

Особенности лечения двустороннего повреждения тазовых отделов мочеточников на современном этапе

М.И. Ухаль, В.А. Сагатович, О.М. Семанив
Одесский национальный медицинский университет

Проведен анализ эффективности лечения больных с двусторонним повреждением тазовых отделов мочеточников с учетом использования современных методов диагностики, адекватного выбора тактики и способа оперативного вмешательства в зависимости от вида повреждения. На основании проведенного анализа установлено, что уретероскопия и попытка катетеризации больных с признаками перевязки тазового отдела мочеточника является целесообразной на этапе уточнения вида повреждения и решения вопроса о дренировании почки на стороне повреждения. Уретерокутанеостомия при пересечении мочеточников и мочевых свищей, а также пункционная перкутанная нефростомия при перевязках мочеточников являются операциями выбора на первом этапе оперативного лечения больных с повреждением тазовых отделов мочеточников. При повреждениях тазовых отделов мочеточников уретеро-уретероанастомоз при длине повреждения не более 2–3 см и уретероцистонеоанастомоз + psoas-high-пластика при длине дефекта мочеточника не более 10–12 см являются эффективными методами восстановления проходимости и уродинамики верхних мочевых путей. При длине дефекта поврежденного тазового отдела мочеточника более 12 см операцией выбора может быть аутотрансплантация почки с уретероцистонеостомией.

Ключевые слова: повреждения тазовых отделов мочеточников, диагностика, аутотрансплантация, лечение.

Двустороннее повреждение мочеточников в виде перевязки, пересечения или прошивания встречается в основном как осложнение во время операций в акушерско-гинекологической практике [1, 4]. Так, по данным Д.В. Кана (1978), частота двусторонних повреждений мочеточников при акушерско-гинекологических операциях колеблется от 1–5,7% [5]. Чаще всего эти тяжелые осложнения связаны с топографо-анатомическими изменениями, которые возникают в полости малого таза в результате беременности, воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей матки [2]. Особенно неблагоприятные условия создаются во время повторных операций, когда нарушаются анатомические связи органов и тканей и развиваются рубцово-спаечные процессы в брюшной полости и полости таза [6]. При этом пациентки, рассчитывающие на выздоровление, иногда сталкиваются с более грозными осложнениями, чем сама причина акушерской или гинекологической операции [3]. В настоящее время большие возможности эндouroлогии, рентгенэндоскопических методов диагностики и лечения, а также современной пластической восстановительной техники оперативных вмешательств позволяют предотвратить развитие и прогрессирование вторичных осложнений двусторонних травм мочеточников – мочевых затеков, перитонита, острой почечной и полиорганной недостаточности

Целью нашего исследования явился анализ эффективности лечения больных с двусторонним повреждением тазовых отделов мочеточников с учетом использования современных методов диагностики, адекватного выбора тактики и способа оперативного вмешательства в зависимости от вида повреждения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1999 г. по настоящее время в урологическом отделении Одесской областной клинической больницы оказана помощь 10 больным с двусторонним повреждением тазового отдела мочеточников после гинекологических (2 пациентки) и акушерских (8 пациенток) операций. Средний возраст больных колебался от 29 до 57 лет. У 7 больных была перевязка одного и пересечение второго мочеточника; у 3 – пересечение обоих мочеточников. Диагноз повреждения мочеточников устанавливали врачи-урологи, выезжающие в urgentном порядке на вызовы в родильные дома и гинекологические отделения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из-за тяжести состояния 4 из 10 пациенток были оперированы в условиях ЦРБ, где двум больным попытались восстановить проходимость перевязанных мочеточников. Однако снять лигатуры и восстановить проходимость перевязанных мочеточников удалось только в одном случае. Попытки выделить дистальный и проксимальный отделы пересеченных мочеточников и произвести уретеро-уретероанастомоз не увенчались успехом ни в одном из 4 случаев. Поврежденные мочеточники были выведены на кожу в подвздошную область, т.е. произведена уретерокутанеостомия. В связи с тяжелым состоянием все больные, оперированные в условиях ЦРБ, были переведены сроки от 3 до 5 сут в реанимационное отделение ОКБ. Одна из больных через сутки после перевода умерла от прогрессирования полиорганной недостаточности.

Шесть больных в сроки от 1 до 2 сут после травм мочеточников были госпитализированы в урологическое отделение ОКБ. Для уточнения вида и уровня повреждения мочеточников в первые же часы после поступления этим больным выполнено комплексное обследование с использованием ультразвукового, рентгенологического и эндоскопического исследований. При применении эндоскопических методов (цистоскопии и уретероскопии) произведена попытка катетеризации мочеточников на стороне перевязки. У 2 из 6 больных (33,3%) удалась попытка провести мочеточниковый катетер выше препятствия и установить внутренний стент. Остальным четырем больным на стороне перевязки дренирование почек выполнено путем перкутанной нефростомии.

В результате пересечения второго мочеточника у всех больных развились мочевые затеки в брюшную полость и

в забрюшинное пространство. В первый же день поступления в урологическое отделение ОКБ этим больным выполнили ревизию и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, а также уретерокутанеостомию. При этом мочеточники выделяли до зоны повреждения и по возможности с минимальной травматизацией выводили на кожу в подвздошную область.

Через 2–2,5 мес больным проведено оперативное вмешательство по восстановлению проходимости мочеточников. При этом у 5 из 9 больных (44,4%) удалось выделить дистальный и проксимальный отделы мочеточников и наложить на внутреннем стенке уретеро-уретероанастомоз конец в конец. У 8 больных при длине дефектов поврежденных мочеточников, не превышающей 8–10 см, произведен уретероцистонеоанастомоз + psoas-high-пластика. Послеоперационный период у больных с уретеро-уретероанастомозами и уретероцистонеоанастомозами + psoas-high-пластикой в целом протекал гладко. После удаления через 2 мес внутренних стентов проходимость анастомозов и отток мочи из почек восстановился у всех данных пациентов.

У 1 больной при длине дефекта поврежденного мочеточника, превышающей 12 см, мы впервые выполнили аутотрансплантацию почки. Ранее этот метод в урологической практике применяли только у ряда больных с коралловидными камнями почек. Учитывая особенность акушерской ситуации, при которой произошло двустороннее повреждение тазовых отделов мочеточников, и примененный подход к тактике лечения этой больной, мы приводим более подробное описание данного случая.

Больная С., 31 год, в 1997 и 1999 гг. в нормальные сроки беременности дважды перенесла кесарево сечение. В 2002 г. во время 3-й беременности на 37-й неделе при поездке в трамвае у нее произошел спонтанный разрыв матки и она в крайне тяжелом состоянии доставлена в один из роддомов г. Одессы. В ургентном порядке по жизненным показаниям на фоне продолжающегося кровотечения выполнено удаление мертвого плода и матки. Два предыдущих кесаревых сечения и разрыв матки естественно привели к выраженным топографо-анатомическим изменениям в полости малого таза, что, по-видимому, стало причиной двустороннего повреждения тазовых отделов мочеточников в виде их пересечения. Учитывая отсутствие мочи в течении суток в мочевом пузыре и выделение по дренажам с брюшной полости до 2 л кровянистой жидкости, было заподозрено двустороннее повреждение мочеточников. С помощью рентгенологического и эндоскопического методов установлено двустороннее пересечение тазовых отделов мочеточников. Больной через 36 ч после акушерской операции произведена двусторонняя уретерокутанеостомия. Через 2,5 мес после двусторонней уретерокутанеостомии в условиях ОКБ больной выполнено оперативное вмешательство по восстановлению проходимости мочеточников и ликвидации уретерокутанеостом. При этом с правой стороны после выделения дистального и проксимального отделов мочеточников дефект между ними не превышал 1 см, что позволило выполнить на внутреннем стенке уретеро-уретероанастомоз. На левой стороне после выделения дистального и проксимального отделов мочеточников дефект между ними составлял 12 см. Учитывая это, принято решение выполнить аутотрансплантацию почки в подвздошную ямку слева с одновременным выполнением пластической операции – уретероцистонеостомией. Послеоперационный

период в целом протекал гладко. После удаления через 2 нед наружного стента слева и через 2 мес внутреннего стента справа отток мочи по мочеточникам восстановился. При контрольных исследованиях через 3, 6, 12 и 24 мес признаков стенозирования анастомозов и нарушения оттока мочи из почек не выявлено.

ВЫВОДЫ

На основании проведенного анализа эффективности лечения двустороннего повреждения тазовых отделов мочеточников можно сделать следующее заключение:

1. При двусторонних повреждениях тазовых отделов мочеточников после акушерских или гинекологических операций выполнение в роддомах травматических операций по разлигированию перевязанных мочеточников или реконструктивных оперативных вмешательств по восстановлению их проходимости является нецелесообразным в условиях ЦРБ.

2. Уретероскопия и попытка катетеризации больных с признаками перевязки тазового отдела мочеточника является целесообразной для уточнения вида повреждения и решения вопроса о дренировании почки на стороне повреждения.

3. Уретерокутанеостомия при пересечении мочеточников и мочевых затеках, а также пункционная перкутанная нефростомия при перевязках мочеточников являются операциями выбора на первом этапе оперативного лечения больных с повреждением тазовых отделов мочеточников.

4. При повреждениях тазовых отделов мочеточников уретеро-уретероанастомоз при длине повреждения не более 2–3 см и уретероцистонеоанастомоз + psoas-high-пластика при длине дефекта мочеточника не более 8–10 см являются эффективными методами восстановления уродинамики верхних мочевых путей.

5. При длине дефекта поврежденного тазового отдела мочеточника более 12 см операцией выбора может быть аутотрансплантация почки с уретероцистонеостомией.

Особливості лікування двостороннього ушкодження тазових відділів сечоводів на сучасному етапі

М.І. Ухаль, В.А. Сагатович, О.М. Семанів

Проведений аналіз ефективності лікування хворих із двостороннім ушкодженням тазових відділів сечоводів з урахуванням використання сучасних методів діагностики, адекватного вибору тактики та способу оперативного втручання залежно від виду ушкодження. На підставі проведеного аналізу встановлено, що уретероскопія і спроба катетеризації хворих з ознаками перев'язки тазового відділу сечоводу є доцільною на етапі уточнення виду ушкодження та розв'язання питання про дренивання нирки на стороні ушкодження. Уретерокутанеостомія при перетинанні сечоводів і сечових норицях, а також пункційна перкутанна нефростомія при перев'язках сечоводів є операціями вибору на першому етапі оперативного лікування хворих з ушкодженням тазових відділів сечоводів. При ушкодженнях тазових відділів сечоводів уретеро-уретероанастомоз при довжині ушкодження не більш 2–3 см і уретероцистонеоанастомоз + psoas-high-пластика при довжині дефекту сечоводу не більше за 10–12 см є ефективними методами відновлення прохідності й уродинаміки верхніх сечових шляхів. При довжині дефекту ушкодженого тазового відділу сечоводу більше ніж 12 см операцією вибору може бути аутотрансплантація нирки з уретероцистонеостомією.

Ключові слова: ушкодження тазових відділів сечоводів, діагностика, аутотрансплантація, лікування.

Treatment Particularities of Bilateral Injury of Pelvic Ureters on the Present-day Stage

M.I. Ukhal, V.A. Sagatovich, O.M. Semaniv

The analysis of the therapy effectiveness of patients with the bilateral injury of pelvic ureters on the basis of the up-to-date diagnostic techniques, adequate choice of tactics and way of surgery depending on the kind of injury has been done. Urethroscopy and an attempt of catheterization with the signs of ligation of pelvic ureters prove to be efficient on the stage of finding out the type of the injury and deciding about nephros drain on the injured side. Ureterostomy at ureter transection and urinary fistula, also paracentetic percutaneous nephrostomy

at ureter ligation are the operations on the first level of surgical treatment of patients with the injuries of pelvic ureters. It has been stated on the basis of the analysis that the urethra-urethraanastomosis at the injury length not more than 2-3 cm and urethrocytostoneoanastomosis + psoas-high plastics at the ureter defect length not more than 10 - 12 cm prove to be effective techniques of patency and upper urinary tract urodynamics reconstruction.

At the injury length of pelvic ureter more than 12 cm nephros autotransplantation with the urethrocytostoneoanastomosis can be the operation of choice.

Key words: *pelvic ureter injury, diagnostics, autotransplantation, treatment.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартов А.Г., Маслов С.А., Салюков Р.В. и др. Рентгеноэндоскопическое лечение поврежденных мочеточников после акушерско-гинекологических операций // Урология. – 2006. – С. 1–11.
2. Переверзев А.С. Повреждения мочеточников в акушерско-гинекологической практике и их коррекция // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 3 (12). – С. 18–2.
3. Переверзев А.С., Мысько С.Я. Особенности лечебной тактики при акушерско-гинекологической травме мочеточника // Актуальные проблемы урогинекологии. – Харьков, 2001. – С. 77–81.
4. Keith J. O'Reilly. Iatrogenic injuries to the distal ureter during gynecologic interventions. J. Urol 2004; 101 (2): 69–76.
5. Канн Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – М.: Медицина, 1986. – С. 4–5.
6. Ostergard D.R., Bent AE. Urogynecology // Danfbrtvs Obstetrics & Gynecology // Scott J.R.etal. – 7th ed., Ch. 46. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven, 1997. – P. 837–865.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ОГРОМНЫЙ ПОТОК ИНФОРМАЦИИ ВЫЗВАЛ НОВУЮ БОЛЕЗНЬ

Шотландские ученые открыли новый вид заболевания, связанный с потерей памяти - "синдром суетной жизни" (Busy Lifestyle Syndrome). Этот синдром появляется в результате образа жизни, переполненного большими объемами информации, которая поступает с мобильных телефонов, телевизоров, радио и интернета.

"Забывчивость - это нормальное явление для пожилых людей, но последние данные показывают, что в настоящее время эта проблема затрагивает все больше и больше людей в более раннем возрасте. Причиной ее возникновения

является "информационная перегрузка" и слишком занятая жизнь на работе и дома" - говорит исследователь, доктор Аллан Уейд.

В исследовании, опубликованном в журнале Sleep, ученые выяснили, что бодрствование в течение длительного времени влияет на способность мозга обращать внимание на вещи - мы помним меньше, потому что замечаем меньше.

Один из экспериментов показал, что люди, которые спали меньше 6 часов в сутки в течение двух недель, набрали гораздо меньше очков в когнитивных тестах и тестах на

память, чем те, кто спал по 8 часов в сутки.

Исследования показывают, что у совершенно здоровых людей провалы в памяти могут случаться до 30 раз в неделю. Такие провалы не означают, что у человека проблемы с мозгом. Если ученые говорят, что мы склонны забывать десятую часть того, что происходит в нашей жизни, соответственно, если наша жизнь насыщена множеством разнообразных событий, тогда мы и забываем больше

Медицинский
информационный портал
<http://donbass.ua>