

Трудности и особенности осложнений уретероскопии

С.П. Степушкин, Р.В. Соколенко, И.Д. Алифанов, В.О. Новиков

КУ «Днепропетровская ГМКБ № 4» ДОС

При выполнении уретероскопии отмечается развитие интраоперационных (отрыв, перфорация, травма слизистой оболочки мочеочечника, кровотечение) и послеоперационных (инфекционно-воспалительные осложнения, стриктура мочеочечника, инкрустация стента) осложнений

Цель исследования: профилактика развития осложнений уретероскопии.

Материалы и методы. Проанализирован опыт проведения 1100 уретероскопий у пациентов в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст больных $51,5 \pm 12,6$ года) за 15 лет. 80,6% операций проведено по поводу конкрементов мочеочечника, 19,4% – по другим показаниям.

Результаты исследования. Развитие осложнений уретероскопий было отмечено у 211 (19,2%) больных. В 125 случаях (11,4%) выявлены интраоперационные, в 86 (7,8%) – послеоперационные осложнения.

Невозможность или трудности при выполнении уретероскопии отмечены нами в 2% случаев. У 3 больных – отрыв мочеочечника (0,3% уретероскопий), кровотечения у 14 (1,3% уретероскопий), перфорация мочеочечника у 4 пациентов (0,4% случаев уретероскопий). Данные осложнения встречались на этапе освоения метода.

Инфекционно-воспалительные осложнения отмечены в 4,5% уретероскопий.

Выводы. Для профилактики интраоперационных осложнений показано использование струн-проводников, обеспечение адекватного визуального контроля, манипулирование инструментом в зоне выраженных воспалительных изменений стенки мочеочечника с максимальной осторожностью. Для лечения осложнений уретероскопии операция на мочеочечнике должна заканчиваться дренированием верхних мочевых путей.

Ишемический приапизм (клинический случай)

А.В. Козюберда

Первомайская многопрофильная городская больница

Больной П., 1962 г.р., проживающий в г. Первомайске, дальнобойщик, находился на стационарном лечении в Первомайской многопрофильной городской больнице (ПМГБ) с 17.04.2012 г. по 21.04.2012 г. с клиническим диагнозом: ишемический приапизм, алкогольная интоксикация (ИБ №1649-228). Обратился в отделение с жалобами на боль у корня полового члена, давящего, тупого характера, пронизывающую промежность и иррадиирующую в задний проход, длительную эрекцию. Из анамнеза заболевания стало известно, что пациент длительно находился в командировке (1 мес) и за все это время половых контактов не имел. После приезда домой случился семейный конфликт с супругой, из-за чего больной пребывал в непрерывном алкогольном опьянении 7 дней, которое прервал 2 дня назад. Ночью (около 2.00) 17.04.2012 г. больной проснулся от ощущения эрекции. Мочеиспускание не привело к ее уменьшению. Со слов больного мастурбация не закончилась эякуляцией и оргазмом. Из анамнеза жизни: туберкулез половых органов, венерические заболевания больной отрицает. Наркотические средства не употребляет. Интракавернозные и интрауретральные вазоактивные препараты не использовал. На учете у уролога не состоит.

Объективно: пациент в сознании, эмоционально лабилен, отмечается легкий тремор верхних конечностей. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Мочеиспускание не нарушено. При пальцевом ректальном исследовании данных, свидетельствующих о наличии онкопатологии и острого воспалительного процесса, не выявлено. При осмотре:

половой член в состоянии максимальной напряженности, кожа гиперемирована, крайняя плоть умеренно отечная, при пальпации: спонгиозное тело мочеиспускательного канала и головки полового члена интактные, тело полового члена плотное, болезненное при пальпации. При доплерографии сосудов полового члена отмечается резкое снижение линейной скорости кровотока по кавернозным артериям, ее увеличение в системе поверхностных артерий, отсутствие венозного оттока от кавернозных тел и наличие высокорезистентной формы кривой.

Лечение:

1) прикладывание холодных компрессов на область полового члена; 2) трентал 2% – 5,0 внутривенно капельно, раствор глюкозы 5% – 250 мл внутривенно капельно, реополиглюкин 200 мл внутривенно капельно; 3) фраксипарин 0,3 мл подкожно; 4) дексалгин 2,0 мл внутримышечно, 2 раза в день, свечи диклоберл 100 мг по 1 свече 1 раз в день ректально; 5) раствор реосорбилакта 200 мл внутривенно капельно, раствор Дисоль 400 мл внутривенно капельно, пирасетам 10% – 10 мл внутривенно капельно, аскорбиновая кислота 10% – 10 мл внутривенно капельно, депривокс по 1 таблетке на ночь. Через 2 ч после начала терапии явления приапизма уменьшились, при осмотре: половой член в полуригидном состоянии. На 2-е сутки у пациента отмечалось значительное улучшение общего состояния и отсутствие проявлений приапизма. При повторном осмотре через 2 нед больной жалоб не предъявлял.