

**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 последиplomного 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 «Российский университет медицины»

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

Ведущая организация: Научный центр урологии им. 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-Российский Славянский университет 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://vak.kg>

Автореферат разослан «24» апреля 2025 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук



Оскон уулу Айбек

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Важной и значимой проблемой в современной урологии являются ятрогенные повреждения мочевого пузыря и половых органов при различных хирургических, урологических, акушерско-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 [О. Б. Лоран и соавт., 2016; M. Grewal et al., 2019; S. I. Traore et al., 2019; Л. В. Тихонова и соавт., 2021].

На долю пузырно-влагалищных свищей приходится до 71,4% всех случаев ятрогенных травм мочеполювых органов [С. J. Hillary et al., 2016; M. A. Malik et al., 2018; Л. В. Тихонова и соавт., 2020; Д. А. Сучков и соавт., 2022].

Актуальной проблемой хирургической коррекции мочеполювых 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 [О. Б. Лоран и соавт., 2008; М. К. Алчинбаев и соавт., 2013; Е. И. Косарев и соавт., 2019; Р. Р. Погосян 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 [V. Frajzyngier et al., 2012; P. Hilton, 2012; Д. А. Сучков и соавт., 2022].

Высокая частота ятрогенных повреждений мочевого пузыря, их несвоевременная диагностика, а также рецидивы заболевания после 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 рисков рецидивов и осложнений при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря у женщин по материалам урологических отделений Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.
2. Определены тактические подходы к выбору доступа и объема хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря.
3. Разработан и получен патент Кыргызской Республики на изобретение № 1487 «Способ пластики пузырно-влагалищного свища» от 30.08.2012 года.

Практическая значимость полученных результатов. 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.

Разработан способ пластики пузырно-влагалищного свища с наложением непрерывного двурядного самопогружающегося шва с раздельным ушиванием стенок мочевого пузыря и влагалища, обеспечивающего оптимальную герметичность каждого ряда швов, сохранение хорошего кровоснабжения тканей оперируемого участка, отсутствие риска образования лигатурных камней и предотвращение рецидива заболевания.

Разработанные тактические и технические решения при хирургическом лечении больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря у женщин внедрены в клиническую практику в урологические отделения Республиканского научного центра урологии Национального госпиталя при министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (акт внедрение от 06.02.2024 г.) и Чуйской областной объединенной больницы им. Э. Х. Акрамова (акт внедрение от 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 проведения химиолучевых процедур.

2. Критериями выбора оптимального метода хирургического лечения у больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря и их осложнениями должны быть адекватная оценка патологических изменений в органах и тканях малого таза, локализации и размера фистулы.

3. Трансвезикальный доступ при выполнении фистулопластики является предпочтительным при лечении больных с мочеполовыми свищами, так как он обеспечивает хорошую визуализацию свища, возможность катетеризировать мочеточники при их близком расположении свища к стенкам устья для предотвращения повреждения, позволяет выполнить тщательное анатомическое разделение стенок мочевого пузыря и влагалища (или матки, кишечника), а также максимальное иссечение рубцово-измененных тканей свищевого хода в пределах здоровых тканей с последующим ушиванием стенок мочевого пузыря и влагалища отдельными двурядными непрерывными самопогружающимися швами.

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

Личный вклад соискателя. Автор самостоятельно проводил клинические, клинико-рентгенологические и ультразвуковые исследования, ассистировал во всех оперативных вмешательствах по разработанному способу пластики пузырно-влагалищного свища. Выполнил статистическую обработку, анализ и интерпретацию результатов исследования клинического материала.

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены на: международной конференции молодых ученых «Современные проблемы в урологии», г. Астана, 18-20 июля 2012 года (Астана, 2012), III международном Ысык-Кульском форуме урологов, г. Чолпон-Ата, 29 июня по 1 июля 2017 года (Чолпон-Ата, 2017), симпозиуме молодых ученых «Дни науки КГМА-2019 года», г. Бишкек, 10-12 апреля 2019 года (Бишкек, 2019), Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы в урологии», посвященной 95-летию героя КР, академика НАН КР М. М. Мамакеева, г. Бишкек, 29 сентября 2022 года (Бишкек, 2022), Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы в урологии», посвященной 60-летию Ассоциации урологов и андрологов

Кыргызской Республики и 20-летию основания Научного центра урологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, 19 марта 2024 года (Бишкек, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 10 научных статей, из них 2 – в журналах, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором выше 0,1, получен 1 патент на изобретение.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа написана компьютерным текстом на 127 страницах и состоит из введения, 4 глав: обзора литературы, методологии и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Иллюстрирована 26 рисунками и 14 таблицами. Библиография включает 206 источников, из них 83 отечественных и 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 (обзор литературы).

В данной главе указано, что повреждение мочевыводящих путей возможны практически при любых оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и малого таза. Частота ятрогенных повреждений 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. Также выявлено, что генитальные свищи это тяжелое заболевание женщины, которое со временем приводит к полиорганным нарушениям, причиняет

тяжелые моральные страдания и ограничивает социальную активность, приводит к длительной утрате трудоспособности, социальной дезадаптации, вызывает тяжелые моральные страдания. Развиваются вторичные осложнения в виде цистита, ректита, стриктуры мочеточника, уретерогидронефроза и мочевого 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%.

Исходя из вышеперечисленных данное заболевание не теряет своей актуальности на протяжении многих лет и остается одной из наиболее серьезных проблем современной реконструктивной урогинекологии.

В данной главе изучены риски возникновения, клиничко-диагностические критерии, тактические подходы и осложнения ятрогенных повреждений, которые были указаны в нижеперечисленных подглавах.

1.1 Риск возникновения, частота распространения и сроки хирургического лечения пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря;

1.2 Клиничко-диагностические критерии выявления ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин.

1.3 Тактические подходы к выбору методов лечения пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря у женщин.

1.4 Осложнения при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря.

Глава 2. Методология и методы исследования.

2.1 Характеристика клинических наблюдений. Данная подглава включает описание предмета, объекта и методов исследования. В данной подглаве изучены причины, частота и распространенность ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин, т.е. излагается первая задача диссертационного исследования.

Объект исследования: женщины с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после проведенных различных хирургических операций и медицинских манипуляций.

Предмет исследования: лечение пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после проведенных хирургических вмешательств и химио-лучевых процедур на органах малого таза с оценкой клинической эффективности разработанного способа пластики пузырно-влагалищного свища.

2.2 Методы исследования: основаны на методах диагностического скрининга, утвержденного ассоциацией урологов Кыргызской Республики (2010-2021 гг.), а также клинических протоколах Guidelines EAU (2015-2020

гг). Всем пациентам были выполнены методы диагностики: клинико-лабораторные с учетом жалоб, анамнеза и объективного статуса, вида и сроков оперативного вмешательства; инструментально-эндоскопические; функциональные; ультразвуковые; рентгенологические.

Исходя из цели и задач научного исследования, все пациенты с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря (n=107) распределены на две группы сравнения: первую (основную) группу исследования составили 44 (41,1%) пациентов, оперированные по разработанному способу фистулопластики; вторую (контрольную) группу исследования – 63 (58,9%) пациентов, оперированные стандартными (традиционными) методами фистулопластики в урологических отделениях Республиканского научного центра урологии (РНЦУ) Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗ КР) в период с 2012 по 2023 годы.

В большинстве случаев $72,9 \pm 4,2\%$ (n=78), основными причинами возникновения ятрогенных урогенитальных повреждений 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 повреждений мочевого пузыря представлен в таблице 2.1.2.

Таблица 2.1.2. – Частота причин возникновения ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин

№ п/п	Причины ятрогенных повреждений	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, гемиколэктомия	3	2,8±1,5
3	Неoadъювантная химиолучевая терапия	3	2,8±1,5

Продолжение таблицы			
Абдоминальные:			
1	Ликвидация спаечного процесса в малом тазу	3	2,8±1,5
2	Аппендэктомия с санацией и дренированием брюшной полости	1	0,9±0,9

Примечание: $P \pm t$ – частота причин ятрогенных повреждений мочевого пузыря на 100 больных и ошибка репрезентативности.

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

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

В 54,2±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±4,7% ($n=44$) наблюдений. В 2,8±1,8% ($n=3$) исследований образование фистул наблюдалось в сроки от 1,5 до 6 месяцев, в 1,9±0,1% ($n=2$) – от 6 месяцев до 1 года.

Сроки хирургического лечения послеоперационных мочеполовых свищей представлены на рисунке 2.1.3.

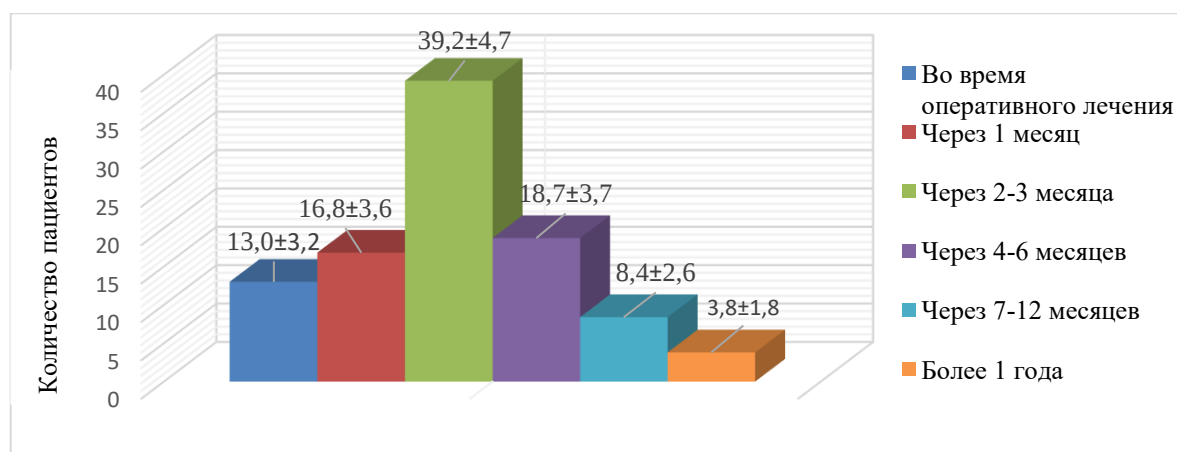


Рисунок 2.1.3. Сроки хирургического лечения мочеполовых свищей.

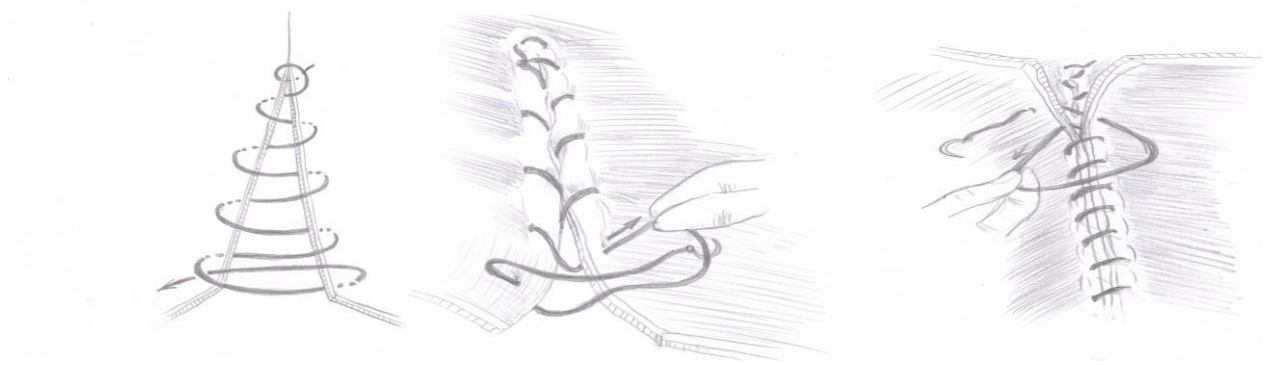
До поступления женщин в урологический стационар 29 ($27,1 \pm 4,2\%$) из них ранее была произведена фистулопластика в РНЦУ НГ при МЗ КР и других лечебных учреждениях г. Бишкек; 78 ($72,9 \pm 4,2\%$) лицам фистулопластика в условиях РНЦУ была проведена впервые, $p < 0,001$.

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 ($11,2 \pm 3,0\%$), $p > 0,05$.

2.3 Методы хирургического лечения. Показания 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 оболочку мочевого пузыря (рисунок 2.3.2).

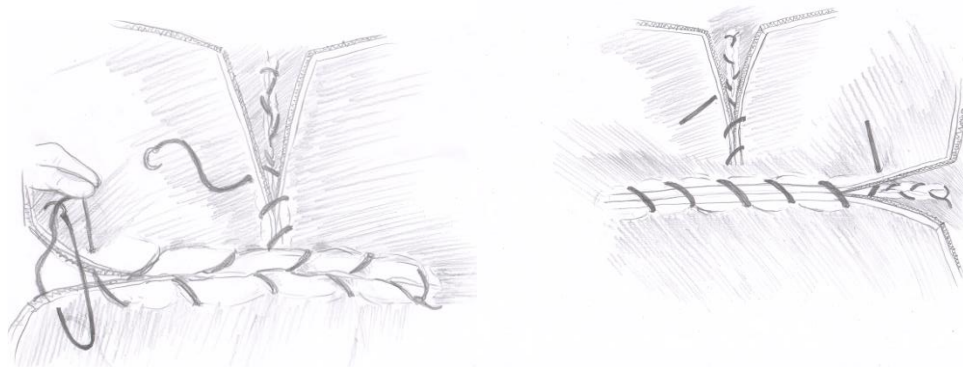


а

б

Рисунок 2.3.2.1. Этапы хирургического лечения.

Ушивание стенок влагалища двурядным непрерывным швом: а – самопогружающимся (вворачивающимся) непрерывным швом на слизистую оболочку и мышечный слой стенки влагалища, б – непрерывный традиционный шов на адвентиций влагалища.



а

б

Рисунок 2.3.2.2. Этапы хирургического лечения.

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

Успех модифицированной операции при ятрогенных повреждениях 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 отдельными 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.

2.4 Статистическая обработка полученных результатов.

Статистическая обработка данных исследования проводилась с вычислением показателей относительных величин, 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

№ п/п	Клинические симптомы	Группа сравнения				Всего (n=107)	
		основная группа, (n=44)		контрольная группа, (n=63)			
		абс. чис.	P±m	абс. чис.	P±m	абс. чис.	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*	9	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 ноющего постоянного характера	2	1,8±1,2	2	1,8±1,2*	4	3,8±1,8
7	Боли в подвздошно- паховой области	6	5,6±2,2	8	7,5±2,5*	14	13,1±3,2

Примечание: $P \pm m$ – частота клинических симптомов на 100 больных и ошибка репрезентативности, * – $p > 0,05$, ** – $p < 0,01$.

Из представленной таблицы видно, что такие клинические симптомы как подтекание мочи из половых органов, истечение мочи из половых органов, выделение кишечного содержимого из влагалища, мацерация кожи промежности, боли над лоном, боли в подвздошно-паховой области чаще встречались в контрольной группе, чем в основной, лишь боли в поясничной области ноющего постоянного характера беспокоили больных с одинаковой частотой в обеих группах, соответственно.

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 3.1.3).

Таблица 3.1.3 – Данные уретроцистоскопического исследования у пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря в группах сравнения

№ п/п	Параметры исследования	Группа сравнения				Всего (n=107)	
		основная группа (n=44)		контрольная группа (n=63)			
		абс. чис.	P±m	абс. чис.	P±m	абс. чис.	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

Продолжение таблицы							
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:							
5	Лигатуры в МП	6	5,6±2,2	10	9,3±2,8*	16	15,0±3,4
6	Лигатуры в области культи матки	18	16,8±3,6	11	10,3±2,9*	29	27,1±4,2
7	Лигатурные камни МП	2	1,8±1,2	2	1,8±1,2*	4	3,8±1,8
8	Лигатурные камни культи матки	6	5,6±2,2	3	2,8±1,5*	9	8,4±2,6

Примечание: МП – мочевой пузырь, n – число случаев, $P \pm t$ – частота случаев на 100 больных и ошибка репрезентативности, p – 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.).

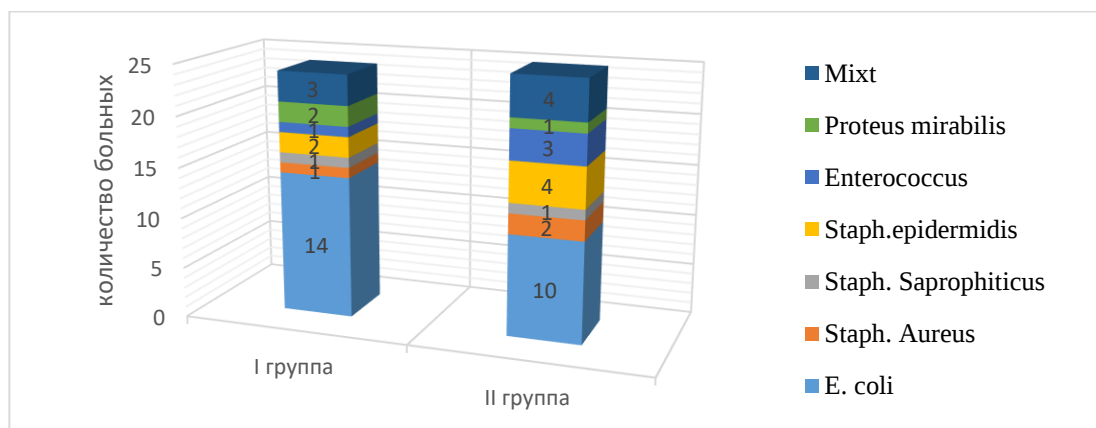


Рисунок 3.1.1. Бактериальный спектр возбудителей мочевыводящих путей у пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря в группах сравнения.

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 характеристика 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 3.2.1).

Таблица 3.2.1 – Параметры ультразвукового исследования у пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря в группах сравнения

№ п/п	Параметры исследования	Группа сравнения				Всего (n=107)	
		основная группа (n=44)		контрольная группа (n=63)			
		абс. чис.	P±m	абс. чис.	P±m	абс. чис.	P±m
Изменения в нижних мочевыводящих путях:							
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
Изменения в верхних мочевыводящих путях:							
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 подвздошно 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 повреждениями 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.

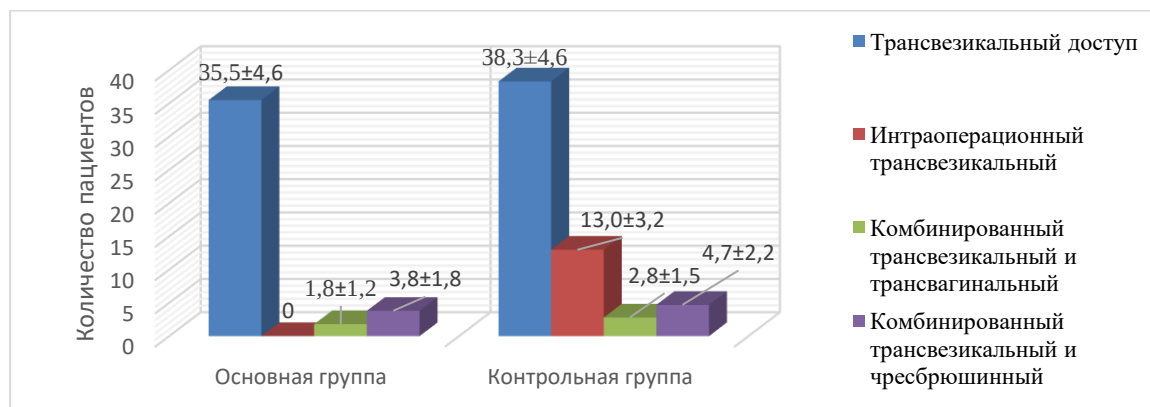


Рисунок 3.1.3. Хирургические доступы при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря.

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 применен 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 повреждений мочевого пузыря и рецидивов возникновения мочеполювых 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 в ближайшие сроки после фистулопластики

№ п/п	Факторы риска рецидива возникновения свища	Группа сравнения				Всего (n=107)	
		основная группа (n=44)		контрольная группа (n=63)			
		Абс. чис.	P±m	Абс. чис.	P±m	Абс. чис.	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: $P \pm m$ – 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 разделным 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 отдельным ушиванием стенок влагалища (матки, прямой кишки) и мочевого пузыря при трансвезикальном доступе нитями ПДС (Полидиоксанон) 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 отдельным 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 повреждений 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. Усовершенствованный метод пластики ятрогенных повреждений мочевого пузыря у женщин с наложением непрерывного двурядного самопогружающегося шва с отдельным ушиванием стенок мочевого пузыря и влагалища обеспечивает оптимальную герметичность каждого ряда швов, сохраняет кровоснабжение тканей оперируемого участка, что способствует предотвращению рецидивов заболевания в ближайшие и отдаленные сроки послеоперационного периода.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. При диагностировании у женщин ятрогенных повреждений 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 повреждений 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, У. К. Кулукеев] // Медицинские кадры XXI века. – 2012. – № 4. – С. 28-31.

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

[Текст] / У. К. Кулукеев // Хирургия Кыргызстана – 2012. – № 3. – С. 56-61.

3. Пат. № 1487 Кыргызская Республика, Способ пластики пузырно-влагалищного свища [Текст] /А Ч. Усупбаев, У. К. Кулукеев; Бишкек. - № 20110121.1; заявл. 16.12.2011; опубл. 30.08.2012.

4. **Кулукеев, У. К.** Профилактика ятрогенных повреждений мочевыводящих путей в хирургической практике [Текст] / У. К. Кулукеев // Медицинские кадры XXI века. – 2013. – № 3. – С. 166-169.

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

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

7. **Кулукеев, У. К.** Оперативное лечение больных с пузырно-влагалищными свищами [Текст] / У. К. Кулукеев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2014. – № 3. – С. 119-121; То же [Электронный ресурс]. – [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, У. К. Кулукеев, В. Н. Евсюков и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – С. 177-181; То же [Электронный ресурс]. – [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, У.К. Кулукеев, А. Оскон и др.] // Научное обозрение. медицинские науки – Москва, 2023. № 6. – С. 27-31; То же [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=59556879>.

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

Кулукеев Улукбек Качкыновичтин «Табарсыктагы ятрогендик жабыркоолорду хирургиялык дарылоо менен жакшыртуу» аталышындагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

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

Изилдөөнүн объектиси: ар кандай хирургиялык операциялардан жана медициналык манипуляциялардан кийин табарсыктын ятрогендик жаракат алган аялдар.

Изилдөөнүн предмети: фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасынын клиникалык натыйжалуулугун баалоо менен жамбаш чарасындагы органдарында хирургиялык кийлигишүүдөн жана химио-нурлануу процедураларынан кийин табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды дарылоо.

Изилдөөнүн максаты. Табарсыктагы ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөө ыкмалары: Кыргыз Республикасынын урологдордун Ассоциациясы (2010-2021-жж.) тарабынан бекитилген диагностикалык скрининг методдоруна, ошондой эле Guidelines ЕУАнын клиникалык протоколдоруна (2015-2020-жж.) негизделген. Бардык байкоодон өтүп жаткан бейтаптарга төмөнкүдөй диагностика методдору аткарылган: даттанууларды, анамнезди жана объективдүү статусту, оперативдик кийлигишүүнүн түрүн жана мөөнөтүн эске алуу менен клиникалык-лабораториялык; инструменталдык-эндоскопиялык; функциялык; УҮИ; рентгенологиялык.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңычылыгы. Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын Республикалык илимий урология борборунун урологиялык бөлүмдөрүнүн материалдарынын негизинде аялдардын табарсыгынын ятрогендик жабыркоолорунун рецидивдерди жана өөрчүп кетишүүлөрдү баалоо менен илимий талдоо жүргүзүлгөн жана себептик-натыйжалык байланыштары аныкталган. Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун кирүү жолдорун жана көлөмүн тандоонун тактикалык ыкмалары аныкталды. 2012-жылдын 30-августунда Кыргыз Республикасынын № 1487 ойлоп табуу “Табарсык-кын тешигине жасалуучу пластикалык ыкма” патенти иштелип чыккан.

Колдонуу боюнча сунуштар: иштелип чыккан заара кын свищтин пластика ыкмасы урология жана гинекология бөлүмдөрүндө заара көлөмүнүн ятрогендик жабыркоосу бар аялдарды хирургиялык дарылоодо колдонууга

сунушталат. Бул ыкма клиникалык практикада, окутуу процессинде, ошондой эле заара-жыныс органдарынын свищтерин дарылоо протоколдорун иштеп чыгууда пайдаланууга болот.

Колдонуу чөйрөсү: урология, гинекология, хирургия.

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, мочевого пузыря, влагалище, хирургическая коррекция.

Объект исследования: женщины с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после проведенных различных хирургических операций и медицинских манипуляций.

Предмет исследования: лечение пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после проведенных хирургических вмешательств и химиолучевых процедур на органах малого таза с оценкой клинической эффективности разработанного способа пластики пузырно-влагалищного свища.

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

Методы исследования: основаны на методах диагностического скрининга, утвержденного Ассоциацией урологов Кыргызской Республики (2010-2021 гг.), а также клинических протоколах Guidelines EAU (2015-2020 гг). Всем пациентам были выполнены методы диагностики: клинко-лабораторные с учетом жалоб, анамнеза и объективного статуса, вида и сроков оперативного вмешательства; инструментально-эндоскопические; функциональные; ультразвуковые; рентгенологические.

Полученные результаты и их научная новизна. Проведен научный анализ и установлены причинно-следственные связи с оценкой рисков рецидивов и осложнений при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря у женщин по материалам урологических отделений Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Определены тактические подходы к выбору доступа и объема хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. Разработан и получен патент Кыргызской Республики на изобретение №1487 «Способ пластики пузырно-влагалищного свища» от 30.08.2012 года.

Рекомендации по использованию: разработанный способ пластики пузырно-влагалищного свища рекомендуется к применению в урологических и гинекологических стационарах для хирургического лечения женщин с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. Метод может использоваться в клинической практике, в учебном процессе, а также при разработке протоколов лечения мочеполовых свищей.

Область применения: урология, гинекология, хирургия.

SUMMARY

of the dissertation work of Kulukeev Ulukbek Kachkynovich «Improving surgical treatment of iatrogenic bladder injuries» for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.23 – urology

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

Object of study: women with with iatrogenic bladder injuries following surgical operations and medical procedures.

Subject of Study: treatment of patients with iatrogenic urinary bladder injuries after surgical interventions and chemo-radiation procedures on the pelvic organs with an assessment of the clinical effectiveness of the developed method of plastic surgery of the vesicovaginal fistula.

Purpose of the study. To improve the outcomes of surgical treatment in patients with iatrogenic bladder injuries.

Research methods: are based on the diagnostic screening methods approved by the Association of Urologists of the Kyrgyz Republic (2010-2021), as well as the clinical protocols of the Guidelines of the European Association of Urology (2015-2020). All patients underwent the following diagnostic methods: clinical and laboratory, taking into account complaints, anamnesis and objective status, type and timing of surgical intervention; instrumental and endoscopic; functional; ultrasound; radiological.

The obtained results and their scientific novelty. A scientific analysis was conducted and cause-and-effect relationships were established with an assessment of the risks of relapse and complications in iatrogenic injuries of the bladder in women based on the materials of the urological departments of the National Hospital under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Tactical approaches to the choice of access and volume of surgical treatment of patients with iatrogenic bladder injuries have been determined. Patent of the Kyrgyz Republic for invention No. 1487 "Method of plastic surgery of vesicovaginal fistula" dated 30.08.2012 has been developed and received.

Recommendations for use: the developed method of vesicovaginal fistula repair is recommended for use in urological and gynecological hospitals for the surgical treatment of women with iatrogenic bladder injuries. The method can be applied in clinical practice, educational settings, as well as in the development of treatment protocols for urogenital fistulas.

Application area: urology, gynecology, surgery.

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.