

Возможные местные осложнения после установки протеза связаны с возрастными особенностями влагалищной стенки, поддаются консервативному лечению и не требуют удаления протеза.

Однако необходимо дальнейшее изучение имплант-ассоциированных осложнений в более поздние сроки, выявление факторов риска их возникновения и разработка методов профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихина, И. А. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей / И. А. Аполихина, Г. Б. Дикке, Д. М. Кочев // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 10. — С. 104–110.
2. Буянова, С. Н. Эффективность использования сетчатых протезов при осложненных формах пролапса гениталий / С. Н. Буянова, Н. А. Шукина, А. С. Журавлева // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2009. — Т. 9, № 1. — С. 76–81.
3. Гвоздев, М. Ю. Синтетические материалы в урогинекологии / М. Ю. Гвоздев // Журнал акушерства и женских болезней. — 2013. — № 2. — С. 43–50.
4. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic floor surgery / B. T. Haylen [et al.] // Neurourology and Urodynamics. — 2011. — Vol. 30, Is. S1. — P. 2–12.
5. Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence / A. L. Clark [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2003. — Vol. 189. — P. 1261–1267.
6. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair / J. L. Whiteside [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2004. — Vol. 191. — P. 1533–1538.

УДК 616.61-08:616.146.2-005.7

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Доников И. Г.¹, Симченко Н. И.²

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рентгенэндоваскулярная хирургия (РЭВХ) — это новое перспективное направление клинической медицины. Сущность ее заключается в проведении внутрисосудистых чрезкатетерных диагностических исследований и лечебных манипуляций под рентгеновским контролем. Эмболизация почечных артерий (ЭПА) — это малоинвазивное хирургическое вмешательство, основанное на введении в сосуд через катетер специального эмболизирующего материала, временно либо постоянно купирующего просвет сосуда [4].

Метод используется для закрытия аневризм сосудов, перекрытия патологических артериовенозных соустьев, функционального выключения почки при хронической почечной недостаточности, сопровождающейся гипертензией и альбуминурией, перед трансплантацией почки, функциональной спленэктомии при гематологических заболеваниях и гиперспленизме, а также эмболизация приводящих артерий с целью искусственной ишемизации новообразования [2].

Операция проводится с использованием катетера под контролем рентгеноскопа.

Метод также позволяет остановить кровотечение, функционально выключить или снизить патологическую функцию органа, а также замедлить рост опухоли и повысить иммунологическую активность организма.

С помощью методов РЭВХ удается, с одной стороны прервать или ограничить кровоток по сосуду путем эмболизации или тромбирования, с другой — восстановить просвет стенозированных или окклюзированных сосудов путем дилатации или реканализации или экстракции тромболитического материала [5].

Рентгенэндоваскулярная окклюзия — бывает селективной и суперселективной. При селективной эмболизации достигается полное прекращение кровоснабжения почки и прекращается почечная функция (D. T. Ginat et al., 2009). В результате суперселективной эмболиза-

ции прекращается кровоснабжение части почки с сохранением или минимальным нарушением почечной функции.

При распространенных опухолях почки, а также при поликистозе почек у больных находящихся на гемодиализе, выполнение нефрэктомии на первом этапе хирургического лечения не всегда представляется возможным по ряду причин. К ним можно отнести большие размеры опухоли и связь ее с другими анатомическими структурами, тяжесть состояния больного, обусловленная наличием хронической болезни почек (ХБП) [5]. У ряда пациентов выполнение нефрэктомии невозможно вследствие тяжелого соматического состояния больного и необходимости предоперационной подготовки. В таких случаях эндоваскулярная эмболизация почечной артерии на определенном этапе представляется альтернативным методом, позволяющим впоследствии улучшить непосредственные результаты хирургического лечения [2].

Величина кровопотери во время оперативного вмешательства влияет на ход дальнейшего послеоперационного течения болезни. Чем больше кровопотеря, тем тяжелее протекает послеоперационный период и наоборот, чем меньше кровопотеря во время оперативного вмешательства, тем более благоприятно протекает послеоперационный период и наступает выздоровление больного. Клиницистам довольно часто приходится сталкиваться с геморрагическими осложнениями, возникающими после открытых органосохраняющих и эндоскопических пособий на почках. Повреждение паренхиматозных сосудов (артериальных и венозных) приводит к образованию артерио-венозных фистул (соустий), проявлением которых является гематурия длительного, а зачастую профузного, угрожающего жизни больного, характера [1].

Техническим решением является сочетанная рентгеноэндоваскулярная окклюзия почечной артерии, которая проводится до нефрэктомии с использованием различных видов эмболизирующих веществ и приспособлений: дистальная эмболизация осуществляется калиброванными лизирующимися и нелизирующимися веществами, такими как гемостатическая губка, микросферы, разволокненный тефлоновый велюр, ивалон и т. д., а магистральную артерию окклюдуют с помощью спиралей Гиантурко [3]. Дистальную рентгеноэндоваскулярную окклюзию, как правило, осуществляют на суперселективном уровне, она направлена на выключение артерий третьего-четвертого порядка, включая более мелкие сосуды калибром от 150–300 мкм до 1 мм. При этом типе окклюзии происходит регионарный гемостаз и ишемизация с выключением прекапиллярных анастомозов, однако окклюзии всех сосудов и анастомозов достичь не удается, в результате чего остается кровоснабжение почки и операционная кровопотеря [4].

Цель

Оценить эффективность эмболизации почечной артерии у пациентов с различной патологией почек в урологическом отделении УГОКБ.

Материал и методы исследования

В урологическом отделении за 6 месяцев (2016–2017 гг.) выполнено 4 эмболизации почечных артерий. Было выполнено 1 селективная и 3 суперселективные ЭПА. 3 пациентки с ВАМП (у 2 — гидронефроз III при удвоении, у 1 — поликистоз почек, ХБП 5, программный гемодиализ). У 1 пациентки — ангиомиолипома, осложненная макрогематурией.

Результаты исследования и их обсуждение

Двум пациенткам (пациентке П. 53 лет и пациентке Б. 48 лет) после гемирезекции почки, по поводу терминального гидронефроза при удвоении, были выполнены суперселективные ЭПА в связи с возникшими в послеоперационном периоде осложнениями. В послеоперационном периоде отмечалось скопление забрюшинно секретируемой мочи из резецированного сегмента почки. Пациенткам неоднократно выполнялось дренирование мочевого затека под УЗ-контролем. Во избежание повторного открытого оперативного вмешательства с высоким риском нефрэктомии было принято решение о выполнении эмболизации. После выполнения суперселективной эмболизации и чрескожного опорожнения мочевого затека под УЗ-контролем пациентки были выписаны. При контрольном обследовании через 1 месяц мочевой затек отсутствовал, функции в зоне резецированной верхней половины не выявлено.

Пациентка К. 50 лет с диагнозом: ВАМП. Поликистоз почек ХБП 5, программный гемодиализ, в течение трех месяцев отмечала макрогематурию с падением уровня Hb до 65 г/л. Гемостатическая терапия и гемотрансфузии давали кратковременный эффект. При цистоскопии отмечено интенсивное выделение крови из левого устья. На УЗИ обе почки представлены конгломератом кист, паренхима не дифференцируется, отмечаются признаки кровоизлияния в кисты левой почки. В связи с тяжестью состояния больной решено выполнить ЭПА. Пациентке выполнена селективная эмболизация почечной артерии с применением комбинированного эмболизирующего агента (спираль Гиантурко и гемостатическая губка) (рисунки 1 и 2).

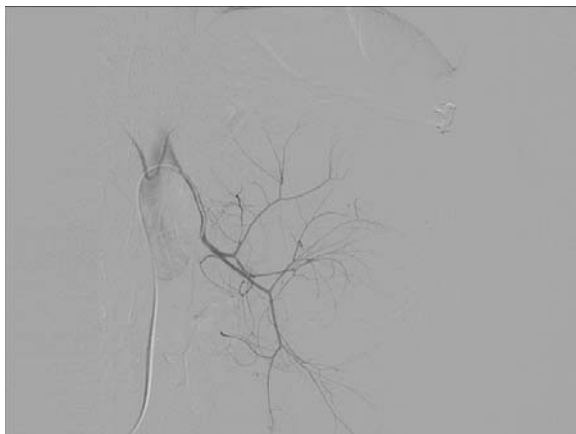


Рисунок 1 — Ангиография почечной артерии до эмболизации



Рисунок 2 — Ангиография почечной артерии после эмболизации

После ЭПА гематурия прекратилась. При контрольной цистоскопии через 3 месяца моча из левого устья не поступала. Однако через 4 месяца после эмболизации у пациентки вновь развилось кровотечение из левой почки. С целью определения дальнейшей тактики лечения пациентке выполнена контрольная ангиография. На ангиографии выявлена реканализация почечной артерии, хотя просвет артерии был на 48 % меньше, чем при первичном исследовании. На рисунке 3 видно наличие в почечной артерии спиралей Гиантурко. Так как состояние пациентки было стабильным, а риск реканализации после повторной ЭПА на фоне гепаринизации оставался высоким, принято решение о выполнении нефрэктомии слева. Во время операции кровопотеря не превышала допустимую, на 4 сутки больная была переведена в отделение гемодиализа для дальнейшего лечения.



Рисунок 3 — Реканализация почечной артерии на фоне наличия спиралей Гиантурко

Пациентка М. 46 лет. Диагноз: Ангиомиолипома слева. Макрогематурия. Выполнена суперселективная ЭПА. После эмболизации кровотечение прекратилось, что позволило избежать открытой операции и возможной нефрэктомии. Пациентка на 3 сутки выписана из стационара. В

течение 6 месяцев после ЭПА эпизодов гематурии не отмечено. Для пациентов с ангиомиолипомой ЭПА — это наиболее безопасный метод, его эффективность составляет около 90 %.

Суперселективные ЭПА могут быть широко использованы в устранении послеоперационных осложнений и остановке кровотечений при ВАМП и доброкачественных образованиях в почке, снижая необходимость открытых повторных оперативных вмешательств и органоуносящих операций. Реканализация почечной артерии через 4 месяца после селективной ЭПА у пациентки с ХБП связана с тем, что она находится на программном гемодиализе, в ходе которого пациентке вводилось по 5000 ЕД гепарина, что послужило причиной лизиса эмболизирующего компонента (гемостатическая губка).

При возникновении ятрогенного почечного кровотечения в послеоперационном периоде, связанного с формированием артерио-венозных фистул, неотложная ангиография позволяет определить источник кровотечения и путем эмболизации поврежденных сосудов успешно бороться с этим грозным осложнением, давая органосохраняющий эффект.

Выводы

1. ЭПА является щадящим методом лечения и практически не имеет противопоказаний.
2. ЭПА может быть широко использованы в устранении послеоперационных осложнений и остановке кровотечений при ВАМП и доброкачественных образованиях в почке, снижая необходимость открытых повторных оперативных вмешательств и органоуносящих операций.
3. У пациентов, принимающих антикоагулянтную терапию может наблюдаться ускоренный лизис эмбола и реканализация сосуда. В случае повторного кровотечения необходимо выполнить ангиографию для решения вопроса о повторной ЭПА или органоуносящей операции.
4. ЭПА может быть использована для остановки кровотечения и профилактики кровопотери во время оперативного вмешательства, при различных аномалиях почек особенно у лиц, находящихся на гемодиализе.
5. Учитывая гепаринизацию, проводимую во время сеансов гемодиализа и связанный с этим риск реканализации сосудов, рекомендуется выполнение этим больным нефрэктомии не позднее 3 мес. после ЭПА.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аляев, Ю. Г.* Локализованный и местно-распространенный рак почки: нефрэктомия или резекция? / Ю. Г. Аляев, А. А. Крапивин // Онкоурология. — 2005. — № 1. — С. 10–15.
2. *Кукушкин, А. В.* Лечение новообразований почек с применением артериокапиллярной эмболизации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Кукушкин. — М., 1989.
3. Отсроченная нефрэктомия после эмболизации почечных артерий при злокачественных опухолях почек / С. В. Мишугин [и др.] // Материалы VI Конгресса Российского общества онкоурологов. — 2012.
4. *Рабкин, И. X.* Рентгеноэндovasкулярная хирургия: рук-во для врачей / И. X. Рабкин, А. Л. Матевосов, Л. Н. Готман. — М.: Медицина, 1987. — 416 с.
5. *Суворова, Ю. В.* Значение предоперационной эмболизации почечной артерии у больных раком почки с выраженной сопутствующей патологией / Ю. В. Суворова, П. Г. Таразов, М. И. Школьник // ФГУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий. — СПб., 2012.

УДК 616.665-002.28

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Дорошевич Р. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. И. Доста

Учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Болезнь Пейрони (БП) (синоним: фибропластическая индурация полового члена — induration penis plastica) — это приобретенное локализованное заболевание соединительной ткани, характеризующееся образованием фиброзных бляшек в белочной оболочке полового