

В. В. Россихин, С. Я. Мысько, А. В. Чепенко

Харьковская медицинская академия последипломного образования
(Харьков)

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СУБОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ БЕДРЕННОГО НЕРВА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА МОЧЕТОЧНИКЕ И МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ

Ятрогенная травма мочеточника в акушерско-гинекологической практике встречается в 22,1 % случаев [1] и всегда обуславливает необходимость восстановления естественного оттока мочи [2]. Оптимальным следует считать хирургическое вмешательство в наиболее ранние сроки после травмирующей операции. В зависимости от длины дефектов тазового отдела мочеточников применяются различные виды оперативного восстановления мочеточниково-мочевого соустья.

Методики оперативного восстановления оттока мочи при повреждениях тазового отдела мочеточника [3]

Методика операции	Протяженность дефекта, см
Уретеро-уретероанастомоз	2–3
Уретероцистонеостомия	4–5
Уретероцистонеостомия с «Hitch-psoas» пластикой	6–10
Уретероцистонеостомия по Боари	11–15

Наиболее распространенной и доступной при травме дистального отдела мочеточника является уретероцистоанастомоз, дискуссии о ценности которого уже давно закончены в его пользу.

Использование методики «Hitch-psoas» (фиксация верхнебоковой стенки мочевого пузыря к мышцам боковой стенки таза, в частности, к *m. psoas* или ее сухожилию) предпринимается не только при дефектах мочеточника протяженностью 6–10 см, но и при обычных анастомозах мочеточника с мочевым пузырем. При этом преследуется цель — создание покая для зоны анастомоза.

Вместе с тем, при уретероцистонеостомии в комбинации с методикой *Hitch-psoas* наиболее часто отмечается повреждение бедренного нерва, что обусловлено его близостью к месту фиксации мочевого пузыря. При «Hitch-psoas» подобное осложнение наблюдается в 2,2–3,7 % [4, 5].

Чаще всего бедренный нерв попадает в шов, накладываемый между мочевым пузырем и *m. psoas*. Особенно высока опасность захвата в шов бедренного нерва при неадекватной мобилизации мочевого пузыря, не позволяющей подтянуть его на достаточную высоту, где в соответствии с особенностями анатомо-топографического прохождения данного нерва травма маловероятна. Также возможна компрессия бедренного нерва интраоперационно формирующейся гематомой.

Клинически данное осложнение характеризуется болью по передне-внутренней поверхности бедра и

голении. Интенсивность болевого синдрома особенно выражена при использовании для фиксации мочевого пузыря не рассасывающегося шовного материала (к примеру, шелка). Отмечается болезненность при пальпации по ходу бедренного нерва в средней трети паховой складки; положительные симптомы натяжения (Вассермана, Мацкевича); ограничены разгибание голени, сгибание бедра, затруднение ходьбы по лестнице, прыжки, приседания; снижена сила четырехглавой мышцы бедра, отмечается ее атрофия; коленный рефлекс снижен или отсутствует.

Травма бедренного нерва в некоторых случаях требует оперативного лечения. При этом выделяют бедренный нерв и прослеживают его ход на всем протяжении. В месте локализации повреждения выполняется микрохирургический нейролиз, который позволяет восстановить функцию нерва [5].

При выполнении 78 уретероцистонеостомий в клинике урологии ХМАПО у пяти пациенток в послеоперационном периоде отмечена неврологическая симптоматика, соответствующая клинической картине захвата бедренного нерва. Это выразилось резкими болями в соответствующей конечности и пояснице, парестезиями, невозможности опоры на ногу. И если у одной больной эти явления исчезли через 15–20 дней (что возможно обусловлено краевым захватом бедренного нерва), то у четырех пациенток клиническая картина сохранялась в течение трех месяцев. Постепенно боли и парестезии уменьшились и в дальнейшем полностью прекратились, что можно объяснить резорбцией кетгута, использованного в качестве шовного материала.

Нами разработан способ интраоперационной профилактики травмирования бедренного нерва при реконструктивных вмешательствах на мочеточнике и мочевом пузыре с целью предупреждения в дальнейшем развития осложнений, повторной операции и инвалидизации пациентов.

Поставленная задача решается благодаря использованию следующего технического приема. Тазовый отдел бедренного нерва на протяжении 3–5 см окутывается передней стенкой фасциального влагалища поясничной мышцы и фиксируется к фасции, покрывающей подвздошную мышцу или непосредственно к мышце 3–4 узловыми кетгутowymi швами (рис. 1).

Таким образом, формируется мышечная дупликатура, надежно защищающая бедренный нерв от захвата в шов.

Подобного плана защита бедренного нерва была выполнена при 29 уретероцистонеостомиях в комбинации с методикой «Hitch-psoas» у пациенток с акушерско-гинекологической травмой мочеточника. Ни в одном из 29 случаев не было отмечено травмирования бедренного нерва.

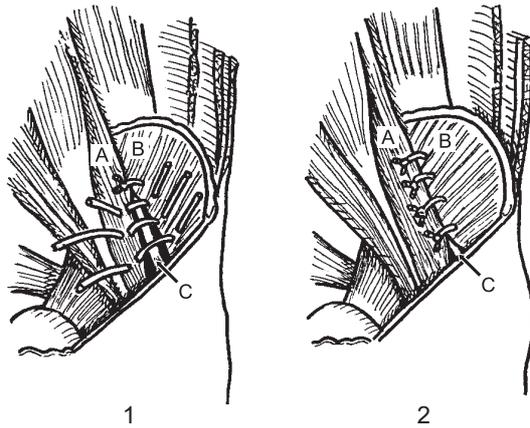


Рис. 1

1 — наложение швов; 2 — окончательный вид операции
 А — m. psoas; В — m. iliacus; С — n. femoralis

К позитивным моментам предложенного способа профилактики травмы бедренного нерва при реконструктивных вмешательствах на мочеточнике и мочевом пузыре следует отнести высокую эффективность, безопасность, простоту в техническом осуществлении, минимальную потребность в расходных материалах. Данная методика позволяет избежать в раннем и позднем послеоперационном периодах развитие осложнений, связанных с травматизацией бедренного нерва и может быть рекомендована в практику при выполнении реконструктивных вмешательств на мочеточнике и мочевом пузыре.

Список литературы

1. Дзюрак В. С., Сапсай В. И., Заруцкий Я. Л. и др. — Повреждения органов мочеполовой системы (Практическое руководство). — К., 2004 — с. 55.
2. Переверзев А. С. Актуальные проблемы оперативной урогинекологии. — Современные проблемы урологии. — Матер. VI Междунар. конгресса урологов. — Харьков: Факт, 1998. — С. 3–9.
3. Franke J. J., Smith J. A. Surgery of urether. Campbell's Urologie / Walsh P. C. et al., 7th ed. — Vol. 3. — Philadelphia: W. B. Saunders, 1998, — P. 3062–3084.
4. Переверзев А. С., Мысько С. Я. Возможности применения «Hitch-psoas» при уретероцистонеостомии. — Травмы моче-

половых органов: Матер. региональной науч.-практ. конф. урологов. — Харьков, 1993. — С. 46–47.

5. Di Sania P. J. Clinical anatomy of the female genital tract. — Danforth's Obstetrics and Genecology / Scott J. R. et al. — 7th ed. Ch. 48. — Philadelphia, New York: Lippinkott-Reven, 2002. — P. 893–922.

Надійшла до редакції 26.09.2005 р.

В. В. Россіхін, С. Я. Мысько, А. В. Чепенко

Засіб попередження субопераційної травми стегенного нерва при реконструктивних втручаннях на сечоводі та сечовому міхурі

Харківська медична академія післядипломної освіти (Харків)

У роботі наведено сучасний стан проблеми — субопераційна травматизація стегенного нерва при реконструктивних втручаннях на сечоводі та сечовому міхурі. Зроблено описання запропонованого авторами засобу попередження травми стегенного нерва при уретероцистонеостомії у комбінуванні з методою «Hitch-psoas». Враховуючи його високу ефективність, безпеку та простоту у технічному виконанні, запропоноване використання розробленого засобу в урологічній та акушерсько-гінекологічній практиці для попередження ускладнень, пов'язаних з субопераційним травмуванням стегенного нерва.

V. V. Rossikhin, S. Y. Mysko, A. V. Chepenko

The mode of prophylaxis of suboperational trauma of the femoral nerve with reconstructive interference on ureter and on urinary bladder

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

In this work is presented the modern state of problem of suboperational traumatization of the femoral nerve with reconstructive interferences on ureter and on urinary bladder. The authors presented the mode of prophylaxis of trauma of the femoral nerve in ureterocystoneostomy in conjunction with methods "Hitch-psoas". Taking into consideration its high efficacy, safety and simplicity in technical execution the authors recommended the application of devised mode in urological and obstetrics-gynaecological practice to prevent the complications connected with suboperational traumatization of the femoral nerve.