

ПОВТОРНАЯ УРЕТЕРАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОСЛЕ НЕУДАЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ БОАРИ

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

urology.kharkiv@gmail.com

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ) «Обоснование, разработка и выбор малоинвазивных хирургических методов лечения больших обструктивных заболеваний почек с учетом этиопатогенетических механизмов обструкции» (№ государственной регистрации 0116U004983).

Вступление. Повреждения мочеточников представляют собой весьма серьезную медицинскую проблему, так как зачастую связаны с ятрогенной травмой, могут сопровождаться трудностями диагностики и приводить к тяжелым осложнениям, включающим перитонит, массивные уриномы, почечную недостаточность и формирование мочеточниково-влагалищных фистул [1-3]. Сложность хирургической коррекции дефектов мочеточников напрямую зависит от их протяженности и локализации [4,5].

Тубуляризованный пузырный лоскут (операция Боари) является эффективным методом реконструкции мочеточника до уровня его средней трети [6,7]. У отдельных пациентов данный хирургический подход позволяет восстановить мочеточник до уровня верхней трети или даже до лоханочно-мочеточникового сегмента [8-10]. Однако, обширная травма детрузора с пересечением нервных и сосудистых структур, а также уменьшение объема мочевого пузыря вследствие формирования лоскута теоретически могут привести к изменению его резервуарной и сократительной функции. Данные факторы могут иметь особое значение при необходимости создания протяженных лоскутов, а также у пациентов с двусторонними уретеральными повреждениями. Одной из проблем данного вида уретеральной реконструкции являются стриктуры уретеролоскутного анастомоза. Это может быть связано как с недостаточным кровоснабжением пузырного лоскута, так и с трофическими изменениями дистальной части мочеточника, который использовался для анастомоза [11]. В современной литературе отсутствуют какие-либо сообщения о повторном использовании операции Боари при неэффективности первичной лоскутной пластики мочеточника.

Цель работы – ретроспективная оценка результатов повторной уретеральной реконструкции у пациентов с неудовлетворительными результатами первичной пластики мочеточника с помощью тубуляризованного пузырного лоскута.

Объект и методы исследования. *Характеристики пациентов.* С 2011 по 2019 годы по методике Боари в клинике был оперирован 81 пациент с повреждениями мочеточников. У 7 (8,6%) из них операции осуществлялись повторно после недостаточности первичной лоскутной реконструкции. Осо-

бенности оперированных пациентов демонстрирует **таблица 1.**

Средний возраст 5 женщин и 2 мужчин, вошедших в исследование, составил 40,9±8,8 лет. Спектр патологии мочеточника был представлен ятрогенной травмой (85,7%) и необходимостью его резекции при раке мочевого пузыря (14,3%). Травматические повреждения включали гинекологическую (71,4%) и проктологическую (14,3%) травму. Особенности изученных больных представлены в **таблице 1.**

Двусторонние дефекты мочеточника имели место у 2 (28,6%) больных, которым были проведены первичные синхронные двусторонние вмешательства. В 6 из 7 (85,7%) наблюдений уретеральные повреждения были диагностированы в различные сроки послеоперационного периода – в среднем через 7,7±4,4 суток. У 1 (14,3%) больной при установлении диагноза обнаружены массивные уриномы брюшинного пространства. Мочеточниково-влагалищные свищи были диагностированы у 2 (28,6%) больных. Пункционная или открытая нефростомия перед выполнением первичной реконструктивной операции использовалась в 3 (42,9%) наблюдениях. Дефекты мочеточников локализовались в нижней трети с обеих сторон в 1 (14,3%) случае и в средней трети с обеих сторон – также в 1 (14,3%). При унilaterальных операциях уровни уретеральных повреждений достигали нижней трети мочеточника у 2 (28,6%) больных, средней трети у 3 (42,9%) пациен-

Таблица 1 – Особенности пациентов, у которых проводились повторные операции в связи с плохими результатами операции Боари

	1	2	3	4	5	6	7
Пол	ж	ж	ж	м	ж	м	ж
Возраст	46	45	24	40	55	38	38
Гинекол. травма	+	+	+		+		+
Проктолог. Травма						+	
Резекция м/п				+			
Двусторонние синхронные операции						+	+
Массивная уринома						+	
Травма выявлена при операции							+
Травма выявлена в п/о периоде, сут	10	8	10	14	2	2	
МВ свищ		+	+				
Пункционная нефростома				+	+	+	
Объем МП, мл	300	400	250	300	400	500	450
Длина лоскута, см	15	10	18	4	6	11/10	8/6

Примечание. МВ – мочеточниково-влагалищный, МП – мочевого пузыря.

тов. Средний объем мочевого пузыря перед первичной операцией Боари составлял $371,4 \pm 83,9$ мл.

Семи пациентам было проведено 8 повторных операций (7 – унилатеральных и 1 – билатеральная). В одном случае при двусторонних стриктурах мочеточников хирургические вмешательства осуществлялись раздельно с обеих сторон с интервалом 3 месяца. Средний период между первой и второй операцией во всей группе составлял $5,1 \pm 2,2$ месяца. Средний объем мочевого пузыря перед второй операцией был $307,1 \pm 67,3$ мл. Различия емкости мочевого пузыря перед первой и второй операцией не являлись достоверными ($p > 0,68$). Основной причиной плохого результата первичной операции являлись некротические и рубцовые изменения дистальной части мочеточника (7 (87,5%) из 8 операций). В одном (12,5%) случае отмечалось склерозирование дистальной части пузырного лоскута. Перед вторичной операцией пункционная нефростомия использовалась у 5 (71,4%) из 7 пациентов.

Диагностический алгоритм включал изучение жалоб и анамнеза пациентов, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, креатинин, электролиты), ультразвуковое исследование, мультиспиральную компьютерную томографию с контрастным усилением, цистоскопию и гинекологическое обследование.

Характеристика хирургических вмешательств. Повторные операции выполняли из забрюшинных доступов в подвздошных областях в 2 (25%) случаях, тогда как в 6 (75%) наблюдениях из-за выраженных рубцовых изменений в забрюшинном пространстве использовались лапаротомные подходы.

У 3 больных для реконструкции мочеточника применялась повторная лоскутная пластика, включая одну пациентку с двусторонними повторными операциями. При этом использовалась оригинальная модификация тубулярной лоскутной пластики, которая заключается в формировании лоскута оптимальной длины и ширины за счет его множественных поперечных надрезов, а также в фиксации мочеточника к лоскуту минимальным количеством швов только на уровне адвентициального слоя мочеточника. После максимально возможной мобилизации мочевого пузыря производилось пересечение мочеточника, отступая на 0,5-1,0 см от верхнего уровня его стриктуры. Мочевой пузырь брался на держалку рядом с начальной частью лоскута. Зона начальной части лоскута обозначалась еще двумя держалками, расстояние между которыми составляло не менее 2,5 см. Мочевой пузырь вскрывали между пузырной и лоскутными держалками. Далее выполняли рассечение мочевого пузыря от лоскутных держалок под углом 45° до его латеральной стенки с одной стороны и верхнелатеральной стенки – с другой. При этом формировали трапециевидный лоскут с широким основанием, который отворачивался наружу и натягивался. Для увеличения длины лоскута ножницами производили 4 или 5 неглубоких поперечных надреза с каждой стороны лоскута с интервалом 10-15 мм (в зависимости от длины лоскута) и отступая на 10 мм от его основания. В начальной части лоскута создавали подслизистый тоннель длиной от 1,0 до 2,0 см, через который проводился мочеточник.

Дистальная часть мочеточника фиксировалась к слизистой лоскута одним швом. В мочеточник устанавливали стент 6 Ch. Далее накладывали два шва между адвентициальным слоем боковых поверхностей мочеточника и всеми слоями стенки пузырного лоскута в области вхождения мочеточника в подслизистый тоннель. Выполняли тубуляризацию начального отдела пузырного лоскута. После этого осуществляли дополнительную фиксацию передней поверхности мочеточника к лоскуту двумя швами, захватывающими только его адвентициальный слой. Пузырный лоскут полностью тубуляризировали в варианте «сверху-вниз». Затем ушивали нижнюю часть раны мочевого пузыря. Уретральный катетер удаляли через 2 недели, а мочеточниковый стент через 2 месяца с момента операции.

У 4 пациентов оперативное вмешательство заключалось не в повторной тубуляризированной лоскутной пластике, а в резекции суженной или облитерированной части мочеточника с наложением анастомоза конец в конец между лоскутом и мочеточником. При этом не использовались какие-либо антирефлюксные методики.

Результаты оценивали через 3, 6 и 12 месяцев после операции на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, данных ультразвукографии, МСКТ или экскреторной урографии. Функциональные результаты разделяли на три вида: хорошие (отсутствие жалоб и обструктивных изменений при визуальных методах исследования, почечная функция хорошая), удовлетворительные (отсутствие жалоб, хорошая почечная функция, умеренные обструктивные изменения) и плохие (обструктивные изменения, ухудшение почечной функции, частые обострения пиелонефрита, жалобы на боли в области почки, выраженная дизурическая симптоматика). Средний период наблюдения за пациентами составлял $13,1 \pm 1,5$ месяца.

Результаты исследований. Основные результаты исследования представлены в **таблице 2**. Протяженность дефектов мочеточников варьировала от 0,5 см до 3,5 см. Длина повторного пузырного лоскута составляла от 7 до 18 см и была незначительно больше длины первичного лоскута во всех 4 наблюдениях ($p > 0,16$). Общая частота интраоперационных осложнений достигала 25,0%. В одном случае имело место тяжелое осложнение, связанное с повреждением общей подвздошной артерии, необходимостью ее протезирования и обильным кровотечением. Во втором случае было зафиксировано кровотечение объемом более 500 мл, которое являлось следствием рубцовых и воспалительных изменений в забрюшинном пространстве после предшествующих операций или мочевого затеков.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 3 (37,5%) из 8 наблюдений. Они не являлись тяжелыми (градация I или II по Clavien-Dindo), разрешались консервативно и не нуждались в хирургической коррекции (обострение пиелонефрита). Каких-либо специфических осложнений, включающих выраженную дизурию или хроническую задержку мочи, обнаружено не было ни в одном из случаев. Через 6 месяцев после операции уменьшение емкости мочевого пузыря со стойкой гиперактивностью также не было зафиксировано ни у одного из пациентов.

Общее число хороших отдаленных результатов составило 87,5%. Один (12,5%) удовлетворительный результат был связан с длительным существованием уретеропиелозктазии при отсутствии ухудшения почечной функции. У 2 из 4 пациентов, которым производилась резекция зоны анастомоза с наложением повторного анастомоза между мочеточником и пузырным лоскутом при дальнейшем наблюдении отмечались явления пузырно-мочеточникового рефлюкса, который не являлся клинически значимым.

Обсуждение результатов исследования. Основываясь на имеющемся опыте применения операции Боари, мы считаем ее наиболее приоритетной техникой реконструкции мочеточника даже в случаях протяженных и двусторонних дефектов этого органа. Тем не менее, необходимо учитывать, что уровень позитивных результатов этой хирургической техники составляет около 90% [6,11]. Основным аргументом противников уретеральной реконструкции с помощью операции Боари является недостаточное кровоснабжение тубуляризованного пузырного лоскута, которое рассматривается, как главная причина неудач такого подхода.

Анализ наших негативных результатов пластики мочеточника пузырным лоскутом продемонстрировал, что среди патологических изменений реконструированного участка верхних мочевых путей в 7 (87,5%) из 8 случаев преобладали фиброзные или некротические изменения дистальной части мочеточника. Их протяженность составляла в среднем $2,0 \pm 1,3$ см. В 3 из 8 случаев длина уретерального дефекта ограничивалась 1 см, в остальных наблюдениях протяженность резерцированного участка мочеточника варьировала от 1,5 до 3,5 см. Только у одного больного причиной неудачи были склеротические изменения непосредственно пузырного лоскута. Таким образом, главной причиной негативных результатов по данным нашего исследования явилась недооценка ишемических нарушений дистальной части мочеточника, которая использовалась для наложения уретерально-лоскутного анастомоза. Нужно учитывать, что визуальная оценка жизнеспособности уретеральных тканей весьма субъективна. Электроуретеромиографическое исследование, хотя и обеспечивает более детальную информацию, является плохо воспроизводимым, а также может сопровождаться неопределенными результатами. Поэтому с нашей точки зрения наиболее адекватным практическим выходом из этой ситуации можно считать формирование более протяженного пузырного лоскута и резекцию мочеточника на 1,5-2,0 см выше зоны видимых ишемических изменений. Адекватная длина лоскута обеспечивает отсутствие выраженного натяжения мочеточника, которое также может привести к ухудшению его кровоснабжения. Этим можно объяснить ложно-позитивные выводы визуального осмотра мочеточника перед наложением анастомоза. Еще одним важным фактором успеха операции можно считать адекватную ширину пузырного лоскута, так как при его тубуляризации может произойти сдавление дистальной части мочеточника, которая проводится через антирефлюксный подслизистый тоннель. Однако, на практике сформировать лоскут адекватной длины и ширины очень непросто. Особенно это касается ситуаций с протя-

Таблица 2 – Основные результаты 8 повторных операций после реконструкции мочеточника тубуляризованным пузырным лоскутом

	Всего операций (n=8)
Протяженность дефекта мочеточника, см	$2,0 \pm 1,3$
Длина лоскута, см	$12,3 \pm 4,8$
Интраоперационные осложнения - кровотечение более 500 мл - травма подвздошной артерии	2 (25%) 1 (12,5%) 1 (12,5%)
Ранние послеоперационные осложнения - подтекание мочи из п/о раны - обострение пиелонефрита - стойкий парез кишечника - выраженная дизурия - хроническая задержка мочи	3 (37,5%) 0 3 (37,5%) 0 0 0
Отдаленный функциональный результат - хороший - удовлетворительный - плохой	7 (87,5%) 1 (12,5%) 0
Уменьшение емкости мочевого пузыря со стойкой гиперактивностью	0

женными дефектами мочеточников, двусторонними уретеральными повреждениями, а также пациентов с выраженными склеротическими изменениями стенки мочевого пузыря, ограничивающими его емкость и эластичность.

Наш опыт свидетельствует, что наиболее надежным способом решения проблемы излишнего натяжения мочеточника и его сдавления в тубуляризованном лоскуте является возможность удлинения лоскута без ущерба его кровоснабжению. Для этого мы использовали оригинальную модификацию тубулярной пластики мочевого пузыря, которая позволяет создать лоскут оптимальной длины и ширины за счет первоначального выкраивания максимально широкого лоскута с его последующим формированием за счет множественных поперечных надрезов. При этом сохраняется широкое основание лоскута, а его удлинение происходит за счет незначительного уменьшения ширины на нескольких участках. Такая хирургическая техника позволяет увеличить длину лоскута на 4,0-5,0 см. Главное преимущество нашей модификации мы видим в возможности дозированного влияния на геометрические параметры лоскута без уменьшения ширины его основания. Фиксация мочеточника к пузырному лоскуту только пятью швами, четыре из которых ограничиваются адвентицией мочеточника, позволяет максимально сохранить его кровоснабжение и обеспечивает хороший функциональный результат всей операции.

Нужно отметить, что повторные операции Боари были выполнены в 50% наблюдений. Емкость мочевого пузыря у данных пациентов составляла 300 мл, 400 мл и 250 мл. Во всех случаях удалось сформировать более протяженные лоскуты, чем при первичных операциях. В одном из наблюдений использовали два повторных лоскута с интервалом между операциями 3 месяца. При этом мы не отметили серьезных послеоперационных осложнений, связанных с функцией мочевого пузыря.

У 4 пациентов в связи с небольшой протяженностью сужений реконструированного участка мочеточника удалось выполнить его резекцию с повтор-

ним наложением уретеролооскутного анастомоза. Хорошие отдаленные результаты подтвердили адекватность такого хирургического подхода. Однако, он не лишен недостатков, так как всегда сопровождается удалением зоны антирефлюксной защиты. В нашей работе возникновение пузырно-мочеточниковых рефлюксов было зафиксировано у 2 из 4 пациентов. При этом основной жалобой являлось наличие кратковременных неинтенсивных болей в области почки во время мочеиспускания. Дальнейший мониторинг не выявил у них каких-либо obstructивных изменений верхних мочевых путей или ухудшения почечной функции.

Выполненные операции сопровождались достаточно высоким уровнем интраоперационных осложнений (25%), которые заключались в повреждении

подвздошной артерии и в массивном кровотечении. Однако, эти осложнения были связаны не с характером реконструктивной операции, а с тяжелыми рубцовыми изменениями в забрюшинном пространстве и в брюшной полости после предшествующих хирургических вмешательств.

Выводы. Повторные реконструкции мочеточника с сохранением первичного пузырного лооскута или с формированием повторного лооскута являются эффективным методом коррекции негативных результатов первичной операции Боари.

Перспективы дальнейших исследований. Оценить эффективность повторной уретеральной реконструкции путем проспективного анализа осложненных и отдаленных результатов лечения.

Литература

1. Findley AD, Solnik MJ. Prevention and management of urologic injury during gynecologic laparoscopy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28:323e8.
2. Vakili B, Chesson RR, Kyle BL, Shobeiri A, Echols KT, Gist R, et al. The incidence of urinary tract injury during hysterectomy: A prospective analysis based on universal cystoscopy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2005;192:1599-604.
3. Douissard J, Meyer J, Ris F, Liot E. Iatrogenic Ureteral Injuries and Their Prevention in Colorectal Surgery: Results from a Nationwide Survey. *Colorectal Disease.* 2019;21(5):595-602.
4. Abboudi H, Ahmed K, Royle J, Khan MSh, Dasgupta P, NDow J. Ureteric injury: a challenging condition to diagnose and manage. *Nat Rev Urol.* 2013;10:108-15. DOI: 10.1038/nrurol.2012.254
5. Burks FN, Santucci RA. Management of iatrogenic ureteral injury. *Ther Adv Urol.* 2014;6:115e24.
6. Mauck RJ, Hudak SJ, Terlecki RP, Morey AF. Central Role of Boari Bladder Flap and Downward Nephropexy in Upper Ureteral Reconstruction. *JUrol.* 2011 October;186:1345-9.
7. Babbar P, Yerram N, Sun A, Hemal S, Murthy P, Bryk D, et al. Robot-assisted ureteral reconstruction – current status and future directions. *Urology Annals.* 2018;10(1):7-14. DOI: /doi.org/10.4103/ua
8. Stein R, Rubenwolf P, Ziesel C, Kamal MM, Thuroff JW. Psoas hitch and Boari flap ureteroneocystostomy. *BJU Int.* 2013;112:137-55.
9. Grzegorkowski P, Leminski A, Słojewski M. Extended Boari-flap technique as a reconstruction method of total ureteric avulsion, 2017/03/15. *Cent Eur J Urol.* 2017 Jun 30;70(2):188-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28721288>
10. de Andrade Junior GF, Barroso FMDS, Alves RADC, Marinho JG, Rodriguez JER, Mancini ALC. Boari-Flap reconstruction due to a total ureteral avulsion in a patient with ipsilateral ureterolithiasis and contralateral renal nodule. *Urol Case Rep.* 2020;30:101118. Published 2020 Jan 14. DOI: 10.1016/j.eucr.2020.101118
11. Schukin DV, Garagatyiy IA, Mozzhakov PV, Demchenko VN, Garagatyiy AI, Liychenko VA. Otdalennyye rezultaty operatsii Boari. *Urologiya, andrologiya, nefrologiya.* 2017: materialy yuvileyynoy naukovopraktichnoy konferentsiyi. Harkiv: 2017. s. 171-4. [in Ukrainian].

ПОВТОРНА УРЕТЕРАЛЬНА РЕКОНСТРУКЦІЯ ПІСЛЯ НЕВДАЛИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПЕРАЦІЇ БОАРИ

Демченко В. Н., Щукін Д. В., Гарагатий І. А., Хареба Г. Г.

Резюме. Проведена ретроспективна оцінка результатів повторної уретеральної реконструкції у пацієнтів з поганими результатами первинної пластики сечоводу за допомогою тубуляризованого міхура клаптя.

У дослідження були включені 7 пацієнтів, яким проведено 8 повторних операцій (7 – унілатеральних і 1 – білатерально). Після недостатності первинної реконструкції міхурним клаптем. У 3 хворих застосовувалася повторна клаптева пластика, включаючи одну пацієнтку з двосторонніми повторними операціями. У 4 пацієнтів оперативне втручання полягало в резекції звуженої або облітерованої частини сечоводу з накладенням анастомозу кінець в кінець між клаптем і мочеточником. Ефективність повторної уретеральної реконструкції оцінювалася ретроспективно шляхом аналізу ускладнень і віддалених результатів лікування.

Протяжність дефектів сечоводів варіювала від 0,5 см до 3,5 см (в середньому $2,0 \pm 1,3$ см). Основною причиною поганого результату первинної операції були некротичні і рубцеві зміни дистальної частини сечоводу (87,5%). В одному (12,5%) випадку зазначалося склерозування дистальної частини міхура клаптя. Довжина повторного міхура клаптя становила від 7 до 18 см (в середньому $12,3 \pm 4,8$ см). Загальна частота інтраопераційних ускладнень сягала 25,0% (травма клубової артерії, кровотеча). Післяопераційні ускладнення спостерігалися в 3 (37,5%) з 8 спостережень (градація I або II по Clavien-Dindo). Будь-яких специфічних ускладнень, що включають виражену дизурію або хронічну затримку сечі, виявлено не було ні в одному з випадків. Загальна кількість хороших віддалених результатів склала 87,5%.

Повторні реконструкції сечоводу зі збереженням первинного міхура клаптя або з формуванням повторного клаптя є ефективним методом корекції негативних результатів первинної операції Боарі.

Ключові слова: операція Боарі, реконструктивна хірургія сечоводу, травма сечоводу.

ПОВТОРНАЯ УРЕТЕРАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОСЛЕ НЕУДАЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ БОАРИ

Демченко В. Н., Щукін Д. В., Гарагатий И. А., Хареба Г. Г.

Резюме. Проведена ретроспективная оценка результатов повторной уретеральной реконструкции у пациентов с плохими результатами первичной пластики мочеточника с помощью тубуляризованного пузырного лооскута.

В исследование были включены 7 пациентов, которым проведены 8 повторных операций (7 – унилатеральных и 1 – билатеральная). После недостаточности первичной реконструкции пузырным лоскутом. У 3 больных применялась повторная лоскутная пластика, включая одну пациентку с двусторонними повторными операциями. У 4 пациентов оперативное вмешательство заключалось в резекции суженной или облитерированной части мочеточника с наложением анастомоза конец в конец между лоскутом и мочеточником. Эффективность повторной уретеральной реконструкции оценивалась ретроспективно путем анализа осложнений и отдаленных результатов лечения.

Протяженность дефектов мочеточников варьировала от 0,5 см до 3,5 см (в среднем $2,0 \pm 1,3$ см). Основной причиной плохого результата первичной операции являлись некротические и рубцовые изменения дистальной части мочеточника (87,5%). В одном (12,5%) случае отмечалось склерозирование дистальной части пузырного лоскута. Длина повторного пузырного лоскута составляла от 7 до 18 см (в среднем $12,3 \pm 4,8$ см). Общая частота интраоперационных осложнений достигала 25,0% (травма подвздошной артерии, кровотечение). Послеоперационные осложнения наблюдались в 3 (37,5%) из 8 наблюдений (градация I или II по Clavien-Dindo). Каких-либо специфических осложнений, включающих выраженную дизурию или хроническую задержку мочи, обнаружено не было ни в одном из случаев. Общее число хороших отдаленных результатов составило 87,5%.

Повторные реконструкции мочеточника с сохранением первичного пузырного лоскута или с формированием повторного лоскута являются эффективным методом коррекции негативных результатов первичной операции Боари.

Ключевые слова: операция Боари, реконструктивная хирургия мочеточника, травма мочеточника.

REPEATED URETERAL RECONSTRUCTION AFTER POOR RESULTS OF BOARI SURGERY

Demchenko V. M., Shchukin D. V., Harahaty I. A., Hareba G. G.

Abstract. We performed a retrospective evaluation of the results of repeated ureteral reconstruction in patients with poor results of primary ureteral plasticity using a tubularized bladder flap.

The study included 7 patients who underwent 8 repeated surgeries (7 of them were unilateral and 1 was bilateral) after insufficiency of primary reconstruction by a bladder flap. Repeated tubularized flap bladder surgery was performed in 3 patients, including one patient with bilateral repeated operation. 4 patients had the resection of a narrowed or obliterated part of the ureter with an end-to-end anastomosis between the flap and the ureter. The effectiveness of re-ureteral reconstruction was assessed retrospectively by analyzing complications and long-term treatment outcomes.

The length of ureteral defects varied from 0.5 cm to 3.5 cm (average 2.0 ± 1.3 cm). The main reason for the poor outcome of the primary operation were necrotic and scarring of the distal part of the ureter (87.5%). In one (12.5%) case, we noted sclerosis of the distal part of the bladder flap. The length of the repeated bladder flap ranged from 7 to 18 cm (average 12.3 ± 4.8 cm). The overall incidence of intraoperative complications reached 25.0% (iliac artery injury, bleeding). Postoperative complications were observed in 3 (37.5%) patients (gradation I or II according to Clavien-Dindo). No specific complications, including severe dysuria or chronic urinary retention, were detected in the observed patients. The total number of good long-term outcomes was 87.5%.

Repeated reconstructions of the ureter with preservation of the primary bladder flap or with the formation of a repeated flap are an effective method of correcting the negative results of primary Boari surgery.

Key words: Boari bladder flap, reconstructive surgery of the ureter, trauma of the ureter.

*Рецензент – проф. Саричев Л. П.
Статья надійшла 09.05.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-103-107

УДК 616.12-008.331.1+616.72-002.77:616.13-0046]-08

Іващук Ю. В.

СУБКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти» МОЗ України (м. Запоріжжя)

z.doctor.yuliya@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Перебіг артеріальної гіпертензії з запальними захворюваннями легень та суглобів як прояви коморбідності: традиційні та додаткові фактори ризику кардіоваскулярних подій, механізми розвитку діагностики, лікування», № державної реєстрації 0115U000658.

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) до теперішнього часу залишаються провідною причиною летальних випадків населення розвинених країн [1]. Дослідження останніх років свідчать про те,

що більш високий ризик серцево-судинних ускладнень і летальності мають хворі на ревматоїдний артрит (РА). Ревматоїдний артрит – поширене і важке хронічне запальне захворювання суглобів, частота якого в популяції коливається від 0,5 до 1,0% [2]. Це одне з найбільш поширених в світі аутоімунних захворювань, що призводять до ранньої інвалідизації, в зв'язку з чим необхідність вдосконалення підходів до клінічної тактики ведення таких пацієнтів очевидна [3].

Найбільш частими коморбідними станами у хворих на РА є гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хво-