

Выводы

Синдром острой мошонки был и остается актуальной проблемой урологии. Самой частой причиной синдрома является перекрут гидатиды. Все пациенты в перекрутом гидатиды прооперированы — 126 (45 %) случаев. Осложнения выявлены в 90 (32,1 %) случаях. Наиболее частой причиной осложнений является вторичный эпидидимит — 82 (91,1 %) случая.

Общее количество оперативных вмешательств — 269 (96,1 %). В 13 (14,1 %) случаях была проведена орханоуносящая операция. Орхиэктомия проведена у пациентов с перекрутом семенного канатика — 13 (13,8 %) случаев. Прослеживается зависимость орханоуносящей операции от времени поступления и степени перекрута. У 8 (66,67 %) из 12 (24,5 %) пациентов поступивших позднее 12 часов со степенью перекрута в 720° выполнена орханоуносящая операция.

На 52,2 % (n = 24) эпидидимит чаще встречается у детей старшего возраста (от 1 до 17 лет) чем у новорожденных и детей грудного возраста.

Всем пациентам с ушибами (при исключении более серьезных повреждений органов мошонки) было использовано консервативное лечение, которое привело к выздоровлению детей.

К сожалению значительное количество детей с синдромом острой мошонки, обращаются в стационар позднее 24 часов от начала заболевания (70,6 %), что несомненно влияет на результаты лечения и ухудшают демографические показатели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Epididymitis: a 21-year retrospective review of presentations to an outpatient urology clinic / J. D. Redshaw [et al.] // J Urol. 2014. Vol. 192(4). P. 1203–1207.
2. Pediatric testicular torsion epidemiology using a national database: incidence, risk of orchiectomy and possible measures toward improving the quality of care / L. C. Zhao [et al.] // J Urol. 2011. Vol. 186. P. 2009–2013.
3. *Брык, D. J.* Guideline of guidelines: A review of urological trauma guidelines / D. J. Bryk, L. C. Zhao // BJU Int. 2016. Vol. 117. P. 226–234. doi: 10.1111/bju.13040.
4. EAU guidelines on urological trauma / N. D. Kitrey [et al.] // European Association of Urology. 2016. [Accessed Feb. 7, 2019].
5. 3rd Urotrauma: AUA guideline / A. F. Morey [et al.] // J Urol. 2014. Vol. 192. P. 327–335. doi: 10.1016/j.juro.2014.05.004.
6. *Casey, J. T.* Pediatric genital injury: an analysis of the National Electronic Injury Surveillance System / J. T. Casey, M. A. Bjurlin, E. Y. Cheng // Urology. 2013. Vol. 82(5). P. 1125–1130. doi:10.1016/j.urology.2013.05.042

УДК 618-089:616.6-037

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Корбут И. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Повреждение органов мочевой системы является одним из серьезных осложнений операций в акушерстве и гинекологии.

Травмы мочеточника — нарушения целостности его стенки, что может быть из-за его высокой эластичности, легкой смещаемости и особенностей анатомического расположения [1, 2]. В акушерско-гинекологической практике мочеточники могут быть травмированы вследствие изменения топографических соотношений (во время беременности, при росте опухолевых образований), при воспалительных процессах, сопровождающихся спаечным процессом в брюшной полости, а также с аномалиями развития мочевой системы. Это приводит к смещению мочеточников и увеличению риска их повреждения. Кроме того,

оперативное родоразрешение (кесарево сечение, наложение акушерских щипцов), также может приводить к нарушению кровообращения и иннервации мочеточников и повышать риск их травмирования [2].

Выделяют одно- и двусторонние повреждения мочеточника, проникающие и непроникающие, в верхней, средней или нижней трети, изолированные и сочетанные и др.

К повреждению мочевого пузыря наиболее часто приводят тупые травмы в области низа живота, промежности или таза. Также дефекты мочевого пузыря могут вызывать хирургические вмешательства в области таза: кесарево сечение, экстирпация матки, удаление опухолевых образований [1].

Цель

Проанализировать повреждения мочеточников и мочевого пузыря в ходе акушерско-гинекологических операций.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов учреждения «Гомельская областная клиническая больница».

Ретроспективно проанализированы 5 случаев повреждения мочевого пузыря и мочеточников при различных операциях на органах малого таза у женщин.

У 1 пациентки имело место проникающее ранение мочевого пузыря в области дна, произошедшее на этапе выполнения рассечения и низведения пузырно-маточной складки при выполнении операции кесарева сечения у женщины с дважды оперированной маткой. Данное осложнение было распознано интраоперационно и устранено с помощью узловых двухрядных викриловых (Vyrcril 2.0, Ethicon) швов. В послеоперационном периоде в течение 7 дней осуществлялась постоянная катетеризация мочевого пузыря и антибактериальная терапия. Исход — выздоровление.

У пациентки при выполнении гемостаза маточных сосудов во время гистерэктомии по поводу миомы матки больших размеров мочеточник был механически поврежден. При этом, травма левого мочеточника была выявлена в 1 сутки послеоперационного периода. Пациент предъявляла жалобы на боль в пояснице, при этом гематурии в общем анализе мочи не было, на УЗИ почек было выявлено расширение чашечно-лоханочной системы и дистальной трети мочеточника. Бригадой урологов выполнено наложение уретероцистоанастомоза, в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, после выписки были рекомендованы растительные уросептики. Выписана с выздоровлением.

У женщины с бесплодием во время лапароскопической кистэктомии по поводу эндометриоидной кисты яичника дистальный отдел мочеточника был принят за нисходящую ветвь маточной артерии и пересечен после предварительной коагуляции ниже уровня перекреста с маточной артерией. Операция проводилась в условиях измененной топографии органов малого таза в результате уже перенесенной операции по поводу эндометриоидной кисты с контрлатеральной стороны. Приглашенной бригадой урологов осуществлен переход на лапаротомию, иссечение краев мочеточника в пределах здоровых тканей, наложен уретероцистоанастомоз. Исход благоприятный.

У 1 пациентки на 12-е сутки после лапароскопической гистерэктомии был диагностирован мочеточниково-влагалищный свищ. Возникновение этого осложнения было связано с дополнительным гемостазом сосудистого пучка в условиях неадекватной визуализации, маточная артерия была коагулирована в общей массе в условиях недостаточной дифференцировки тканей. Пациентке с мочеточниково-влагалищным свищом проводилось дренирование верхних мочевых путей, а спустя 2 месяца была выполнена уретероцистостомия (операция Боари). Исход — благоприятный.

В одном наблюдении повреждение задней стенки мочевого пузыря зарегистрировано после гистерэктомии по поводу шеечной миомы матки больших размеров (диаметр более 14 см). Осложнение было распознано интраоперационно, проводилось ушивание узловыми двухрядными викриловыми (Vycri1 2.0, Ethicon) швами. В послеоперационном периоде отмечался подъем температуры тела, на 5-е сутки наблюдалась клиническая картина почечной колики. При экскреторной урографии выявлена обструкция тазового отдела мочеточника. Для восстановления пассажа мочи была выполнена цистоскопия, устранение механической обструкции, стентирование мочеточника. Исход — благоприятный.

По данным польских исследователей (Z. Dobrowolski и др) среди поврежденных мочеточника 75 % — ятрогенные, 18 % возникли вследствие тупой травмы, а 7 % — из-за проникающего ранения [1]. Данный анализ доказывает, что повреждение мочеточника чаще происходит в ходе врачебных действий, нежели в результате несчастного случая. Кроме того, авторы данного исследования отмечают, что лидирующие позиции в ятрогенных повреждениях мочеточника занимают акушеры-гинекологи (73 %), а урологи и общие хирурги задействованы в таких осложнениях значительно меньше.

Выводы

Таким образом, ятрогенные повреждения органов мочевой системы являются серьезной междисциплинарной проблемой и требуют пристального внимания и тесного сотрудничества акушеров-гинекологов и урологов, что будет способствовать профилактике, своевременной диагностике и эффективному лечению этих травм, а также позволит избежать тяжелых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ятрогенная травма мочеточника в акушерской и гинекологической практике / С. З. Муслимова [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 12-3. С. 340-349. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=10996> (дата обращения: 27.04.2022).
2. Шевчук, И. М. Ятрогенное повреждение мочеточника в онкогинекологической практике: современное состояние проблемы / И. М. Шевчук, Б. Я. Алексеев, А. С. Шевчук // Онкогинекология. 2017. № 4.

УДК 616.613-003.7

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Ланкевич Н. Н., Юшко Е. И.

Учреждение здравоохранения

«4-я городская клиническая больница имени Н. Е. Савченко»,

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время во всем мире сохраняется тенденция к росту заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ), в общей популяции она встречается у 5,3 % [1, 2]. Значительные сложности при проведении диагностики МКБ, а тем более лечения медицинские работники отмечают у беременных, а ее распространенность в процессе гестации достигает 0,8 % [3]. Следует особо подчеркнуть, что МКБ является фактором риска осложнений течения беременности — преждевременных родов, привычного невынашивания, преэклампсии. К камнеобразованию у беременных может привести целый ряд факторов: нарушение уродинамики верхних мочевых путей в процессе гестации; увеличение скорости клубочковой фильтрации более чем на 50 %, которое приводит к увеличению экскреции кальция, мочевой кислоты, натрия и оксалатов; снижение уровня паратериоидно-