

*ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
МОЧЕПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МНОГОКОМПОНЕНТНОГО
БИОЛОГИЧЕСКОГО РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ*

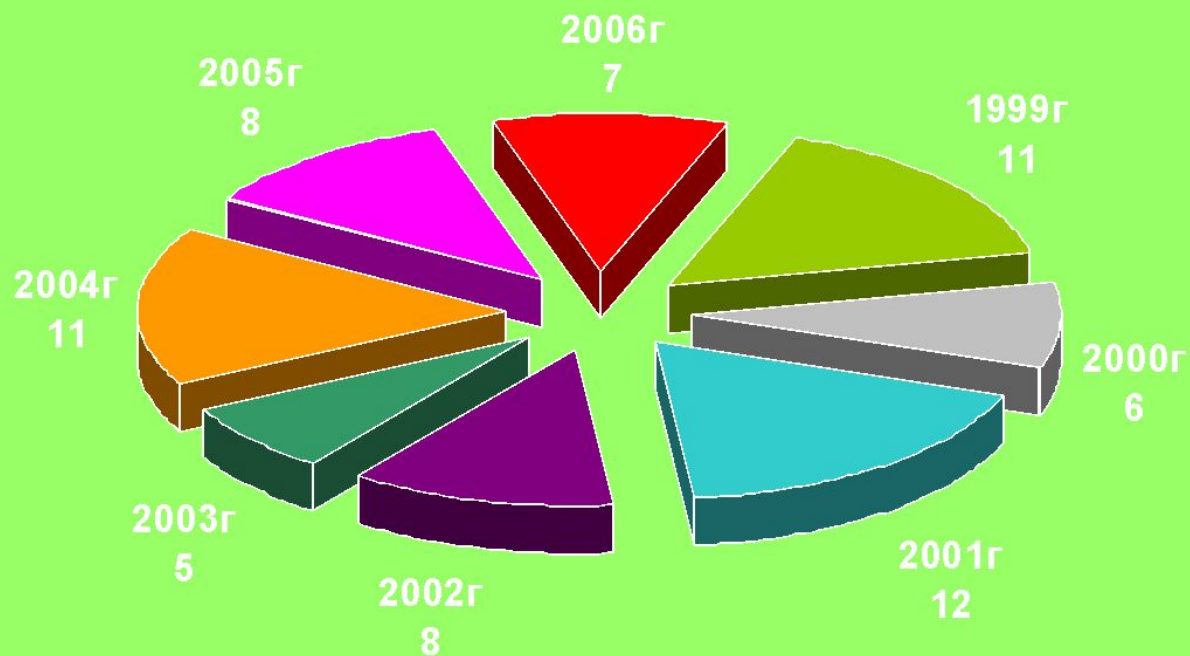
В. Н. Демченко

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии
им. В.И. Шаповала

Кафедра урологии и андрологии им. А.Г. Подреза
Харьковского государственного медицинского университета

- Из всей структуры мочеполовых свищей 46,6-69,1% приходится на мочепузырно-влагалищные свищи (МПВС);
- В 82-85% случаев причиной возникновения МПВС является перенесенные гинекологические операции – чаще всего ампутация или эктирпация матки;
- МПВС значительно снижают качество жизни, приводят к психической и социальной дезадаптации, а при возникновении осложнений приводят к стойкой инвалидизации пациентки;
- Несмотря на многообразие методик хирургического лечения, в 10% случаев излечить пациентку не удаётся;

**За период с 1999 по 2006 г. с мочепузырно-
влагалищными свищами в ОКЦУН проходили
лечение 68 пациенток**



Все больные которым проводилось хирургическое лечение МПВС были разделены на две группы:

I группа – 32 пациентки, которым фистулопластика была проведена с применением многокомпонентного биологического раневого покрытия;

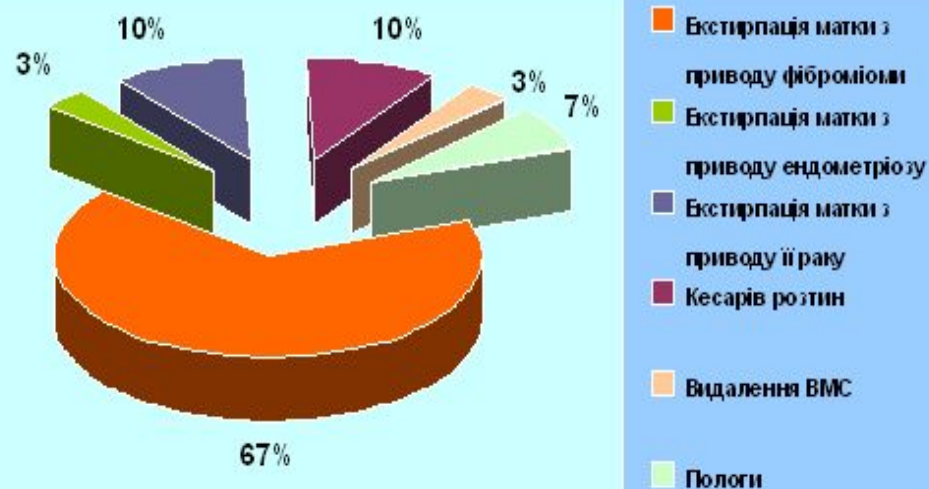
II группа – 30 пациенток, которым фистулопластика проводилась по общепринятым методикам;

Причини виникнення МПВС

I група

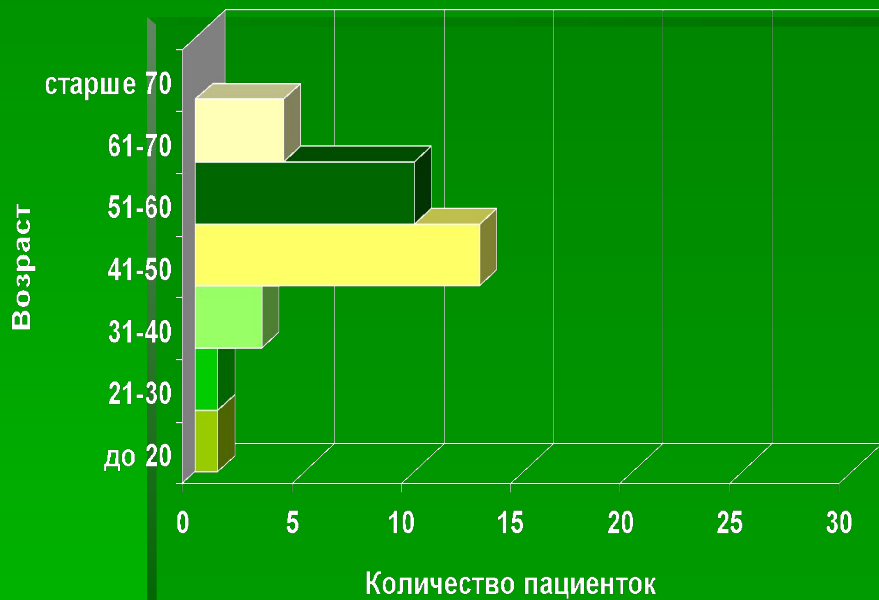


II група

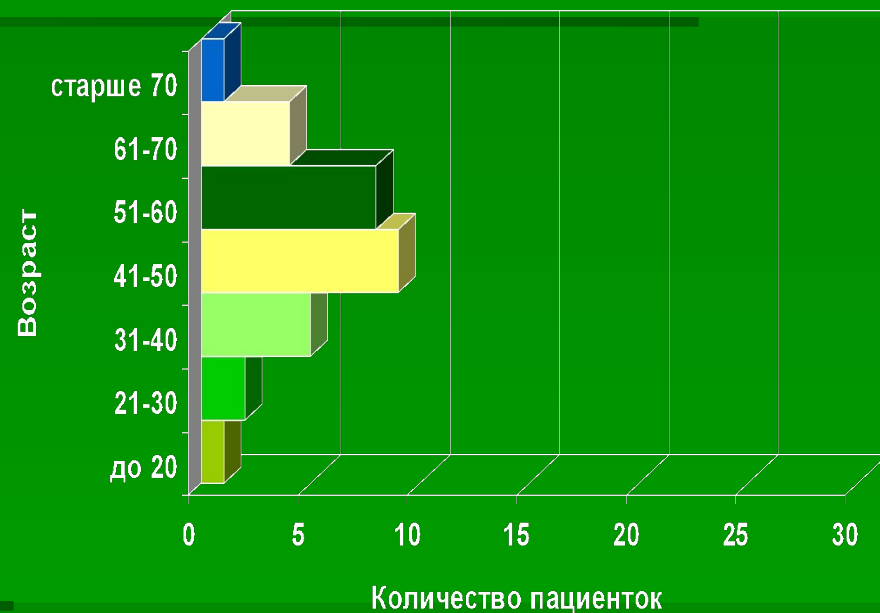


Возраст пациенток

I группа (18-65 лет)



II группа (19-73 лет)



Клиническая характеристика

I группа

(32 пациентки)

- У 6 (19%) – свищи рецидивные;
- У 2 (6%) – свищи комбинированные (мочепузырно-влагалищно-ректальные);
- 4 (12%) – госпитализировались повторно (санация, оперативное лечение не связанное с фистулопластикой);

II группа

(30 пациенток)

- 5 (16,6%) – рецидивные;
- 10 (33,3%) – госпитализировались повторно 6 (20%) из них, проведено оперативное лечение (уретероцистонеостомия, снятие лигатур с мочеточника, цистолитотрипсия)

- Эффективность консервативного лечения МПВС составляет всего 0,7-11,6%;
- Основным методом лечения МПВС является хирургическое лечение;
- Хирургическое лечение – фистулопластика, предполагает трансвезикальный, трансвагинальный, трансабдоминальный и комбинированные виды оперативного доступа;
- положительный эффект от первичных операций составляет 60 - 74%, эффективность повторных операций 12 - 39%.

Условия необходимые для проведения фистулопластики МПВС транвезикальным доступом:

1. Достаточная ёмкость мочевого пузыря;
2. Отсутствие рубцовых изменений паравезикальной клетчатки;
3. Отсутствие патологических изменений передней брюшной стенки, затрудняющие доступ к мочевому пузырю;
4. Расположение свища вне треугольника и сфинктера мочевого пузыря;

СПОСОБЫ УКРЕПЛЕНИЯ МОЧЕПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И РАЗДЕЛЕНИЯ ШВОВ ВЛАГАЛИЩА И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ:

- прядью большого сальника (Mundi);
- лоскутом брюшины (M. Stockle, 1999);
- лоскутом *m. gracilis*;
- серозно-кишечным лоскутом;
- фиброзно-жировым или бульбо-кавернозным лоскутом большой половой губы (H. Martius, 1928);
- плацентарной тканью (К.И. Полуйко, 1958);
- сегментом стенки желудка;
- консервированной твердой мозговой оболочкой;
- цианакрилатным клеем (В.А. Орлов, 1982);
- свободным жировым лоскутом передней брюшной стенки (А.А. El-Lateef Moharram, М.А. Abd El-Raouf, 2004)

По методике, разработанной совместно с Отделом воспалительных заболеваний (зав. отд. проф. С. П. Пасечников) Института урологии АМН Украины и кафедрой урологии и андрологии им. А. Г. Подреза (зав. каф. проф. В. Н. Лесовой) Харьковского государственного медицинского университета фистулопластика была выполнена
32 пациенткам.

Суть методики состоит в том, что между швами владалища и мочевого пузыря, с целью их разделения, укрепления и герметизации фиксировалась пластина «Тахокомба» (ТК)

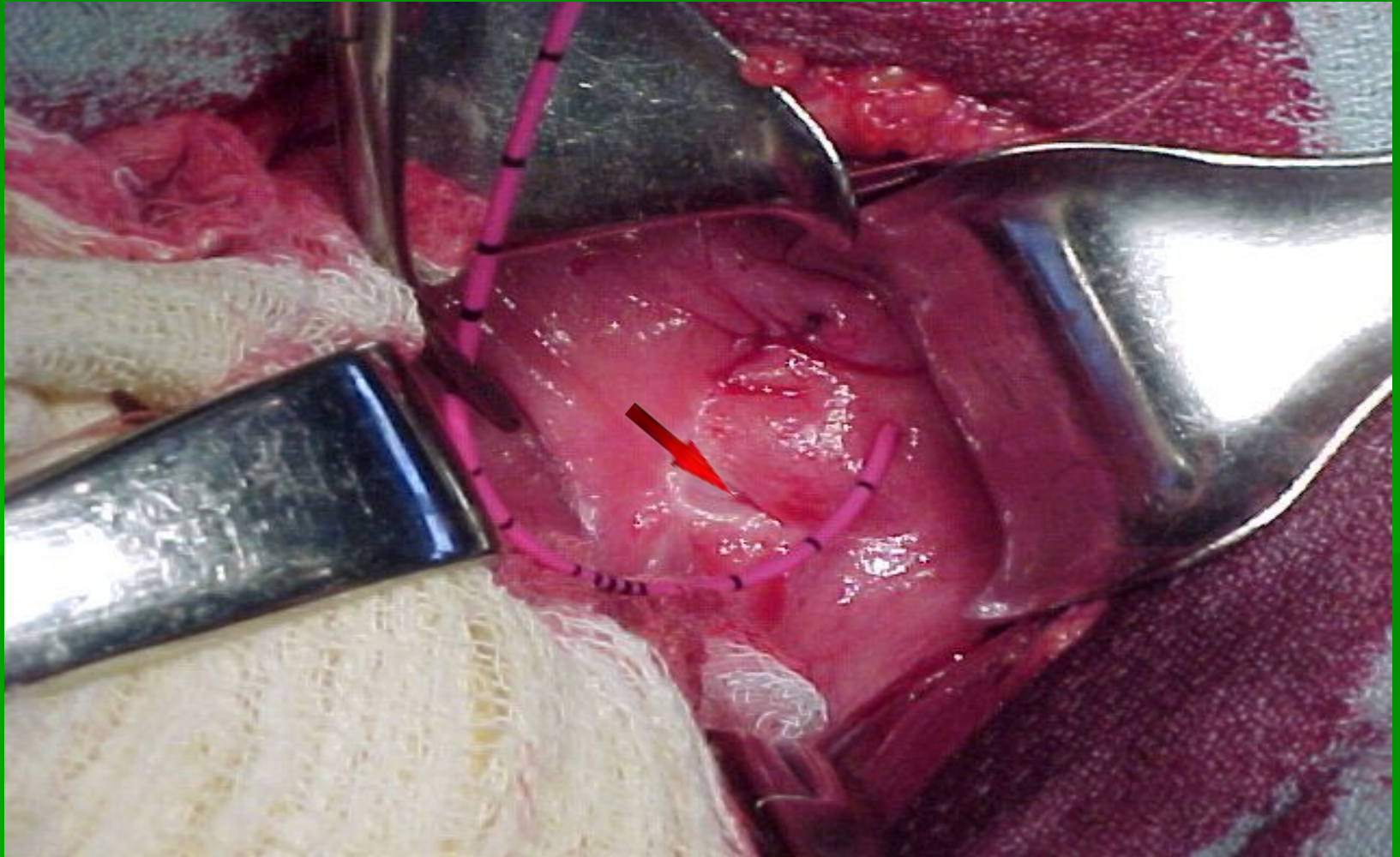
Декларационный патент Украины на изобретение № 60715А от 15.10. 2003

«Тахокомб» (Hafslund Nycomed Austria GmbH)

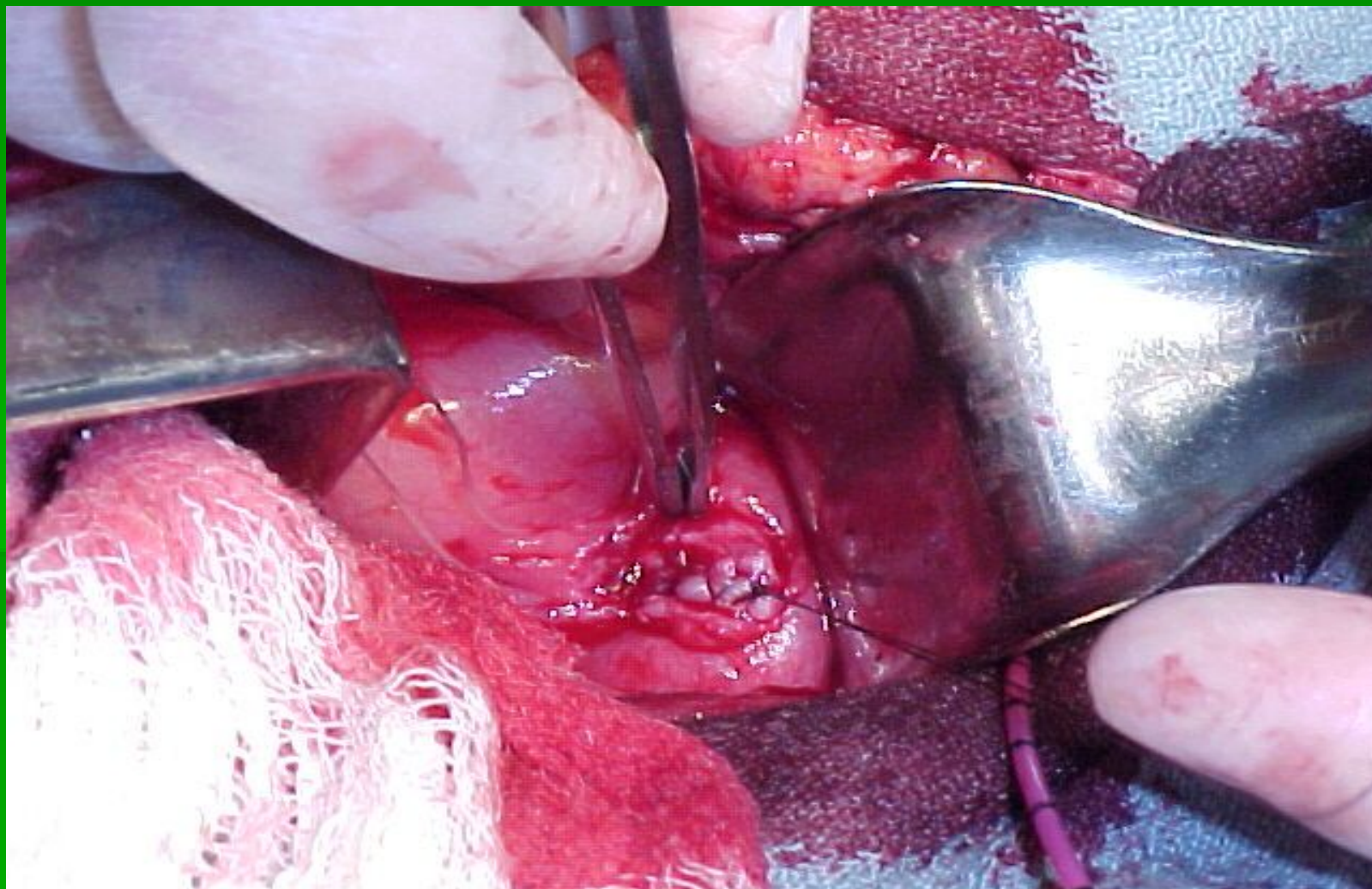
готовое к применению многокомпонентное абсорбирующее биологическое раневое покрытие

- Коллагеновая пластинка, покрытая слоем фибринового клея в состав которого входят фибриноген, тромбин, апротинин (гордокс, контрикал, тразилол) и рибофлавин.
- Количество фибриногена в 1 кв. см пластины в переводе на плазму крови человека составляет 8,6 -13,4 г/л, превышая физиологическую норму в 2-3 раза, что обеспечивает эффект в условиях дефицита факторов свертывания, медикаментозной гипергепаринемии, тромбоцитопении и тромбоцитопатии.
- Обладает гемостатическими, пластическими и герметическими свойствами.
- Увеличивает механическую прочность швов в 1,5 – 2 раза.
- Не теряет свои свойства при контакте с мочой и другими физиологическими жидкостями организма.

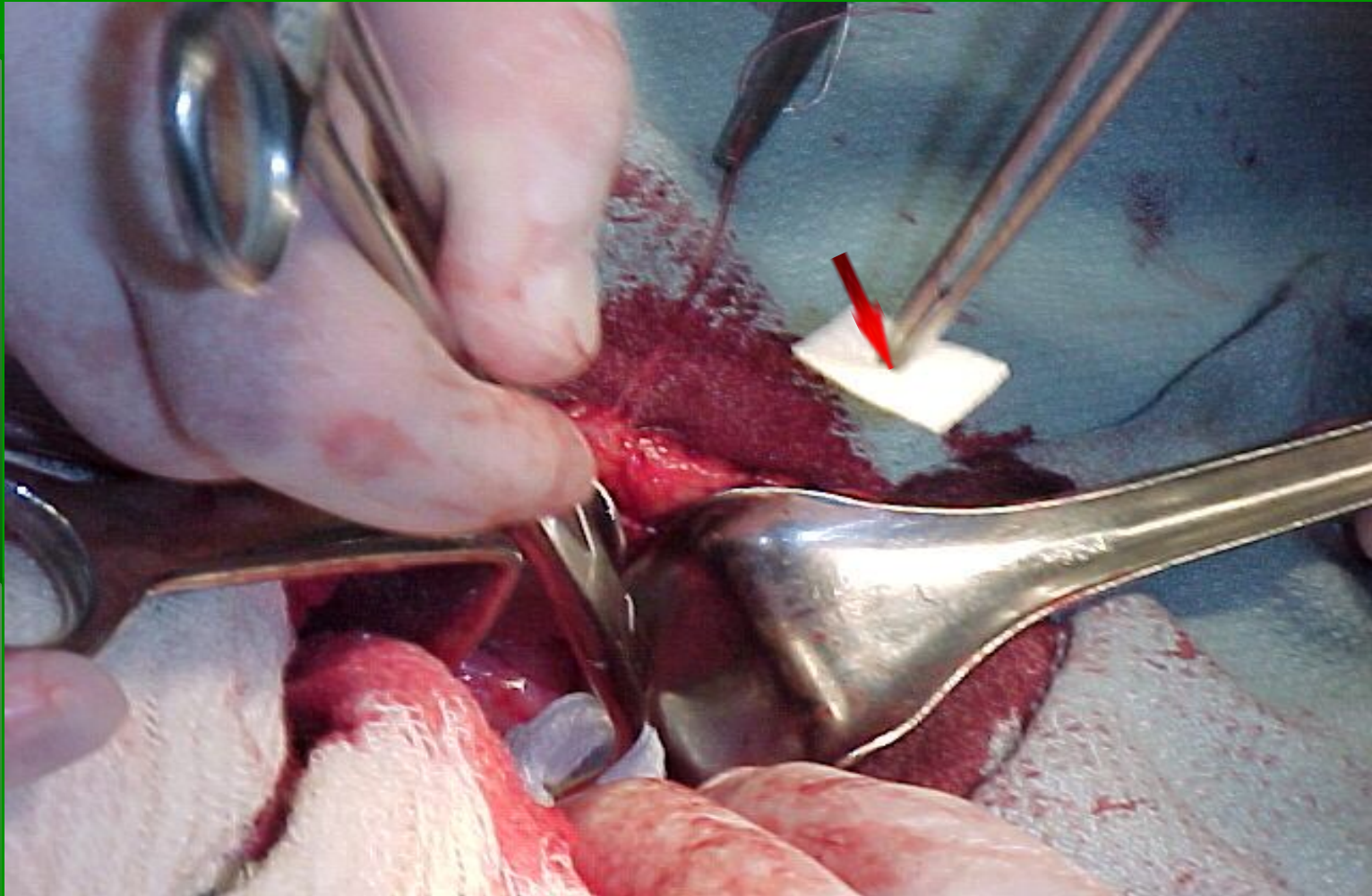
Визуализация свища с катетеризацией устья мочеточника



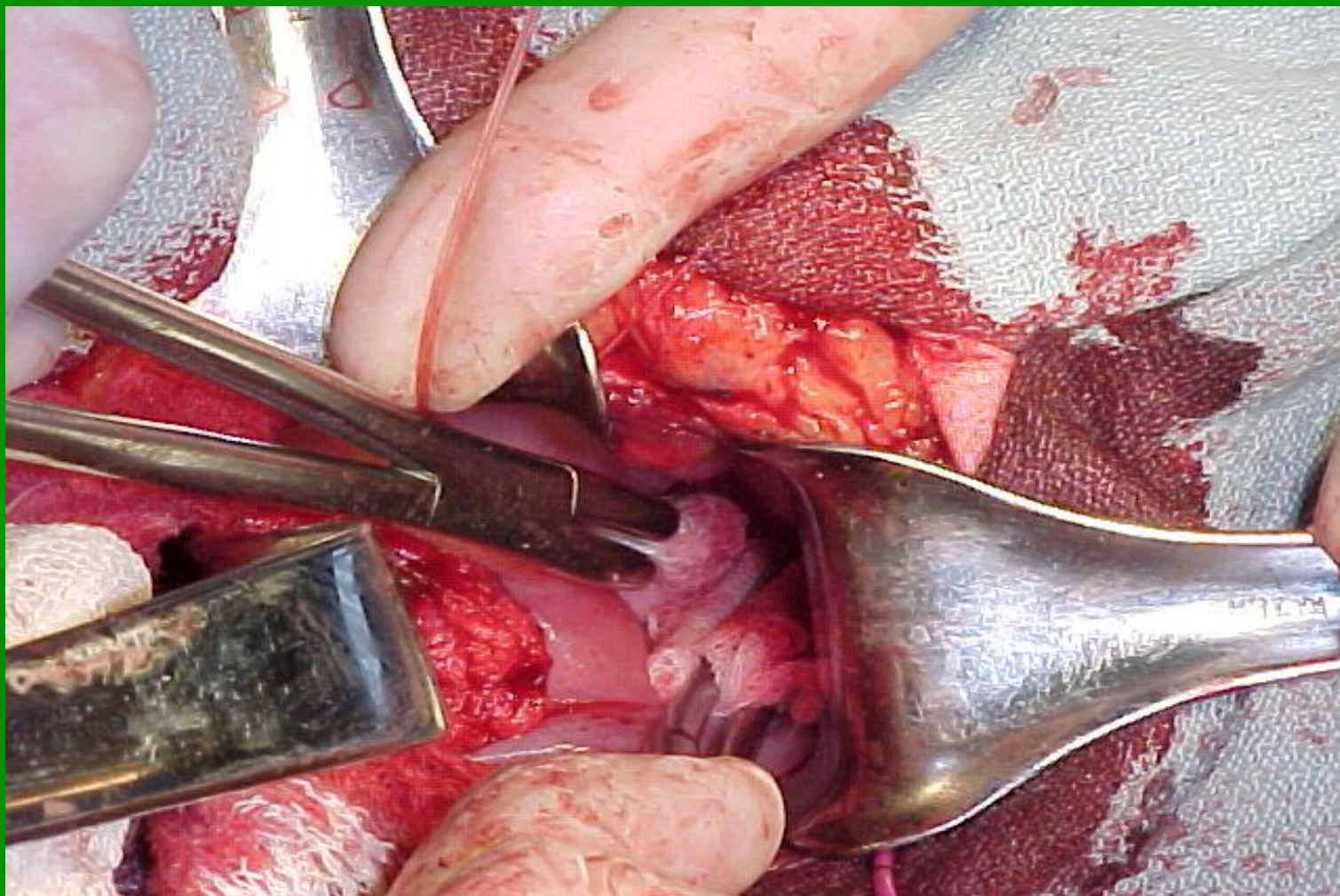
После иссечения свища – ушивание стенки влагалища



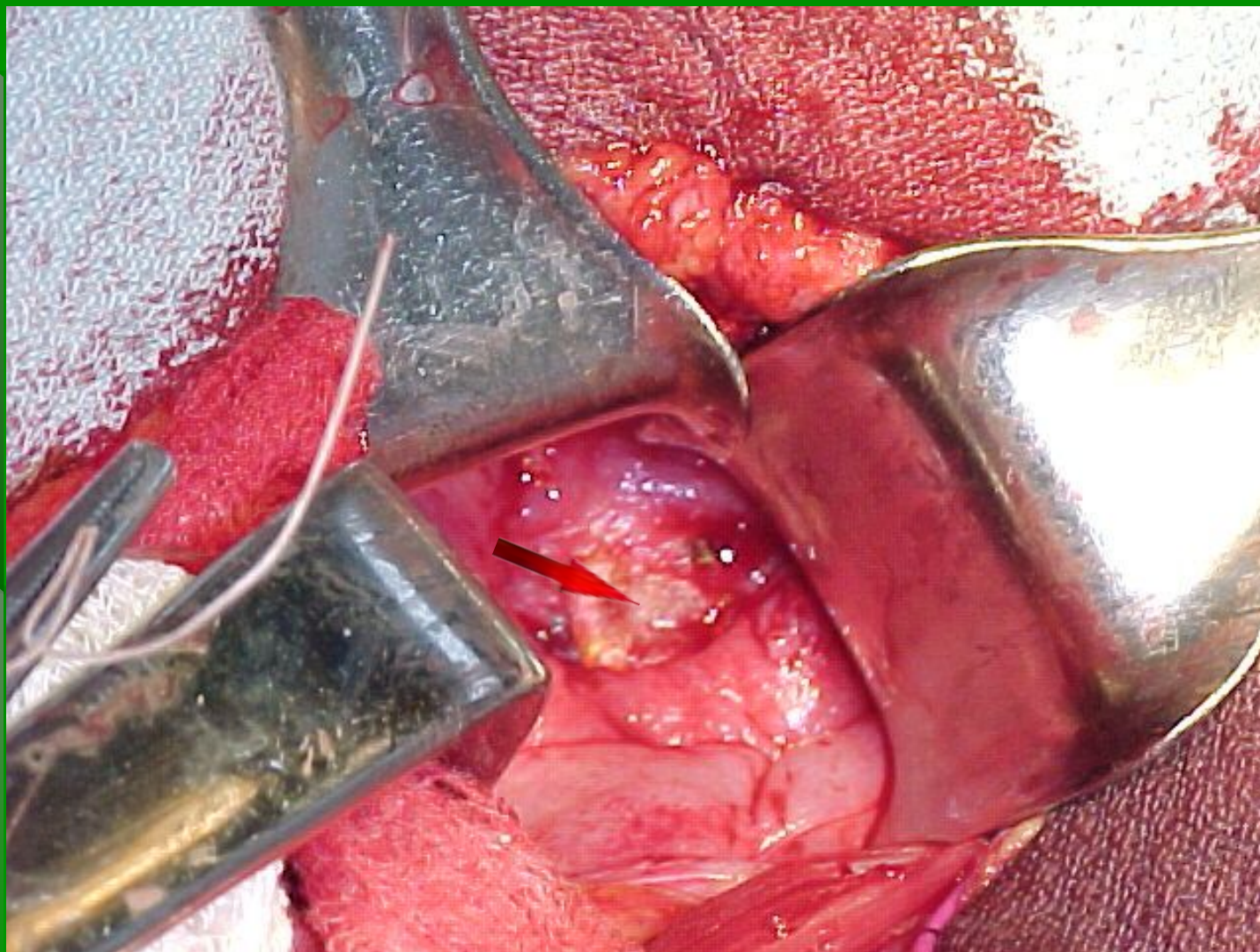
Апликация на шов влагалища пластины ТК рабочей поверхностью



ФИКСАЦИЯ ПЛАСТИНЫ К РАНЕ В ТЕЧЕНИИ 3-5 МИНУТ



Вид раневой поверхности после фиксации ТК



- Мочевой пузырь ушивался наглухо и дренировался уретральным катетером;
- Влагалище не туго тампонировалось мазевым тампоном;
- В послеоперационном периоде пациенткам обеих групп проводилась идентичная терапия;

Результаты хирургического лечения пациенток I и II групп

I группа (32)

После фистулопластики с применением для разделения и укрепления швов многокомпонентного биологического раневого покрытия – «Тахокомб» - рецидив мочепузырно-влагалищного свища возник у 3 (9,4%) пациенток.

II группа (30)

После транспузырной фистулопластики без применения ТК рецидив свища возник у 10 (33,3%) пациенток

Выводы:

- Использование ТК при фистулопластике позволяет сократить время и уменьшить объем операции;
- Техника его применения проста, не требует специальных приспособлений;
- Каких либо местных и общих аллергических реакций при применении ТК ни в одном из случаев не наблюдалось;
- Применение ТК позволяет снизить количество рецидивов МПВС в 3 раза, по сравнению с общепринятыми методиками;
- Использование «Тахокомба» может быть рекомендовано для повышения эффективности хирургического лечения МПВС;

Спасибо за внимание!