеточнике с сохранением почки.

**ИСАЕНКО В.И., ХОМЕНКО В.Ф.,
ШКУРАТОВ С.И., ХАЛИТОВА Р.А.,
ХОХЛОВ В.В., ШКУРАТОВ С.С.**

Государственная медицинская академия, обласная клиническая больница, Новосибирск, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКОВ

Данные литературы свидетельствуют, что основными причинами повреждения нижних отделов мочеточников являются травматические оперативные вмешательства на органах малого таза, у женщин чаще на гениталиях.

Целью настоящего сообщения является анализ результатов лечения послеоперационных повреждений мочеточников.

Методы и материалы. За период с 1996 по 1999гг в урологической

клинике обласной больницы находились на лечении 5 женщин с поврежденными во время операций на гениталиях нижних отделов мочеточников. Больные поступали в клинику в сроки от 7 до 28 дней. Всем больным лечение было разбито на два этапа: непосредственно при поступлении накладывалась нефростома со стороны повреждения мочеточника, а затем в сроки не ранее 3-4 месяцев выполнялась операция типа Боари. При несоблюдении указанных сроков

восстановительных операций были отмечены рецидивы стриктур, что потребовало повторных вмешательств.

Выводы. Наиболее частыми причинами стриктур нижних отделов мочеточников у женщин являются их повреждения или перевязка во время операции на органах малого таза.

Благоприятный исход восстановительной операции зависит от избранной тактики лечения и соблюдения сроков вмешательства.