

КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени И.К. АХУНБАЕВА
соучредитель
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени Б.Н. ЕЛЬЦИНА

Протокол № 8 от 19 марта 2025 года заседания экзаменационной комиссии

Экспертная комиссия диссертационного совета Д 14.23.678 по защите диссертаций на соискание учёной степени доктора (кандидата) медицинских наук по специальности 14.01.23 — урология при КГМА им И.К. Ахунбаева и КРСУ им Б.Н. Ельцина в составе:

д.м.н. Кадырова Абдулаат Саматовича (14.01.23-урология) член диссертационного совета - эксперт

к.м.н. Илрисов Айбек Аманбекович (14.01.23-урология) – эксперт.

к.м.н. Алимова Чыныбек Байышевича. (14.01.23-урология)– эксперт

к.м.н. Осмон уулу Айбек (14.01.23-урология) ученый секретарь диссертационного совета.

Повестка заседания:

Прием кандидатского экзамена по специальности 14.01.23.- урология от Кулукеева Улукбека Качкыновича

Слушали Кулукеева Улукбека Качкыновича

Билет №15

Вопрос: Частота возникновения ятрогенных травм мочевого пузыря, предрасполагающие факторы, виды хирургической коррекции

Ответ: Ятрогенные повреждения мочевого пузыря чаще всего встречаются при оперативных вмешательствах на органах малого таза. В мировой литературе данные разнятся, но усреднённые показатели такие:

Гинекологические операции (гистерэктомия): 0,3—1,6%; Кесарево сечение: 0,1—0,94%; Радикальная простатэктомия: 1,0 — 3,2; Колоректальная хирургия: 0,4—1,5%; Операции при тазовых травмах до 5-8%; Лапароскопические вмешательства 0,05—1,5%

Предрасполагающие факторы

1. Анатомические и патологические изменения: Осложнённые роды в анамнезе; Фиброз тканей малого таза; Послеоперационные спайки; Раковые инфильтраты (РПЖ, рак шейки матки); Радиационные изменения (лучевой цистит); Большие миоматозные узлы.
2. Особенности оперативного вмешательства: Повторные операции; Трудности при мобилизации мочевого пузыря; Ошибки при наложении швов на шейку мочевого

пузыря; Работа в условиях ограниченной видимости (лапароскопия); Недостаточная катетеризация или переполнение пузыря.

3. Человеческий фактор: Ограниченный хирургический опыт; Спешка при операциях экстренного профиля; Нехватка ассистентов при сложных манипуляциях.

Классификация ятрогенных повреждений мочевого пузыря

Интраперитонеальное - Разрыв купола пузыря, чаще при переполнении или при гинекологических и лапароскопических операциях.

Экстраперитонеальное - Повреждение шейки или боковой стенки, часто при кесаревом сечении, травмах таза, простатэктомии.

Сочетанное - Повреждение одновременно мочевого пузыря и соседних структур: уретры, мочеточников, кишечника.

Виды хирургической коррекции

Тактика зависит от типа и объёма повреждения. Основной принцип: обеспечить герметичность и дренаж.

Консервативное лечение

Показано при мелких, незначительных разрывах (≤ 1 см), без признаков перитонита.

Постоянный мочевой дренаж (катетер Фолея) на 10-14 суток.

Контроль по цистографии перед удалением катетера.

Хирургическая коррекция

а) Открытая цисторафия (шов мочевого пузыря). Применяется при разрывах более 1-2 см. Послойное ушивание стенки пузыря, двухрядный шов: 1-й ряд: непрерывный водонепроницаемый шов слизистой, 2-й ряд: узловые серозно-мышечные швы. Дренирование (катетер Фолея) на 10-14 суток.

б) Миниинвазивная коррекция (лапароскопическая цисторафия). При изолированных интраперитонеальных разрывах. Позволяет снизить травматизацию, послеоперационную боль и срок пребывания в стационаре.

в) Цистостомия / супрапубический дренаж. При нестабильных пациентах или выраженной инфильтрации и воспалении; Используется как временное решение до вторичной коррекции.

г) Реконструктивные операции. При обширных дефектах и некрозе стенки мочевого пузыря, либо при запущенных травмах.

Используются аутоканевые пластики:

— сегменты кишки (илеоцистопластика);

— лоскуты из сальника или брюшины.

Прогноз и профилактика

При своевременном выявлении и правильной коррекции большинство пациентов выздоравливают без последствий. При поздней диагностике возможно развитие осложнений: мочепузырно-кишечных или мочепузырно-влагалищных свищей; стриктур уретры; хронического цистита; перитонита.

Профилактика:

тщательная предоперационная катетеризация;

полное опорожнение мочевого пузыря перед вмешательством;

визуальный контроль во время отделения мочевого пузыря;

опыт хирурга.

Ятрогенные травмы мочевого пузыря — это потенциально тяжёлое, но предотвратимое осложнение хирургических вмешательств в малом тазу. Знание предрасполагающих факторов, правильная диагностика и своевременная коррекция — основа для хорошего прогноза и восстановления.

Билет №28

Вопрос Мочепузырные свищи. Классификация мочепузырных свищей.

Ответ: Мочепузырные свищи — это патологические сообщения между мочевым пузырём и соседними органами или структурами, приводящие к нарушению нормального оттока мочи и появлению атипичных клинических симптомов (постоянное подтекание мочи, воспаления, инфекции).

По анатомической локализации (топографо-анатомическая классификация)

Мочепузырно-влагалищный (Vesicovaginal fistula, VVF) Сообщение между мочевым пузырём и влагалищем. Самый распространённый вариант у женщин.

Мочепузырно-прямокишечный (Vesicorectal fistula) Сообщение между мочевым пузырём и прямой кишкой. Часто при опухолях, воспалении или после лучевой терапии.

Мочепузырно-уретральный Сообщение между пузырём и уретрой. Может развиваться после травмы или осложнённых операций.

Мочепузырно-маточный (Vesicouterine fistula) Сообщение между мочевым пузырём и маткой. Часто после кесарева сечения.

Мочепузырно-кожный Сообщение между мочевым пузырём и кожей (чаще после гнойных осложнений, дренирования или травмы).

Мочепузырно-брюшинный Сообщение с брюшной полостью. Чрезвычайно редкий и тяжёлый вариант.

По этиологии (причинам возникновения)

Ятрогенные После операций на органах малого таза (гинекология, урология, проктология). Особенно часты после гистерэктомий, радикальных простатэктомий, кесарева сечения.

Лучевые После лучевой терапии злокачественных опухолей малого таза (рак простаты, рак шейки матки).

Травматические Осложнение закрытых или открытых повреждений таза и мочевого пузыря.

Инфекционно-воспалительные Туберкулёз, актиномикоз, некротические инфекционные процессы.

Опухолевые Инвазивные формы рака мочевого пузыря, прямой кишки, шейки матки, простаты, распространяющиеся на соседние органы.

По морфологическим характеристикам

Прямые (истинные) Полное, чётко сформированное сообщение между органами с эпителизированным свищевым ходом.

Неполные (слепые) Сообщение с одним органом без сквозного выхода. Часто переходная форма.

Множественные Несколько свищевых ходов одновременно (при злокачественных процессах или лучевых повреждениях).

По времени возникновения

Острые (ранние) Обычно выявляются в первые дни или недели после хирургического вмешательства или травмы.

Хронические (поздние) Формируются через месяцы и даже годы, чаще при онкологии или лучевых поражениях.

По клиническому течению

Постоянно функционирующие Непрерывное подтекание мочи или стула. Свищ не закрывается самостоятельно.

Интермиттирующие (временные) Эпизодические симптомы в зависимости от наполнения пузыря и положения тела.

Латентные (скрытые) Симптомы минимальны, свищ выявляется случайно при обследовании или осложнениях.

Своевременная диагностика и верная классификация мочепузырных свищей позволяет: точно планировать диагностику; выбирать оптимальную тактику лечения (консервативную или хирургическую); прогнозировать вероятность рецидива; стандартизировать представление данных в научных статьях и диссертациях.

Билет №5

Вопрос: Клинико-диагностические критерии выявления травм мочевого пузыря ятрогенного генеза.

Ответ: 1. Клинические признаки (во время операции)

Визуализация дефекта стенки мочевого пузыря (разрыв, перфорация, отсечка);

Неожиданное появление мочи в операционном поле;

Пузырь не визуализируется после его вскрытия или резекции;

Интраоперационная катетеризация невозможна или сопровождается вытеканием мочи вне уретры;

Обнаружение фолеевого катетера в поле вне уретры (через стенку мочевого пузыря).

В раннем послеоперационном периоде

Гематурия — макро- или микрогематурия;

Боль внизу живота, надлобковой области, особенно при наполнении пузыря;

Подтекание мочи из послеоперационной раны, дренажа или влагалища (у женщин);

Олигурия или анурия при нарушении оттока мочи;

Признаки раздражения брюшины при интраперитонеальном разрыве (перитонит);

Лихорадка, лейкоцитоз, признаки СВОП — при инфицированных травмах;

Появление внезапной воздушной эмболии (при лапароскопии) — редкий, но возможный признак при ранении пузыря.

2. Лабораторные данные

Общий анализ мочи: наличие эритроцитов, лейкоцитов, бактерий;

Общий анализ крови: повышение лейкоцитов, СОЭ, С-реактивного белка при воспалении;

Биохимия крови: повышение креатинина и мочевины возможно при ретенции мочи (особенно при экстравезикальном повреждении и уросепсисе).

3. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Цистография (ретроградная, восходящая). Золотой стандарт при подозрении на повреждение пузыря. Вводится контраст через уретральный катетер; Выявляется выход контраста вне пределов пузыря; Позволяет дифференцировать интра- и экстраперитонеальные повреждения.

Компьютерная томография с контрастированием (СТ-цистография). Высокая чувствительность (>95%); Обнаруживает не только утечку мочи, но и гематомы, сопутствующие повреждения органов; Особенно показана при сочетанных травмах таза.

УЗИ мочевого пузыря / брюшной полости. Выявление жидкости в брюшной полости; Возможное утолщение стенки пузыря, неровность контуров; Неинформативна при малом объеме утечки.

Цистоскопия - Позволяет визуализировать разрыв изнутри; Актуальна при небольших и неясных повреждениях; Помогает в планировании эндоскопического или открытого восстановления.

4. Диагностические тесты - Проба с метиленовым синим (интраоперационная или послеоперационная) Вводится через катетер в мочевой пузырь 150–200 мл раствора метиленового синего; При наличии свища или разрыва — появляется в ране, влагалище или на дренажах.

Проба с красителем при влагалищных свищах. Пациентка ложится с тампоном во влагалище; После введения красителя в мочевой пузырь — наблюдают окрашивание тампона.

Раннее выявление и точная диагностика ятрогенной травмы мочевого пузыря критически важна для предотвращения тяжёлых осложнений, таких как перитонит, фистулы, инфекции и нарушения функции мочевого пузыря.

Постановили: считать, что **Кулукеев Улукбек Качкынович** сдал кандидатский экзамен по специальности 14.01.23 - урология на «отлично»

д.м.н. Кадыров А.С. (14.01.23-урология)
член диссертационного совета – эксперт

к.м.н. Идрисов А.А. (14.01.23-урология)
эксперт

к.м.н. Алимов Ч.Б. (14.01.23-урология)
эксперт

к.м.н. Осмон уулу Айбек (14.01.23-урология)
ученый секретарь диссертационного совета



26.03.2025

Подпись Осмон уулу Айбек заверяю
зав. общим отделом
Кыргызская государственная медицинская академия им. С. Ахунбаева