

операції застосовувалася монополярна або біполярна електроуретерографія для визначення біоелектричної активності сечоводу, меж його резекції і обсягу хірургічного втручання.

Результати: під час операцій були відзначені 3 типи електроміограм. Перший тип характеризувався скороченнями, які мали постійний характер, але різну амплітуду. У 4 (17,4%±15,5) пацієнток амплітуда хвиль становила $3,85 \pm 0,3$ мВ, а у 6 (26,1%±17,9) пацієнток $1,8 \pm 0,2$ мВ. У 8 (34,8%±19,4) пацієнток виявлені непостійні скорочення у вигляді піків, які мігрували від проксимального до дистального електроду зі швидкістю $1,98 \pm 0,45$ см/с. Піки мали різну амплітуду. У останньої групи з 5 (21,7%±16,8) пацієнток виявлено невідповідність візуальної оцінки життєздатності краю сечоводу і його біоелектричної активності. Електроміограма являла собою практично ізолінію. При цьому протяжність афункціонального сечоводу становила 1 см у 2 (8,7%±11,5) пацієнток, 1,5 см – у 2 (8,7%±11,5) і 2 см – у 1 (4,3%±8,3) хворої. Внаслідок чого виконувалася резекція нефункціонуючого фрагмента сечоводу і уретероцистонеоанасомоз формувався з функціонально активним сечоводом. У 3 (13%±13,8) пацієнток з лігатурою сечоводу при електроуретерографії виявлено, що його біоелектрична активність збережена і операція обмежилася видаленням лігатури та ендоскопічною установкою JJ-стента, завдяки чому вдалося зменшити обсяг операції і зберегти устя сечоводу. Серед 20 хворих, у яких під час операції виконана резекція сечоводу, при морфологічному дослідженні препаратів виявлені наступні процеси. Відзначено різке повнокров'я судин середнього і дрібного калібру, а також мікроциркуляторного русла у всіх 20-ти спостереженнях. У 8 (40%±21,5) випадках спостерігали стаз в капілярах. У 2 (10%±13,1) спостереженнях відзначено утворення фібринових тромбів у просвіті судин. Ступінь вираженості запальної інфільтрації коливався. У складі запальних інфільтратів частіше зустрічалися лімфоцити і гістіоцити, проте в 7 (35%±20,9) спостереженнях виявлені плазматичні клітини, в 4 (20%±17,5) – сегментоядерні лейкоцити. У 2 (10%±13,1) випадках гнійне запалення виражалось у формуванні мікроабсцесів з наявністю в центрі вогнищевих скупчень колоній мікробів і реактивних макрофагів типу чужорідних тіл. Вочевидь, це пов'язано з тривалим часом між травмою та її корекцією у даних хворих. Дистрофічні зміни м'язових клітин виражалися в гомогенізації волокон і спостерігалися в 9 (45%±21,8) випадках. Дистрофічні зміни м'язових волокон відзначалися серед пацієнток, у яких при електроуретерографії виявлено невідповідність візуальної оцінки життєздатності краю сечоводу і його біоелектричної активності. Таким чином, резектовані фрагменти сечоводів у даних хворих були функціонально неповноцінними.

Висновки: виконання електроуретерографії під час реконструктивно-відновних операцій забезпечує об'єктивне визначення функціонального стану травмованого сечоводу, що має визначальне значення при виборі способу корекції травми.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ, ЩО МАЄ РЕЦИДИВНИЙ ПЕРЕБІГ

Савенков В.І.^{1,2}, Земляніцина О.В.², Міхнов Д.К.²

¹КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології імені В.І. Шаповала»

²Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»

Харківського національного медичного університету

Однією з основних причин розвитку гідронефрозу є поява вроджених або набутих стриктур мисково-сечовідного сегменту (МСС). Ведення таких хворих після хірургічного лікування потребує диференційного підходу, бо незалежно від хірургічної тактики у 18–25 % пацієнтів спостерігається рецидив захворювання і кожна наступна операція проводиться в більш складних умовах та не гарантує відсутність повторних рецидивів.

Мета роботи – підвищення ефективності діагностики, терапії та профілактики

гідронефрозу, що має рецидивний перебіг, шляхом систематизації методів діагностики та вибору методу хірургічного втручання, визначення маркерів ризику розвитку рецидивів стриктур і оптимізації метафілактики.

Матеріали і методи дослідження. Для визначення ефективності використання розробленого алгоритму обстеження 178 хворих на гідронефроз було розподілено на терапевтичні групи: I група, де використовувався алгоритм (80 осіб); II група, в якій проводився призначений за суб'єктивним рішенням лікаря інший комплекс досліджень (98 пацієнтів).

Для оцінки ефективності запропонованого методу профілактики рубцево-склеротичних змін у післяопераційному періоді було відібрано 72 хворих, які мали показники паренхіматозно-стромального коефіцієнту (ПСК) у тканинах нирки та/чи МСС, що вказували на високий ризик рецидиву.

36 хворих I групи на фоні традиційних загальних заходів терапії додатково отримували базовий розроблений комплекс (призначення антифібротичного препарату (пеніциліну G) та засобу, що впливає на гомеостаз з вираженими антиоксидантними властивостями – актовегіну), або у подальшому – посилений курс залежно від значення коефіцієнту ризику розвитку рецидивів (КРР).

36 хворих 2 групи на фоні традиційних загальних заходів терапії додатково отримували базовий (лонгідаза та вітамін E) або посилений курс традиційної вторинної профілактики, залежно від отриманого КРР.

Для оптимізації післяопераційної метафілактики гідронефрозу було оцінено 296 контрольних карт диспансерного хворого.

Для оцінки ефективності запропонованих принципів ведення хворих з високим ризиком розвитку рецидивів стриктур з визначенням хірургічної тактики було досліджено 120 хворих.

Статистичні дослідження були виконані за допомогою пакету „Statistica 6.0”.

Результати та їх обговорення. Було розроблено алгоритм обстеження хворих на гідронефроз, що включав найбільш специфічні та чутливі методи дослідження, а також розроблені прогностичні морфологічні коефіцієнти ПСК і коефіцієнту дисбалансу (Кд), біохімічний маркер КРР та шкали їх оцінки. Використання алгоритму дозволило поставити точний діагноз та визначити ефективну тактику лікування у 98,3 % обстежених, що вище, ніж у групі порівняння (72,4 %) ($p < 0,05$).

У хворих з високим та середнім ризиком розвитку рецидиву стриктур призначався розроблений метод профілактики рубцево-склеротичних змін. Пацієнтам на 21-й день після проведеного курсу антифібротичної терапії призначалося дослідження КРР, що зумовлював подальшу тактику ведення цих хворих. При визначеній вродженій етіології розвитку стриктури призначався посилений курс заходів метафілактики. Хворим з морфологічно визначеним низьким ризиком розвитку рецидиву стриктури на 21-й день проводилося визначення КРР у крові. Пацієнтам з середнім і високим ризиком розвитку рецидиву стриктур призначався розроблений метод профілактики.

Використання методу дозволило знизити в 1,8 разу ($p < 0,05$) кількість рецидивів, порівняно з пацієнтами, яким призначався традиційний метод профілактики.

Визначено оптимальний графік і обсяг досліджень у пацієнтів різних диспансерних груп. Їх використання стандартизує і спрощує ведення документації, проведення та контроль ефективності заходів метафілактики. Використання розробленого комплексу призвело до збільшення позитивних результатів порівняно з хворими, у яких не використовувався даний комплекс (93,9 % і 73,4 % відповідно) ($p < 0,05$).

З'ясовано основні принципи ведення хворих на гідронефроз із рецидивним перебігом та хворих з високим ризиком розвитку рецидивів стриктур МСС, що дозволяють відповідно до клінічної форми провести вибір оптимальної хірургічної тактики, диференційовано призначити різні методи метафілактики. Це дозволило досягти 94,1 % позитивних результатів.

Висновки. Розроблений алгоритм обстеження хворих на гідронефроз, до якого увійшли найбільш специфічні і чутливі методи дослідження та який враховує основні ланки етіопатогенезу, дозволяє об'єктивно оцінити стан нирок і верхніх сечовивідних шляхів, визначити стадію захворювання, дати характеристику перебігу, обґрунтувати ведення хворих. Використання алгоритму дозволило встановити точний діагноз та визначити ефективну тактику лікування у 98,3 % обстежених, що вище, ніж у групі порівняння (72,4 %) ($p < 0,05$).

Розроблено метод профілактики рецидивів стриктур МСС у оперованих хворих на гідронефроз, що включає додаткове диференційоване призначення препарату з антифібротичною активністю та антиоксиданту. Використання методу дозволило знизити кількість рецидивів у 1,8 разу ($p < 0,05$).

Використання розробленого комплексу метафілактики призвело до збільшення позитивних результатів до 93,9 % ($p < 0,05$).

Запропоновані принципи вибору хірургічної тактики та ведення хворих на гідронефроз з рецидивним перебігом або з високим ризиком розвитку рецидиву стриктур дозволили стабілізувати і поліпшити стан хворих у 94,1 %.

ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Серняк Ю.П., Роцин Ю.В., Слободянюк Е.Н., Ткаченко С.В., Серняк П.Ю.
Донецкий национальный медицинский университет, город Лиман, Украина.

Распознавание травмы мочеточника во время операции в гинекологической практике происходит в 7-39% и, как правило, выявляется в послеоперационном периоде. Согласно исследованиям свою эффективность доказали следующие способы интраоперационной диагностики травмы мочеточника: катетеризация мочеточников; цистоскопия после основного этапа операции; внутривенное введение 5 мл 0,4% раствора индигокармина. Однако рутинное применение данных методов диагностики неоправданно и показано только в случаях повышенного риска повреждения мочеточника.

Цель: улучшение интраоперационной диагностики и результатов лечения травм мочеточника при акушерско-гинекологических операциях.

Материалы и методы: в основу исследования положены результаты клинических наблюдений 161 пациентки перенесших различные акушерско-гинекологические операции. Из них 61 (37,9%±7,5) пациентка с акушерско-гинекологическими травмами мочеточника. Контрольная группа представлена 100 (62,1%±7,5) пациентками, которые перенесли акушерско-гинекологические операции, неосложненные травмой мочеточника. На основании изучения историй болезней сформирована база данных, в которую вносились все показатели для последующего анализа и выявления наиболее значимых факторов риска травмы мочеточника и количественной оценке их значимости. Для комплексного прогнозирования риска травмы использован метод пошаговой логистической регрессии.

Результаты: из проанализированных наборов оптимальным для прогнозирования представляется такой: хронический аднексит в анамнезе; размеры матки более 12 условных недель беременности; перенесенные ранее операции на органах малого таза; интралигаментарный рост фиброматозных узлов; сахарный диабет; аппендэктомия в анамнезе. Таким образом, получен такой способ классификации больных по степени риска травмы: если число отличных от нуля значений предикторов из указанного набора больше единицы, то риск травмы высокий. Если же это число равно 0 или 1, то риск травмы низкий. Для ранней, интраоперационной, идентификации травмы мочеточника, необходимо соблюдение следующих принципов диагностики: