

А.А. Семенюк, В.П. Баскаков,
В.П. Чистяков, Н.Н. Битюков,
В.В. Мелешко

ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Отделение урологии и гинекологии
ЦМСЧ № 122,
Санкт-Петербург

В статье отражена сложность проблемы лечения пузырно-влагалищных свищей. Несмотря на определенные успехи, частота рецидивов остается достаточно высокой. В практике применяется более 150 видов оперативного лечения данной патологии. В период с 1993 года по настоящее время в урологическом отделении прооперировано различными методами 29 женщин. Все свищи являлись следствием экстирпации матки. Авторами разработана определенная методика оперативного лечения свищей, включающая трансвагинальный доступ, использование шовного материала монокрила, полидиоксанаона и послеоперационного дренирования пузыря системой, состоящей из двух трубок, вводимых в уретру, для исключения резкого подъема давления в пузыре после операции. Используя данную методику у последних 7 пациенток, авторы добились 100% положительного результата после первой операции.

Мочеполовые свищи - тяжелое и сравнительно частое заболевание в урогинекологии. Формируются мочеполовые свищи в основном в связи с ранением стенки мочевого пузыря [1,5,8].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении посттравматических пузырно-влагалищных свищей, частота рецидивов остается достаточно высокой. По данным различных авторов [2,3,5,6], излечение больных в специализированных клиниках с учетом повторных операций составляет от 65% до 89%. Flamrich (1959) отметил несколько неблагоприятных факторов при закрытии свища: большая глубина операционного поля, распространенность дефекта мочевого пузыря, множество предшествующих операций, близость краев дефекта к устьям мочеточников, значительное образование рубцов в этой области, инфильтрация краев свища, хроническое воспаление наружных половых органов, влагалища и мочевого пузыря, слабость соединительной ткани.

Количество теряемой мочи всегда зависит от диаметра, формы и локализации свища. При высоких фистулах в вертикальном положении больные полностью удерживают мочу. При локализации свища ближе к одной из стенок мочевого пузыря моча частично удерживается, когда больные лежат на противоположном боку, при наличии свища в области шейки мочевого пузыря моча не удерживается в вертикальном положении.

В клинической практике в последнее время применяется около 150 видов операций для закрытия

пузырно-влагалищных свищей [1,4,9,10]. Отсутствие единого подхода к лечению этой патологии во многом объясняет неудовлетворительные результаты лечения заболевания.

С 1993 года по настоящее время в урологическом отделении ЦМСЧ № 122 находились 29 женщин, страдающих данным недугом. Причиной всех свищей была перенесенная экстирпация матки.

Все свищи располагались выше межмочеточниковой складки на том или ином расстоянии от устья мочеточника. Для лечения свищей у 22 женщин мы применяли различные оперативные доступы (чрезпузырный, чрезвлагалищный, чрезбрюшинный), различный шовный материал. После первой операции свищ был ликвидирован у 18 пациенток (81,8%). Трем женщинам потребовалась повторная операция, у одной свищ был закрыт во время третьей операции.

Учитывая полученный опыт, мы выработали несколько критериев, на которые должен, по нашему мнению, опираться хирург, занимающийся данной проблемой:

1. Оперативным доступом к закрытию свища должен быть трансвагинальный. Этот доступ прежде всего обеспечивает относительно спокойный послеоперационный период из-за незначительной травматизации тканей, что чрезвычайно важно при повторных оперативных вмешательствах. Для обеспечения обзора операционного поля в некоторых случаях целесообразно проводить перинеотомию, что не утяжеляет послеоперационный период.



2. При применении данного до-
ступа больная активизируется на
2 - 3-й день, что важно для стиму-
ляции процесса заживления свища.

3. Для разделения стенки моче-
вого пузыря и влагалища наилуч-
шим является кольпотомический
разрез через зону свища, отсту-
пая 0,5 см от края последнего.

4. Освежение краев свища моче-
вого пузыря не производится.
Первым рядом на стенку пузыря
накладывается кисетный шов без
захвата слизистой оболочки пу-
зыря (во избежание гематурии).
При такой методике края свище-
вого отверстия вворачиваются
внутри мочевого пузыря и быст-
ро слипаются друг с другом. При
этом не увеличивается дефект
стенки пузыря, что очень важно
для уменьшения натяжения тка-
ней. Дополнительно на стенку
мочевого пузыря накладывается
два ряда швов в различных на-
правлениях без захвата слизи-
стой оболочки. Мы не пользуемся
предварительной катетеризаци-
ей мочеочников, если отверстие
свища расположено более чем на
1,5 см от устья мочеочников.
При наложении швов без захва-
та слизистой оболочки пузыря, не
иссекая края свища мочевого пу-
зыря, повреждение устьев моче-
точников (учитывая анатомичес-
кое строение шейки пузыря, тре-
угольника Льетто, наличие вла-
галища Вальдейера) практически
невозможно.

5. На стенку влагалища после
освежения краев следует накла-
дывать 2 ряда швов.

6. При пластике лучше исполь-
зовать шовные материалы, как
монокрил, полидиоксанон, что во
многом обеспечивает надежность
заживления. Данный шовный ма-
териал прочен, не вызывает вос-
паления и деструкции тканей.

7. Дренаживание полости пу-
зыря обеспечивается посредством
двух трубок, введенных через
уретру, приблизительно одинако-
вого диаметра (одна из трубок
может быть катетером Foley).
Применение данного вида дрени-
рования приводит к тому, что в

случае резкого подъема давления
в пузыре моча вытекает не через
свищ, а через уретру (нет плот-
ного «слипания» стенки уретры
с дренажными трубками). На-
хождение катетеров в мочевом
пузыре в течение 7-10 дней ни в
коем случае не приводит к нару-
шениям иннервации мочевого пу-
зыря в связи с коротким сроком
дренирования.

Применяя данную методику у
последних 7 пациенток, мы полу-
чили заживление свища после пер-
вой операции у всех 7 женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кан Д.В. Руководство по
акушерской и гинекологической
урологии. М., 1986.
2. Лоран О.Б., Газимагомедов Г.А. // Урология и нефрология - 1993. - №2. -С. 5-7.
3. Лоран О.Б., Годунов Б.Н., Аль-Хайят-Насер // Урология и нефрология - 1995. -№5-С.44-47.
4. Мажбиц А.М. Оперативная урогинекология. Л., 1964.
5. Орлов В.А. // Урология и нефрология - 1982. - №1. С.40-43
6. Савицкая Л. К. Хирургическое лечение мочеполовых свищей у женщин: Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук - М. - 1972.
7. Flamrich // Zbl. Gynak. - 1959. - Bd.81. -S. 1230-1235.
8. Meeks G. R, Sams J. O., Field K. W. et all // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1997. -Vol. 177, №6. -P.1298-1303.
9. Brandt F.T., Lorenzato F.R., Albuquerque C.D. // J. Am. Coil. Surg. - 1998. -Vol. 186, №6. -P. 645-648.
10. Nesrallah L. J., Srougi M., Gittes R.F. // J. Urol. - 1999. - Vol. 161, №2. -P.566 - 568