

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ

Кулукеев У.К.

Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ Кыргызской Республики
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Высокая частота ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря с образованием урогенитальных свищей, их поздняя диагностика, а также не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления целостности мочеполовых путей. В данной работе даны методы оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей, снижающие риск возникновения рецидива а также улучшающие качества жизни больных.

Ключевые слова: пузырно-влагалищный свищ, ятрогенная травма, фистулография, оперативное лечение.

ТАБАРСЫК-КЫН ТЕШИГИНЕН ЖАБЫРКАГАН ООРУЛУУЛАРДЫ ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Кулукеев У.К.

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигине караштуу
Улуттук госпиталдын алдындагы Республикалык илимий урология борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Урогениталдык тешиктердин түзүлүшү менен сийдик аккычтын жана табарсыктын ятрогендик бузулуусунун тез-тез болушу, алардын диагностикасынын кеч аныкталышы, ошондой эле реконструктивдүү-калыбына келтирүүчү операциялардын ийгиликсиз жасалышы заара-жыныс жолдорунун бүтүндүгүн калыбына келтирүүчү белгилүү ыкмаларды жакшыртууну жана жаңы ыкмаларды издөөнү талап кылат. Бул иште табарсык-кын тешигин операция жолу менен дарылоочу, рецидивдин пайда болуу коркунучун азайтуучу, ошондой эле оорулулардын жашоо сапатын жакшыртуучу методдор берилди.

Негизги сөздөр: табарсык-кын тешиги, ятрогендик травма, фистулография, операциялык жол менен дарылоо.

SURGICAL TREATMENT OF VESICO-VAGINALIS FISTULES

Kulukeev U.K.

Republic science centre of urology under National Hospital of Ministry of Health
of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: High rate iatrogenic injuries of urether and urine bladder with urogenital fistules, long-term diagnostics, not always successful there reconstructive surgery the find out new one achivement, perfomens of restore the integrity of urogenitals ways. In current work are given suggesting one of the surgical perfomenc for treatment of vesico-vaginalis fistules, which allow to regress high risk of recurrent of this pathology and to improve of quality of life patients.

Make us to improve the known and to find new methods of restoring the inlergrity of urogenital ways. Method of operative treatment of vesico-vaginal fislules, decreasing risk of recurrence of this disease and unproving life quality of patients are given in this work.

Key words: fistules,iatrogenic trauma,fistuloraphia, operative treatment

Последствиями ятрогенных травм мочеполовой системы являются урогенитальные свищи. Наиболее часто в клинике встречаются моче-влагалищные свищи,причиняющие тяжелые моральные и физические страдания больным [1,2]. Несмотря на многовековой опыт лечения больных с мочеполовыми свищами, результаты этих операций остаются неутешительными и в настоящее время. Так, рецидивы фистул, по данным ряда авторов, возникают у 10% оперированных больных, а послеоперационная

летальность колеблется от 2 до 7,4% [3, 4, 5, 6]. Полного излечения после фистулографии, в том числе после повторных операций, удается достичь только в 62 - 96,5% случаев, то есть в среднем у каждой 9 10-й женщины возникает рецидив свища [7, 8, 1, 9, 4]. Значительные трудности возникают при лечении сочетанных повреждений мочеточников и мочевого пузыря. В литературе имеются единичные сообщения о такого рода повреждениях мочеполовых путей и положительных результатах их оперативного

лечения [10, 11, 12, 13, 15,14]. Существующее многообразие методов восстановления проходимости мочеточников, закрытия дефектов мочевого пузыря и уретры все еще не позволяет достичь стопроцентного результата в лечении таких больных.

Высокая частота ятрогенных повреждений мочеточников и уrogenитальных свищей, их поздняя диагностика, а также не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления целостности мочеполовых путей, что и определяет актуальность нашей работы.

Цель исследования: улучшить результаты оперативного лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря и их осложнениями.

Материалы и методы:

Под нашим наблюдением находились 42 пациентов. Среди наблюдаемых нами больных 37 имели пузырно-влагалищные и 5 - уретро-влагалищные свищи. У 18 пациенток имели место лигатурные камни мочевого пузыря и у одной больной – камень влагалища. Из 37 женщин с пузырно-влагалищными свищами у 7 мы наблюдали свищи небольших размеров (до 7 мм), у 26 - средних (от 7 до 15 мм), и у 4 - крупных (более 15 мм). 18 пациенткам до госпитализации в нашу клинику предпринимались попытки ликвидации фистул в других стационарах различными методами.

Неудовлетворительные результаты предыдущих операций мы объясняем недостаточным разделением стенок мочевого пузыря и влагалища или выполнением оперативного вмешательства на фоне еще не

купированного воспалительного процесса в околовшицевых тканях. Благодаря анализу литературных данных [1,3,13] и собственных наблюдений мы пришли к выводу, что при формировании пузырно-влагалищной фистулы оптимальные сроки фистулорафии составляют 2,5-4 месяца. Это объясняется не только возможностью полного купирования воспалительного процесса в области свища, но и окончательным формированием рубцовой ткани, позволяющим анатомичнее выделить все парасвищевые ткани в ходе реконструктивной операции.

Все больные были оперированы. Характер выполненных оперативных вмешательств приведен в таблице 1.

Из таблицы следует, что 37 больным с пузырно-влагалищными свищами было выполнено у 26 (70,3%) трансвезикальная везикофистулорафия, у 11 (29,7%) комбинированная трансвезикальная и трансвагинальная везикофистулорафия. 5 больных перенесли операцию уретрофистулорафию.

В настоящее время операцией выбора при пузырно-влагалищных свищах является трансвезикальная фистулорафия. Всем больным в предоперационном периоде проводилась противовоспалительная терапия, санация влагалища и области свищевого хода растворами антисептиков.

Антибактериальная терапия назначалась согласно результатам бактериологического исследования мочи, с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Всем больным с рецидивными пузырно - влагалищными свищами перед операцией выполнялась фистулография для уточнения хода свища в

Таблица 1.-Характер оперативных вмешательств, выполненных больным с пузырно-влагалищными и уретро-влагалищными свищами

Оперативные вмешательства	Пузырно-влагалищные свищи		Уретро-вагинальные свищи	
	Абс.	%	Абс.	%
Трансвезикальная везикофистулорафия	26	70,3	-	-
Комбинированная трансвезикальная и трансвагинальная везикофистулорафия	11	29,7	-	-
Уретрофистулорафия	-	-	5	100
Всего	37	100	5	100

рубцовоизмененных тканях. После окончания предоперационной подготовки выполняли контрольную цистоскопию для визуализации и оценки внутреннего отверстия свищевого хода и «готовности» свища к иссечению.

Операцию выполняли под перидуральной анестезией, или под эндотрахеальным наркозом. При пластике свища использовали трансвезикальный доступ у 26 больных, в 11 случаев был применен комбинированный трансвагинальный и чрезбрюшинный подход. Перед выполнением основного этапа операции производили катетеризацию свищевого хода в зависимости от его размеров соответствующим катетером Фолея. Затем овальными сходящимися продольными разрезами, отступая от видимого края свища 0.5-1 см., рассекали стенку влагалища. После чего острым путем разделяли стенки мочевого пузыря и влагалища.

На данном этапе важно отметить, что успех операции в большей степени зависит от полноты разделения двух связанных свищом структур, для того, чтобы, прежде всего, в достаточной мере мобилизовать стенку мочевого пузыря. После ее широкой мобилизации на расстоянии не менее 3-4 см во все стороны от свищевого отверстия, производим окончательное иссечение рубцовых тканей свищевого хода.

Следующим этапом ушиваем стенку мочевого пузыря викрилом (3/0), 2-х рядными узловыми серозномышечными швами в поперечном направлении. После чего проверяем герметичность мочевого пузыря, вводя в него 250-300 мл фурациллина. Затем продольно викрилом ушиваем стенку влагалища с оставлением в околопузырном пространстве резинового выпускника, который удаляем на 2-ые сутки после операции. У пациенток с рецидивными, обширными свищами мочевого пузыря дренировали катетером Фолея в течение 7-10 суток. Положительный результат был отмечен у 36 больных, и только у одной пациентки с мочевым свищом потребовалось повторное оперативное вмешательство, которое увенчалось успехом.

По нашему мнению, успех операции зависит от анатомичного разделения стенок мочевого пузыря и влагалища, максимально полного иссечения рубцово измененных тканей и тщательного ушивания стенки мочевого пузыря с сопоставлением всех слоев. Оценивая результаты реконструктивно восстановительных

операций по поводу осложнений ятрогенных повреждений мочеполовых органов мы придерживались трехстепенной классификации (хороший,удовлетворительный,неудовлетворительный). Исходя из данной классификации у 30 (90,4%) больного отмечен хороший результат, у 13(8,3%) - удовлетворительный, и у 1 (1,3%) – неудовлетворительный результат.

Таким образом, нам удалось реабилитировать 98,8% пациентов с осложнениями ятрогенных повреждений мочеполовых органов, и тем самым улучшить их качества жизни.

Литература:

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи. // М.: МЕДпресс, 2001.- 189 с.
2. Gibbons W.S., Barry J.M., Nefby T.R. Complications following unstented parallel incision extravesical ureteroneocystostomy in 1000 kidney transplants // J. Urol. - 1992. - Vol. 148. - № 1. - P. 38 - 40.
3. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. // М.: Медицина, 1986. - 147 с.
4. Fabrizio M.D., Kavoussi L.R., Jackman S. et al. Laparoscopic nephrectomy for autotransplantation//Urology. - 2000. -Vol. 55.-X1. - P. 145.
5. Faure G. L'autotransplantation renale sa place en urologie // Ann. Urol. - 1984.-Vol. 18.-№3.-P. 149-151.
6. Hauser S., Bastian P., Mueller S., Small-intestine-submucosain urethral stricture repair. // Eur. Urol.-Vol.4.-№3.-2005.-P.242.
7. Вайнберг З.С. Неотложная урология. // М: Московский рабочий, 1997. - С. 123-152.
8. Вайсман Л.А. Повреждение мочевого пузыря при грыжесечении //Клиническая хирургия.- 1975. - №4. -С.57-58.
9. Borkowski A., Czaplicki M, Dobronski P. Treatment of postradiation vesicovaginal fistulae using isolated ileal segment (Studer type) // Eur. Urol. -2000. - Vol. 37. - Suppl. 2. - P. 2.
10. Довлатян А.А. Кишечная пластика при интерстициальном цистите со сморщиванием мочевого пузыря // Урол. и нефрол. - 1988. - № 3. - С. 60-62.
11. Комяков Б.К., Иванов А.О. Ятрогенная флегмона таза с обширным разрушением мочевых путей // Урол. и нефрол. - 1989. - № 5. - С.63 -65
12. Лоран О.Б., Годунов Б.Н., Зайцев А.В., и др. Повреждения органов мочевой системы при эндоскопических операциях в гинекологии // Акушерство и гинекология. - 2000. - № I. - С. 19 - 23.
13. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Липский В.С. Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин. // Саратов: Приволжское книжное издат-во, 2001. - 191 с.
14. Webster G., Maggio M. The management of chronic interstitial cystitis by substitution cystoplasty // J. Urol. - 1989. - Vol. 141. - № 2. - P. 287 – 291
15. Фрейдович А.И. Клиническая фтизиоурология. - М.: Медицина, 2002. -304 с.