

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, расположенного 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, блиости 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.