

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ СЕЧОВОДУ

Мисько С.Я.

Кафедра урології Харківської медичної академії післядипломної освіти

Вступ. Ятрогенне ушкодження верхніх сечовивідних шляхів – одне з найсерйозніших ускладнень різних оперативних втручань на органах черевної порожнини, заочеревинного простору і малого тазу. Згідно з літературними даними, причинами ушкоджень сечовивідних шляхів стають урологічні операції – в 84,1%, акушерсько-гінекологічні – в 8,7%, операції загально-хірургічного профілю – в 4,9%, післяпроменеві стриктури і стенози сечоводів – в 2,4% [1,3,5].

Серед причин, що сприяють ушкодженню сечоводів, найбільше значення має профузна кровотеча, яка часто виникає при технічно складних оперативних втручаннях. Таке може статися під час зупинки кровотечі, коли хірург разом із судинами помилково перев'язує або травмує сечовід. В багатьох випадках ушкодженню верхніх сечовивідних шляхів сприяють топографо-анатомічні зміни, які виникають в порожнині малого тазу під впливом запальних чи пухлинних процесів. Особливо небезпечні пухлини придатків або тіла матки, великі інтралігаментарні кісти та міоми матки. Якщо при великих доброякісних новоутвореннях можна уникнути ушкодження сечоводів, то при радикальних операціях, у цілому ряді випадків, вони неминучі [6,7].

Дуже часто причиною виникнення травм сечоводів є недостатня кваліфікація хірурга, а також ігнорування профілактичних заходів, спрямованих на попередження травми, зокрема катетериза-

ції сечоводів перед операцією, яка в значній мірі запобігає їх ушкодженню. Такі ушкодження сечоводів називають «випадковими». На відміну від них «вимушені» ушкодження виникають при злов'язисних новоутвореннях матки і придатків, коли сечоводи оточені спайками або пухлинними масами, і вилучити їх вкрай важко. У таких випадках ушкодження або перетинання сечоводів неминуче [8]. Іноді ці ушкодження бувають навіть важчими, ніж сама гінекологічна операція [5].

Серед різноманітних пластичних операцій на сечоводах найпоширенішою є операція уретероцистоанастомозу (УЦА), яка проводиться за різними методиками. Останнім часом для лікування ятрогенних ушкоджень сечоводу все більшого значення набувають лапароскопічні методи виконання операції. Черезшкірна нефростомія і первинна антеградна балонна дилатація сечоводу є безпечним і ефективним методом лікування ушкоджень сечоводу. Вона дає змогу зменшити кількість відкритих хірургічних маніпуляцій [2,11].

Проте, згідно з літературними даними, уретероцистоанастомоз, який виконується відкритим способом, поки що вважається найкращим варіантом лікування ятрогенної травми нижньої третини сечоводу і його дистального відділу [11,13].

Матеріали і методи. В основу роботи покладені результати клінічних спостережень 93 хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Харківському обласному клінічному центрі

Таблиця 1

Акушерсько-гінекологічна патологія, при якій травмовані сечоводи

Діагноз	Кількість хворих (n=63)	
	абс.	%
Фіброміома матки	41	65,0±6,0
Злоякісні пухлини матки	9	14,0±5,0
Кісти яєчника	8	13±4,0
Операції при пологах	4	6,0±3,0
Ендометріоз	1	2,0±2,0
ВСЬОГО	63	100

урології і нефрології ім. В.І. Шаповала, комітетом з етики якого було затверджено дане дослідження. Основну групу склали хворі з гострою акушерсько-гінекологічною травмою сечоводу – 63 пацієнтки (67,7±4,8%). В якості контрольних були виділені групи з 23 хворих (24,7±4,5%) із стриктурою сечоводу і 7 пацієнток (7,5±2,7%) з пухлиною сечового міхура та ураженням вічка сечоводу. Характер акушерсько-гінекологічної патології представлений в табл. 1.

Висота ушкодження сечоводу складала у хворих з акушерсько-гінекологічною травмою: 1-4см у 14 пацієнток (20,3±4,8%), 4-7см – у 20 (28,9±5,4%), 7-10см – у 26 (37,7±5,8%) і 10-13см – у 9 хворих

Таблиця 2

Різновиди оперативних втручань

Вид операції	Кількість (n=93)	
	абс.	%
Уретероцистоанастомоз у поєднанні з Psoas hitch	33	36±5,0
Уретероцистоанастомоз без Psoas hitch	29	31,0±5,0
Операція за Боарі у поєднанні з Psoas hitch	6	7,0±3,0
Операція за Боарі без Psoas hitch	9	10,0±3,0
Зняття лігатур	16	17,0±4,0
ВСЬОГО	93	100

Рентгенологічні методи включали проведення оглядової рентгенограми, екскреторної урографії, а також мікційної цистоуретерографії. Проводилося також ендоскопічне обстеження: хромоцистоскопія з цистоскопічним визначенням довжини інтрамурального відділу сечоводу. Для отримання інформації про анатомо-топографічний стан нирок, сечоводів, сечового міхура, наявності фістули, запального інфільтрату, – застосовувалося ультразвукове дослідження (УЗД). Статистична обробка даних, отриманих в результаті дослідження, проводилася в середовищі діалогової графічної системи Stadia. Стосовно отриманих даних були використані як параметричні (крос-табуляція), так і непараметричні методи обробки.

Методи лікування травм сечоводів, залежно від рівня їх ушкодження, часу, що пройшов з моменту травмування та функціонального стану нирок, були наступними:

- 1) делігатуризація;
- 2) накладення швів на сечоводи;
- 3) уретеро-уретероанастомоз;
- 4) перехресний анастомоз;
- 5) уретероцистоанастомоз;
- 6) заміщення сечоводу петлею кишечника;

(13,0±4,0%).

Оперативне лікування – уретероцистоанастомоз – проведено 77 хворим (83,0±4,0%). 16 хворим (17,0±4,0%), які надійшли до клініки з гострою травмою сечоводу, проведена делігатуризація. Розподіл хворих, залежно від оперативного виду урологічного втручання, наведено в Табл. 2.

Загальноклінічні методи обстеження включали: збір анамнестичних даних, клінічний огляд, лабораторні дослідження – проведення клінічних аналізів крові, сечі, біохімічних показників крові (креатинін, сечовина, загальний білок і його фракції, білірубін), визначення парціальних функцій нирок, коагулограми.

7) нефруретеректомія;

8) аутотрансплантація нирки.

Якщо прокол голкою або пристінкове поранення сечоводу можна ліквідувати ендоскопічно шляхом стентування, то при перетинанні, перев'язці та прошиванні сечоводу необхідна реконструктивна операція. У 16 хворих була виявлена перев'язка сечоводу без утворення сечового свища і запального інфільтрату в зоні травми. Їм була проведена делігатуризація. У хворих, які були прооперовані на 1-7 добу після перев'язки сечоводу, зафіксовано позитивні функціональні результати при контрольному обстеженні через 1, 3 і 5 років. В той же час 4 хворим, які були прооперовані через 9-15 діб, в подальшому довелося виконувати реконструктивні операції УЦА за Боарі та УЦА у власній модифікації.

За літературними даними і власними спостереженнями було встановлено, що перев'язка сечоводу шовковими нитками діє більш грубо на тканину, в порівнянні з кетгуттовими лігатурами, інфікує тканини, може викликати їх запалення, призводити до некрозу тканин і сприяти формуванню свищів. Сприятливий прогноз спостерігався у тих випадках, коли під час ревізії травмованого сечово-

ду, відразу ж після зняття лігатури при відсутності видимих пролежнів відновлювалася скорочувальна функція сечоводів. 47 хворим з явно нежиттєздатними тканинами сечоводу, або сформованим сечовим свищем був виконаний УЦА. При відсутності запального інфільтрату в клубовій ділянці, УЦА був проведений 9 хворим після комплексного обстеження в першу добу госпіталізації. Основна група хворих (26 пацієнток) були госпіталізовані через 5 діб та пізніше після травми із уже сформованими свищами сечоводу без запальних інфільтратів в тазу і клубовій ділянці, з відносно хорошим дренажуванням нирки через свищовий отвір і відсутністю пієлонефриту. Їм також негайно було проведено УЦА. 12 хворих надійшло до клініки через 10 і більше діб після травми сечоводу з запальним інфільтратом в клубовій ділянці та задовільним дренажуванням нирки через свищ і відсутнім пієлонефритом. УЦА їм проводився через 2-3 місяці, в умовах повної ліквідації запального процесу в малому тазу. Нефростомія виконана 8 пацієнткам, у яких діагностовано виражені і прогресуючі порушення відтоку сечі з нирок. У 6 пацієнток травма сечоводу була двосторонньою. У кожної хворої лікувальна тактика визначалася індивідуально, відповідно до результатів комплексного обстеження. У одної хворої УЦА був проведений поетапно з двох сторін у поєднанні з делігатуризацією і нефростомією для тимчасового відведення сечі.

Уретерокутанеостомія для тимчасового відведення сечі нами не застосовувалася, оскільки в подальшому такий сечовід втрачає здатність скорочуватись і перетворюється з перистальтуючого органу в сечопровід. За даними Цветова Є.П. [4] при УЦА за Боарі в стінці міхурової трубки в післяопераційному періоді виникають грубі морфологічні зміни. У ранньому післяопераційному періоді розвивається виражений запальний процес. У віддалені терміни після втручання в стінці міхурової трубки формується рубець, який не має м'язових елементів. Безумовно, такий м'язів шар міхурової трубки, що суттєво змінився, не може протистояти внутрішньоміхуровому тиску у фазі вигнання сечі. У фазі накопичення сечі, будучи частиною стінки сечового міхура, трубка знаходиться в розслабленому стані. Для створення антирефлюксного захисту при УЦА за Боарі ми використовували метод імплантації проксимального відділу сечоводу в підслизовий тунель з подальшим проведенням його в просвіт міхурової трубки по Gil-Vernet [9]. Вперше дану модифіка-

цію УЦА ми застосували у поєднанні з методом «Psoas hitch».

Методика «Psoas hitch» застосовувалася в новому, розробленому нами варіанті. Після виділення сечоводу важливим етапом даної методики є ретельна мобілізація верхньо-бокової стінки сечового міхура з навколишніх тканин. Для цього, частково гостро, частково тупо, відшаровували передню і бокову стінки сечового міхура аж до його шийки. Для покращення анатомічної орієнтації і мобілізації сечового міхура – його наповнювали асептичною рідиною. Наступний етап операції – підтягування верхньо-бокової стінки сечового міхура на стороні пошкодження сечоводу. Сечовий міхур підтягувався і фіксувався без сильного натягнення декількома вузловими кетгуттовими швами, що забезпечувало надійну його фіксацію до поперекового м'яза вище клубових судин. В ідеалі сечовий міхур підшивають до сухожилля *m.psoas minor*. Проте, це сухожилля часто відсутнє. В цьому випадку сечовий міхур фіксують до *m.psoas major*. Шов зав'язувався вільно, щоб уникнути стиснення тканин. Ступінь підтягування сечового міхура зверху залежить від довжини дефекту дистального відділу сечоводу, який необхідно замінити. За даними Harrison J.H. [10], зміна конфігурації сечового міхура при цій методиці не впливає на його функцію. При проведенні даної методики можлива травма *n.femoralis* внаслідок захоплення його в шов при фіксації сечового міхура. Для попередження такого ускладнення нами розроблений спосіб, який полягає в тому, що тазовий відділ *n.femoralis* уздовж 4-5см закутується передньою стінкою фасціальної піхви поперекового м'яза і фіксується до фасції, що покриває клубовий м'яз або ж безпосередньо до м'яза 3-4 вузловими кетгуттовими швами. В такий спосіб формується м'язова дублікатура, яка надійно захищає *n.femoralis* від захоплення в шов.

Нами також розроблена оригінальна модифікація екстравезикального УЦА, при якому виконується доступ ключкоподібним розрізом в клубово-паховій ділянці і позаочеревинно виділяється сечовід. Важливим моментом цієї операції є зняття інфільтрату у вигляді муфти, яка охоплює нижню третину сечоводу. Це дозволяє зменшити ризик утворення стриктури на місці накладання анастомозу. Сечовід перев'язується і перетинається максимально дистальніше в межах здорових тканин. На передньо-бокову стінку сечового міхура накладається дистальний відділ сечоводу. На серозно-м'язову

оболонку сечоводу і сечового міхура по обидві сторони сечоводу накладають 4 вузлових шви. З шовного матеріалу використовувався дексон або вікріл. Після цього через всі шари проводиться розріз сечового міхура і в порожнину останнього на 1см вводиться дистальний відділ сечоводу. На місці переходу сечоводу в сечовий міхур по півколу накладають 3-4 вузлових шви для створення герметичності нового співустя. Далі на серозно-м'язовий шар сечового міхура, спочатку з одного боку, а потім з іншого, накладають 4 товстих кетгутуових погрузних шви таким чином, щоб при їх затягуванні сечовід закутувався стінкою сечового міхура, утворюючи дублікатуру. В деяких випадках, коли виникає небезпека можливого утворення стенозу нового співустя в післяопераційному періоді, в сечовід вводять катетер № 8-9 за шкалою Шар'єра на висоту 20см вище за нове співустя і виводять його по уретрі. У сечовий міхур встановлюється катетер Фолея. Сечовідний катетер витягують через 6 діб, катетер Фолея – через 9 діб.

Результати досліджень та їх обговорення.

Результати лікування оцінювалися за триступеневою системою, як хороші, задовільні і незадовільні.

При хороших результатах були відсутні скарги хворих, сеча стерильна, показники сечовини і креатиніну були нормальними. На інфузійній урограмі виділення контрастної речовини було своєчасним. За даними УЗД шар паренхіми нирок не стоншений, не було розширення порожнинної системи нирок і сечоводів. Працездатність хворих не порушена.

При задовільному результаті лікування можуть періодично виникати мінімальні больові відчуття, в сечі періодично з'являються лейкоцити 10-20 в полі зору, причому запальні зміни піддаються корекції під впливом антибактеріальної терапії, клубочкова фільтрація нирок знижена. Сечовина і креатинін – в нормі. На екскреторній урограмі спостерігається помірне розширення порожнинної системи нирок і сечоводів. На мікційній урограмі визначається міхурово-сечовідний рефлюкс I ст. За даними УЗД – шар паренхіми нирок помірно стоншений. Працездатність хворих знижена у зв'язку з періодичним загостренням пієлонефриту.

При поганому результаті спостерігається тупий біль в поперековій ділянці, який з'являється при сечовипусканні, виникає піурія. Клубочкова фільтрація нирок знижена. Вміст креатиніну і

сечовини у крові може бути підвищеним. На екскреторній урограмі спостерігається запізнена поява контрастної речовини. Чашки нирок розширені, шар паренхіми стоншений. На місці нового анастомозу може виникати стриктура. За даними цистограм визначається міхурово-сечовідний рефлюкс через неостому. Має місце стійка втрата працездатності.

Отримані нами дані клінічних спостережень свідчать, що віддалені результати після проведення УЦА залежать від наступних чинників:

- 1) від ступеня наявних функціонально-морфологічних змін в паренхімі нирок і сечових шляхів до операції;
- 2) наявності пієлонефриту;
- 3) методу створення нового міхурово-сечовідного анастомозу;
- 4) виду патології і рівня поразки сечоводу;
- 5) при травмі сечоводу істотне значення має її вид та час, що пройшов після ушкодження.

Віддалені результати обстеження вивчені у 51 пацієнтки (табл. 3).

УЦА за Боарі дає вищий відсоток ускладнень через свою травматичність і недостатній антирефлюксий захист. Проте поєднання УЦА з методикою «Psoas hitch» дозволяє поліпшити на 10-12% віддалені результати хірургічного лікування як при УЦА за Боарі, так і при використанні розробленої нами модифікації. Така закономірність простежується при лікуванні патології сечоводу різного походження: травма, стриктура, пухлина сечового міхура. Це пояснюється тим, що, окрім скорочення відстані між дистальним кінцем ушкодженого сечоводу і сечовим міхуром, методика «Psoas hitch» виконує іншу функцію, зокрема створюється нерухомість анастомозу, виключається його натягнення. Це лежить в основі добрих функціональних результатів.

Зупиняючись на оцінці результатів УЦА при акушерсько-гінекологічній травмі сечоводу необхідно відзначити, що розроблена нами операція УЦА у поєднанні з методикою «Psoas hitch» дала можливість збільшити хороші результати лікування: з 25% при УЦА за Боарі до 58% при УЦА в нашій модифікації у поєднанні з методом «Psoas hitch». В цей же час, погані результати лікування вдалося знизити з 50% при УЦА за Боарі до 8% при УЦА у поєднанні з методом «Psoas hitch».

В цілому ефективність УЦА в розробленій модифікації у поєднанні з методикою «Psoas hitch» склала 87,2%.

Таблиця 3

Віддалені результати уретероцистоанастомозу в залежності від виду патології і типу операції

Вид патології		Травма сечоводу (n=31)				Стриктура сечоводу (n=17)				Пухлина сечового міхура (n=3)				Всього (n=51)
Тип операції Результати		Б	Б + P-h	УЦА	УЦА + P-h	Б	Б + P-h	УЦА	УЦА + P-h	Б	Б + P-h	УЦА	УЦА + P-h	
Хороші	n	1	2	5	7	-	1	3	4	-	-	-	1	24
	%	11,1	22,2	22,7	31,8	-	33,3	21,4	28,6	-	-	-	33,3	47,0
Задовільні	n	1	2	3	4	1	1	2	3	-	-	2	-	19
	%	11,1	22,2	13,6	18,2	33,3	33,3	14,3	21,4	-	-	66,6	-	37,3
Погані	n	2	1	2	1	-	-	1	1	-	-	-	-	8
	%	22,2	11,1	9,0	9,0	-	-	7,1	7,1	-	-	-	-	15,7

Б – операція за Боарі

P-h – методика «Psoas hitch»

УЦА – уретероцистоанастомоз

Отже, для ліквідації протяжних рубцевих змін нижньої третини сечоводу внаслідок ятрогенної акушерсько-гінекологічної травми показано виконання одноетапних відновних операцій, метою яких є відтворення антирефлюксних механізмів без натягнення тканин при формуванні уретероцистоанастомозу. Одним з малотравматичних способів для ліквідації ушкоджень тазового відділу сечоводу є делегауризація, ефективність проведення якої можлива не пізніше 7 дня з моменту нанесення травми і при відсутності ішемічного некрозу стінки сечоводу.

Оптимальним варіантом для ліквідації довгих дефектів нижньої третини сечоводу є використання детрузора сечового міхура, бокова стінка якого підтягується догори і фіксується до m.psoas, що забезпечує заповнення дефектів сечоводу протяжністю до 10см.

Етапами багатокомпонентного антирефлюксного захисту є:

а) звільнення нижньої третини сечоводу від муфти, яка утворилася внаслідок запального процесу. Це покращує кровопостачання стінки сечоводу;

б) екстравезикальна фіксація сечоводу до детрузора сечового міхура;

в) занурення звисаючого «соска» в його порожнину.

Відновлення екскреторної функції нирки після усунення наслідків акушерсько-гінекологічної травми забезпечується комбінацією двох методів, які нормалізують уродинаміку сечоводу, призводять до ліквідації запальних змін і усувають міхурово-сечовідний рефлюкс.

З метою попередження міхурово-сечовідного рефлюксу через неостому ми рекомендуємо виконувати екстравезикальний УЦА з багатокомпонентним антирефлюксним захистом. Хворим, яким показано заміщення протяжного дефекту нижньої третини сечоводу (до 10см), доцільним є застосування екстравезикального УЦА у поєднанні з методикою «Psoas hitch». При необхідності заміщення дистальної частини сечоводу завдовжки більше 10см показана операція Боарі в модифікації Gil-Vernet у поєднанні з методикою «Psoas hitch». Для попередження можливого пошкодження n.femoralis, при проведенні методики «Psoas hitch» рекомендується тазовий відділ n.femoralis уздовж 4см закутувати передньою стінкою фасціальної піхви поперекового м'яза з подальшою фіксацією його до клубового м'яза.

Наш досвід показує, що при акушерсько-гінекологічній травмі сечоводу – УЦА необхідно проводити негайно. При утворенні сечовідно-вагінального свища з виникненням запального інфільтрату при відносно нормальному дренажуванні нирки через свищуватий отвір необхідно виконувати УЦА через 2 – 3 місяці після травми сечоводу.

За наявності гострого пієлонефриту, відсутності дренажування відповідної нирки, наявності запального інфільтрату в клубовій ділянці – необхідно проводити нефростомію і через 2 – 3 місяці виконувати УЦА.

Делегауризація ефективна при її проведенні в перші 1 – 7 діб після травми сечоводу, якщо немає розтрощування тканин та ішемічних некрозів. При госпіталізації хворих в пізніші терміни показано виконання УЦА.

Список литературы

1. Возіанов О.Ф. Урологія./О.Ф.Возіанов, О.В.Люлько. – друге вид. переробл. та доп. – Д.: РВА «Дніпро-VAL», 2002. – 830 с.
2. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – М.: Медицина, 1986. – С.4-5
3. Мартов А.Г., Маслов С.А., Салюков Р.В. и др. Рентгенэндоскопическое лечение поврежденных мочеточников после акушерко-гинекологических операций//Урология. – 2006. - № 1. – С.11
4. Цветов Е.П., Корнелюк Н.Л. Проблема рефлюкса при операциях на мочеточнике//Вопросы урологии. – К., 1970. – Вып.4. – С.105-111.
5. Al-Awadi Kh., Kehinde E.O., Al-Hunayan A., Al-Khayat A Iatrogenic ureteric injuries: Incidence, aetiological factors and the effect of early management on subsequent outcome//Int. Urol. Nephrol. – 2005. – Vol. 37(2). – P.235-241.
6. Benoit L, Spie R, Favoulet P, et al. Management of ureteral injuries //Ann Chir. – 2005. - Vol. 130 (8). – P.451-457.
7. Chan JK, Morrow J, Manetta A. Prevention of ureteral injuries in gynecologic surgery//Am J Obstet Gynecol. – 2003. – Vol. 188(5). – P.1273-1277.
8. De Cicco C, Ret Dóvalos ML, Van Cleynenbreugel B, et al. Iatrogenic ureteral lesions and repair: a review for gynecologists//J. Minim. Invasive. Gynecol. – 2007. – Vol. 14 (4). – P.428-435.
9. Gil Vernet J.M. Uretero-vesico-plastic sous muqueuse//J. Urol. – 1959. – Vol.65, №7-9. – P.504-508.
10. Harrison J.H., Gittes R.F., Permuter A.D. et al. Campbell's urology. – Philadelphia etc; Saunders, 1979. – Vol.3. – 2640 p.
11. Liatsikos EN, Karnabatidis D, Katsanos K. Ureteral injuries during gynecologic surgery: treatment with a minimally invasive approach//J. Endourol. – 2006. - Vol. 20 (12). – P.1062-1067
12. Мбрquez P.J., Hernández O.O., Vega S.R. Diagnosis and management of the iatrogenic ureteral injury in gynecological surgery: Experience in our department Original title: Diagnóstico y manejo de la lesión ureteral iatrogena en cirugía ginecológica: experiencia en nuestro servicio//Educ. Invest. Clin. – 2001. – Vol. 2 (1). – P.11-17.
13. Paick JS, Hong SK, Park MS, et al. Management of postoperatively detected iatrogenic lower ureteral injury: should ureteroureterostomy really be abandoned?//Urology. – 2006. – Vol. 67 (2). – P.237-241.

Реферат

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ МОЧЕТОЧНИКА

Мысько С.Я.

В работе прослежены результаты клинических наблюдений 93 больных с острой акушерско-гинекологической травмой мочеточника.

Проведен сравнительный анализ существующих методов для обоснования возможности оптимизации операции уретероцистоанастомоза. Уточнены показания и оптимальные сроки проведения уретероцистоанастомоза у больных с острой травмой мочеточника.

Разработаны варианты уретероцистоанастомоза для лечения протяженных дефектов мочеточника, направленных на предупреждение пузырно-мочеточникового рефлюкса по вновь сформированному анастомозу между мочевым пузырем и мочеточником.

Ключевые слова: травма мочеточника, уретероцистоанастомоз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Summary

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF URETERAL INJURIES DUE TO OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL SURGERY

Mysko S.Y.

The work shows the results of clinical surveillance of 93 patients with acute ureteral injuries due to obstetric and gynecological surgery.

A comparative analysis of current methods to gain evidence in favour of optimization of ureterocystoanastomosis procedure was performed. The indications and appropriate time for the ureterocystoanastomosis procedure in patients with an acute ureteral injury were specified.

The options of ureterocystoanastomosis for treatment of extended defects of the ureter to prevent vesicoureteric reflux on the newly formed anastomosis between the bladder and the ureter are developed.

Key words: ureteral injury, ureterocystoanastomosis, vesicoureteric reflux.