

УО « Белорусский государственный медицинский университет»
Кафедра урологии
УЗ « 4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКОВО- ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЦА(МВС) ПОСЛЕ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ



Джеремая А. Н.

Юшко Е.И.



« Не забывай.

Чтобы быть успешным хирургом, у вас должны быть глаза ястреба, сердце льва и рука дамы»

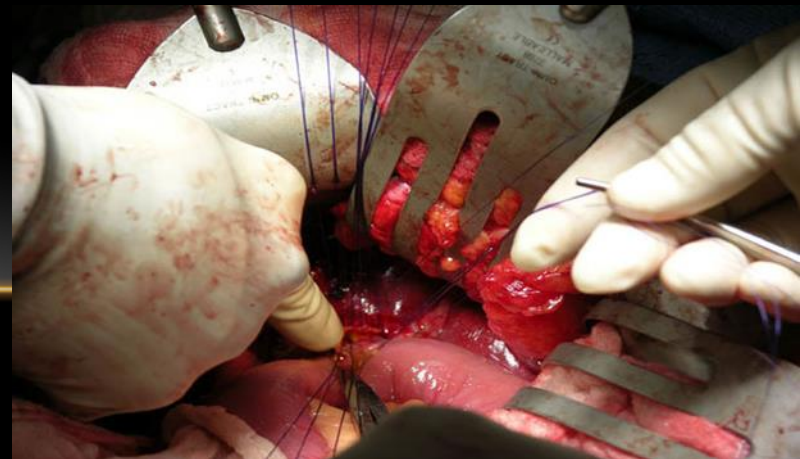
Arise, Sir Lancelot Spratt



А в реальности :

«Повреждения мочеточников во время операций есть несчастье, к которому всегда должен быть готов хирург. Ни какие методы предосторожности, ни опыт, ни искусство не застраховывают от этого»

Баженов С.П. 1931г.

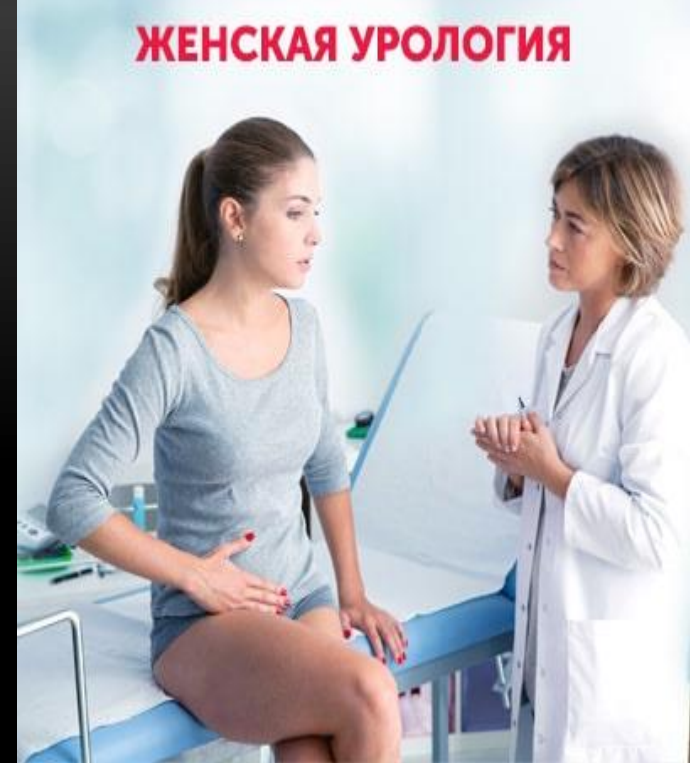


По сводным данным литературы :

- Повреждения мочеточников встречаются в 0,5-2,0% случаев от общего числа операций на органах малого таза, выполняемых в акушерства и гинекологии, колоректальной хирургии, урологии, сосудистой хирургии, онкологии.
- **Доля травм мочеточника в процессе гинекологических операций составляет 70-75% от общего числа его повреждений.**
- Лишь у 5-10% пациенток повреждение мочеточника выявляется интраоперационно, во всех остальных случаях имеет место запоздалая диагностика: через дни и даже недели после первичной акушерской или гинекологической операции.
- После экстирпации матки ятрогенное повреждение мочеточников (ЯПМ) составляет от 1,0 до 2,5% , а в каждом 10-12 наблюдении повреждения мочеточника в последующем формируется мочеточниково-влагалищный свищ (МВС).

Актуальность проблемы

Постоянное капельное выделение мочи из влагалища в следствие МВС приводит к выраженным гигиеническим проблемам, причиняет тяжелые моральные страдания и как следствие к социальной дезадаптации и резкому снижению качества жизни.



Не менее важно и значимо для интересов семьи и общества: у женщин, страдающих этой патологией, редко наступает беременность. Такие женщины с подтеканием мочи из влагалища стараются не жить половой жизнью; у них изменяется биоценоз влагалища, нарушается функция яичников, что является физиологическими причинами невозможности зачатия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить отдаленные результаты диагностики и лечения пациентов с МВС после акушерских и гинекологических вмешательств с использованием методов эндоскопической урологии .



ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить структуру акушерских и гинекологических операций при которых в послеоперационном периоде установлено повреждение мочеточника, приведшее к формированию МВС.

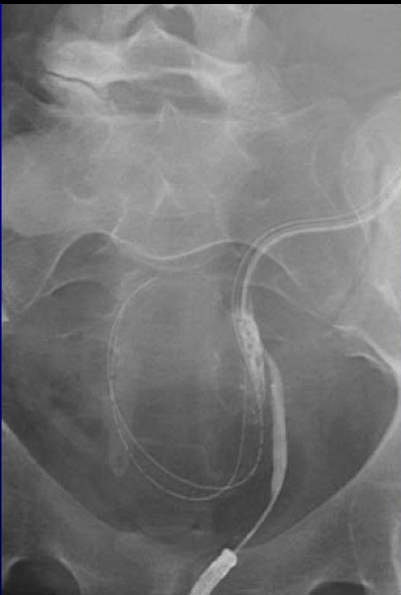
2. Определить основные клинические проявления МВС на дату поступления пациентов в урологический стационар.

3. Установить клинические проявления ЯПМ в зависимости от характера повреждения мочеточника .

4. Разработать современный алгоритм диагностики МВС после гинекологических операций.

Материал и методы исследования

- Критериями включения пациенток в исследуемую группу были: впервые подозрение на ЯПМ и на МВС произошло только в послеоперационном периоде после проведения гинекологической операции, доступ к амбулаторной карте пациента для анализа и ксерокопирования в т.ч. всех важных для исследования информации, наличие протокола первичной гинекологической операции; данные лучевых, эндоскопических и других исследований на протяжении всего периода наблюдений, согласие пациентки на многолетнее сотрудничество и изучение отдаленных результатов.



**Ретроградная
уретрография:
Экстравазация
контраста при
травме н/3
левого
мочеточника**

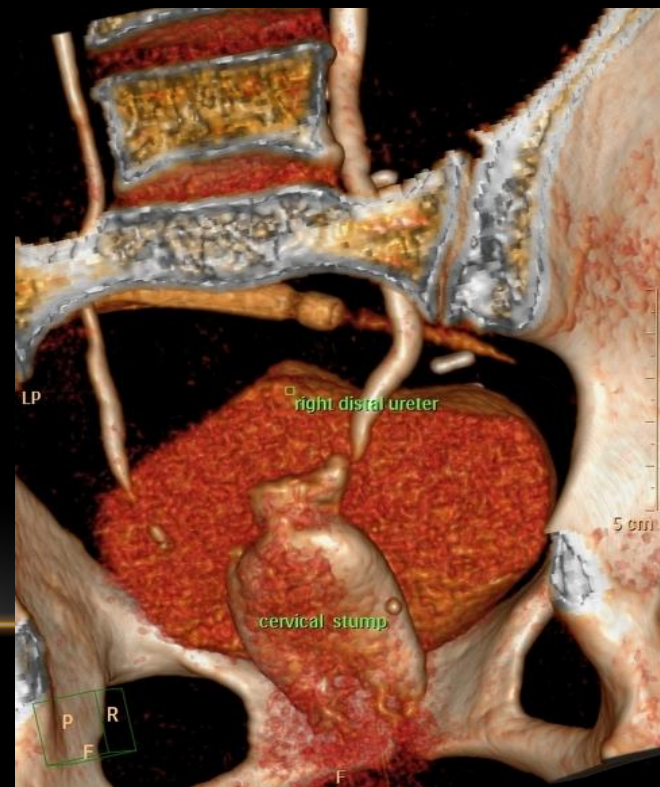


Материал и методы исследования (продолжение)

- ▶ За 2010-2021 гг в урологических отделениях УЗ «4 городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» стационарное лечение прошли 25 женщин в возрасте от 22 до 66 лет с МВС. Из них сформирована группа исследования.
- ▶ Повреждение мочеточника с последующем формированием МВС произошло в процессе проведения акушерских или гинекологических операций, которые выполнялись в других стационарах г.Минска или Республики.

Материал и методы исследования (продолжение)

- ▶ У всех женщин, нижний край повреждения мочеточника располагался в среднем на 5,2 см выше его устья



МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ :

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ :

- ▶ Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мочевой системы, брюшной полости и забрюшинного пространства - 25 (100%)наблюдений
- ▶ Экскреторную урографию- 25 (100%)наблюдений
- ▶ Оптическая уретероскопия– 25(100,0%) наблюдений
- ▶ Ретроградная уретеропиелография - 25 (100%)
- ▶ Динамическая нефросцинтиграфия или изотопная ренография - 25 (100%)наблюдений

Дополнительные методы

- ▶ Антеградная пиелоуретерография после наложения чрескожной пункционной нефростомы – 9(36,0%)

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОДТВЕРЖДАНЩИХ МВС :

- ▶ Экскреторная урография- 23 (92,0%)наблюдений
- ▶ КТ с болюсным контрастированием - 2 (8,0%)наблюдений



Во всех 25 наблюдениях вне зависимости от характера предполагаемого повреждения и периода времени, прошедшего после травмы мочеточника, нами в день поступления в урологический стационар выполнена цистоскопия, восходящая уретерография и уретероскопия. Эндоскопическое исследование мочевого пузыря преследовало цель: исключить наличие пузырно-влагалищного свища, оценить цвет мочи и характер (периодичность, количество) ее выбросов из устьев мочеточников на стороне предполагаемой травмы и со здоровой стороны.

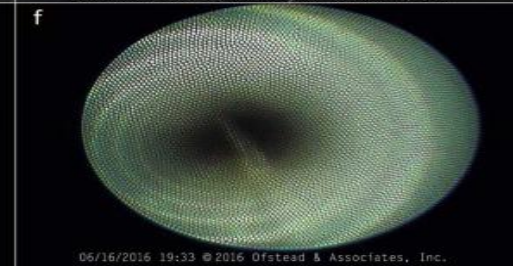
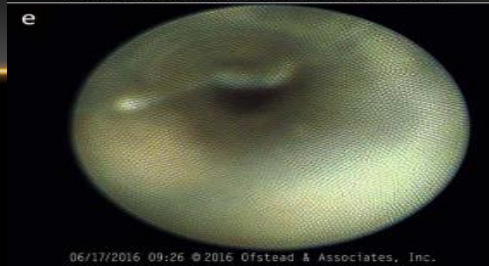
Наиважнейшую информацию об уровне повреждения мочеточника, его протяженности, для оценки тяжести травмы и способов ее коррекции позволяли получить результаты двух «золотых» стандартов диагностики: ретроградной уретеропиелографии и уретероскопии, а при наличии ЧПНС – антеградной пиелоуретерографии.



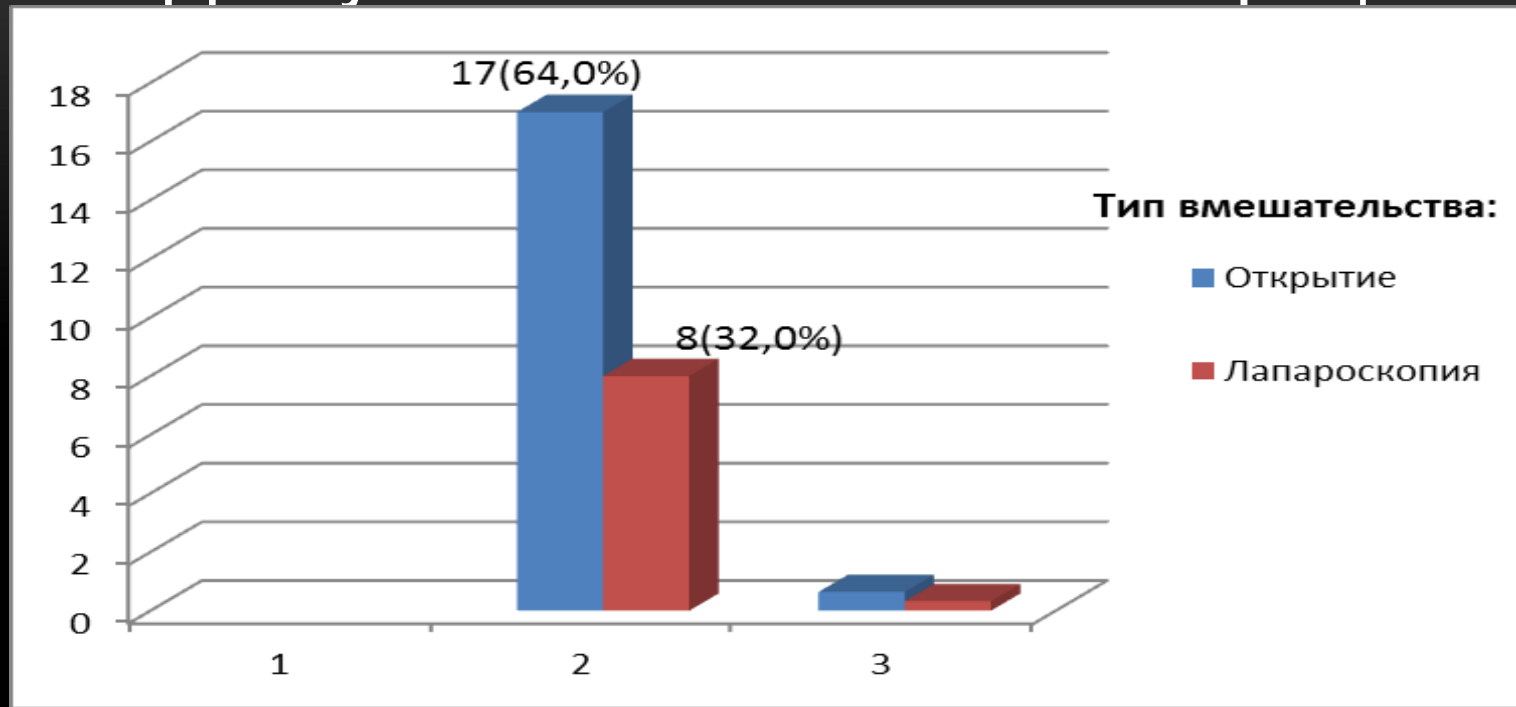
Для исключения пузырно-влагалищного свища кроме цистоскопии проводились контрастная цистография в двух проекциях с тугим заполнением мочевого пузыря и проба с введением метиленового синего в мочевой пузырь и марлевых тампонов во влагалище с последующей их визуальной оценкой.



Практическая ценность оптической уретероскопии заключалась также в том, что в случае выявления в процессе исследования лигатур, стеноза и других патологий в зоне повреждения диагностическая процедура логично завершалась лечебной (оптической уретеротомией, баллонной дилатацией участка стриктуры, установкой J-J стента и др.).

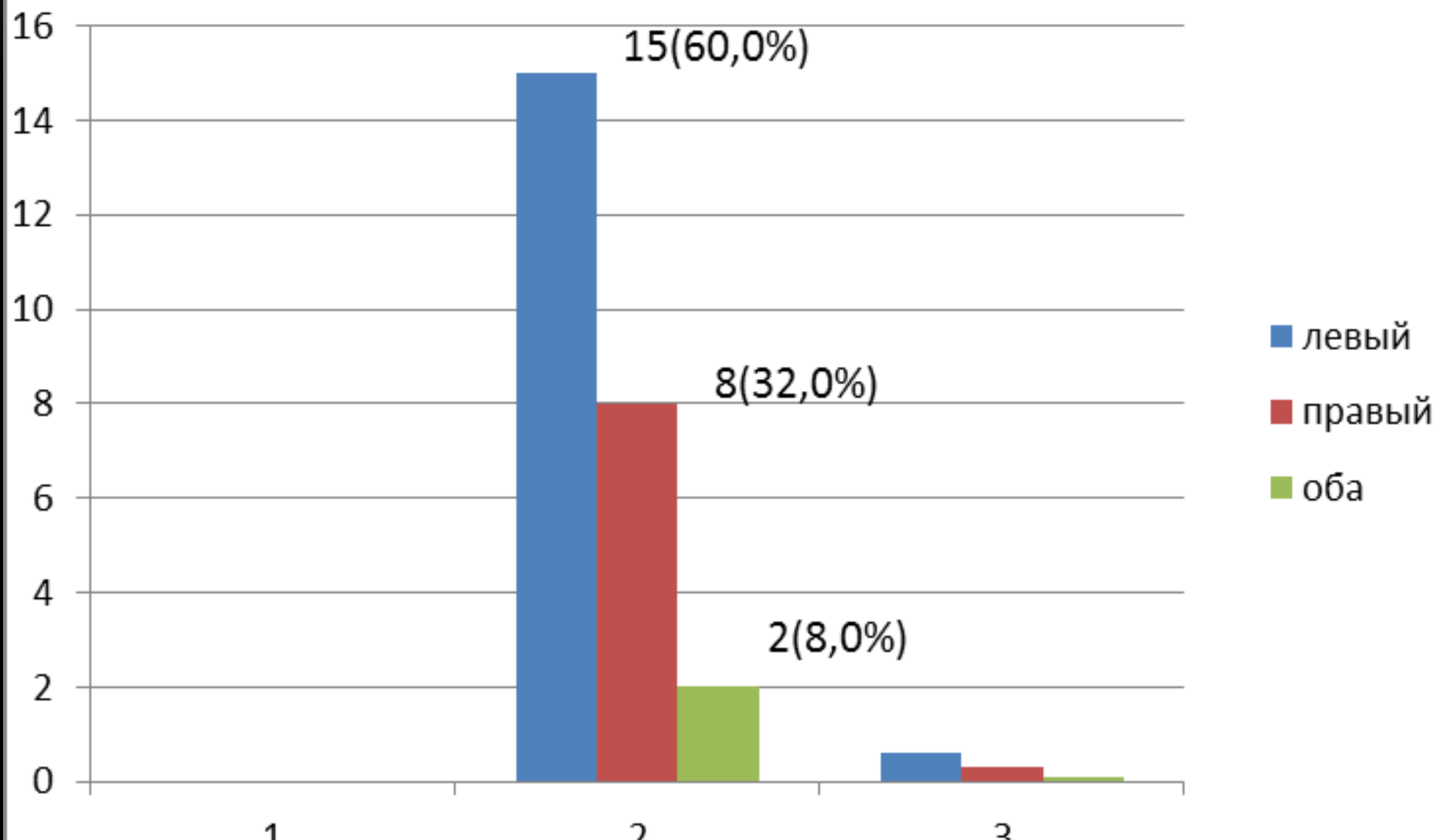


Доступ гинекологических операций



По результатам исследования установлено: повреждение мочеточника в процессе акушерских и гинекологических операций с использованием традиционного лапаротомического доступа имело место у 17 пациенток (64,0%) У оставшихся 8 (32,0%) пациенток первичные гинекологические операции проводились лапароскопически.

СТОРОНА ПОВРЕЖДЕНИЯ



Структура гинекологических операций при которых мочеточники были повреждены :

- ▶ Лапаротомический доступ - 17 (64,0%) наблюдений
 - Экстирпации матки с придатками - 12(48,0%) .
 - Экстирпации матки без придатков - 3(12,5%) .
 - Экстирпации матки с придатками после Кесерева сечения – 2(8,0%).

- ▶ Лапароскопия - 8 (32,0%) наблюдений
 - Экстирпации матки с придатками - 6(24,0%).
 - Аднексэктомия - 1(4,0%) .
 - Расечение эндометриoidного инфильтратов - 1(4,0%) .

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МВС на дату поступления в урологический стационар:

- ▶ Патогномоничный симптом!!!! Подтекание мочи из влагалища при сохраненном адекватном позыве к мочеиспусканию и самом акте мочеиспускания - (100,0%).
- ▶ Проявления затёка мочи в забрюшинное пространство – (81,3%).
- ▶ Проявления имеющегося пиелонефрита и/или воспалительного процесса в ране - (100%).
- ▶ Боли в поясничной области на стороне травмы - (75,0%).
- ▶ Лихорадка, озноб, недомогание – (50,0%)

Другие клинические проявления, отклонения от нормы по результатам специальных методов исследования зависели от характера повреждения мочеточника и срока прошедшего от даты повреждения.

Так, при перевязке или клипировании мочеточника (n=7) обструктивные симптомы манифестно проявляются в первые часы-дни после проведенной гинекологической операции. При так называемой электротравме, термическом повреждении (n=8) клинические проявления ятрогении проявлялись в среднем через 10-12 дней.

СТРУКТУРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Хирургическое лечение у пациентов проведена в 2 этапа .

На 1-ом этапе, 2 пациентам проведена первичная реконструктивная операция: уретеронеоцистоанатомоз (УНЦА) на стороне патологии , 14 пациентам установлен double -J стент, 9 – чрескожная пункционная нефростомия .

Контрольное обследование через 3 месяца после вышеуказанных операций помогло определить показание для повторных хирургических пособий у 14 пациенток (2-ой этап). У 9 пациентов выполнено УНЦА, у 5 – повторное стентирование мочеточника

Итоговая структура проведенного хирургического лечения :

-УНЦА – 11 наблюдений; стентирование мочеточника с использованием методов эндоурологии – 14 наблюдений.

При анализе отдаленных результатов лечения наших женщин, установлено что, хорошие результаты отмечены у 19(76,0%) пациентов, а удовлетворительные – у 6(24,0%).



ВЫВОДЫ



1. Из 25 пациенток повреждение мочеточника в процессе проведения акушерских и гинекологических операций из лапаротомического доступа у 12 (48,0%) выполнялась экстирпации матки с придатками, у 3(12,0%) - экстирпация матки без придатков, и у 2(8,0%) - Экстирпации матки с придатками после кесарева сечения. Во второй группе (лапароскопический доступ) : у 4 (25%) - экстирпации матки с придатками, у 1(4,0%) - аднексэктомия, и у 1(4,0%) – расечение эндометридного инфильтратов - 1(4,0%)
2. На дату поступления в урологический стационар основными клиническими проявлениями МВС были: **патономоничный симптом - подтекание мочи из влагалища при сохраненном адекватном позыве к мочеиспусканию и самом нормальном акте мочеиспускания** (100,0%), проявления имеющегося пиелонефрита и/или воспалительного процесса в ране(100%), боли в поясничной области на стороне травмы (75,0%), повышение температуры.

ВЫВОДЫ(продолжение).

3. При изучении клинических проявлений МВС в зависимости от характера повреждения мочеточника установлено, что при перевязке или клипировании мочеточника (n=5) обструктивные симптомы манифестируют в первые часы-дни после проведенной гинекологической операции. При электротравме, термическом повреждении (n=8) клинические проявления ЯПМ и МВС проявлялись в среднем через 10-12 дней.
4. Оптимальный алгоритм диагностики МВС включает подробный анализ всей доступной документации начиная с гинекологического анамнеза, изучения протокола гинекологической операции, анализа клинических проявлений. Основными методами диагностики на день поступления в стационар являются уретероскопия и восходящая уретеропиелография, при наличии ЧПНС антеградная пиелоуретерография.

ВЫВОДЫ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

5. Анализ отдаленных результатов лечения МВС показал, что оперативные пособия у наших пациентов приводили к хорошим результатам у 19(76,0%), и удовлетворительным – у 6(24,0%)
женщин.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

