

О ГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

В статье обобщен опыт лечения 20 женщин с пузырно-влагалищными свищами. Свищи образовались после операции по поводу генитального эндометриоза. Отмечено, что генитальный эндометриоз вследствие своей ферментативной активности является фактором, predisposing к развитию свищей после гинекологических операций. Послеоперационное ведение данной категории больных подразумевает применение комплексной терапии по поводу генитального эндометриоза с последующей пластикой свища чрезвлагалищным доступом.

Эндометриоз относится к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний. До 1990 г. считалось, что после воспалительных заболеваний и миомы матки эндометриоз стоит на третьем месте [1]. В последующие годы, согласно многочисленным литературным источникам, частота заболевания эндометриозом значительно увеличилась.

По мнению американских авторов, эндометриоз можно обнаружить у каждой второй американки. Может быть, эти данные несколько преувеличены. Однако анализ материалов литературы позволяет считать, что около 30% менструирующих женщин и девушек на земном шаре имеют эндометриоз. Увеличение частоты заболевания объясняют не только возросшими диагностическими возможностями, но и значительной ролью стрессовых ситуаций в жизни современной женщины, ухудшением экологической обстановки, увеличением объема хирургического вмешательства, включая операции кесарева сечения, аборт и ряд других факторов.

Наиболее тяжело протекают и часто приводят к стойкой нетрудоспособности распространенные формы генитального эндометриоза. Частота поражения эндометриозом смежных с гениталиями органов высока и составляет по данным различных авторов от 6 до 37% [2].

В настоящее время считается, что наличие распространенных форм генитального эндометриоза является показанием к оперативному лечению с последующей закрепляющей комплексной терапией, в которую входят и гормональные препараты. Проводимое оперативное лечение, как правило, предполагает длительное анестезиологическое пособие и большой

объем операции, что может способствовать развитию разнообразных осложнений. Одним из тяжелых осложнений оперативного лечения по поводу распространенных форм генитального эндометриоза является образование мочепузырных фистул. С нашей точки зрения, данное осложнение при лечении больных эндометриозом представляется специфичным как в своем патогенезе, так и в тактике последующего лечения данной категории больных.

Считается, что большинство пузырно-влагалищных свищей, возникающих после гинекологических операций (70-80%), являются следствием непреднамеренной перфорации стенки мочевого пузыря с образованием уриномы и дренирования последней через свод влагалища [3, 4]. В связи с этим следует отметить, что ряд работ полностью отрицает данный механизм развития фистулы.

Также существуют теории, объясняющие образование пузырно-влагалищных свищей развитием некроза вследствие недостаточного кровоснабжения стенки мочевого пузыря. Большинство авторов сходятся во мнении, что данные фистулы имеют, в основном, акушерское происхождение и процент последних составляет 10-15% от всех образующихся свищей.

С 1993 года по настоящее время в урологическом отделении ЦМСЧ-122 находились 20 женщин, у которых пузырно-влагалищные фистулы образовались после оперативного лечения по поводу распространенных форм генитального эндометриоза. Из 20 больных аденомиоз матки выявлен у 76,5%, эндометриоз яичников – у 62,3%, ретроцервикальный эндометриоз – у 54,4%, эндометриоз крестцово-маточных связок – у

31,4%, эндометриоз шейки матки – у 16,4% больных. У 12 женщин эндометриоз гениталий сочетался с поражением органов мочевой системы и дистальных отделов толстой кишки. Диагноз эндометриоза был установлен на основании жалоб больных, данных анамнеза, осмотра, УЗИ органов малого таза, лапароскопии. У всех пациенток диагноз был подтвержден гистологически.

Всем больным была выполнена экстирпация матки с придатками. Отсепаровка мочевого пузыря от передней стенки и перешейка матки представляла технические трудности в связи с их плотным сращением. Свищи образовались через 7-10 дней после операции, располагались выше межмочеточниковой складки на том или ином расстоянии от устья мочеточников.

Известно, что благодаря ферментативным свойствам развитие эндометриоза приводит к деструкции окружающих тканей с развитием вокруг очагов эндометриоза воспалительной реакции и последующими рубцово-инфильтративными изменениями в паравезикальной клетчатке и в стенке мочевого пузыря. Применяемая до оперативного лечения гормональная терапия (у 18 больных) подавляла очаги эндометриоза, приводя к еще более выраженным склеротическим изменениям в этой области, что значительно усложняло проводимое оперативное лечение и приводило к недостаточности кровообращения стенки мочевого пузыря, являясь фактором, предрасполагающим к образованию пузырно-влагалищной фистулы.

У всех больных в предоперационном периоде было произведено исследование иммунного статуса, включавшее измерение абсолютного и относительного содержания лимфоцитов в различных субпопуляциях в реакции розеткообразования по методу Т.И. Гришиной, функциональной активности лимфоцитов по их способности реагировать на фитомаг-

глютинацию митогенной стимуляции розеткообразования по методу Т.И. Гришиной и О.Г. Алексеевой, исследование концентрации сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G методом радиарной диффузии по С. Мансипи.

Анализ полученных данных выявил те или иные изменения иммунного статуса у всех больных, что, с нашей точки зрения, также является неблагоприятным фактором в связи с возможным развитием пузырно-влагалищной фистулы.

Несмотря на образование фистул, всем женщинам в послеоперационном периоде проводили закрепляющую терапию по поводу эндометриоза с использованием прогестинов, иммуномодуляторов, тиосульфата натрия в виде электрофореза или микроклизм, антиоксидантов.

Пластика пузырно-влагалищного свища выполнялась через 4-6 месяцев после оперативного лечения; на этом сроке исчезают воспалительные изменения в тканях, рассасываются инфильтраты вокруг свища.

Закрытие пузырно-влагалищной фистулы у всех было выполнено влагалищным доступом. Данный доступ, с нашей точки зрения, является наиболее простым в техническом отношении и обеспечивает относительно спокойный послеоперационный период. У данной категории больных чрезвлагалищная фистулография является показанной вследствие описанных выше изменений в околопузырной клетчатке и стенке мочевого пузыря. После разделения стенки мочевого пузыря и влагалища освежения краев свищевого отверстия мы не производили. На стенку пузыря накладывали два ряда швов в различных направлениях без захвата слизистой оболочки, края свищевого отверстия вворачивали внутрь пузыря, что обеспечивало быстрое смыкание стенок пузыря и не увеличивало просвет стенки последнего. В последующем на стенку влагалища мы также на-

кладывали два ряда швов, используя в практике такие шовные материалы как монокрил, полидиаксанон.

Дренаживание полости пузыря обеспечивалось посредством двух трубок, введенных через уретру, что полностью исключило возможность резкого повышения давления в полости пузыря.

После первой операции свищ был ликвидирован у 15 больных.

Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от двух лет. Мочеиспускание у всех пациенток сохранилось удовлетворительное, рецидива генитального эндометриоза не выявлено.

Литература

1. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Л. – 1979, 1990.
2. Краснопольский В.И., Ищенко А.И. // Акуш. и гинек. – 1987. – №5. – С. 53-55.
3. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – М. – 1986.
4. Мартин И. Резник, Эндрю К. Новик. Секреты урологии. СПб. – 1998.
5. Meeks G.R. et all // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol. 177, №6. – P. 1298-1303.
6. Iselin C.E., Asian P., Nebster G.D. // J. Urol. – 1998. – Vol. 160, №3. – P. 728-730.