

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКО–РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д 14.23.678

На правах рукописи
УДК 616.62-001.4-089

КУЛУКЕЕВ УЛУКБЕК КАЧКЫНОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

14.01.23 – урология

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2025

Работа выполнена на кафедре урологии с курсом нефрологии и гемодиализа Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова.

**Научный
руководитель:**

Усупбаев Акылбек Чолпонкулович
доктор медицинских наук, профессор, чл.-корр.
НАН КР, заведующий кафедрой урологии и
андрологии до и последипломного обучения им. М.
Т. Тыналиева Кыргызской государственной
медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

**Официальные
оппоненты:**

Касян Геворг Рудикович
доктор медицинских наук, профессор, профессор
кафедры урологии Федерального
государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования «Московский
государственный медико-стоматологический
университет»

Колесниченко Ирина Владимировна
Кандидат медицинских наук,
доцент кафедры урологии Кыргызско-Российского
Славянского университета им. Б. Н. Ельцина

Ведущая организация: Научный центр урологии имени академика Б. У.
Джарбусынова, кафедра урологии (050060, Республика Казахстан, г.
Алматы, ул. Басенова, 2).

Защита состоится «29» мая 2025 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.678 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева соучредитель Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Н. Ельцина по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92, Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, 2 этаж, конференц зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте: https://stepen.vak.kg/wp-content/uploads/2025/01/FINISH-DIS_-KULUKEEV-U.K.-Poslednij-A.O.08042025.pdf

Автореферат разослан «24» апреля 2025 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**



Оскон уулу Айбек

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Важной, актуальной и значимой проблемой в современной урологии являются ятрогенные повреждения мочевого пузыря и половых органов при различных хирургических, урологических, акушерских и гинекологических оперативных вмешательствах. Наиболее тяжелыми последствиями такого рода повреждений являются ятрогенные уrogenитальные свищи, которые встречаются в 19,5 – 40,5% и существенно снижают качество жизни пациентов [Алчинбаев М. К., Медетбеков У. Ш., Кусымжанов С. М. и соавт., 2013; Лоран О.Б., Серегин А.В., Довлатов З.А., 2016; Grewal M., Pakzad M. H., Hamid R., et al., 2019; Traore SI, Dembele O, Traore S. et al., 2019; Тихонова Л. В., Касян Г. Р., Пушкарь Д. Ю., 2021].

На долю пузырно-влагалищных свищей приходится до 71,4% всех случаев ятрогенных травм мочеполовых органов [Hillary C. J., Osman N. I., Hilton P., et al., 2016; Malik M. A., Sohail M., Malik M. et al., 2018; Тихонова Л. В., Касян Г. Р., Пушкарь Д. Ю. и соавт., 2020; Сучков Д.А., Шахалиев Р.А., Шкарупа Д.Д. и соавт., 2022].

Актуальной проблемой хирургической коррекции мочеполовых свищей является их хирургическая коррекция, так как не существует идеального подхода для лечения фистул и традиционные способы лечения не могут в полной мере удовлетворить практических урологов [Лоран О.Б., Синякова Л.А., Твердохлебов Н.Е. и соавт., 2008; Алчинбаев М. К., Медетбеков У. Ш., Кусымжанов С. М. и соавт., 2013; Косарев Е. И., Стойко Ю. М., Нестеров С. Н. и соавт., 2019; Погосян Р. Р., Сыч Т. Ю., Васильченко М. И. и соавт., 2020].

В связи с отсутствием общих подходов к выбору тактики лечения, времени его проведения и послеоперационному ведению больных, данное заболевание не теряет своей актуальности на протяжении многих лет и остается одной из наиболее серьезных проблем современной реконструктивной урогинекологии [Frajzyngier V., Ruminjo J., Barone M. A. et al., 2012; Hilton P. 2012; Сучков Д. А., Шахалиев Р. А., Шкарупа Д. Д., 2022].

Высокая частота ятрогенных повреждений мочевого пузыря, их несвоевременная диагностика, а также не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления целостности мочевыводящих путей, что и определяет актуальность нашей работы.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема диссертационной работы является инициативной.

Цель исследования. Совершенствование результатов хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря.

Задачи исследования:

1. Изучить причины, частоту и распространенность ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин.
2. Определить тактические подходы к хирургическому лечению больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря в структурных подразделениях организаций здравоохранения Кыргызской Республики.
3. Усовершенствовать методику хирургического лечения ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин и обосновать ее эффективность в ближайшие и отдаленные сроки после хирургического лечения.

Научная новизна полученных результатов:

1. Проведен научный анализ и установлены причинно-следственные связи с оценкой рецидивов и осложнений при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря у женщин по материалам структурных подразделений урологических отделений Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики.
2. Усовершенствованы тактические подходы к выбору доступа и объема хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря.
3. Разработан способ хирургического лечения пациенток с пузырно-влагалищными свищами (патент на изобретение №1487 от 30.08.2012 года).

Практическая значимость научной работы.

На основании результатов научного исследования изучены причинно-следственные связи возникновения повреждений мочевыводящих путей, риски и осложнения, возникающие в ходе хирургических вмешательств на органах малого таза.

Определены тактические подходы к хирургическому лечению женщин с ятрогенными травмами мочевого пузыря.

Разработан способ фистулопластики при ятрогенных пузырно-влагалищных свищах с наложением непрерывного двурядного самопогружающегося шва с раздельным ушиванием стенок мочевого пузыря и влагалища, обеспечивающего герметичность послеоперационной раны и отсутствие рецидивов заболевания.

Разработанные тактические и технические решения при хирургическом лечении больных с ятрогенной травмой мочевого пузыря у женщин внедрены в клиническую практику в структурных подразделениях организаций здравоохранения Кыргызской Республики (акты внедрения от 06.02.2024 и 08.02.2024 г).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Ятрогенные повреждения мочевого пузыря у женщин возникают вследствие акушерско-гинекологических, урологических и абдоминальных оперативных вмешательств, а также после химиолучевых процедур.

2. Критериями выбора оптимального метода хирургического лечения пациенток с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря и их осложнениями должны быть адекватная оценка патологических изменений в органах и тканях малого таза, локализация и размеры фистулы, а также квалификация хирурга.

3. Трансвезикальный или комбинированный доступ при выполнении фистулопластики предпочтителен при лечении больных с мочеполовыми свищами.

4. Критерии эффективности хирургического лечения ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин должны быть основаны на подробном изучении ближайших и отдаленных послеоперационных результатов.

Личный вклад соискателя. Автор самостоятельно проводил клиническое обследование больных в до- и послеоперационном периоде, разработал и выполнял оперативное лечение с разработкой и внедрением способа хирургического лечения пациенток с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. Автором составлена программа исследования и проведена статистическая обработка клинического материала.

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены на: международной конференции молодых ученых «Современные проблемы в урологии» (Астана, 2012 год), III международный Ыссык-Кульский форум урологов (Чолпон Ата, 2017 г.), симпозиуме молодых ученых «Дни науки КГМА-2019 года» КГМА им. И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2019), Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы в урологии», посвященной 95-летию героя КР, академика НАН КР Мамакеева М.М. (Бишкек, 2022), Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы в урологии», посвященная 60-летию Ассоциации урологов и андрологов Кыргызской Республики и 20-летию основания Научного центра урологии НГ МЗ КР (Бишкек, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 2 статьи, вошедшие в

Перечень рецензируемых научно периодических изданий, рекомендованных Национальной аттестационной комиссии при Президенте Кыргызской Республики. Получен 1 патент Кыргызской Республики на изобретение №1487 «Способ пластики пузырно-влагалищного свища» от 30 августа 2012 года.

Объем и структура диссертации.

Диссертационная работа написана в компьютерном тексте на 127 страницах и состоит из введения, 4 глав: обзор литературы, исследовательские материалы и методы, результаты собственных исследований, заключение, практические рекомендации, приложений и список использованных литератур, иллюстрированный 26 рисунками и 14 таблицами. Библиография включает 206 источников, из них 83 отечественных, 123 стран дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении диссертации представлены актуальность исследования, изложены цель, задачи, научная новизна, практическая значимость работы, основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Современные данные о структуре ятрогенных повреждений мочевого пузыря.

1.1. Риск возникновения, частота распространения и сроки хирургического лечения пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. В данной подглаве указано, что повреждение мочевыводящих путей возможны практически при любых оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и малого таза. Частота ятрогенной травмы мочевыводящих путей возрастает пропорционально росту технически сложных и нестандартных операций. Наиболее распространенной разновидностью ятрогенных повреждений мочевого пузыря является пузырно-влагалищный свищ. В развитых странах частота встречаемости ятрогенных пузырно-влагалищных свищей составляет 0,3-2,0%, из них в 83,2% имеет место хирургическая этиология, в 62,7% - гистерэктомия. В развивающихся странах мира до 95,2% случаев пузырно-влагалищные свищи имеют акушерский анамнез. После лучевого воздействия по поводу злокачественных новообразований органов малого таза частота развития свищей соответствует 10 - 60%, при этом рецидивирование составляет 15 - 70%. Сроки выполнения фистулопластики могут варьировать в зависимости от этиологического фактора свища, сроков его выявления, состояния окружающих тканей.

1.2. Клинико-диагностические критерии выявления ятрогенных повреждений мочевого пузыря. Представлено комплексное клинико-урологическое и гинекологическое обследование пациента с повреждениями

мочевого пузыря, учитывая сбор жалоб, анамнеза, визуальный и физикальный осмотр с проведением цистоскопии, цистографии, экскреторной урографии, а также Компьютерной томографии и Магнитно-резонансной томографии на основании методов диагностического скрининга, утвержденного обществом урологов Кыргызской Республики, а также клинических рекомендаций Европейской ассоциации урологов.

1.3. Тактические подходы к выбору методов лечения пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. Указано, что консервативное лечение и спонтанное закрытие фистул на фоне дренирования мочевого пузыря и мочеточников имеет низкую эффективность и составляет 8-12%. Радикальным методом лечения признана хирургическая фистулопластика. Выбор доступа для фистулопластики должен определяться в зависимости от локализации, размеров пузырно-влагалищного свища и опыта хирурга.

1.4. Осложнения при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря. В подглаве изложено, что генитальные свищи – тяжелое заболевание женщины, которое со временем приводит к полиорганным нарушениям, причиняет тяжелые моральные страдания и ограничивает социальную активность, приводят к длительной утрате трудоспособности, социальной дезадаптации, вызывают тяжелые моральные страдания. Развиваются вторичные осложнения в виде цистита, ректита, стриктуры мочеточника, уретерогидронефроза и мочеполювого свища. При первичном характере свища эффективность лечения составляет около 95,0%, при рецидивном – 83,1%. При первичных постлучевых мочепузырных свищах рецидив возникает в 14,3% случаев, при рецидивных – в 53,3%.

Глава 2. Материал и методы исследования пациентов с ятрогенными травмами мочевого пузыря.

2.1. Характеристика клинических наблюдений. В данной подглаве изучены причины, частота и распространенность ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин, т.е. излагается первая задача диссертационного исследования.

Объект исследования: лица женского пола с ятрогенным повреждением мочевого пузыря после различных хирургических операций и медицинских манипуляций.

Предмет исследования: лечение пациенток с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после хирургических вмешательств на органах малого таза с оценкой клинической эффективности разработанного метода фистулопластики.

Исходя из цели и задач научного исследования, все пациенты с

ятрогенными травмами мочевого пузыря (n=107) распределены на две группы сравнения: первую (основную) группу исследования составили 44 (41,1%) пациентки, оперированные по разработанному способу фистулопластики; вторую (контрольную) группу исследования - 63 (58,9%) пациентки, оперированные стандартными (традиционными) методами фистулопластики в урологических отделениях РНЦУ НГ при МЗКР в период с 2012 по 2023 годы.

В большинстве случаев ($72,9 \pm 4,2\%$, n=78), основными причинами возникновения ятрогенных урогенитальных травм явились акушерско-гинекологические операции, в $13,1 \pm 3,2\%$ случаях (n=14) - онкологические операции и химиолучевая терапия, $p < 0,001$, в $10,3 \pm 2,9\%$ случаях (n=11) - урологические операции, $p > 0,05$, в $3,8 \pm 1,8\%$ случаях (n=4) – абдоминальные общехирургические вмешательства, $p > 0,05$.

Анализ частоты детального изучения причин возникновения ятрогенных травм мочевого пузыря представлен в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1. – Частота ятрогенных травм мочевого пузыря

№ п/п	Причина ятрогенной травмы	Общее число пациентов с мочеполовыми фистулами (n=107)	
		Абс. число наблюдений	P±m
Акушерско-гинекологические:			
1	Экстирпация матки	27	25,3±4,1
2	Надвлагалищная ампутация матки	24	22,4±4,0
3	Кесарево сечение	16	15,0±3,4
4	Тубэктомия	8	7,4±2,5
5	Кольпоперинеолеваторопластика	3	2,8±1,5
Урологические:			
1	Трансуретральная резекция опухолей мочевого пузыря	5	4,7±2,2
2	Механическая цистолитотрипсия	6	5,6±2,2
Онкологические:			
1	Радикальная гистерэктомия	8	7,4±2,5
2	Резекция сигмовидного и прямого отделов кишечника	3	2,8±1,5
3	Неoadъювантная химиолучевая терапия	3	2,8±1,5
Абдоминальные:			
1	Ликвидация спаечного процесса в малом тазу	3	2,8±1,5
2	Аппендэктомия с ликвидацией перитонита	1	0,9±0,9

Примечание - P±m - частота ятрогенных травм мочевого пузыря на 100 больных и ошибка репрезентативности.

Среди исследованных больных с ятрогенными травмами мочевого пузыря пузырно-влагалищные свищи диагностированы у 71 ($66,3 \pm 4,5\%$) лиц, пузырно-маточные – у 9 ($8,4 \pm 2,6\%$), $p < 0,001$, пузырно-влагалищно-кишечные – у 9 ($8,4 \pm 2,6\%$) больных, $p > 0,05$, пузырно-влагалищно-мочеточниковые – у 4 ($3,7 \pm 1,8$), $p > 0,05$.

Пузырно-влагалищные свищи обнаружены после экстирпации матки у 26 ($24,3 \pm 4,1\%$) женщин, после надвлагалищной ампутации матки у 24 ($22,4 \pm 4,0\%$), $p > 0,05$, кесарева сечения – у 10 ($9,3 \pm 2,8\%$), $p < 0,01$, тубэктомии – у 8 ($7,4 \pm 2,5\%$), $p > 0,05$, гистерэктомии – у 3 ($2,8 \pm 1,5\%$), $p > 0,05$.

Пузырно-маточные выявлены у 6 ($5,6 \pm 2,2\%$) пациенток после Кесарева сечения в нижнем сегменте матки и у 3 ($2,8 \pm 1,5\%$) после химиотерапии органов и тканей малого таза, $p > 0,05$.

Комбинированные мочеполовые свищи визуализированы у 13 ($12,1 \pm 3,1\%$) лиц, из них: пузырно-влагалищно-кишечные – у 9 ($8,4 \pm 2,6\%$) и пузырно-влагалищно-мочеточниковые – у 4 ($3,8 \pm 1,8\%$), $p > 0,05$.

Причинами образования пузырно-влагалищно-кишечных свищей у 3 ($2,8 \pm 1,5\%$) пациенток явились после резекция сигмовидного и прямого отделов кишечника с гемиколэктомией, у 3 ($2,8 \pm 1,5\%$) – ликвидация спаечного процесса в малом тазу, у 2 ($1,8 \pm 1,2\%$) – радикальная гистерэктомия, у 1 ($0,9 \pm 0,9\%$) – аппендэктомия с ликвидацией перитонита, $p > 0,05$.

Пузырно-влагалищно-мочеточниковые свищи наблюдались у 3 ($2,8 \pm 1,5\%$) пациенток после радикальной гистерэктомии и у 1 ($0,9 \pm 0,9\%$) – после экстирпации матки, $p > 0,05$.

Интраоперационные травмы мочевого пузыря обнаружены у 14 ($13,0 \pm 3,2\%$) женщин, из них у 5 ($4,6 \pm 2,0\%$) - после трансуретрального удаления опухоли мочевого пузыря, у 6 ($5,6 \pm 2,2\%$) – после механической цистолитотрипсии, $p > 0,05$, у 3 ($2,8 \pm 1,5\%$) – после кольпоперинеолеваторопластики, $p > 0,05$.

В $54,2 \pm 4,8\%$ случаев ($n=58$) возникновение мочеполовых свищей диагностировано при удалении дренажей из мочевого пузыря в течении 1-2 недель, в течении 3-4 недель - у $41,1 \pm 4,7\%$ ($n=44$) наблюдений. В $2,8 \pm 1,8\%$ ($n=3$) исследований образование фистул наблюдалось в сроки от 1,5 до 6 месяцев, в $1,9 \pm 0,1\%$ ($n=2$) - от 6 месяцев до 1 года.

Сроки хирургического лечения послеоперационных мочеполовых свищей представлены на рисунке 2.1.1.

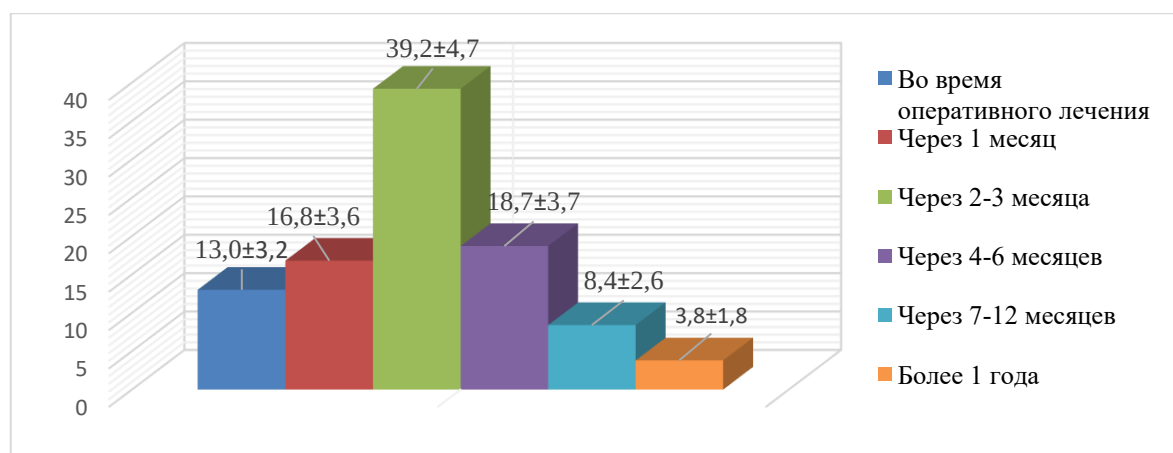


Рисунок 2.1.1. Сроки хирургического лечения мочеполовых свищей.

До поступления женщин в урологический стационар 29 ($27,1 \pm 4,2\%$) из них ранее была произведена фистулопластика в РНЦУ НГ при МЗ КР и других лечебных учреждениях г. Бишкек; 78 ($72,9 \pm 4,2\%$) лицам фистулопластика в условиях РНЦУ была проведена впервые, $p < 0,001$.

Несостоятельность послеоперационных швов и, как следствие, возникновение рецидива формирования свища, у этих лиц были связаны с выбором тактики и доступом оперативного лечения (преимущественно при трансвагинальном и трансвезикальном доступе), присоединением инфекционно-воспалительных осложнений в мочеполовых органах ($20,6 \pm 3,9\%$), неадекватном дренировании мочевого пузыря интраоперационно ($17,8 \pm 3,6\%$), $p > 0,05$. Риск возникновения мочеполовых свищей повышался при опухолевой инфильтрации тканей малого таза ($15,0 \pm 3,4\%$), гипотоническом кровотечении из полости матки ($15,0 \pm 3,4\%$), возникновения профузного кровотечения из магистральных сосудов ($11,2 \pm 3,0\%$), $p > 0,05$.

2.2. Методы обследования больных. Постановка клинического заключения в данной подглаве основана на методах диагностического скрининга, утвержденного обществом урологов Кыргызской Республики (2010 -2021 гг.), а также клинических протоколах Guidelines ЕАУ (2015 - 2020 гг.). Всем наблюдаемым больным были выполнены методы диагностики: клинико-лабораторные с учетом жалоб, анамнеза и объективного статуса, вида и сроков оперативного вмешательства; инструментально-эндоскопические; функциональные; ультразвуковые; рентгенологические.

2.3. Методы хирургического лечения. Показание к хирургической коррекции определялись индивидуально с учетом сроков оперативного лечения, метода оперативного вмешательства и функционального состояния мочевыводящих путей.

Разработанный способ фистулопластики заключался в мобилизации

мочевого пузыря, его вскрытии и ревизии с визуализацией устьев мочеточников. При расположении свища близко к стенкам устья, мочеточник катетеризировался катетром Fr-5 с целью предотвращения его травматизации. Затем проводилось циркулярное рассечение фистулы, отступя от краев около 0,8-1,5 см в пределах здоровых тканей как со стороны мочевого пузыря, так и со стороны влагалища. Далее дефект влагалища ушивался двумя рядами швов нитью викрила 3-0: на слизистую оболочку и мышечный слой накладывался непрерывный самопогружающийся шов в направлении снизу-вверх до краев раны, где производился захлест петли и продолжалось ушивание в обратном направлении, накладывая на адвентицию традиционный непрерывный шов (Рисунок 2.3.1.).

Дефект мочевого пузыря ушивался перпендикулярно швам влагалища также двурядным швом нитью викрила 3-0: первый - непрерывным самопогружающимся швом на адвентиций и мышечный слой до краев раны, где производился захлест петли и продолжалось ушивание в обратном направлении второй ряд - традиционным непрерывным швом на слизистую оболочки мочевого пузыря (Рисунок 2.3.2.).

Успех модифицированной операции при ятрогенных травмах мочевого пузыря у женщин зависел от тщательного анатомического разделения стенок мочевого пузыря и влагалища (матки или кишечника), максимального иссечения рубцово - измененных тканей фистулы, ушивания стенок мочевого пузыря и влагалища раздельными двурядными непрерывными самопогружающимися швами, причем швы со стороны влагалища и мочевого пузыря были наложены перпендикулярно друг к другу. Таким образом, достигалась герметичность выполненных швов и надежное сопоставление всех слоев раны.



Рисунок 2.3.1. Ушивание свища двурядным швом стенок влагалища : а – самопогружающимся непрерывным швом на слизистую оболочку и мышечный

слой стенки влагалища, б – непрерывный традиционный шов на адвентиций влагалища.

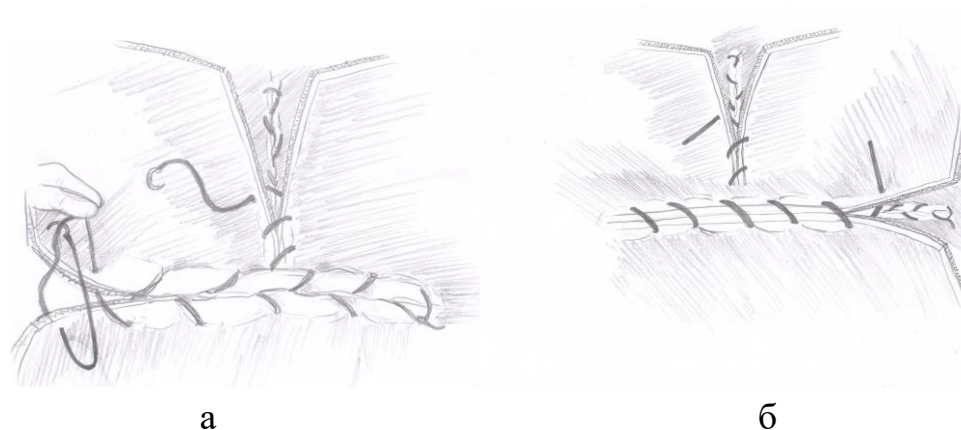


Рисунок 2.3.2. Ушивание стенки мочевого пузыря двурядным швом перпендикулярно швам влагалища: а - самопогружающимся непрерывным швом на адвентиции и мышечный слой мочевого пузыря, б – традиционный непрерывный шов на слизистую оболочку мочевого пузыря.

2.4. Статистическая обработка материала. В данной подглаве указано, что обработка материалов исследования производилась с вычислением показателей относительной величины, средней величины и средне-квадратического отклонения ($M \pm \sigma$). Достоверность различий между группами определялась с помощью параметрического критерия Стьюдента (t – критерия достоверности или доверительного коэффициента), ошибки репрезентативности для относительной и средней величины ($\pm m$), вычисление « p » - критерия достоверности безошибочного прогноза $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ (95,0%, 99,0%, 99,9%). Весь объем информации обработан с использованием программы приложения Microsoft- Statistica 6,0 и программы Microsoft Excel.

ГЛАВА 3. Результаты собственных исследований у пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря.

3.1. Сравнительная характеристика клинических, лабораторных и эндоскопических методов исследования. В данной подглаве произведена сравнительная статистическая оценка клинико-лабораторных, эндоскопических и лучевых методов исследования (таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1. – Частота клинических симптомов в группах сравнения

№ пп	Клинический симптом	Группа сравнения		Всего (n=107)
		основная группа, (n=44)	контрольная группа, (n=63)	

		абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m
1	Подтекание мочи из половых органов	25	23,4±4,0	33	30,8±4, 4*	58	54,2±4,8
2	Истечение мочи из половых органов	19	17,8±3,6	30	28,0±4,3**	49	45,8±4,8
3	Выделение кишечного содержимого из влагалища	3	2,8±1,8	4	3,8±1,8*	7	6,5±2,3
4	Мацерация кожи промежности	15	14,0±3,3	30	28,0±4,3**	45	42,0±4,7
5	Боли над лоном	21	19,6±3,8	26	24,3±4,1*	47	43,9±4,7
6	Боли в поясничной области	2	1,8±1,2	2	1,8±1,2*	4	3,8±1,8

Примечание - P±m - частота клинических симптомов на 100 больных и ошибка репрезентативности, * p>0,05, ** - p<0,01.

Основным визуальным критерием обнаружения фистулы в мочевом пузыре у женщин явилось проведение уретроцистоскопии, которая позволила определить размеры свища, его локализацию и структуру, состояние слизистой оболочки мочевого пузыря и формирование фиброзных тканей вокруг свищевого хода (таблица 3.1.2).

Таблица 3.1.2 - Данные уретроцистоскопического исследования у пациентов с ятрогенными травмами мочевого пузыря в группах сравнения

№ п п	Параметр исследования	Группа сравнения				Всего (n=107)	
		основная группа, n=44		контрольная группа, n=63			
		п	P±m	п	P±m	п	P±m
	Емкость мочевого пузыря:						
1	80-110 мл	5	4,6±2,0	4	3,8±1,8*	9	8,4±2,6
2	120-190 мл	9	8,4±2,6	11	10,3±2,9*	20	18,7±3,7
3	200-300 мл	23	21,4±3,9	39	36,4±4,6***	62	57,8±4,7
4	Более 300-350 мл	7	6,5±2,3	9	8,4±2,6*	16	15,0±3,4
	Размер фистулы:						
1	0,5-1,0 см	9	8,4±2,6	12	11,2±3,0*	21	19,6±3,8
2	1,0-1,5 см	19	17,8±3,6	23	21,5±3,9*	42	39,3±4,7
3	1,5-2,0 см	13	12,2±3,1	23	21,5±3,9*	36	33,6±4,5
4	Более 2,0 см	3	2,8±1,5	5	4,6±2,0*	8	7,4±2,5
	Локализация фистулы в мочевом пузыре:						
1	Область дна	21	19,7±3,8	33	30,8±4,4*	54	50,5±4,8
2	Область шейки	16	15,0±3,4	17	15,8±3,5*	33	30,8±4,4

3	Область верхушки	2	1,8±1,2	4	3,8±1,8*	6	5,6±2,2
4	Зона устьев мочеточника	5	4,7±2,2	9	8,4±2,6*	14	13,1±3,2
Осложнения:							
1	Деформация МП	11	10,3±2,9	8	7,4±2,5*	19	17,8±3,6
2	Булезный отек слизистой МП	9	8,4±2,6	14	13,0±3,2*	23	21,4±3,9
3	Гиперемия слизистой МП	17	15,9±3,5	24	22,4±4,0*	41	38,3±4,6
4	Атрофия слизистой МП	12	11,2±2,9	14	13,0±3,2*	26	24,2±4,1
5	Втянутость уретры	4	3,8±1,8	7	6,5±2,3*	11	10,3±2,9
Стадии рубцевания вокруг фистулы:							
1	Отсутствие фиброза	25	23,3±4,0	34	31,8±4,5**	59	55,1±4,8
2	Начальный фиброз	13	12,2±3,1	19	17,8±3,6*	32	30,0±4,4
3	Выраженный фиброз	6	5,6±2,2	10	9,3±2,8*	16	15,0±3,4
4	Камни МП	4	3,8±1,8	2	1,8±1,2*	6	5,6±2,2
Осложнения:							
1	Лигатуры в МП	6	5,6±2,2	10	9,3±2,8*	16	15,0±3,4
2	Лигатуры в области культи матки	18	16,8±3,6	11	10,3±2,9*	29	27,1±4,2
3	Лигатурные камни МП	2	1,8±1,2	2	1,8±1,2*	4	3,8±1,8
4	Лигатурные камни культи матки	6	5,6±2,2	3	2,8±1,5*	9	8,4±2,6

Примечание – МП – мочевой пузырь, п – число случаев, Р±т – частота случаев на 100 больных и ошибка репрезентативности, р – достоверность различий, * - $p>0,05$, ** $p<0,05$, *** - $p<0,01$.

Инфицирование мочевыводящих путей условно-патогенной микрофлорой, определяемое по результатам бактериального посева мочи диагностировано у 49 (45,8±4,8%) женщин, из них у 24 (22,4±4,0%) - основной группы сравнения и у 25 (23,4±4,0%) – контрольной, $p>0,05$. У 58 (54,2±4,8%) лиц роста микрофлоры не обнаружено, $p>0,05$. Достоверного различия в показателях бактериальных и мочеполовых инфекций среди исследуемых групп сравнения отмечено не было, $p>0,05$ (рисунок 3.1.1.).

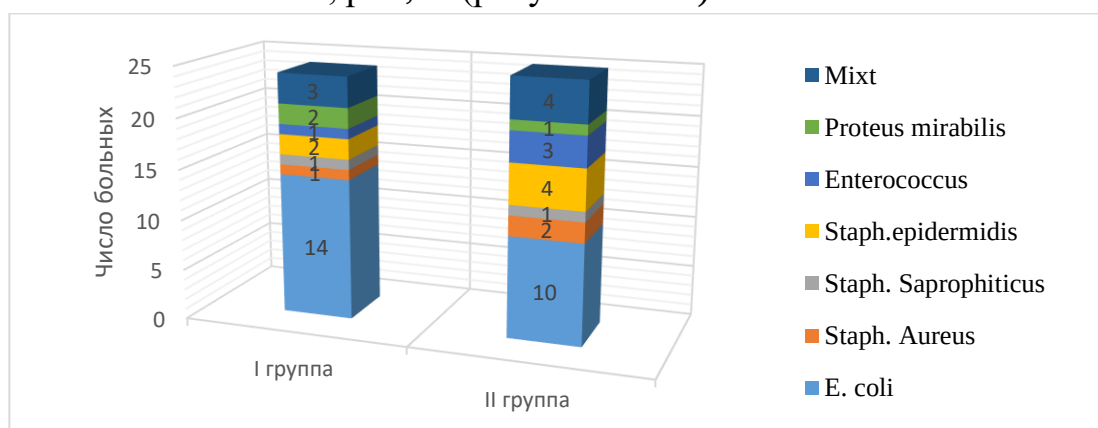


Рисунок 3.1.1. Бактериальный спектр возбудителей мочевыводящих путей у пациентов с ятрогенными травмами мочевого пузыря в группах сравнения.

С учетом бактериального спектра мочи и определении чувствительности антибактериальных препаратов, всем пациентам амбулаторно проведено назначение соответствующего противовоспалительного лечения, что позволило достичь бактериологической санации в $89,7 \pm 2,9\%$ случаев ($n=96$).

3.2. Сравнительная оценка лучевых методов исследования.

Детальный анализ данных УЗИ верхних мочевыводящих путей позволил в этой подглаве оценить структуру мочевыводящих путей, изучить уродинамику, выявить стриктуры мочеточника в интрамуральном или юкставезикальном отделах (таблица 4).

Таблица 3.2.1 – Данные ультразвукового исследования у пациентов с ятрогенными травмами мочевого пузыря в группах сравнения

№ п/п	Параметр исследования	Группа сравнения				Всего (n=107)	
		основная группа, n=44		контрольная группа, n=63			
		n	P±m	n	P±m	n	P±m
<i>Изменения в нижних мочевыводящих путях:</i>							
1	Утолщение стенок мочевого пузыря	39	36,4±4,6	44	41,2±4,7*	83	77,6±4,0
2	Микроцистис	12	11,2±3,0	17	15,8±3,5*	29	27,1±4,2
3	Инфильтрация тканей малого таза	6	5,6±2,2	8	7,4±2,5*	14	13,0±3,2
4	Спаечный процесс в малом тазу	35	32,7±4,5	39	36,4±4,6*	74	69,1±4,4
5	Камни мочевого пузыря	4	3,8±1,8	2	1,8±1,2*	6	5,6±2,2
6	Опухоли мочевого пузыря	1	0,9±0,9	4	3,8±1,8*	5	4,7±2,0
<i>Изменения в верхних мочевыводящих путях:</i>							
1	Уретерогидронефроз	2	1,9±1,2	2	1,9±1,2*	4	3,8±1,8
2	Сужение нижних отделов мочеточника	2	1,9±1,2	2	1,9±1,2*	4	3,8±1,8
3	Деформация чашечно-лоханочной системы	41	38,3±4,6	31	29,0±4,5*	72	67,3±4,5
4	Без патологий	12	11,2±3,0	19	17,8±3,6*	31	29,0±4,3
5	Увеличение подвздошных лимфоузлов	4	3,8±1,8	3	2,8±1,5*	7	6,6±2,4

Примечание – n – число случаев, $P \pm m$ – частота случаев на 100 больных и ошибка репрезентативности, p – достоверность различий, * - $p > 0,05$.

Данные КТ и МРТ органов малого таза проведены у 48 ($44,9 \pm 4,8\%$) пациентов с ятрогенными травмами мочеполовых органов для уточнения и детализации клинического заключения основного заболевания, оценки осложнений, а также при наличии противопоказаний к контрастированию мочевыводящих путей. При этом, диагноз наличия повреждения мочевого пузыря и осложнений в виде опухолей малого таза, инфильтративного поражения тканей, спаечного процесса, увеличения подвздошных лимфоузлов был верифицирован в $88,5 \pm 3,0\%$ наблюдений.

3.3. Сравнительная оценка хирургических методов лечения.

Для решения второй задачи научного исследования, произведен анализ методов фистулопластики у женщин традиционным способом, используемым ранее в урологических подразделениях РНЦУ НГ при МЗ КР и модифицированном способом по разработанной методике.

Стандартным доступом, считали трансвезикальный, или комбинированный (трансвезикальный в сочетании с трансвагинальным) при пузырно-влагалищных свищах, а также трансвезикальный или комбинированный (трансвезикальный в сочетании с трансабдоминальным) – при пузырно-влагалищно-кишечных свищах.

Частота хирургического доступа к фистуле представлена на рисунке 3.3.1.

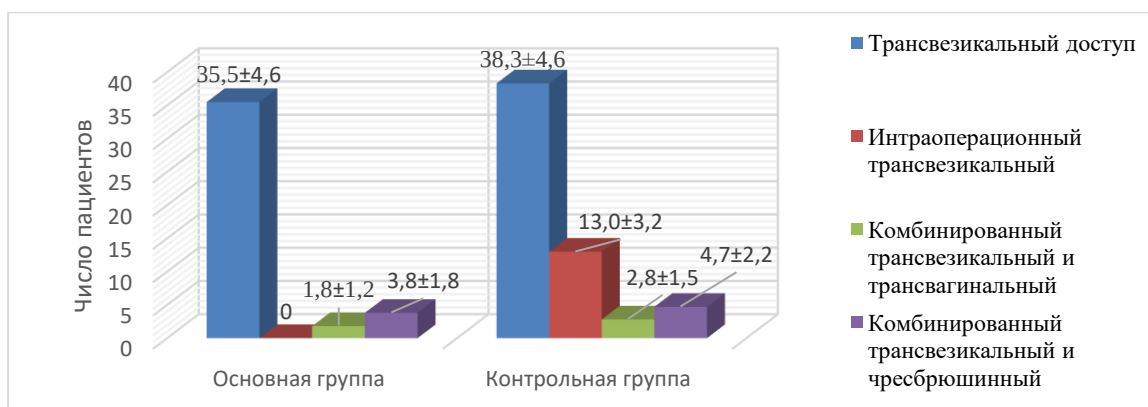


Рисунок 3.3.1 Хирургические доступы при ятрогенных травмах мочевого пузыря.

Следует отметить, что в обеих группах сравнения трансвезикальный доступ преобладал во всех случаях и был применим у 79 ($73,8 \pm 4,2\%$) лиц с пузырно-влагалищными, пузырно-маточными и комбинированными свищами, из них у 38 ($35,5 \pm 4,6\%$) – основной группы и у 41 ($38,3 \pm 4,6\%$) – контрольной, $p > 0,05$.

Комбинированный трансвезикальный в сочетании с трансвагинальным доступом был применим при сложных пузырно-влагалищных свищах и наличии с технических трудностей в визуализации свищевого хода у 5

($4,7 \pm 2,2\%$) больных, из них у 2 ($1,8 \pm 1,2\%$) - основной группы и у 3 ($2,8 \pm 1,5\%$) – контрольной, $p > 0,05$.

Комбинированный трансвезикальный и трансабдоминальный доступ использовался у 9 ($8,4 \pm 2,6\%$) у лиц с пузырно-влагалищно-кишечными свищами, при этом у 4 ($3,8 \pm 1,5\%$) - основной группы, у 5 ($4,7 \pm 2,0\%$) – контрольной, $p > 0,05$.

Глава 4. Результаты хирургического лечения у больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря.

4.1. Результаты хирургического лечения у больных в ближайшие сроки после фистулопластики.

В большинстве случаев, диагностика ятрогенных травм мочевого пузыря и рецидивов возникновения мочеполовых свищей у женщин производилась в ближайшем послеоперационном периоде после удаления уретрального дренажа, т.е. на 5-7-10-12 сутки после операции.

В ближайшие сроки послеоперационного периода осложнения в виде воспалительных процессов в МВП, кровотечений из послеоперационных ран, нефункционирования дренажей из мочевого пузыря встречались с одинаковой частотой в группах сравнения, однако, рецидивы заболевания среди лиц, оперированных методом модифицированной фистулопластики отмечены не были. В то же время среди пациентов, оперированных традиционными методами фистулопластики (контрольная группа), рецидивы повторного образования свища диагностированы на фоне несостоятельности послеоперационных швов и подтекания мочи после удаления дренажей у 17 (15,9%) больных, из них, у 3 (2,8%) лиц при присоединении воспалительных заболеваний НМВП, у 6 (5,6%) – при нефункционировании дренажей и у 8 (7,5%) – при негерметичном ушивании зоны фистулы.

У пациентов основной группы уретральный катетер удаляли на 8-10 сутки после операции, у пациентов контрольной группы – на 10-12 сутки. Сроки удаления эпицистостомы у лиц основной группы соответствовали 12-14 суткам, у лиц контрольной группы - 14-18-21 суткам. Несмотря на наличие риска вышеуказанных осложнений, не у всех пациентов имело место развитие рецидивов послеоперационного свища после удаления уретрального катетера.

Несостоятельность швов и подтекание мочи после удаления уретрального катетера наблюдались у 17 (15,9%) пациентов контрольной группы, что составило $15,8 \pm 3,5\%$ случаев. У лиц основной группы рецидивов образования свища по данному фактору не отмечено (таблица 4.1.1).

Таблица 4.1.1 - Распределение факторов риска рецидива возникновения свища после фистулопластики у женщин

№ п/п	Факторы риска рецидива	Группа сравнения				Всего (n=107)	
		основная группа (n=44)		контрольная группа (n=63)			
		п	P±m	п	P±m	п	P±m
1	Несостоятельность послеоперационных швов	-	-	17	15,8±3,5*	17	15,8±3,5
2	Инфекционно- воспалительные осложнения нижних МВП	10	9,3±2,8	14	13,1±3,2*	24	22,4±4,0
3	Инфекционно- воспалительные осложнения верхних МВП	6	5,6±2,2	8	7,4±2,5*	14	13,0±3,2
4	Кровотечения из раны	1	0,9±0,8	4	3,8±1,8*	5	4,7±2,0
5	Нефункционирование дренажей	7	6,5±2,3	9	8,4±2,6*	16	14,9±3,4

Примечание - P±m – частота фактора риска на 100 больных и ошибка репрезентативности, * - p>0,05.

У 2 (1,9%) женщин рецидивы образования свища были выявлены при фистулопластике пузырно-влагалищно-прямокишечных свищей и у 15 (14,0%) – после фистулопластики пузырно-влагалищных свищей.

Факт отсутствия рецидива образования свища у женщин, оперированных по разработанному способу фистулопластики (основная группа) был обусловлен герметичностью наложения модифицированного двурядного самопогружающегося шва на зону фистулы с раздельным ушиванием стенок влагалища (матки, прямой кишки) и мочевого пузыря.

4.2 Результаты хирургического лечения у больных в отдаленные сроки после фистулопластики. Отдаленный послеоперационный период соответствовал амбулаторному ведению женщин в условиях центров семейной медицины при выписке пациентов из стационара, продолжался до удаления эпицистостомы от 2-х недель до 1 месяца, и далее при адекватном самостоятельном мочеиспускании от 1 месяца до 1-3 лет.

Пациенты основной группы исследования были выписаны из стационара на 10-12 сутки после удаления всех дренажей из мочевого пузыря, в то время как 44 (41,1%) пациента контрольной группы были выписаны на 16-18 сутки с эпицистостомическим дренажом.

У 2 (1,9%) женщин контрольной группы в сроки 1,0 – 1,5 года после фистулопластики наблюдалось повторное возникновение пузырно-

влагалищных свищей. У пациентов основной группы рецидивов заболевания в отдаленные сроки послеоперационного периода не отмечено.

В отдаленные послеоперационные сроки рецидивы мочеполовых свищей у 2 (1,9%) больных были связаны с длительным активным или вялотекущим воспалительным процессом в мочеполовых органах, а также с «неадекватным ведением» послеоперационного периода в виде нерационального использования антибактериальных и противовоспалительных препаратов без учета бактериальной чувствительности мочи, отсутствия санации и гигиены половых органов на протяжении всего послеоперационного периода, отсутствия санитарно-просветительной работы среди врачей-урологов амбулаторного звена, отсутствия диспансерного наблюдения за послеоперационными пациентами способствовали. Данные факторы, в совокупности, привели к рецидивированию мочеполовых свищей в ближайшие и отдаленные послеоперационные сроки до $17,8 \pm 3,6\%$ случаев. Все пациенты являлись лицами контрольной группы сравнения.

У пациентов основной группы, оперированных по разработанной методике фистулопластики успех оперативного лечения в различные сроки послеоперационного периода, был достигнут вследствие наложения 2-рядных непрерывных самопогружающихся швов с раздельным ушиванием стенок влагалища (матки, прямой кишки) и мочевого пузыря при трансвезикальном доступе нитями викрила 3-0.

Трансвезикальный доступ к фистуле являлся преимущественным, так как обеспечивал достаточную визуализацию операционного поля, способствовал сокращению времени оперативного вмешательства, а непрерывный двурядный самопогружающийся шов с раздельным ушиванием пораженных органов сохранял герметичность послеоперационной раны, что в последствии сказывалось на эффективности проводимой хирургической коррекции и, в конечном итоге, на уменьшении числа инфекционно-воспалительных осложнений и отсутствии рецидивов заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В $72,9 \pm 4,2\%$ случаях основными причинами возникновения ятрогенных урогенитальных травм у женщин явились акушерско-гинекологические операции, в $13,1 \pm 3,2\%$ - онкологические операции и химиолучевая терапия, в $10,3 \pm 2,9\%$ - урологические операции, в $3,8 \pm 1,8\%$ – абдоминальные общехирургические вмешательства.

2. Основным тактическим подходом к лечению ятрогенных повреждений

мочевого пузыря у женщин в структурных подразделениях организаций здравоохранения Кыргызской Республики явилась трансвезикальная фистулопластика с учетом оценки риска рецидивов образования свища и предупреждении развития несостоятельности послеоперационных швов после удаления дренажей.

3. Рецидивы образования свища у женщин, оперированных традиционными способами фистулопластики составили 17,8+3,6% случаев. Усовершенствованный метод пластики ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин доказал свою высокую хирургическую эффективность, и позволил добиться хороших результатов в ближайшие и отдаленные послеоперационные сроки при полном отсутствии рецидивов основного заболевания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При диагностировании у женщин ятрогенных травм мочевого пузыря необходимо проведение комплексного урологического, гинекологического, общехирургического обследования с определением тактических подходов к фистулопластике с учетом причины образования свища, сроков, хирургических доступов и оценкой факторов риска рецидивирования.

2. Тактические подходы к хирургическому лечению ятрогенных травм мочеполовых органов у женщин должны быть основаны на оптимальных методах хирургической эффективности с оценкой риска рецидивов образования фистулы и на предупреждении развития инфекционно-воспалительных процессов в мочевыводящих путях и половых органах.

3. Разработанный метод фистулопластики трансвезикальным доступом обоснован для введения в практическую урологию, гинекологию, хирургию и онкологию ввиду отдельного герметичного ушивания дефектов непрерывным двухрядным самопогружающимся швом с целью восстановления целостности мочеполовых органов и предупреждения рецидивов заболевания для улучшения качества жизни пациенток.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Кулукеев. У. К. Ятрогенное повреждение мочевыводящих путей и их осложнения [Текст] / [А. Ч. Усупбаев] // Научно-практический журнал Медицинские кадры XXI века – Бишкек, 2012. - №4 - С. 28-31. - ISSN:1694-6340.

2. Кулукеев. У. К. Пути совершенствования хирургического лечения ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря (обзор литературы)

[Текст] / [У. К. Кулукеев] // Научно-практический журнал Хирургия Кыргызстана – Бишкек, 2012. - №3 - С. 56-61.

3. Патент № 1487 Кыргызская Республика. Способ пластики пузырно-влагалищного свища [Текст] А Ч. Усупбаев, У. К. Кулукеев - №20110121.1 опубл. 30.августа 2012 года.

4. **Кулукеев. У. К.** Профилактика ятрогенных повреждений мочевыводящих путей в хирургической практике [Текст] / У. К. [Кулукеев] // Научно-практический журнал Медицинские кадры XXI века – Бишкек, 2013. - №3 – С. 166-169. - ISSN: 1694-6340.

5. **Кулукеев. У. К.** Способы хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеточников, мочевого пузыря и уретры [Текст] / [У. К. Кулукеев] // Медицина Кыргызстана – Бишкек, 2013. - №3 – С. 67-69. - ISSN: 1694-5691.

6. **Кулукеев. У. К.** Хирургическое лечение ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря [Текст] / [У. К. Кулукеев] // Центрально-азиатский медицинский журнал имени М. Миррахимова – Бишкек, 2014. - № 2-3 – С. 213-216. - ISSN: 1694-5018.

7. **Кулукеев. У. К.** Оперативное лечение больных с пузырно-влагалищными свищами [Текст] / [У. К. Кулукеев] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – Бишкек, 2014. - №3. – С. 119-121. - ISSN: 1694-6405. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22443876>.

8. **Кулукеев. У. К.** Способ хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеточников и мочевого пузыря [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, В. Н. Евсюков А. Д. Абдырасулов и соавт.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева. – Бишкек, 2017. – № 3. – С. 177-181. – ISSN: 1694-6405 – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29855145>.

9. **Кулукеев. У. К.** Причинно-следственные связи и риски возникновения ятрогенных повреждений мочевого пузыря в Кыргызстане [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, А. Оскон, Ч. Н. Токтосопиев] // Научное обозрение. медицинские науки – Москва, 2023. - № 6. – С. 27-31. - ISSN: 2500-0780. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=59556879>.

10. **Кулукеев. У. К.** Выбор метода хирургического лечения пузырно-влагалищного свища [Текст] / [А. Оскон, М. Н. Азейев] // Научные исследования в Кыргызской Республике. – Бишкек, 2024. - №3. – С. 4-13.- ISSN: 1694-7878. - DOI:10.34827. – Режим доступа: http://journal.vak.kg/new_journ/vypusk-n3-2024-god.

Кулукеев Улукбек Качкыновичтин «Табарсыктагы ятрогендик жаракаттарды хирургиялык коррекциялоону өркүндөтүүнүн жолдору» аталышындагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Түйүндүү сөздөр: заара-жыныс фистулалары, фистулопластика, ятрогендик жаракаттар, табарсык, кын, хирургиялык коррекция.

Изилдөөнүн максаты: табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: хирургиялык операциялардан жана медициналык манипуляциялардан кийин табарсыктын ятрогендик жаракаты бар бейтап.

Изилдөөнүн предмети: фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасынын клиникалык натыйжалуулугун баалоо менен жамбаш органдарында хирургиялык кийлигишүүдөн кийин табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды дарылоо.

Изилдөө ыкмалары: ретроспективдүү, проспективдүү, клиникалык, лаборатордук-диагностикалык, статистикалык.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңычылдыгы. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунун түзүмдүк урологиялык бөлүмдөрүнүн материалдары боюнча табарсыктын ятрогендик жаракаттарында рецидивдерди жана өөрчүп кетишүүлөрдү баалоо менен биринчи жолу илимий талдоо жүргүзүлгөн жана себептик-натыйжалык байланыштар аныкталган. Табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун көлөмүн тандоонун тактикалык ыкмалары өркүндөтүлдү. Ятрогендик везиковагиналдык фистулаларда, операциядан кийинки жаранын жылчыксыздыгын жана оорунун рецидивдеринин жок болушун камсыз кылуучу кындын жана табарсыктын беттерин өзүнчө тигүү менен эки катарлуу үзгүлтүксүз буралма тигишти колдонуу менен, фистулопластика ыкмасы иштелип чыккан. 2012-жылдын 30-августунда №1487 “Везикулярдык-вагиналдык фистуланы пластикалоо ыкмасы” аталышындагы ойлоп табууга патент алынган.

Колдонуу аймагы: урология

РЕЗЮМЕ

диссертации Кулукеева Улукбека Качкыновича на тему: «Совершенствование хирургического лечения ятрогенных повреждений мочевого пузыря» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология

Ключевые слова: мочеполовые свищи, фистулопластика, ятрогенные повреждения, мочевой пузырь, влагалище, хирургическая коррекция.

Цель исследования: совершенствование результатов хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря.

Объект исследования: пациент с ятрогенным повреждением мочевого пузыря после хирургических операций и медицинских манипуляций.

Предмет исследования: лечение пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после хирургических вмешательствах на органах малого таза с оценкой клинической эффективности разработанного метода фистулопластики.

Методы исследования: ретроспективное, проспективное, клинический, лабораторно-диагностический, статистический.

Полученные результаты и их научная новизна. Впервые проведен научный анализ и установлены причинно-следственные связи с оценкой рецидивов и осложнений при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря по материалам структурных подразделений урологических отделений Национального госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики. Усовершенствованы тактические подходы к выбору объема хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. Разработан способ фистулопластики при ятрогенных пузырно-влагалищных свищах с наложением двурядного непрерывного вворачивающегося шва с раздельным ушиванием стенок влагалища и мочевого пузыря, обеспечивающего герметичность послеоперационной раны и отсутствие рецидивов заболевания. Получен патент на изобретение «Способ пластики пузырно-влагалищного свища» №1487 от 30.08.2012 года.

Область применения: урология

SUMMARY

of the dissertation by Kulukeev Ulukbek Kachkynovich on the topic: Improving Surgical Treatment of Iatrogenic Bladder Injuries for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.23 – Urology.

Keywords: genitourinary fistulas, fistuloplasty, iatrogenic injuries, urinary bladder, vagina, surgical correction.

Research Objective: To improve the outcomes of surgical treatment in patients with iatrogenic bladder injuries.

Object of Study: Patients with iatrogenic bladder injuries following surgical operations and medical procedures.

Subject of Study: Treatment of patients with iatrogenic bladder injuries after pelvic surgeries, assessing the clinical effectiveness of the developed fistuloplasty technique.

Research Methods: Retrospective, prospective, clinical, laboratory-diagnostic, and statistical analyses.

Obtained Results and Scientific Novelty: For the first time, a scientific analysis has been conducted, establishing cause-and-effect relationships while evaluating recurrences and complications in iatrogenic bladder injuries based on data from the urology departments of the National Hospital under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Tactical approaches to selecting the extent of surgical treatment for patients with iatrogenic bladder injuries have been refined. A novel method of fistuloplasty for iatrogenic vesicovaginal fistulas has been developed, involving a double-row continuous inverting suture with separate closure of the vaginal and bladder walls, ensuring postoperative wound sealing and preventing disease recurrence. A patent for the invention "Method of Vesicovaginal Fistula Repair" No. 1487 was obtained on August 30, 2012.

Application Area: urology

Формат бумаги 60 х 90/16. Объем 1,5 п. л.
Бумага офсетная. Тираж 50 экз.
Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92