

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ У ЖЕНЩИН

*М. Б. ПРЯНИЧНИКОВА, О. В. ЖУРКИНА, И. В. ЧЕРНЫШЕВ*

*Самарский государственный медицинский университет, Самара*

### Сведения об авторах:

**Чернышев Игорь Владиславович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологическим отделением ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, e-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru

За период с 2009 по 2014 годы в клинике урологии СамГМУ было пролечено 10 женщин с мочеполовыми свищами. У 5 из них это были пузырно-влагалищные свищи и у 5 - мочеточниково – влагалищные.

Онкопатология гениталий с оперативным пособием и лучевой терапией была причиной появления фистул у 7 женщин, патологические роды с оперативными пособиями привели к образованию свищей у 3 пациенток. В дооперационном периоде всем больным женщинам было выполнено обследование, включавшее в себя - вагинальный осмотр (ревизия свища, его катетеризация, заполнение мочевого пузыря раствором индигокармина), цистоскопию, цистографию, катетеризацию мочеточников, экскреторную урографию и по показаниям - МРТ.

Всем пациенткам с пузырно-влагалищными свищами проведена трансвезикальная фистулопластика с применением изолированной порции прямой мышцы живота; при мочеточниково-влагалищных свищах после предварительного наложения нефростом проведена уретероцистонеостомия. Свищи удалось ликвидировать 7 пациенткам.

**Ключевые слова:** пузырно-влагалищные свищи, мочеточниково-влагалищные свищи, трансвезикальная фистулопластика с применением порции прямой мышцы живота, уретероцистонеостомия.

### Введение

Мочеполовые свищи относятся к сложным и наиболее тяжелым осложнениям акушерско-гинекологических операций или длительно протекающих, тяжелых родов, которые приводят женщину к инвалидности, делают тягостным пребывание ее в коллективе и семье, нарушают физическое и психическое состояние.

Имеются в виду пузырно-влагалищные и влагалищно-мочеточниковые свищи, являющиеся наиболее частыми урологическими осложнениями гинекологических и акушерских операций, когда появляется свободное сообщение между мочевым пузырем и влагалищем или между влагалищем и мочеточником. Это достаточно редкая патология, Так, после гинекологических операций мочеполовые свищи формируются у 0,05 – 1,0% пациенток.

Классическим симптомом мочепузырного свища является непроизвольное выделение мочи из влагалища. Но иногда первым признаком этой патологии является появление гематурии. У 15% больных в течение месяца после операции нет клинических проявлений свища, в ряде случаев проходит несколько месяцев до появления соответствующей симптоматики.

Естественно, что лечение мочеполовых свищей у женщин представляет собой трудную задачу, почти всегда сопряженную с возможностью появления рецидива свища. Повторные операции лишь усугубляют этот риск.

Консервативные методы лечения могут использоваться лишь при незначительных, менее 3 мм в диаметре и только свежих свищах ( не более 2-х недель). В данном случае рекомендуется постоянное дренирование мочевого пузыря уретральным катетером, строгий постельный режим в положении пациентки на животе или боку, противоположном фистуле, постоянное

орошение мочевого пузыря растворами антисептиков, рыхлое тампонирование влагалища с солкосерилом, актовегином, антибактериальная терапия и, в ряде случаев, фульгурация свищевого хода. Следует отметить, что эффективность консервативных мероприятий невелика и составляет от 5 до 12,0% (1, 3).

Понятно, что основным методом лечения этой патологии может быть только оперативный метод. При этом все методы закрытия мочеполовых свищей разделяют на физиологические и нефизиологические. К физиологическим относят те виды операций, при которых в послеоперационном периоде сохраняются менструальная и половая функции, к нефизиологическим - операции, которые лишают женщину возможности осуществлять нормальную половую жизнь и нарушают репродуктивную функцию. И в том, и другом случаях основным показанием для операции является необходимость восстановления нормального мочеиспускания.

Основными методами хирургического лечения мочеполовых свищей являются: трансвезикальная пластика свища, трансвагинальная, а также фистулопластика с использованием лоскутов местных тканей или синтетических материалов.

Существуют и так называемые альтернативные методы хирургического лечения свищей - это операции с трансперитонеальным и лапароскопическим доступами и кольпоклеизис.

Эффективность хирургического лечения определяется, прежде всего, сроком, прошедшим с момента образования свища, состоянием слизистой оболочки мочевого пузыря, влагалища, выраженностью воспалительных изменений в зоне свища и его локализацией.

По локализации все мочеполовые свищи Б.К.Комяков (2) подразделяет на:

- мочепузырные - пузырно-влагалищные, пузырно-маточные, пузырно-придатковые, параметрально-пузырные;
- мочеточниковые - мочеточниково-влагалищные, мочеточниково-маточные;
- уретро-влагалищные, уретро-пузырно-влагалищные;
- комбинированные сложные мочеполовые;
- резервуарно-влагалищные (свищ между искусственным мочевым пузырем и влагалищем).

Наиболее часто встречаются пузырно-влагалищные и мочеточниково-влагалищные свищи.

К настоящему времени мы различаем три группы пузырно-влагалищных свищей:

1. Свищи пузырно-влагалищные задние, расположенные позади межмочеточниковой складки. Цель оперативного вмешательства в данном случае - закрытие просвета свища.
2. Свищи пузырно-влагалищные передние с разрушением шейки мочевого пузыря, области треугольника и мочеиспускательного канала. При свищах такого рода оперативное вмешательство заключается не только в закрытии свищевого отверстия, но и в восстановлении функции мочевого пузыря.

3. Свищи мочеточниковые. Мочеточниково-влагалищные свищи возникают, как правило, при краевом повреждении или перевязке мочеточника и последующем некрозе его стенки во время гинекологических операций, реже - после оперативного вмешательства на органах брюшной полости и мочевой системы, родоразрешающих операций, бытовой и огнестрельной травмы. Чаще же всего они появляются после удаления матки по поводу как злокачественных, так и доброкачественных новообразований.

Наиболее частым симптомом для мочеточниково-влагалищного свища является постоянное выделение мочи из влагалища на фоне сохраненного нормального мочеиспускания. Этот вид свищей всегда сопровождается сужением мочеточника, что приводит к развитию уретерогидронефроза на соответствующей стороне.

#### Материал и методы

В клинике урологии СамГМУ за период с 2009 по 2014 год было пролечено 10 женщин с мочеполовыми свищами, у 5 из них это были задние пузырно-влагалищные свищи, у 5 - мочеточниково-влагалищные.

Что касается пузырно-влагалищных свищей, то у 3 женщин они появились после удаления матки по поводу опухоли с предшествующей возникновению свища лучевой терапией, у одной - после гистерэктомии по поводу кровотечения во время кесарева сечения, у другой - в результате затяжных патологических родов.

Анализ причин мочеточниково-влагалищных свищей показал, что два из них были следствием гистерэктомии по поводу злокачественной опухоли и лучевой терапии, третий - следствием патологических родов с удалением матки, четвертый - результатом химио- и лучевой терапии рака шейки матки, пятый - осложнением операции Вертгейма по поводу опухолевого процесса матки.

Всем женщинам было проведено предоперационное обследование, заключающееся в анализе жалоб больных и изучении

анамнеза, вагинальном осмотре (ревизия свища, катетеризация его, заполнение мочевого пузыря раствором индигокармина), цистоскопии с катетеризацией мочеточников, цистографии, уретероскопии, экскреторной урографии и, при показаниях, МРТ.

Больным с пузырно-влагалищными свищами проводилась трансвезикальная фистулопластика, в основе которой лежал метод разделения стенок мочевого пузыря и влагалища и сшивания их в разных направлениях. Лигатуры, накладываемые на стенки влагалища, завязывались через влагалище, чем достигалось вворачивание его стенок внутрь последнего.

Мочевой пузырь мы старались ушить двурядно-первый ряд на ткани мышечного слоя или того, что от него осталось, - и нити завязывались в мочевом пузыре. После этого шов прикрывался изолированной порцией мышцы, взятой из передней мышцы живота и соразмерной полученному шву, которая фиксировалась к этому ряду. Далее накладывались швы на слизистую оболочку мочевого пузыря. Этим и достигалась разнонаправленность в ушивании стенок свища.

Четырем пациенткам с пузырно-влагалищными свищами удалось их ликвидировать. У одной пациентки свищ возник сразу после лучевой терапии рака шейки матки. К нам она обратилась через 1,5 года после образования фистулы. При цистоскопии по переходной складке, ближе к правой стенке мочевого пузыря определялось свищевое отверстие с краями, покрытыми фибрином. При колькоскопии в правом своде влагалища определялось свищевое отверстие, уходящее в мочевой пузырь.

Во время операции после того, как были закатетеризованы оба устья мочеточников, в пределах здоровой слизистой оболочки иссекалась слизистая оболочка фистулы вместе с краями влагалища. Далее операция проводилась по вышеописанной методике.

Что касается ликвидации мочеточниково-влагалищных свищей, то, после предварительного наложения нефростом и, поскольку у 2 больных травма мочеточника оказалась вблизи мочевого пузыря, после отсечения мочеточника выше свищевого хода осуществлялась прямая пересадка его в верхушку мочевого пузыря.

Третья из этих больных поступила к нам через год после появления мочи из влагалища, которое развилось сразу после химиолучевой терапии рака шейки матки. Наряду с недержанием мочи нормальное мочеиспускание было сохранено.

При кольпоскопии выявлена рубцовая деформация верхней трети стенки влагалища. При уретероскопии на 3 см выше устья мочеточника определялось отверстие свищевого хода. При ультразвуковом исследовании установлен правосторонний уретерогидронефроз на почве стриктуры нижней трети мочеточника. На экскреторных урограммах и скинтиграфии почек функция правой почки отсутствовала и поэтому большой выполнена нефрэктомия.

Интересен анамнез четвертой пациентки с мочеточниково-влагалищным свищем. В 2007 году по поводу рака шейки матки ей была выполнена операция Вертгейма и в послеоперационном периоде сформировался мочеточниково-влагалищный свищ, по поводу которого была выполнена нефростомия с этой стороны и стентирование почки. Свищ закрылся. Однако,

в декабре 2010 года, т.е. через 3 года снова появилось подтекание мочи из влагалища.

При трансвагинальном осмотре УЗ-датчиком установлено, что левый мочеточник прилежит к влагалищу, деформирован и, вероятно, соединяется с последним тонким свищевым ходом. Полостная система левой почки умеренно расширена, так же, как и левый мочеточник, который на расстоянии примерно 3,5 см от устья деформирован и просвет его четко не просматривается, выброса мочи из левого устья также нет.

На основании полученных данных был поставлен диагноз мочеточниково-влагалищного свища и предпринято оперативное лечение - уретероцистостомия и стентирование левой почки. Послеоперационное течение гладкое, выздоровление.

Послеоперационное ведение наших больных включало в себя антибиотикотерапию (цефалоспорины, фторхинолоны), введение мазевого тампона во влагалище в первые сутки после операции, обязательное дренирование мочевого пузыря надлобковой трубкой (7 - 10 дней), с последующей заменой ее на уретральный катетер до заживления надлобкового свища.

Двум, из обратившихся больных женщин, нам помочь не удалось.

У одной из пациенток после лучевой терапии по поводу рецидива рака шейки матки образовался пузырно-влагалищный свищ значительных размеров. У больной был выраженный постлучевой склероз тканей малого таза и ожирение 3 ст. Попытка наложения двусторонних уретеростом не удалась из-за вхождения мочеточников в плотный конгломерат измененных после лучевой терапии тканей малого таза. Один из мочеточников интимно прилежал к общей подвздошной артерии. Мочеточник тупым путем был освобожден вверх до проекции реберной дуги, но длины его оказалось недостаточно для выведения на кожу передней брюшной стенки из-за значительного количества подкожножировой клетчатки. Наложение нефростом было признано нецелесообразным.

У второй пациентки оказался запущенный злокачественный процесс гениталий, который проявился макрогематурией

и выделением мочи из влагалища на фоне самостоятельного мочеиспускания. Указанные симптомы появились за 2 месяца до поступления к нам. При цистоскопии по правой нижнебоковой стенке выявлены значительных размеров фибриновые наложения, правое устье не определялось. При гинекологическом осмотре в зеркалах шейка матки четко не просматривалась из-за бугристых опухолевых образований. Тело матки и придатки без четких контуров, представляли собой плотный конгломерат. В верхней трети влагалища определялось отверстие свища, пропускающее кончик пальца.

У больной имелся блок правой почки и МКБ. При обследовании в онкологическом диспансере установлена генерализация основного процесса и рекомендации ограничены симптоматическим лечением.

#### Заключение

Оперативное лечение мочеполювых свищей у женщин остается серьезной проблемой, далеко не всегда успешно решаемой. К сожалению, урологическое обследование (цистоскопия, состояние верхних мочевых путей) не стало рутинным перед гинекологическими операциями, так же как и предоперационная катетеризация мочеточников. Имеет значение и несвоевременное распознавание травмы мочевых органов во время акушерско-гинекологических операций и отсутствие в таких случаях адекватного хирургического лечения.

Именно знание топографо-анатомических особенностей мочевых и половых органов женщины в каждом конкретном случае позволит избежать образования мочеполювых свищей.

#### Список литературы

1. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М.: Медицина, 1986. 485 с.
2. Комяков Б.К. Урология: учебник. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2011. 464 с.
3. Ниткин Д.М., Милошевский П.В. Современные аспекты лечения пузырно-влагалищных свищей. Юбилейный сб. науч. трудов 3-ей научно-практической конф. 18-19 февраля 2014 г. М., 2014. С.142-145.

## SURGICAL TREATMENT OF UROGENITAL FISTULAS IN WOMEN

M. B. PRYANICHNIKOVA, O. V. ZHURKINA, I. V. CHERNYSHEV

*Samara State Medical University, Samara*

#### Information about the authors:

**Chernyshev Igor Vladislavovich** – doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation, e-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru

For the period from 2009 to 2014 in the clinic of urology Samara state medical University were treated 10 women with genitourinary fistula. In 5 of them it was a vesico-vaginal fistula and 5 - ureteral - vaginal. Cancer of the genitals with the operational manual and radiation therapy was the cause of fistulas in 7 women with abnormal childbirth with the operational benefits have led to the formation of fistulas in 3 patients. In the preoperative period all patients women were examined, including a vaginal examination (revision of the fistula, his catheter, filling the bladder with Indigo Carmine solution), cystoscopy, cystography, catheterization of ureters, excretory urography and indications - MRI. All patients with vesico-vaginal fistulas transvesically pistoletiki conducted with the use of isolated portions of the rectus abdominis muscle; with ureteral-vaginal fistulas after prior imposition neprostom held ureterocutaneostomy. Fistulas managed to eliminate 7 patients.

**Key words:** vesico-vaginal fistula, ureteral-vaginal fistula, transvesically fistula with the use of portions of the rectus abdominis muscle, ureterocutaneostomy.