

зии мочеточника после операции всем пациенткам наложена нефростома (пункционная - 8, открытая - 18), пятак большим дополнительно дренирован тазовый мочевой затек. Через 1,5-2 месяца после нефростомии проводили повторное обследование. У 6 женщин проходимость мочеточника восстановилась, что мы объяснили как результат рассасывания кетгутовой лигатуры.

20 женщин оперированы: по поводу мочеточниково-влагалищного свища

8 и облитерации мочеточника - 12. Уретероцистонеоанастомоз выполнен 17 пациенткам и уретероуретероанастомоз - 3-м.

Обсуждение. Анализ показывает, что пункционная нефростома является лучшим методом отведения мочи из почки при окклюзии тазового отдела мочеточника, выявленной в послеоперационном периоде.

Если имела место перевязка мочеточника кетгутовой лигатурой, то возможно рассасывание нити и вос-

становление проходимости мочеточника по истечении 1,5-2-х месяцев.

Выводы. 1. Единственным надежным методом спасения почки у больных с повреждением мочеточника в ходе гинекологической операции, выявленным в послеоперационном периоде, является срочная нефростома.

2. Через 1,5-2 месяца функционирования нефростома повторное обследование позволяет оценить состояние мочеточника и выбрать план его реконструкции.

**ОЛЕЙНИК Н.Н., КОПТЮХ В.И.,
ГУТА Л.В., ХЛИБОВСКАЯ О.И.,
ШАДРИНА В.С.**

Тернопольская государственная
медицинская академия,
Тернополь, Украина

ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ КАТЕТЕРИЗАЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Травматизация мочевыводящих путей в акушерской практике, в последние годы резко уменьшилась. В то же время при гинекологических операциях прослеживается тенденция к увеличению числа травм мочевого пузыря и мочеточников во время проведения операции внематочной беременности, а также при проведении повторной операции кесарского сечения.

Цель работы: Целью нашей работы является выявление женщин повышенной группы риска травматического повреждения мочевыводящих путей и проведения профилактической катетеризации мочеточников перед оперативным вмешательством.

Методы исследования: хромоцистоскопия, обзорная урография, УЗИ мочевыводящих путей, общие анализы мочи.

Результаты и обсуждения: Про-

ведено обследование 20 женщин с гинекологическими заболеваниями и 20 беременных, у которых предполагалась операция повторного кесарского сечения.

В группу женщин с гинекологической заболеваемостью были отнесены все случаи экстирпации матки, связанные с низким размещением фиброматозных узлов - 8 женщин, удаления культуры шейки матки - 2, удаление гнойно-воспалительных опухолей придатков матки - 8, рака тела матки - 2 женщины. Все эти операции были технически сложными в связи с нарушением анатомических взаимоотношений.

Группу акушерского риска травматического повреждения мочевых путей составили: выполнение кесарского сечения у беременных при наличии фибромиомы матки - 7 женщин, выполнение операции Поро - 1 женщина, выполнение операции повторного ке-

сарского сечения при наличии спаечного процесса - 12 женщин.

Всем женщинам с гинекологическими заболеваниями выполняли обзорную урографию, хромоцистоскопию, УЗИ почек. Беременным с повышенной группой риска проводилось УЗИ почек, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко. Непосредственно перед операцией производилась катетеризация обеих мочеточников.

Выводы. Таким образом, вопросы профилактики травмы мочевого пузыря и мочеточников при повторном кесарском сечении и гинекологических операциях являются актуальными. Выполнение катетеризации мочевыводящих путей позволяет выбрать правильную тактику лечения и освобождает больных от повторного оперативного вмешательства на мочеточниках и мочевом пузыре в раннем и позднем послеоперационных периодах.

**СЕРГЕЕВ А.П., ГЛЕБОВА Н.Н.,
ТРУБИНА Т.Б.**

Башкирский государственный
медицинский университет,
Уфа, Россия

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА ТРАВМАТИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

В современных условиях операция кесарского сечения в нижнем сегменте стала одним из ведущих методов оперативного родоразрешения, и частота ее применения достигает по данным ряда авторов 12-15%. Эта операция производится как при доношенной беременности, так и с целью прерывания беременности во II триместре (малое кесарское

сечение). Одним из осложнений послеоперационного периода является расхождение швов на матке, требующее релапаротомии и экстирпации матки. При производстве экстирпации матки в этих условиях возникает высокий риск ранения мочевого пузыря ввиду развития рубцово-спаечного процесса и инфильтрации в области пузырно-маточного про-

странства.

В связи с этим, проблема совершенствования техники выполнения повторных абдоминальных экстирпаций матки после перенесенного кесарского сечения в акушерстве и гинекологии остается актуальной.

Мы предлагаем модификацию ряда этапов операции трансабдоминальной экстирпации матки при на-

личии рубцово-спаечного процесса между маткой и мочевым пузырем после кесарева сечения в нижнем сегменте в анамнезе. После рассечения сосудистых пучков, маточно-крестцовых и кардинальных связок вскрывается задний свод влагалища, край влагалища берется на лигатуру. Производится ампутация матки на уровне рубца. Шейка матки выворачивается в брюшную полость через

ранее созданное отверстие в заднем своде влагалища. Отсечение шейки матки от передней и боковых стенок влагалища производится под контролем зрения на уровне переходной складки. Культя влагалища ушивается.

По данной методике прооперировано 6 больных с расхождением швов на матке (перенесших кесарское сечение при доношенной беременности

- 4, после малого кесарского сечения по поводу прерывания беременности - 2). Ближайшие и отдаленные результаты (через 1 год) благоприятные.

Таким образом, предложенная нами модификация является эффективной, не требует дополнительных временных затрат и предотвращает опасность ранения мочевого пузыря.

ЯЩУК А.Г., ШЕВЧЕНКО З.Р.,
ВАЛИУЛЛИНА Н.З.,
РЯБОШАПКИНА О.В.
Башгосмедуниверситет,
клиническая больница № 8,
Уфа

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Акушерские травмы тазового дна, промежности и мочеполовой диафрагмы являются наиболее частыми осложнениями родов и составляют по данным отечественных и зарубежных авторов 10,3-39%. Разрывы влагалища и промежности являются следствием многих причин, зависящих от матери и плода, но, как правило, они являются спутниками патологических родов.

Неблагоприятными последствиями травм тазового дна являются опущение и выпадение половых органов с образованием цистоцеле и ректоцеле, сопровождающихся нарушением функции соседних органов, в том числе сфинктеров уретры и прямой кишки. По данным многочисленных отечественных и зарубежных авторов недержание мочи развивается в результате нарушения функции сфинктеров мочевого пузыря, причем в 95% случаев этим стра-

дают рожавшие женщины.

Нами обследовано 380 женщин, перенесших травмы мягких тканей родовых путей, у 64 (16,8%) из них заболевание наступило непосредственно после родов, у 84 (22,1%) вскоре после родов. У 45 (11,8%) женщин недержание мочи было связано с несостоятельностью сфинктера мочевого пузыря, что подтверждают данные сфинктерометрии, а у 335 (88,2%) сочеталось с опущением стенок влагалища.

При восстановлении мягких тканей родовых путей у 28 родильниц мы придерживались следующих основных принципов:

- учет объема и уровня поврежденных структур;
- применение аллоплантов и аллопластического шовного материала с целью оптимальной коррекции замыкательного аппарата;
- максимально возможное вос-

становление поврежденных структур.

Для восстановления передней стенки влагалища, особенно парауретральной области, мы соединили разорванные и разошедшиеся мышечные волокна, проводя аллосухожильные нити слева направо в области уретры и сфинктера. В ряде случаев создавалась фасциальная поддержка дна мочевого пузыря с использованием аллотрансплантов.

Во всех наблюдениях послеоперационный период протекал гладко. Выписка проводилась на 7-10 сутки. В послеродовом периоде у этих больных отсутствовали симптомы недержания мочи. Лечебная физкультура рекомендовалась через 2-3 недели. Некоторые из этих пациенток осмотрены через 6 месяцев. Никто из них не предъявлял жалоб на недержание мочи. Однако отдаленные результаты требуют дальнейшего изучения.