

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ
ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Одной из сложных проблем урогинекологии на сегодняшний день остается лечение мочеполовых свищей и в частности пузырно-влагалищных фистул, которые являются одними из наиболее тяжелых осложнений гинекологических и акушерских операций.

За последние четыре года в отделении выполнено 23 фистулопластики у пациенток с пузырно-влагалищными свищами. Свищи располагались, как правило, на задней стенке в области треугольника Лье-то или несколько выше межмочеточниковой складки, имели различные размеры от точечных до трех сантиметров в диаметре. Все больные оперировались не ранее чем через три месяца после их образования. У одной пациентки свищ был рецидив-

ный с использованием трансабдоминального доступа. Возраст больных колебался от 18 до 58 лет.

В предоперационном периоде всем больным производилась санация влагалища и мочевого пузыря.

Для лечения пузырно-влагалищных свищей мы использовали только трансвагинальный доступ, как наиболее физиологичный и позволяющий значительно снизить риск интра и послеоперационных осложнений. При этом выполнялась широкая мобилизация тканей влагалища и мочевого пузыря с разделением ушиванием их дефектов и использованием выкрила 2\0 и ПДС. Операция заканчивалась обязательной катетеризацией мочевого пузыря сроком от 3 до 7 дней. В послеоперационном пе-

риоде назначали антибактериальную терапию и разрешили вставать на 2-3 сутки.

Средний срок пребывания больных в стационаре составил 7 суток. Ни в одном случае рецидивов свищей не было.

Контрольное обследование через 3 месяца выявило нормальное мочеиспускание у 100% пациентов при незначительной лейкоцитурии у 30% больных.

Таким образом, используя современный шовный материал и методику трансвагинальной фистулопластики у больных с не осложненными пузырно-влагалищными свищами, позволяют обеспечить наибольшую вероятность успеха хирургического лечения пузырно-влагалищных свищей.

НЕГМАДЖАНОВ Б.Б.,
НУРИЛЛАЕВ Ж.Я.,

АХМЕДОВ Ю.М., САФАРОВ А.
Кафедра Акушерство и Гинекология
педфака СамМИ,
Самарканд, Узбекистан

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

В современной урогинекологии мочеполовые свищи остаются актуальной проблемой. С 1994 по 2000 годы под нашим наблюдением находились 25 больных с пузырно-влагалищными свищами. Фистулы после гинекологических операций наблюдались у 20 больных; после акушерских у 3, после медицинских абортов у 2 больных. Период существования свищей - от 4 месяцев до 20 лет. Фистулопластика по поводу рецидивных свищей выполнена 3 пациентам. Возраст оперированных больных колебался от 18 до 65 лет.

Локализация и размеры свища определяли визуально и цистоскопически. У 18 больных фистула распо-

лагалась выше межмочеточниковой складки, у 4 в зоне треугольника Лье-то и у 3 ниже межмочеточниковой складки. Диаметр свища колебался от 0,5 до 5 см. Трансвагинальным доступом оперированы 7, комбинированный - 18. В 8 наблюдениях устья мочеточников находились очень близко от свищевого отверстия (0,5-1 см). Этим пациентам фистулорафия выполнена с неомплантацией мочеточников по собственной методике.

Катамнез составил от 4 месяцев до 6 лет. В 2 наблюдениях имел место рецидив свища. Этим больным также выполнена повторная фистулорафия. При цистографии пу-

зырно-мочеточниковый рефлюкс не наблюдался. Цистоскопически визуализировался тонкий рубец на задней стенке мочевого пузыря. В одном наблюдении наблюдалось образование конкрасмента мочевого пузыря, который был раздроблен с помощью литотриптора.

Таким образом, результаты фистулорафии зависят от размера свища, длительности его существования, количества ранее проведенных операций. Оперативный доступ выбирается индивидуально. При близком нахождении устья мочеточников к свищу фистулорафия дополняется неомплантацией мочеточников в мочевой пузырь.

ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С., РОССИХИН В.В.,
КЕШИШЯН А.А., ВАЩЕНКО З.В.
Медицинская академия
последипломного образования
Харьков, Украина

30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ
ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Цель: провести анализ клинических результатов диагностики и лечения пузырно-влагалищных свищей (ПВС), проблема кото-

рых, несмотря на неоднократное освещение данного вопроса в литературе и в научно-практических дискуссиях, остается нерешенной, ибо число пациенток с данной инвалидизирующей патологией не уменьшается, а результаты лечения далеко не всегда

решенной, ибо число пациенток с данной инвалидизирующей патологией не уменьшается, а результаты лечения далеко не всегда

удовлетворяют хирургов.

Методы: с 1970 по 2000 гг. на лечении находилось 210 пациенток со следующей годовой динамикой поступления: 1970-1974 - 19 человек, 1975-1979 - 39, 1980-1984 - 49; 1985-1989 - 50, 1990-1994 - 15, 1995-1999 - 38 чел. Больные были в возрасте от 20 до 70 лет, однако наибольшее число пациенток - 76 чел. (45,7%) - приходилось на группу 41-50 лет, что связано с оперативными вмешательствами по поводу фибромиомы матки и злокачественных гинекологических образований. При этом, ПВС у 75% пациенток были гинекологического генеза, 21,7% - акушерского и лишь в 3% ПВС образовались в результате лучевой терапии или имели иной генез. Длительность ПВС - от 3-4 мес. (27,1%) до 2-3

лет (23,5%). Размеры свищей у 70% больных были размерами до 1,5 см. Наиболее часто для фистулорафии использовался трансвагинальный (23,4%), чрезбрюшинный доступ применялся у 7 пациенток, причем у всех имелись многократно рецидивирующие свищи. Выздоровление в этой группе было достигнуто у 6 больных, причем 1 рецидив был в случае использования в качестве питающего материала - брюшного лоскута. У одной больной с успехом в качестве лоскута был использован листочек сусального золота, у остальных - лоскут паритальной брюшины. Моча у всех больных отводилась катетером *a de teur Foley*.

Результаты: Выздоровление после первой операции было у 84,2%, после второй - у 3 (7,9%)

пациенток. Рецидивы отмечены у 3 (7,9%) женщин и связаны с неадекватным выбором доступа и субоперационными трудностями (1 чел.), индивидуальной непереносимостью шовного материала (1 чел.), ушиванием ПВС, располагающегося в зоне устья мочеточника, что потребовало в дальнейшем выполнения уретероцистонеостомии и повторной фистулорафии.

Выводы: Успех фистулорафии зависит от правильной оценки состояния местного гомеостаза тканей, выбора адекватного оперативного доступа, близости к ПВС устья мочеточника, применения современного нерассасывающегося шовного материала и хорошей индивидуальной оперативной техники.

СЕМЕНЮК А.А.

ЦМСЧ №122,
Санкт-Петербург

ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

В настоящее время одной из серьёзных проблем в урогинекологии остается проблема лечения пузырно-влагалищных фистул.

До 85 % фистул развиваются после гинекологических операций. Непосредственное повреждение стенки мочевого пузыря во время оперативного лечения является основной причиной образования пузырно-влагалищного свища. С другой стороны считается, что в генезе развития фистулы играет роль и нарушение кровоснабжения стенки мочевого пузыря.

Как правило, пациентке, страдающей распространенной формой эндометриоза, в предоперационном периоде получают гормональную терапию. Она направлена на подавление очагов эндометриоза, которые в процессе лечения замещаются плотной соединительной тканью, что проводит к развитию сращений матки и стенки мочевого пузыря и нарушению кровоснабжения стенки последнего. Проведенная в последующем экстирпация матки может привести к образованию пузырно-влага-

лищной фистулы даже без непосредственного повреждения стенки мочевого пузыря.

В ЦМСЧ №122 на лечении находилось 19 женщин с пузырно-влагалищными фистулами, образовавшимися после оперативного лечения по поводу генитального эндометриоза. Все фистулы образовались в сроки до 20 дней после операции, находились выше межмочеточниковой складки, на расстоянии не менее 1,5 см от того, либо другого устья мочеточника. Всем женщинам выполнена пластика пузырно-влагалищного свища по методике, принятой в ЦМСЧ №122. Данная методика включает в себя следующее:

1. Всем женщинам пластика проводилась трансвагинальным методом.

2. Разъединение стенки пузыря и влагалища проводится посредством кольпотомии через зону свища, отступая 0,5-1 см от края последнего.

3. Иссечение свищевого отверстия не производится.

4. Закрывание пузырной фисту-

лы производится посредством наложения трехрядных вворачивающих швов без захвата слизистой оболочки мочевого пузыря.

5. В качестве шовного материала используем викрил и ДТЛ.

6. Пузырь дренируем с помощью двух трубок (одной может быть катетер *Foley*), что по нашему мнению позволяет избежать резкого повышения внутрипузырного давления (нет плотного смыкания сфинктера вокруг трубок).

Применяемая методика позволила всем пациенткам закрыть пузырно-влагалищные фистулы и продолжить комплексную терапию по поводу генитального эндометриоза.