

пациенту проводились вскрытия и дренирование абсцессов на фоне бужирования абсцессов тонкими (до №10 по Шарьеру), в том числе нитевидными, бужами установки тонких уретральных катетеров.

Следующим этапом лечения стало наложение эпицистостомы, которая временно обеспечивала санацию абсцессов, однако в последующем повторно образовывались неполные уретропромежностные свищи, и пациент обратился в КУОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала» с наличием цистостомы и абсцессами области промежности. По данным уретроцистограммы и компьютерной томограммы уретропромежностный свищ находился в области мембранозного отдела уретры в рубцах.

Произведена санация мочевого пузыря, цистостомического дренажа, области свища и запланировано многоэтапное хирургическое лечение пациента:

- 1) иссечение свища промежности с анастомозирующей пластикой уретры для санации проблемной зоны;
- 2) двухэтапная расширяющая пластика передних, а затем задних отделов уретры с применением аутоканей (фасций либо букальным эпителием)

Выполнен первый этап хирургического пособия, в результате которого удалось полностью иссечь свищ вместе с рубцово-измененными тканями, мобилизовать максимально задние отделы уретры и, несмотря на рубцовое изменение стенок на уретральном катетере № 14 наложить анастомоз между простатическим отделом и остатком бульбозного мобилизованного отдела уретры; произведена рецистостомия.

У больного промежностная рана зажила, пациент выписан с цистостомой для реабилитации. Однако в домашних условиях ему в начале удалили цистостому, а затем и уретральный катетер. Временное значительное улучшившееся самостоятельное мочеиспускание повлияло на решение больного воздержаться от предложенного хирургического лечения - расширяющих пластик. Такой период продолжался недолго: около 3-4 месяцев, после чего у пациента повторно открылся уретропромежностный свищ, при этом больному была восстановлена цистостома и повторно дренирован абсцесс.

Больной обратился в КУОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала» повторно. В этом случае абсцесс распространился от промежности на ягодицу, паховую складку. В таких условиях о пластических операциях на уретре речь уже не велась. Произведено вскрытие и дренирование абсцессов. Задняя уретра была прошита и перевязана для того, чтобы ограничить попадание мочи в ткани проблемной области, а дренирование мочевого пузыря обеспечить с помощью цистостомы.

Но и в этом случае больной не обеспечил последующий достаточно эффективный уход за цистостомой, что привело к рецидиву гнойно-воспалительного процесса в области промежности. При этом длительное нахождение цистостомы и воспалительные процессы в мочевом пузыре постепенно привело к уменьшению его емкости, т.е. развитию интерстициального цистита.

В связи с подобными множественными проблемами, единственным решением является или наружное дренирование верхних мочевых путей, или отведение мочи в кишечный резервуар.

Выводы:

- 1) Длительное консервативное лечение протяженных стриктур уретры неизбежно приводит к гнойным осложнениям
- 2) Хирургическое лечение «длинных» стриктур уретры состоит из нескольких этапов, которые постепенно могут помочь пациентам, однако при отсутствии сотрудничества и единого направления действий могут вызывать ряд тяжелых осложнений.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОМБИНИРОВАННУЮ ТРАВМУ ТАЗА И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Криворотько Ю.В., Истомин А.Г.

Харьковский национальный медицинский университет

Около 1,5% больных с травмами тазового кольца имеют повреждения мочевых путей: мочевого пузыря, уретры. Так как подобный вид травматических повреждений относится к тяжелым и связан с политравмой, то первичная медицинская помощь оказывается в отделениях политравмы или хирургических травматических, реанимационных отделениях, и направлены на спасение жизни пострадавшего. Затем, в зависимости от механического характера повреждения, степени и формы деформации тазового кольца, сопутствующих повреждений, начинается период восстановления

функций пострадавших систем и органов. В основном, эта проблема решается травматологами, которые привлекают коллег других специальностей, в том числе урологов.

В зависимости от избираемой тактики лечения повреждений таза проводятся либо консервативное лечение с длительной иммобилизацией пациента, либо с операцией с помощью различных хирургических и инструментальных методик сопоставлений отломков, исправлений деформаций тазового кольца с помощью наружных или накладываемых непосредственно на костные структуры систем для остеофиксации.

При этом реабилитацию пациента травматологи условно делят на 3 периода:

- 1) иммобилизирующий, который при консервативном лечении может длиться от 8 до 10 недель, а в случае хирургических методов сокращается до 4-6 недель; урологическая помощь в это время чаще всего ограничивается дренированием мочевых путей и урогематом и должно быть сосредоточено на последующем восстановлении целостности нижних мочевых путей, купированием инфекций, цистопиелонефрита и др.
- 2) период начальной активности, который длится еще 1,5-4 недели; в это время пациент готовится к пластической операции на уретре, избавляется от инфекции мочевых путей;
- 3) период восстановления функций нижних конечностей, навыков ходьбы и трудоспособности, который длится до окончательной реабилитации.

Однако при сочетанных повреждениях костей таза и мочеполовых органов реабилитация не заканчивается после того, как пациент начинает достаточно хорошо ходить.

Мы выделяем и 4-й период реабилитации, который должен включать восстановления функции мочеполовой системы. Прежде всего это проблемы, связанные с восстановлением мочеиспускания при посттравматических стриктурах. Это и бужирование и эндоуретротомии, и пластики уретры – как анастомозирующая, так и расширяющая.

В ряде случаев при существенном диастазе костей таза отмечается и недержание мочи, чаще всего полное. Тогда выполняются хирургические вмешательства с фиксацией слинга или установкой искусственного сфинктера уретры.

Нередкие случаи эректильной дисфункции связаны как с сосудистыми проблемами, так и посттравматическим повреждением полового нерва. Выяснение причин эректильной дисфункции, в том числе с применением доплерографии, стимуляции нервов, вакуум-методик, позволяет помочь выбрать методы лечения: от применения силденафила до эндофаллопротезирования.

Выводы:

1. Сочетанные повреждения костей таза и мочеполовых органов относятся к тяжелым травмам
2. Реабилитация больных с данной патологией должны быть комплексной
3. Дополнительная реабилитация больных с травмами таза включает восстановление мочеиспускания и половой активности, что существенно влияет на последующее качество жизни пациентов.

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНКРУСТАЦИИ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Кузнецов В.В., Полегенько С.М., Тищенко А.В., Янчуков А.В. Кузнецов В.В.

1 городская больница им. Н.И.Пирогова. г. Севастополь.

Дренирование верхних мочевых путей (ВМП) с помощью стентов является одной из важнейших составляющих в лечении обструктивных состояний в урологических клиниках. Мочеточниковые стенты все чаще используются в лечебной практике.

В настоящее время существует множество видов внутренних стентов изготовленных из разнообразных материалов с применением новейших технологий. Однако это не гарантирует их безопасного длительного использования, так как развивается такое нежелательное осложнение как инкрустация стента – покрытие поверхности и просвета стента отложением солей и формированием конкрементов на нем. В результате этого могут возникнуть сложности при удалении, а порой удалить стент без дополнительных вмешательств не представляется возможным.

Целью исследования было определение частоты и времени возникновения инкрустации внутреннего стента, а также возможности профилактики связанных с ней осложнений.