

рез операционный канал цистоскопа. В качестве генератора использован аппарат лазерного излучения АЛТД – ОВ – 01 «Проминь», обладающий комбинацией составляющих источников: гелий-неоновый лазер с длиной волны в красной области видимой части спектра 0,65 мкм и два инфракрасных лазера с длинами волн 0,85 мкм и 0,98 мкм соответственно. Курс фотодинамической антисептики включал 10 ежедневных сеансов с экспозицией 15 минут.

Эффективность терапии в клинических группах мы оценивали по регрессии симптоматики, эволюции показателя бактериальной зараженности мочи на 3, 5 и 10-е сутки лечения.

В результате применения технологии фотодинамической антисептики (основная группа) имело место снижение уровня микробной обсемененности мочи уже после третьего сеанса до  $10^2$ - $10^3$  КОЕ/мл и практически полная элиминация флоры после пяти лечебных сеансов у 9 (75,0%) пациентов и во всех случаях к моменту окончания полного курса.

Фотодинамическая антисептика является перспективным и высокоэффективным методом профилактики инфицирования и воспалительных осложнений у пациентов со стойкой бактериурией и воспалительными явлениями в отдаленном послеоперационном периоде.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ТАХОКОМБА» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МОЧЕПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

*В.Н. Демченко, З.В. Ващенко*

*Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии  
им. В.И. Шаповала, г. Харьков, Украина*

*Харьковский государственный медицинский университет  
г. Харьков, Украина*

Несмотря на значительное развитие современной медицины, остаются актуальными вопросы профилактики и лечения мочепузырно-влагалищных свищей, которые составляют 46,6 – 69,1% от общего количества мочеполовых свищей [1].

Мочепузырно-влагалищные свищи (МПВС) существенно ухудшают качество жизни: затрудняют половую жизнь, являются причиной бесплодия, создают уродинамические нарушения, являются источником мочеполовой инфекции и образования камней мочевого тракта [2]. При неэффективности лечения или при возникновении осложнений приводят к стойкой инвалидизации женщины.

Методом выбора в лечении МПВС является хирургический способ. Независимо от оперативного доступа неизменными остаются принципы фистулопластики: достаточная визуализация зоны свища; разделение стенок мочевого пузыря и влагалища для свободной подвижности краёв раны; при наличии нескольких

свищей, расположенных в одной плоскости и на одном уровне, тканевые перемишки между ними размерами 0,5 Ч 0,5 см и менее рассекают; иссечение свища в пределах здоровых тканей; использование нерезорбирующего мочевого соли рассасывающегося шовного материала; послойное раздельное сшивание стенок мочевого пузыря и влагалища без натяжения и без образования «мертвого» пространства, разнонаправленность линий швов. Не всегда удаётся выполнить все требования, объективные трудности создают ограниченность и глубина операционного поля, наличие грубых рубцовых тканей в зоне операции, обильное кровоснабжение органов малого таза. Поэтому некоторые авторы для разделения швов, герметизации ушитого свища и укрепления пузырно-влагалищной перегородки предлагают использовать: лоскут париетальной брюшины, прядь большого сальника, лоскут *m. gracilis*, фиброзно-жировой или бульбокавернозный лоскут из большой половой губы, сегмент стенки желудка, консервированную твердую мозговую оболочку, плацентарную ткань, аллотрансплантат слизистой оболочки влагалища, детубуляризованный сегмент тонкой кишки, а также цианакрилатный клей [2, 3, 5, 7]. Данные методики требуют специальной техники забора и хранения биологического материала, больным наносится дополнительная оперативная травма.

Авторами в качестве средства, укрепляющего и разделяющего линии швов при фистулопластике, была применена аппликация комбинированного и готового к применению местного гемостатического препарата «Тахокомб» («Hafslund Nycomed Austria» GmbH).

В Харьковском областном клиническом центре урологии и нефрологии с 1999 по 2004 г. проходили лечение 53 пациентки, у которых были диагностированы мочепузырно-влагалищные свищи. Возрастной диапазон составил от 18 до 73 лет, средний возраст – 55 лет. Причинами возникновения свища у 45 (85%) пациенток была проведенная ранее экстирпация или ампутация матки в связи с её фибромиомой, эндометриозом или раком, у 2 (3,7%) свищ возник после кесарева сечения, у 2 (3,7%) – в результате инородного тела влагалища. У 4 пациенток (по 1,8% соответственно) этиологическими факторами в возникновении свищей были роды, удаление опухоли малого таза, удаление внутриматочной спирали, лучевая терапия в связи с раком шейки матки. У 22 (41,5%) пациенток свищи были рецидивные, 13 (24,5%) из них фистулопластика проводилась трансвлагалищным доступом в гинекологических стационарах.

Из общего числа больных, госпитализированных с мочепузырно-влагалищными свищами, 40 (75,4%) было проведено хирургическое лечение. Из них фистулопластика по общепринятым методикам была проведена трансвлагалищным доступом 9 (22,5%), транспузырным – 14 (35%), трансабдоминальным с интерпозицией между швами листка париетальной брюшины – 3 (7,5%). Одной

пациентке в связи со значительной субоперационной травмой во время гинекологической операции и развившимся острым правосторонним гнойным пиелонефритом была проведена нефрэктомия с последующей пересадкой левого мочеточника в сигмовидную кишку.

По методике, разработанной совместно Институтом урологии АМН Украины и кафедрой урологии и андрологии им. А.Г. Подреза Харьковского государственного университета<sup>2</sup> 13 (32,5%) пациентам фистулопластика была выполнена. Учитывая экспериментально и клинически подтвержденные гемостатические, пластические и герметические свойства препарата «Тахокомб» («Hafslund Nycomed Austria» GmbH), а особенно увеличение механической прочности швов в 1,5 – 2 раза и ускорение репарационного процесса, мы использовали его при фистулопластике [4, 6, 8]. Транспузырным доступом после иссечения свища и ушивания образовавшегося дефекта стенки влагалища на шов влагалища накладывалась вырезанная до нужного размера (перекрывающая края шва на 0,5 – 1,0 см) и формы пластина «Тахокомба» и сухими тампонами прижималась в ране на 3-5 минут. После фиксации «Тахокомба» к шву проводилось ушивание дефекта стенки мочевого пузыря. Мочевой пузырь дренировался цистостомой, либо ушивался наглухо и дренировался уретральным катетером. В послеоперационном периоде пациенткам проводилась антибактериальная терапия с учетом антибиотикограммы бактериологического исследования мочи.

В результате проведенного анализа оперативного лечения 40 пациенток с мочепузырно-влагалищными свищами установлено, что свищи рецидивировали у 3 (33,3%) пациенток, которым фистулопластика была проведена трансвлагалищным доступом и у 3 (21,4%) – с транспузырной фистулопластикой известными методиками.

В 13 клинических наблюдениях, у пациенток с мочепузырно-влагалищными свищами, которым фистулопластика была проведена транспузырным доступом с использованием пластины «Тахокомба» рецидивов не было. Каких-либо местных и общих аллергических реакций, связанных с применением «Тахокомба», ни в одном из наблюдений не отмечено.

Применение «Тахокомба» при хирургическом лечении мочепузырно-влагалищных свищей существенно уменьшает количество рецидивов. Техника его применения проста, аппликация не требует специальных приспособлений, эффект наступает через 5 минут после контакта с раневой поверхностью.

Таким образом, использование «Тахокомба» может быть рекомендовано для повышения эффективности операций на мочевом пузыре и половых органах.

---

<sup>2</sup> Патент 60715 А Україна, МПК А61В7/00. Спосіб хірургічного лікування сечоміхурово-піхвових норниць / Возіанов О.Ф., Пасечников С.П., Лісовий В.М., Гарагатий І.А., Циц О.В., Демченко В.М. (Україна); Інститут урології АМН України – № 2003021145; заявл. 07.02.2003; опубл. 15.10.2003, Бюл. № 10.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Возианов А.Ф., Люлько А.В., Серняк П.С. Пузырно- и уретро-генитальные свищи у женщин. – Киев, 1991. – 120 с.
2. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Атлас-керівництво з урології: УЗ т. – 2-е вид., переробл. та доп. – Дніпропетровськ, 2001. – 674 с. – Т. 2. – С 179.
3. Григорьян А.С., Паникаровскич В.В., Хамраев Т. и др. // Матер. 1-й Междунар. конф.: Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств и полимерных имплантатов. – М., 1992. – С. 209 – 210.
4. Пасечніков С.П., Романенко А.М., Циц О.В. // Урологія. – 2003. – № 1. – С. 26 – 29.
5. Хинман Ф. Оперативная урология: Атлас / Пер. с англ. – М., 2001. – С. 611 – 612.
6. Agus G. B., Bono A. V., Mira E., et al. // Int. Surg. – 1996. – №8. – P. 316 – 319.
7. Brandt F.T., Lorenzato F.R., Albuquerque C.D. // J. Amer. Coll. Surg., 1998. – V. 186. – P. 645.
8. Fahlencamp D. // Medical Tribune Clinic Dialog. – 1998. – № 35. – P. 317.

### ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ АУТОИММУННЫЙ СИНДРОМ I ТИПА

*А.В. Древаль, Т.С. Камынина, О.В. Нечаева, Р.С. Тишенина  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Полигландулярные аутоиммунные синдромы (ПАС), рассматриваемые в рамках иммунной эндокринопатии, характеризуются первичным, возникающим в различной последовательности, поражением двух или более периферических эндокринных желез, сопровождающимся их гипофункцией, которая обусловлена дефицитом соответствующих гормонов вследствие полной или частичной тканевой деструкции аутоиммунного генеза, что подтверждается обнаружением идентичных гистологических изменений (лимфоплазматитарной инфильтрации) во всех пораженных эндокринных органах [1, 2, 3, 4, 5].

Эндокринные аутоиммунные заболевания нередко сочетаются с неэндокринными аутоиммунного генеза. Различают три типа ПАС, дифференцируемых на основании клинко-иммуногенетических критериев. Выделяют ПАС-I (Whitaker-синдром), главными компонентами которого являются гипопаратиреоз, хронический слизисто-кожный кандидоз (ХСКК), первичный гипокортицизм [1, 2, 3, 4]. ПАС-II (синдром Шмидта) характеризуется сочетанием первичного гипотиреоза, гипокортицизма с сахарным диабетом I типа (СД 1), аутоиммунным гипофизитом, гипогонадизмом [4, 9]. ПАС-III диагностируется при выявлении СД 1 в комбинации с хроническим лимфоцитарным тиреоидитом, пернициозной анемией, витилиго, алопецией [9]. С позиций генетики аутоиммунные эндокринные компоненты ПАС являются генетически детерминированными заболеваниями. Об этом свидетельствуют результаты семейных генетических исследований. Вирусной инфекции принадлежит роль лидирующего внешнего фактора, инициирующего аутоиммунную атаку в отношении органов-мишеней у индивидуумов, генетичес-