

ВІДНОВЛЕННЯ УРОДИНАМІКИ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ЗА ДОПОМОГОЮ КЛАПТЕВОЇ МЕТОДИКИ

Д.В. Шукін, В.М. Демченко

*Харківський національний медичний університет
КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»*

Вступ. Епідеміологія травматичних неятrogenних ушкоджень сечоводів складає 3 на 10 000 травм. Етіологічними чинниками ятrogenної травми сечоводу, яка складає 75% від загальної кількості ушкоджень сечоводу, у 64% є оперативна гінекологія, у 26% – хірургія (найбільш – колоректальна та аортофеморальна), у 10% – оперативна урологія. З розвитком малоінвазивної урології в рази збільшилася кількість ушкоджень сечоводу під час лапароскопічних операцій.

Найбільш уразливим є дистальний відділок сечоводу – до 90% ушкоджень, верхня третина сечоводу – до 3% та середня третина сечоводу – до 10% ушкоджень.

Враховуючи, що більшість ушкоджень субопераційно не діагностується, це призводить до ряду ускладнень: сепсис, ниркова недостатність, формування сечових нориць та інш. Ці ускладнення можуть призвести до втрати функції нирки та інвалідації, а в важких випадках до летальних наслідків.

Складність відновлювальної хірургії травм сечоводу прямо пропорційно залежить від локалізації та довжини ушкодження. Якщо неускладнені ізольовані травми нижньої третини сечоводу зачасту вирішуються уретеронеостомією, то подовженні дефекти сечоводу, особливо проксимальних відділків потребують складних оперативних втручань. До таких реконструктивних методів відносять низхідну нефропексію, інтестинальну пластику, перехресний трансуретероуретеро анастомоз, операція Боарі, ауто трансплантація нирки. Усі перераховані методи мають певні недоліки, які потрібно враховувати для зменшення кількості ускладнень. Нині є дані застосування операції Боарі при реконструкції протяжних дефектів сечоводу. Нашою метою було розглянути клінічні підходи до відновлення пасажу сечі по сечоводу після ураження різних його відділків.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження увійшли 73 пацієнти (69 жінок та 4 чоловіки) віком від 22 до 78 років. З право-

бічним ураженням були 32 (43,9%) пацієнти, лівобічним – 35 (47,9%), двобічним – 6 (8,2%). Променеву терапію в анамнезі мали 6 (8,2%), травму сечоводу єдиної нирки – 2 (2,8%), травму подвоєних сечоводів – 5 (6,8%). Сечовідно-піхвові нориці мали 23 (33,3%) пацієнтки, комбіновані нориці були у 3 (4,3%). Ураження сечоводу нижче здухвинних судин мали 33 (45,2%) хворих, вище – 34 (46,6%). Ураження верхньої третини сечоводу спостерігалися у 6 (8,2%) випадках. У 5 (6,8%) пацієнток були діагностовано заочеревинні уриноми, у 2 (2,8%) – сечовий перитоніт.

Етіологічними чинниками ушкоджень були: акушерсько-гінекологічна травма 63 (86,3%), уретероскопія – 3 (4,1%), видалення прямої кишки – 5 (6,8%) та аорто-стегнове шунтування – 2 (2,8%).

Діагностичні заходи включали загальноклінічні, біохімічні, бактеріологічні, ультрасоноскопічні, ендоскопічні та променеві методи дослідження. Уродинамічне дослідження проведене 20 (27,4%) пацієнткам. Усі пацієнтки були оглянуті гінекологом.

При не ускладнених ушкодженнях починали лікування з діапевтичної уретроскопії. 28 (38,4%) пацієнтам для ліквідації обструктивного пієлонефриту проведена пункційна нефростомія. Уриноми ліквідували пункційними дренажами. Для відновлення пасажу сечі по сечоводу у 70 пацієнтів застосовували клаптеву методику Боарі в модифікації клініки. При білатеральних ураженнях 2 (2,8%) пацієнтам проводили одноетапну синхронну реконструкцію, 4 (5,7%) – в два етапи. У однієї пацієнтки була проведена реконструкція всього сечоводу – клаптева реконструкція доповнена тубулярною пластикою миски.

Результати та їх обговорення. Відсоток субопераційної діагностики травми склав 8,2%. Термін післяопераційної діагностики дорівнював $6,8 \pm 2,6$ доби. Найбільшу діагностичну цінність мала мультиспіральна комп'ютерна томографія з контрастним посиленням. Стенту-

вання сечоводу було успішним в 3 (4,1%) випадках.

У зв'язку з вираженим заочеревинним фіброзом анастомоз між сечоводом та тубулярним клаптиком сечового міхура виконували через очеревинну порожнину в 4 (5,7%) випадках. При сечоводо-сечоміхурово-півхових норичях до виконання анастомозу проводили фістулопластику.

Мобілізація нирки потребувалася у 26 (37,1%). Повторні операції за клаптевою методикою виконувалися у 3 (4,3%) пацієнтів.

Клаптева методика в нашому виконанні що відрізнялася від класичної операції запропонованої Боарі: використовується мінімальна кількість швів фіксуючих сечовід до сечового міхура та відсутня фіксація тубулярного клаптика до поперекового м'язу.

Операція включала мобілізацію стінок сечового міхура, об'єм мобілізації залежав від необхідної довжини клаптика. Якщо довжина була потрібна більше 5 см, проводили мобілізацію контралатеральної та задньої частини сечового міхура. Висікали клаптик з вільною дистальною частиною шириною не менше 2,0 см, та фіксованою основою – не менше 4,0 см.

У 95% випадках в дистальній вільній частині формували підслизовий тунель довжиною не менше 10 мм, через який проводили стентований сечовід та фіксували до слизової оболонки сечового міхура одним вузлуватим швом.

Після клаптик тубуляризовували сечоводом до внутрі і фіксували до зовнішньої оболонки сечоводу за допомогою чотирьох вузлуватих швів. Останнім герметизували сечовий міхур, дренажуючи його уретральним катетером.

Уретральний катетер видаляли через 2 тижні, уретральний стент – через 2 місяці від операції. Результати оцінювалися кожні 3 місяці за допомогою аналізу скарг, клінічних проявів, даних ультрасоноскопії, за показниками – екскреторної урографії або МСКТ.

Довжина клаптика складала від 3 до 21 см ($9,8 \pm 1,4$ см). Загальна кількість інтраопераційних ускладнень не перевищувала 12,9%, післяопераційних – 15,8% (з них потребували хірургічної корекції лише 1,4%). Розмір клаптика не впливав на кількість ускладнень. Відсоток післяопераційних результатів (гарний+задовільний) склав 91,5%. Нефректомію виконали лише в 2 (2,3%) випадках. Стійке зменшення об'єму сечового міхура спостерігалось у 2 з 70 пацієнтів 2,3%.

Висновок. Основою надання хірургічної допомоги пацієнтам з ятрогенною уретеральною травмою, навіть проксимальних відділків сечоводу, слід вважати клаптеву методику. Переваги якої забезпечуються фізіологічними властивостями уротелія: високий рівень репарації та стійкість до абсорбції сечі. Методика максимального збереження кровопостачання клаптика та кукси сечоводу, забезпечує високий рівень позитивних віддалених результатів.

«СКЛАДНІ» ПУХЛИННІ ТРОМБИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ – КЛАСИФІКАЦІЯ ЧИННИКІВ СКЛАДНОСТІ ТА ЇХ ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Д.В. Щукін^{1,2}, В.М. Лісовий^{1,2}, Г.Г. Хареба^{1,2}, М.М. Поляков^{1,2}, І.М. Антонян³,
Р.В. Стецишин^{2,3}, А.І. Гарагатий¹, П.В. Мозжяков², В.О. Лийченко²

¹ Харківський національний медичний університет

² КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»

³ Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Складні ситуації в хірургії пухлинних тромбів нижньої порожнистої вени (НПВ) зустрічаються дуже часто, оскільки для цього хірургічного втручання характерні суттєві технічні проблеми і важкі інтраопераційні ускладнення, найнебезпечніші з яких це масивні кровотечі, гостра серцева недостатність і емболія легеневої артерії пухлинними масами. Ми

ретроспективно проаналізували основні чинники, які мають вплив на складність хірургічного видалення пухлинних тромбів НПВ.

Матеріали і методи дослідження. До дослідження залучено 108 пацієнтів, оперованих з приводу пухлин нирок з неопластичними тромбами, що поширювалися до нижньої порожнистої вени. Чинники, які впливали на складність