

## ТРАВМА МОЧЕТОЧНИКОВ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Травма мочеточников остается наиболее тяжелой среди всех поврежденных органов мочевой системы. В последние годы количество таких пациентов возросло.

**Цель.** Данная работа оценивает результаты лечения 210 больных из числа оперированных в нашей клинике.

**Материалы.** Травма мочеточников у представленных больных осталась незамеченной в ходе акушерских и гинекологических операций. Клиническими проявлениями травмы у 101 больной были признаки мочевого перитонита и остроугольного пиелонефрита, что в ряде случаев потребовало выполнения лапаротомии и дренировании брюшной полости. У остальных пациенток основной клинической манифестацией была поясничная боль и повышение температуры тела, реже выделение мочи из влагалища. Ретенционные изменения в почке и мочеточнике на стороне поражения обнаружены у 156 больных. Наиболее информативным в этих случаях было ультразвуковое исследование с последую-

щим, при необходимости, дренированием почки путем чрескожной нефростомии. Признаки тазового инфильтрата обнаруживались у 201 (95%) больной.

Всем больным спустя 20 – 35 суток с момента повреждения выполнена реконструкция дистального отдела мочеточника. В случаях большой протяженности дефекта (более 5 см) была использована лоскутная пластика (операция Боари или Демеля). Все операции выполнены трансабдоминальным доступом. Наибольшая длина лоскута составила 16 см.

**Результаты.** Каких-либо интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Больные активизировались в первые сутки после операции. Среднее продолжительность пребывания в стационаре для большинства составила 15,9 суток. Обследование спустя 8-9 месяцев показало нормальную функцию почек у 207 больных (98,5%) больных. Пузырно-мочеточниковые рефлюксы выявлены только у 11 (5%) больных. Функция мочевого пузыря восстановилась у всех па-

циентов до нормальной к 4-5 месяцу после операции.

**Обсуждение и выводы.** Травма мочеточников остается частым осложнением акушерских и гинекологических операций. При несвоевременном обнаружении травмы увеличивается риск развития мочевого перитонита и происходит значительное угнетение функции почки. Чрескожная пункционная нефростомия должна быть выполнена как можно скорее для отведения мочи и предупреждения развития острого гнойного пиелонефрита. Реконструктивные операции могут выполняться при полном отсутствии признаков мочевого инфильтрата в тазу, что обычно обнаруживается спустя 30 суток после дренирования почки. Выполнение операции трансабдоминальным доступом позволяет широко мобилизовать дистальный отдел мочеточника и мочевой пузырь, что дает возможность сформировать физиологичный анастомоз с последующим полным восстановлением функции почки.

## ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ

**Цель** настоящего сообщения - познакомить читателей с особенностями травмы мочеточников и мочевого пузыря после лапароскопических вмешательств, их диагностикой и лечением.

**Материалы.** За период с 1997 по 2000 год мы наблюдали 23 повреждения мочеточников и 15 повреждений мочевого пузыря в ходе следующих лапароскопических вмешательств:

- гистерэктомия;
- удаление кист;
- коррекция недержания мочи;
- операции при распространенном эндометриозе;
- удаление внеорганных опухолей;

В 7 случаях травма была замечена

в ходе операции и была предпринята попытка восстановления целостности мочевого пузыря или мочеточника.

Спустя три месяца у больных с пузырно-влагалищными свищами при осмотре обращали на себя внимание грубые рубцы в зоне свища и уплотненные ткани влагалища и мочевого пузыря. Больным с пузырно-влагалищными свищами была выполнена фистулопластика трансвагинальным доступом по принятой в клинике методике. Основной технической сложностью во время операции было разделение тканей влагалища и мочевого пузыря из-за массивного рубцового процесса в области свища.

Всем больным с травмой мочеточ-

ника произведена срочная нефростомия и реконструкция дистального отдела мочеточников спустя 29,6 суток после операции. Во время операции дистальный отдел мочеточника был рубцово изменен, интимно спаян с окружающими тканями, что затрудняло его выделение. Всем больным выполнена операция типа Боари.

**Результаты.** У 12 больных пузырно-влагалищными свищами успешный результат достигнут после первой фистулопластики, в то же время 3 пациентки перенесли два или три вмешательства. Обследование спустя 3 месяца выявило тяжелую дизурию у 4 больных, что потребовало проведения комплексной консервативной терапии.

Пластика дистального отдела мочеточников успешно выполнена у всех больных. Обследование спустя 3 и 6 месяцев выявило нормальную функцию почек.

**Выводы.** Повреждения органов

мочевой системы в ходе лапароскопических вмешательств отличаются массивностью поражения и развитием выраженного рубцового процесса. Это может быть обусловлено необходимостью обширной коагуляции в ходе опе-

рации и последующим мочевым затеком. Данное обстоятельство должно учитываться при подготовке больных к пластическим операциям при мочеполовых свищах, возникших после лапароскопических манипуляций.

**ЛОРАН О.Б., ЛИПСКИЙ В.С., СПИРИН В.А., ПОПКОВ В.М., БЛЮМБЕРГ Б.И.**

Клиники урологии Московского государственного медико-стоматологического университета и Саратовского государственного медицинского университета

## ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Проблемы оперативного лечения больных пузырно-влагалищными свищами в значительной степени определяются характером и локализацией повреждений мочевого пузыря в ходе гинекологических операций и акушерских пособий. В этой связи актуальной остается задача профилактики повреждений нижних мочевых путей в акушерской и гинекологической практике.

Совокупность информации, касающейся причин и механизмов возникновения пузырно-влагалищных свищей у 209 больных, позволила нам сформулировать организационные, медицинские и социальные принципы профилактики подобных осложнений.

Решающая роль в профилактике акушерского травматизма принадлежит правильной организации акушерской помощи. В женских консультациях работа должна быть построена таким образом, чтобы своевременно выявлять и осуществлять диспансерное наблюдение за женщинами с отягощенным акушерским анамнезом и патологическим течением родов. Современная госпитализация этих пациенток в родовспомо-

гательные учреждения высокой квалификации может предупредить целый ряд осложнений в родах, избран, наиболее щадящий метод и время родоразрешения с учетом отягощающих факторов. Одним из методов профилактики акушерских пузырно-влагалищных свищей является плановое, по показаниям, родоразрешение путем кесарева сечения.

При планировании оперативных вмешательств по поводу атинично расположенных миоматозных узлов, распространенном эндометриозе, гнойно-воспалительных поражениях внутренних половых органов хирург обязан получить максимально возможную информацию о топографо-анатомических взаимоотношениях мочевыводящих путей и половых органов. При абдоминальных гинекологических операциях необходимо избегать инструментальной травмы мочевого пузыря вследствие грубого манипулирования надлобковым зеркалом или тупыми надлобковыми крючками. Гемостаз необходимо осуществлять только визуально. Прошивая кровотокающий сосуд следует захватывать в гемостатическую лигатуру минималь-

ное количество прилежащих тканей.

Оперирующий акушер-гинеколог должен обладать достаточным объемом урологических знаний, чтобы суметь своевременно распознать травму мочевого пузыря, правильно оценить ее характер и выбрать адекватную операцию. При этом необходимо обеспечить анатомическое и функциональное восстановление мочевого пузыря.

Важными составляющими системы медицинских и социальных мероприятий по профилактике генитальных свищей и пузырно-влагалищных фистул, в частности, являются раннее распознавание и своевременное лечение новообразований и воспалительных заболеваний внутренних половых органов, совершенствование методов контрацепции, а также санитарно-просветительная работа среди населения.

Таким образом, только комплексный подход и неукоснительное соблюдение вышеописанных принципов позволят добиться реального успеха в деле профилактики повреждений мочевого пузыря в акушерской и гинекологической практике.

**НЕЧИПОРЕНКО Н.А., НЕЧИПОРЕНКО А.Н.**  
Гродненский государственный медицинский университет; Гродненская больница скорой помощи, Гродно, Белоруссия

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА У ЖЕНЩИН, ВЫЯВЛЕННЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Цель исследования – выбор рациональной тактики лечения интраоперационных повреждений тазового отдела мочеточника у женщин, диагностированных в послеоперационном периоде.

Методы. Наблюдали 26 женщин с односторонними различными повреж-

дениями мочеточника во время гинекологических операций, выявленными через 7-15 дней после вмешательства. У всех пациенток отмечались боли в поясничной области на стороне повреждения, у 9 - повышение температуры тела до 38°C, у 8 - выделение

мочи из влагалища (больным выполнено экстирпация матки).

Окклюзия тазового отдела мочеточника подтверждена путем УЗИ почек и тазовых органов, а также ретроградной уретерографией.

Счетом сроков выявления окклю-