

ранений мочеочника повышается при повреждении органов брюшной полости, являющихся показанием к оперативному лечению, в ходе которого обязательно проводится тщательная ревизия забрюшинного пространства.

Оперативному лечению подлежат повреждения мочеочника с нарушением целостности его просвета и все случаи ранений, требующие проведения первичной хирургической обработки. Целью операции является опорожнение мочевого затека, восстановление пассажа мочи и дренирование забрюшинного пространства. Объём вмешательства может быть различен: наложение 2—3 швов на рану мочеочника, шов мочеочника на мочеочниковом катетере, создание уретерovesикального и пиелоуретерального анастомоза в сочетании с наложением пиело- или нефростомы, уретерокутанеостомия. Мобилизацию мочеочника осуществляют на ограниченном участке в зоне основных манипуляций, соблюдая при этом максимальную осторожность. В противном случае, в последующем неизбежно развиваются функциональные нарушения моторики и возникает хроническая обструктивная уропатия за счет формирования рубцового периуретерита, особенно выраженного на фоне мочевого инфильтрации параретеральной клетчатки.

При краевом ранении мочеочника и отсутствии мочевого инфильтрации накладывается несколько швов из синтетического рассасывающегося шовного материала (полисорб, викрил), которые не должны захватывать слизистую оболочку. Перед ушиванием следует проверить проходимость мочеочника ниже места ранения. В конце операции обязательно подведение к месту повреждения мочеочника трубчатого дренажа.

В случае значительного перерыва, а тем более разрыва мочеочника необходимо выделить дистальный и проксимальный его концы и удалить явно поврежденные ткани. Анастомоз накладывается по типу "конец в конец". С целью профилактики несостоятельности швов и удобства их наложения в мочеочник предварительно устанавливается катетер. Кроме того, в таких ситуациях целесообразно выполнить концевую нефростомию.

При мочевого инфильтрации или образовании урогематомы первичный шов мочеочника не накладывается, а неотложное вмешательство ограничивается дренированием моче выводящих путей и паранефральной клетчатки. Дренирование верхних мочевых путей может осуществляться несколькими путями (нефростомиа, пиело- или уретеростомией). Поскольку реконструктивный этап выполняется не ранее, чем через 1,5 — 2 месяца после экстренного вмешательства, а стома все это время должна функционировать, наиболее предпочтительным является наложение циркулярной нефростомы, так как концевые нефро- и пиелостомы нередко сопровождаются выпадением дренажа после рассасывания фиксирующих лигатур.

Нефрэктомия при травме мочеочника выполняется только при наличии сочетанного обширного размождения паренхимы почки и ранения ее сосудистой ножки.