

УДК618.15-007.253-089

В. М. Нагорный, Д. Г. Ерошкин, Б. В. Мазалов

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ЗАКРЫТИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: пузырно-влагалищный свищ, фистулопластика, инвалидность.

Как известно, на протяжении многих лет продолжают споры между приверженцами двух точек зрения на предмет срока закрытия фистул у больных с мочеполовыми свищами. В данной статье мы хотели бы высказать свое мнение по этой проблеме, исходя из личного опыта.

По статистике основными этиологическими факторами, приводящими к возникновению мочеполовых свищей, являются акушерские вмешательства и обширные гинекологические операции. Зарегистрированная частота формирования мочеполовых фистул после гинекологических операций составляет 0,05—1,0%, возникновение пузырно-влагалищных свищей (ПВС) после кесарева сечения — 0,04%. Частота подобных осложнений во время экстирпации матки — 0,2–2,5% [8].

Впервые мочеполовые свищи упоминаются в трудах Авиценны, но фундаментальные сведения по лечению таких фистул у женщин относятся к середине XVI столетия и принадлежат Амбразу Паре [5]. То есть история диагностики и лечения мочеполовых свищей насчитывает около четырех столетий, и на протяжении всего этого времени продолжается дискуссия о сроках их закрытия. Одни авторы считают необходимым проводить фистулопластику как можно раньше, другие же, напротив, в этом отношении придерживаются выжидательной тактики. Каждая из сторон в пользу своего мнения приводит соответствующие аргументы. Так, авторы, выступавшие за раннее оперативное вмешательство (Сергеева В. И., Яковлев И. И., Nwabineli et al., Soong et al.) [4], считали, что:

1. Операция должна избавить от прогрессирования воспалительных процессов в мочевом пузыре и восходящей инфекции;
2. Бездействие мочевого пузыря может привести к его контрактуре;
3. Развитие рубцовой ткани приводит к деформации влагалища вплоть до атрезии;
4. Долгое существование фистулы, особенно на фоне мочекаменных диатезов, приводит к ее инкрустации и образованию конкрементов;
5. Больные с мочеполовыми свищами — это нетрудоспособные, обреченные на длительные страдания и социально дезадаптированные женщины с нарушенной менструальной и детородной функциями. Оттягивание сроков операции (порой необоснованное) усугубляет психосоматические расстрой-

ства, которые иногда приобретают суицидальный характер.

Сторонники отсроченных операций (Кан Д. В., Лоран О. Б., Mogiel et al.) [4] отталкивались от следующих позиций:

1. В течение не менее 3 месяцев после операции, являющейся причиной образования пузырно-влагалищной фистулы, купируется воспаление в зоне свища и «уходит» отек тканей;
2. К этому времени ткани восстанавливают свои пластические свойства;
3. Можно рассчитывать на спонтанное закрытие фистул.

Но при этом обе стороны единодушны в отношении сроков оперирования лучевых свищей (6—12 мес.) и коррекции повреждений, выявленных в течение 48—72 часов.

В соответствии с данными основных руководств фистулопластика должна проводиться не ранее 3—6 месяцев от выявления заболевания [2, 4, 5, 6, 8]. В ряде монографий по оперативной гинекологии допускается закрытие свищей после двух месяцев [7].

Согласно положению о медико-социальной экспертизе, больной, имеющий неблагоприятный трудовой прогноз в случае продолжающейся нетрудоспособности более 10 месяцев, в отдельных случаях более 12 месяцев (травмы, состояние после реконструктивных операций, туберкулез), является стойко нетрудоспособным, т. е. инвалидом [3]. Учитывая период выжидания до операции (3—6 месяцев), время, затрачиваемое на послеоперационную реабилитацию и высокую вероятность рецидива заболевания, женщинам с пузырно-влагалищными свищами необходимо проходить освидетельствование медико-социальной экспертной комиссией с целью получения II группы инвалидности.

Необходимо отметить, что в нашей клинике до 1996 г. практиковалось отсроченное закрытие фистул, а начиная с 1997 г. и по сегодняшний день мы оперируем ПВС через 3—4 недели от момента их образования. В данной статье проведен ретроспективный анализ 27 историй болезни пациенток с ПВС в период с 1994 по 2004 г. включительно. Средний возраст женщин составил 41 год (табл. 1), средняя продолжительность стационарного лечения — 28 койко-дней. С 1994 по 1996 г. в условиях Городской клинической больницы № 2 прооперировано 9 женщин с ПВС в сроки от 3 до 7 мес. от начала заболевания. После 1996 г. мы закрыли 18 фистул в период от 21 до 48 дней от момента их выявления (трое из них — рецидивные и неоднократно оперированные). При этом первые попытки оперативного лечения свищей предпринимались либо до 1997 г. (2 чел.), либо в других лечебных учреждениях (1 чел.), в связи с чем эти случаи можно отнести к первой категории наблюдений.

Причинами возникновения ПВС на собственном материале явились такие операции, как кольпопоз из брюшины малого таза (1), экстирпация матки по

Таблица 1
Распределение женщин по возрастным группам

Возраст, лет	17-30	31-40	41-50	51-60
Кол-во наблюдений	3	5	11	8

поводу новообразований (21), экстирпация матки по поводу атоничного кровотечения после кесарева сечения (4), и один свищ возник после затяжных родов.

При поступлении больные жаловались на постоянное или периодическое (в зависимости от положения тела) подтекание мочи из влагалища, покраснение и мацерацию кожи половых губ и внутренней поверхности бедер, иногда на боли над лоном или рези в мочеиспускательном канале. В процессе диагностики в условиях стационара помимо общеклинических методов обследования обязательно проводилась цистоскопия (для определения расположения свищевого хода по отношению к устьям мочеточников), осмотр на зеркалах (в целях уточнения локализации фистулы на передней стенке влагалища). Для выявления степени вовлеченности почек в патологический процесс выполнялись ультразвуковое исследование почек, обзорная и экскреторная урографии, исследование показателей суммарной функции почек (мочевина, креатинин).

Таким образом, в структуре причинных факторов пузырно-влагалищных свищей доля акушерских фистул составила 18,5% (против 81,5% гинекологических). Существующая тенденция уменьшения акушерских свищей по сравнению с гинекологическими (рис. 2), по всей вероятности, связана с ранним выявлением беременных с отягощенным акушерским анамнезом и соответствующим их ведением, совершенствованием техники родовспоможения, а также с расширением показаний для кесарева сечения.

Исследуемая патология встречается чаще всего у женщин после 41 года (70% наблюдаемых). Это связано с тем, что большинство фистул появлялось после экстирпации матки по поводу новообразований (77,7% наблюдаемых). В литературе имеются ука-

зания на то, что средний возраст выявления миомы матки составляет $32,8 \pm 0,5$ года, а показания к активному хирургическому вмешательству возникают в $44,4 \pm 0,3$ года [1]. Для уточнения диагноза и тактики оперативного лечения необходимо проводить сонографию почек, цистоскопию, обзорную и экскреторную урографию, определять показатели суммарной функции почек.

Частота рецидивов при отсроченных оперативных вмешательствах составила 25%, в то время как случаев повторного возникновения свищей, закрытых в ранние сроки, на собственном материале не выявлено. В связи с сокращением сроков предоперационной реабилитации с 6 мес. до 3–4 недель и снижением частоты рецидивов при использовании ранних фистулопластик отпала необходимость освидетельствования больных экспертными комиссиями и присвоения им группы инвалидности — теперь достаточно продления больничного листа через клинко-экспертную комиссию лечбно-профилактического учреждения.

Литература

1. Вихляева Е.В. Руководство по эндокринной гинекологии. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000.
2. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. — М.: Медицина, 1986.
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
4. Лоран О.Б., Липский В.С. Медицинская и социальная реабилитация женщин, страдающих пузырно-влагалищными свищами. — Саратов: Приволжское книжное издательство, 2001.
5. Мажбиц А.М. Оперативная урогинекология. — Л.: Медицина, 1964.
6. Оперативная урология. Классика и новации: руководство для врачей / Манагадзе Л.Г., Лопаткин Н.А., Лоран О.Б. и др. — М.: Медицина, 2003.
7. Персианинов А.С. Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1976.
8. Хириш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекология. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 1999.

Поступила в редакцию 10.03.05.

OPTIMISATION OF PERIOD OF CLOSURE OF VESICOVAGINAL FISTULA

V.M. Nagorny, D.G. Eroshkin, B. V. Mazalov
Vladivostok State Medical University

Summary — Urino-genital fistula is a rare kind of pathology still to be found in every day medical practice. Women suffering from urino-genital fistulas, vesicovaginal ones included, are disabled persons from the social point of view. This paper provides data on the retrospective analysis of 27 case histories of women suffering from vesicovaginal fistulas undertaken to identify the optimal period of closure of these fistulas. As is shown, surgical treatment of the fistulas administered 3–4 weeks after the disease starts (unlike the traditional 3–6 months) results in a considerable decrease of the relapse rate, hastens the social adaptation and allows not to assign the II disability group to these patients.

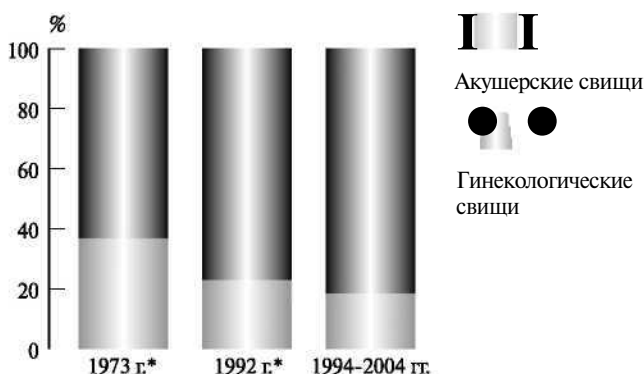


Рис. 1. Динамика соотношения акушерских и гинекологических ПВС.

* Данные за 1973 и 1992 г. — по материалам О.Б. Лорана [4].