

СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКОВ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.Ч. Усупбаев¹, У.К. Кулукеев¹, В.Н. Евсюков², А.Д. Абдырасулов¹, Т.Э. Тургунбаев²

¹ Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ КР,

² КГМИ и ПК,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Интраоперационные повреждения мочеполовых органов имеют самый разнообразный характер, который в ряде случаев впечатляет своей обширностью. Поздняя диагностика повреждений мочеполовых путей приводит к формированию мочевого затека и свищей, развитию уретерогидронефроза, хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности, что существенно ухудшает непосредственные результаты реконструктивно-восстановительных операций и затрудняет послеоперационную реабилитацию пациентов. В данной работе показаны хирургические пути коррекции при подобных ситуациях.

Ключевые слова: Повреждения, мочеполовые органы, мочевой затек, свищи, оперативное лечение.

ОПЕРАЦИЯ ДАН КИЙИНКИ ЗААРА АККЫЧТЫН ЖАНА ТАБАРСЫКТЫН КАБЫЛДООЛУРУНУН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ОҢДОО ЖОЛДОРУ

А.Ч. Усупбаев¹, У.К. Кулукеев¹, В.Н. Евсюков², А.Д. Абдырасулов¹, Т.Э. Тургунбаев²

¹ Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу

Улуттук госпиталдын алдындагы Республикалык илимий урология борбору,

² Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификация көтөрүү институту,

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Заара чыгаруу, жыныс органдарына операция убагындагы кабылдоосу кээ бир учурларда өзүнүн кенендиги менен таасирлентет жана абдан ар түрдүү мүнөзгө ээ. Заара чыгаруу, жыныс жолдорунун кабылдоосунун дартынын кеч аныкталышы зааранын жайылышына, тешик пайда болушуна, уретерогидронефроз, өнөкөт пиелонефрит, өнөкөт бөйрөк жетишсиздигинин өнүгүшүнө алып келет, булар болсо кайра калыбына келтирүү операцияларынын жыйынтыгын түздөн түз төмөндөтөт жана операциядан кийинки бейтаптып калыбына келүүсүн оорлотот. Бул иште ушундай учурларды хирургиялык жол менен оңдоо көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: Кабылдоо, заара чыгаруу-жыныс органдары, зааранын жайылышы, тешиктер, хирургиялык дарылоо.

SURGICAL CORRECTION METHODS OF URETER AND URINE BLADDER'S POSTOPERATIONAL INJURES

A.Ch. Usupbaev¹, U.K. Kulukeev¹, V.N. Evsukov², A.D. Abdyrasulov¹, T.E. Turgunbaev²

¹ Republic science centre of urology under National Hospital of Ministry of Health Kyrgyz Republic,

² Kyrgyz state medical institute of retraining and advanced training, department of special surgical assistance, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Intraoperative trauma urogenital's organs can have the most various character, which in some cases impresses with the extensiveness. The late diagnostics damage of urogenital way leads to formation fistulas which through that passing urine brings to development hydronephrosis, chronic pyelonephritis and chronic kidney insufficiency which worsens result of reconstructive and recovery operation which complicate postoperative rehabilitation of patients.

Key words: damage, urogenital organ, the passing urine through, fistules, surgery treatment.

Актуальность. Повреждения мочеточников и мочевого пузыря при хирургических, акушерско-гинекологических и урологических вмешательствах, не имеют тенденции к снижению и остаются на прежнем достаточно высоком уровне. В известной степени это связано с расширением

показаний к операциям на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, а в онкологической практике – со стремлением любой ценой избавить пациента от опухоли [1]. За последние десятилетия повреждения мочевыводящих путей обусловлены также широким внедрением

эндоскопических методов лечения [2,3,4,5]. Вместе с тем, в литературе отсутствует определение ятрогении в хирургической практике, которое позволило бы отграничить такие повреждения от осложнений, возникающих в ходе и после оперативных вмешательств. Интраоперационная травма мочевыводящих путей может иметь самый разнообразный характер, который в ряде случаев впечатляет своей обширностью. Кроме непосредственного разной степени тяжести механического воздействия на мочеточник, мочевой пузырь и уретру в ходе самого хирургического вмешательства, послеоперационное скопление экссудата и присоединение вторичной инфекции увеличивают риск ишемического некроза их стенок [6,7,8,9]. Поздняя диагностика повреждений мочевыводящих путей приводит к формированию мочевых затеков и свищей, развитию уретерогидронефроза, хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности, что существенно ухудшает непосредственные результаты реконструктивно-восстановительных операций и затрудняет послеоперационную реабилитацию пациентов [10,11]. Только у 20-25% больных травма мочеточников диагностируется во время операции. В большинстве же случаев такие повреждения выявляются после операции, в том числе и в отдаленные сроки после ее выполнения [2]. Запоздавшая диагностика и, как следствие, необратимые нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей и функции почек заканчивается органоуносящей операцией. Последствиями ятрогенных травм мочевыводящих путей являются урогенитальные свищи. Наиболее часто в клинике встречаются пузырно-влагалищные свищи, причиняющие тяжелые моральные и физические страдания больным [12,13]. Несмотря на многовековой опыт лечения больных с мочеполювыми свищами, результаты этих операций остаются неутешительными и в настоящее время. Так, рецидивы фистул, по данным ряда авторов, возникают у 10% оперированных

больных, а послеоперационная летальность колеблется от 2 до 7,4% [2,14,15]. Полного излечения после фистулографии, в том числе после повторных операций, удается достичь только в 62 - 96,5% случаев, то есть в среднем у каждой 9-10-й женщины возникает рецидив свища [16, 17]. Значительные трудности возникают при лечении сочетанных повреждений мочеточников и мочевого пузыря.

Существующее многообразие методов восстановления проходимости мочеточников, закрытия дефектов мочевого пузыря все еще не позволяет достичь стопроцентного результата в лечении таких больных, а также не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления целостности мочевыводящих путей, что и определяет актуальность нашей работы.

Цель: Оптимизация результатов хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочеточников и мочевого пузыря, а также улучшение качества жизни больных.

Материалы

Нами изучены 167 больных с ятрогенными повреждениями мочевыводящих путей и их осложнениями, наступившими в ходе различных оперативных вмешательств, которым было выполнено комплексное обследование и хирургическое лечение в Республиканском научном центре урологии при НГ МЗ КР в период с 1996 по 2016 годы.

Ятрогенными повреждениями мы считаем случайную травму органов мочеполювой системы во время хирургических вмешательств, сосудов и тканей, не являющихся объектом данной операции. Среди всех больных с такими повреждениями мужчин было 16 (9,6%) и женщин - 151 (90,4%). Возрастной диапазон колебался от 18 до 78 лет и в среднем составил $46,2 \pm 8,9$ лет.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст больных в годах	Количество мужчин		Количество женщин		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 30	-	-	5	3,0	5	3,0
31-40	-	-	31	18,6	31	18,6
41-50	2	1,2	71	42,2	73	43,6
51-60	6	3,6	31	18,4	37	22,2
61-70	8	4,8	9	5,4	17	10,4
Старше 70	-	-	4	2,4	4	2,4
Всего	16	9,6	151	90,4	167	100,0

Как видно из таблицы, большинство больных было наиболее трудоспособного возраста от 41 до 60 лет -110 (65,9%) человек. Значительное превосходство женщин (90,4%) среди наблюдаемых нами больных объясняется тем, что подавляющее большинство ятрогенных повреждений мочеполовых органов произошло в ходе акушерско-гинекологических операций (83,8%). В основном больные поступали в плановом порядке и только 18 (10,8%) из них были госпитализированы по

экстренным показаниям. Причинами экстренной госпитализации являлись: обструктивная анурия, болевой синдром, обострение инфекционно-воспалительного процесса в почках и мочевыводящих путях или диагностированная в другом стационаре травма мочевыводящих путей. Распределение обследованных больных по локализации этих повреждений приведены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по локализации ятрогенных повреждений мочевыводящих путей

Локализация повреждений	Количество пациентов	
	абс.	%
Мочеточник	106	63,5
Мочевой пузырь	44	26,3
Комбинированные повреждения	12	7,2
Всего	167	100,0

Основную группу больных с ятрогенными повреждениями мочевыводящих путей составили пациенты с травмами мочеточников (63,5%). Повреждения мочевого пузыря, осложненные мочевым затеком или формированием мочепузырно-влагалищного или пузырно-кишечного свища, мы наблюдали у 44 (26,3%) больных. У 12 (7,2%) пациентов была диагностирована комбинированная травма мочевого пузыря и мочеточников. Им выполнялись различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. Среди 167 больных с ятрогенной травмой мочеточников, мочевого пузыря, у 130 (77,8%) выявлены разной степени ретенционные изменения со стороны ВМП. Одностороннее нарушение уродинамики диагностировано у 89 (68,5%), двустороннее - у 41 (31,5%) пациентов. Хронический пиелонефрит имел место у 123 (73,7%) больных. Нарушение функции почек наблюдалось у 54 (32,3%), в том числе у 23 была выявлена латентная стадия ХПН, у 11 - компенсированная, у 2 больных имелась интермиттирующая стадия ХПН.

Помимо основных восстановительных оперативных вмешательств на предшествующих этапах выполнялись: перкутанная нефростомия, люмбото-

мия, декапсуляция почки, нефростомия, уретерокутанеостомия, разного рода гинекологические операции, экстирпация прямой кишки, нефроуретерэктомия и предшествующие различные пластические операции на мочеточниках.

Таким образом, повреждения мочеточников и мочевого пузыря возможны практически при любых оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и малого таза. Частота ятрогенной травмы МВП возрастает пропорционально росту технически сложных и нестандартных операций в хирургии и гинекологии. Большинство травм мочеточников и мочевого пузыря возникают при попытках хирургов, гинекологов захватить и лигировать кровоточащие сосуды. Учитывая близкое анатомическое расположение МВП и органов малого таза, необходимо всегда помнить об этом.

Мочевой пузырь может быть поврежден при влагалищных и внутритазовых операциях. Под нашим наблюдением находилось 44 (26,3%) пациентов с осложнениями послеоперационных повреждений мочевого пузыря. У всех этих больных сформировались различного рода мочевые свищи. Изолированная ятрогенная травма мочевого пузыря произошла у 44 (26,3%) пациентов. Причины этих повреждений представлены в табл. 3.

Таблица 3

Виды операций, при которых произошли ятрогенные повреждения мочевого пузыря

Виды операций	мужчины		женщины		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экстирпация матки			16	36,3	16	36,3
Операция Вертгейма и лучевая терапия			11	25	11	25
Кесарево сечение			12		12	27,2
Резекция прямой кишки	2	4,5			2	4,5
ТУР простаты	1	2,2			1	2,2
Всего	3		41		44	100

Исходя из данных, приведенных в таблице, основной причиной ятрогенной травмы мочевого пузыря у женщин послужила экстирпация матки у 16 (36,3%), а у мужчин резекция прямой кишки у 2 (4,5%). У 12 (27,2%) больных повреждения мочевого пузыря были диагностированы в ходе гинекологических операций. Этим пациентам нами произведено ушивание дефекта мочевого пузыря двухрядным непрерывно узловым викри-

ловым швом с дренированием его катетером Фолея. Послеоперационных осложнений не было. В дальнейшем осложнением данной травмы явилось образование пузырно-влагалищного, пузырно-ректального и уретро-влагалищного свищей.

Характер операций, при которых произошли ятрогенные сочетанные повреждения МВП, указаны в таблице 4.

Таблица 4

Виды операций, при которых произошли ятрогенные сочетанные повреждения мочевого пузыря и мочеточников

Виды операций	мужчины		женщины		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экстирпация матки			7	58,3	7	58,3
Операция Вертгейма и лучевая терапия			3	25,1	3	25,1
Медицинский аборт			1	8,3	1	8,3
Ошибочная операция на мочевом пузыре	1	8,3				
Всего	1	8,3	11	91,7	12	100

Таблица 5

Характер оперативных вмешательств, выполненных больнымс сочетанными повреждениями мочевого пузыря и мочеточников

Оперативные вмешательства	Количество больных	
	абс.	%
Трансвезикальная фистулография и УЦА	9	75,5
Уретероцистоанастомоз и ушивание дефекта мочевого пузыря	3	24,5
Всего	12	100

Из таблицы 5 следует, что большинству (83,3%) пациентов сочетанные повреждения мочевого пузыря и мочеточников удалось ликвидировать, произведя уретероцистоанастомоз в различных модификациях.

Таким образом, из всех наблюдаемых нами больных было успешно реабилитировано 165 (98,8%) пациентов, из них 97,4% после первичной реконструктивно-восстановительной операции, выполненной после поступления в стационар, и 1,4% потребовалась повторная операция. В виду поздней диагностики и гибели почки 7,8% из обследованных пациентов выполнена нефрэктомия.

Выводы:

1. Основными причинами ятрогенных повреждений являются оперативные вмешательства по поводу гинекологических, акушерских (кесарево сечение) и онкологических заболеваний как у женщин, так и мужчин (рак сигмовидной кишки, прямой кишки и др.). Наиболее часто повреждения имели место на уровне тазового отдела мочеточников и внебрюшинный отдел мочевого пузыря. Сроки выявления повреждений существенно влияли на выбор метода и срока реконструктивно-восстановительных операций.

2. При повреждениях, выявленных в момент операций целесообразно восстановить проходимость мочеточника, а при установлении ближайших и отдаленных сроков тип операции зависит от функционально-морфологического состояния почек и воспалительных изменений на месте и вокруг повреждения.

3. Разработанный и внедренный метод пластики пузырно-влагалищных свищей обеспечивает клиническое выздоровление и заслуживает внедрения в урологических отделениях.

4. Использование разработанных подходов к хирургическому лечению ятрогенных повреждений мочеточника и мочевого пузыря позволили добиться хороших результатов в ближайшие сроки после операции у 98,8% больных.

Литература:

1. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. Хирургия протяженный стриктурмочеточников // СПб. - Неский диалект. - 2005. - 257 с.
2. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии // М.: Медицина, 1986. - 147 с.
3. Лоран О.Б., Газимагомедов Г.А. Принципы лечения мочеточниково-пузырно-влагалищных свищей // Урол. и нефрол. - 1993. - №2. - С. 5-7.

4. Петров С.Б. Диагностика и лечение больных травмой мочеполовой системы // X Российский съезд урологов. Материалы. - М., 2002. - С. 493-503.
5. Liu C.H., Wang P.H., Liu W-M. et al. Ureteral injury after laparoscopic surgery // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. - 1997. - Vol. 4. - №4. - P. 69-77
6. Александров В.П., Борисов А.Е. и др. Возможности эндовидеохирургии в лечении урологических заболеваний // Актуальные вопросы урологии и оперативной нефрологии: Сб. науч. работ, посвященный 100-летию кафедры урологии и андрологии СПбМАПО. - СПб., 2001. - С. 64-67.
7. Багишов А.А. Оперативное лечение повреждений мочевых путей в акушерской и гинекологической практике: Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Баку, 1993. - 17 с.
8. Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф. Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок // Минск, 1994. - 107 с.
9. Кан Д.В., Пронин В.И. Урологические осложнения при лечении онкологических заболеваний органов таза. - М.: Медицина, 1988. - 256 с.
10. Горбачев А.Г. Врачебно-трудовая экспертиза при урологических заболеваниях // Л.: Медицина, 1986. - 221 с.
11. Webster G., Maggio M. The management of chronic interstitial cystitis by substitution cystoplasty // J. Urol. - 1989. - Vol. 141. - №2. - P. 287-291.
12. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи // М.: МЕДпресс, 2001. - 189 с.
13. Gold R., Groutz A., Gordon D., Lessing J. Bladder perforation during tensionfree vaginal tape procedure - does it matter? // BJU. - Vol. 94. - Suppl. 2. - 2004. - P. 262
14. Fabrizio M.D., Kavoussi L.R., Jackman S. et al. Laparoscopic nephrectomy for autotransplantation // Urology. - 2000. - Vol. 55. - X. 1. - P. 145.
15. Faure G. L'autotransplantation renale a place en urologie // Ann. Urol. - 1984. - Vol. 18. - №3. - P. 149-151.
16. Вайнберг З.С. Неотложная урология. - М: Московский рабочий, 1997. - С. 123-152.
17. Вайсман Л.А. Повреждение мочевого пузыря при грыжесечении // Клиническая хирургия. - 1975. - №4. - С. 57-58.

