



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Шопулатов Эркин Холтожиевич
Кафедра Акушерство-Гинекологии №2
Самаркандский Государственный
Медицинский Университет

Аннотация. Пузырно-влагалищные свищи одно из наиболее тяжелых заболеваний женщин, приводящее к длительной утрате трудоспособности, вызывающее тяжелые моральные и физические страдания. Пузырно-влагалищные свищи в большинстве случаев возникают в результате непреднамеренных повреждений мочевого пузыря при патологических родах и обширных гинекологических операциях, чаще всего, по поводу доброкачественных и злокачественных поражений матки и придатков. Без преувеличения справедливо мнение, что любая операция в половой сфере женщины таит в себе опасность повреждения соседних органов. Вероятность подобных повреждений увеличивается при изменении нормальных топографо-анатомических отношений мочевого пузыря и половых органов, эндометриозных разрастаниях, патологических сращениях. Наиболее высокий риск повреждения мочевого пузыря наблюдается при экстирпации матки по поводу атипично расположенных миом. За последние годы наметилась положительная тенденция к снижению частоты возникновения так называемых «акушерских» пузырно-влагалищных свищей. Среди всех пузырно-влагалищных свищей удельный вес акушерских фистул составляет 11,1%. Основной причиной возникновения акушерских пузырно-влагалищных свищей является родоразрешающие операции. В неразвитых странах большинство ПВС появляются после родов и родовспоможения. Длительно протекающие вследствие цефалопельвикальной диспропорции (голова новорожденного слишком велика для таза матери) роды приводят к усилению давления на мочевой пузырь, в результате которого развивается некроз мочевого пузыря и появляется ПВС. Успехи акушерства в развитых странах позволили существенно снизить частоту акушерских ПВС.

Основную причину образования акушерских свищей многие специалисты видят в некавалифицированном ведении родов (1). Способствующими факторами являются слабость родовой деятельности и



затяжные роды. Значительную роль играет анатомически и функционально узкий таз (2), а также оперативное родоразрешение при неправильном выборе метода или нарушении техники операции. Наглядным примером является кесарево сечение в условиях, когда гемостаз осуществляется без визуального контроля или же с переполненным мочевым пузырем во время операции. Причиной образования акушерских свищей может стать экстренная операция по поводу «гипотонического маточного кровотечения» после влагалищных родов. Эта операция, как правило, протекает при измененных топографо-анатомических взаимоотношениях смежных органов и в условиях дефицита времени.

Ключевые слова: Пузырно-влагалищные свищи, акушерских свищей, кесарево сечение, гистерэктомия, травмы мочевого пузыря.

Пузырно-влагалищные свищи одно из наиболее тяжелых заболеваний женщин, в большинстве случаев возникают в результате непреднамеренных повреждений мочевого пузыря при патологических родах и обширных гинекологических операциях, чаще всего, по поводу доброкачественных и злокачественных поражений матки и придатков. Классическим проявлением нарушения целостности стенок мочевого пузыря и влагалища является произвольное выделение мочи из влагалища. Острое начало недержания мочи, возникшее сразу после «трудной» гистерэктомии должно настораживать в плане вероятного образования свища. У некоторых больных первым признаком пузырно-влагалищных свищей является появление крови в моче (гематурия).

У большинства больных наблюдается тотальное недержание мочи (лежа и стоя). Однако у части пациенток недержание мочи усиливается в положении стоя или во время какой-либо физической активности. Это может вводить врача в определенное заблуждение относительно наличия у таких больных стрессового недержания мочи. Формирующийся пузырно-влагалищный свищ не сопровождается какими-либо общими симптомами. В более позднем периоде больные могут жаловаться на боли в области мочевого пузыря и влагалища. У больных с мочеточниково-влагалищными свищами наряду с недержанием мочи могут отмечаться подъёмы температуры, боли в области почки на стороне фистулы, расстройства желудочно-кишечного тракта. Симптомы воспаления связаны с обструкцией мочеточника и пиелонефрозом, а также с наличием мочевого затека в зоны дефекта мочеточника.(3)



Около 15% мочеполовых свищей не имеют клинических проявлений в первые 30 дней. Более того, в ряде случаев появление недержания мочи, связанное с мочеполовыми свищами может не проявляться несколько месяцев. Обычно это относится к постлучевым свищам. Для хирургических (не лучевых) свищей характерная потеря мочи может постепенно нарастать от нескольких прокладок в день до тотального недержания мочи (даже в положении лежа). Дизурия появляется при присоединении инфекции мочевых путей и образовании лигатурных камней в мочевом пузыре.

Диагностика

Влагалищное исследование

После констатации факта произвольной потери мочи на основании жалоб больной и тщательной оценки анамнеза выполняется влагалищное исследование.

При осмотре в зеркалах отмечается достаточно быстрое заполнение полости влагалища свободной жидкостью (мочой). В сомнительных случаях нужно помнить о возможности биохимического исследования влагалищного трансудата. Определяется уровень креатинина, полученной из влагалища жидкости и сравнивается с уровнем сывороточного креатинина. Если уровень креатинина во влагалищной жидкости значительно превышает сывороточный, это подтверждает наличие мочеполового свища и жидкость является мочой. Влагалищное исследование позволяет оценить размеры и локализацию свища, подвижность передней стенки влагалища, степень перифокального отека и воспаления слизистой влагалища. При свищах больших размеров диагностика не представляет затруднений на основании «осмотра в зеркалах». При свищах небольшого диаметра и незначительном подтекании мочи показано проведение «красящей» пробы. В мочевой пузырь вводят 200 мл физиологического раствора с добавлением одной ампулы – 5 мл 0,4% индигокармина. Влагалище по всей длине рыхло тампонируют, пациентку просят походить в течение 10-15 минут. Если окрашивается самый нижний тампон, то наиболее вероятный диагноз – стрессовое недержание мочи. Окрашивание верхних тампонов предполагает наличие пузырно-влагалищного свища. Если имеется мочеточниково-влагалищный свищ, то промокает, но не окрашивается внутренний тампон.(6)

Цистоскопия

Цистоскопия позволяет определить расположение и количество свищей, их отношение к устьям мочеточников и треугольнику Лъето, состояние тканей



в окружности фистулы. Большинство пузырно-влагалищных свищей связанных с гистерэктомией локализуются сразу за межмочеточниковой складкой. Проводить цистоскопию нужно с предварительным тампонированием влагалища для предупреждения вытекания мочи. Отверстие свища представляется в виде кратерообразного втяжения с наличием складчатости. При свищах больших размеров во время цистоскопии виден тампон, введенный во влагалище.

Желательно выполнять цистоскопию у больных с мочеполовыми свищами под внутривенной анестезией.

Ретроградная уретероцистелография

Ретроградная уретероцистелография является наиболее точным методом выявления мочеточниково-влагалищных свищей. Ретроградная уретероцистелографию необходимо делать тогда, когда результаты внутривенной урографии сомнительны или локализация свища остается не определенной. В ряде случаев ретроградная уретероцистелография выполняется с обеих сторон для исключения двустороннего повреждения мочеточников.(8)

Техника операций по поводу пузырно-влагалищных свищей

Влагалищный доступ

Пациентка находится в положении для камнесечения. В мочевой пузырь вводится катетер Фолея. На этом этапе операции принимается решение и при необходимости выполняется троакарная цистостомия и катетеризация устьев мочеточников. Во влагалище вводится заднее зеркало и устанавливается самоудерживающийся ретрактор.

После того, как свищевое отверстие четко идентифицировано слизистая влагалища прошивается 3-4 швами в окружности свища для необходимой тракции. С этой целью можно использовать также катетер Фолея (8-12) введенный в свищ со стороны влагалища с раздутым баллоном.

Окаймляющим или другой формы разрезом иссекается свищ. Посредством острой и тупой диссекции передняя стенка влагалища отделяется от подлежащей фасции. Дефект мочевого пузыря закрывается абсорбируемым материалом (викрил 3/0) в вертикальном направлении. Пубоцервикальная фасция ушивается викрилом 3/0 в горизонтальном направлении. Избыток слизистой влагалища иссекается, и рана слизистой ушивается абсорбируемым материалом (викрил 2/0) без пересечения линии предыдущих швов. Во влагалище вводится тампон с бетадином.



При свищах больших размеров или когда имеются сомнения в отношении излишнего натяжения тканей при ушивании свища, может использоваться методика Martius. При этом из большой половой губы берется лоскут из жира и пучков бульбокавернозной мышцы на ножке с сохранением кровоснабжения за счет верхней срамной артерии. Формируется широкий туннель под слизистой влагалища между большой половой губой и зоной свища. Лоскут на ножке проводится в этом туннеле и фиксируется к краям фистулы. Слизистая влагалища ушивается над жировым лоскутом.

Пациентка укладывается в модифицированную литотомическую позицию. В мочевого пузырь вводится катетер Фолея. Брюшная полость вскрывается нижнесрединным разрезом. При оментопластике (подведении сальника на питающей ножке к области свища) разрез передней брюшной стенки продолжается кверху или выполняется отдельный разрез.(3)

Обнажается пространство Дугласа. Мочевого пузырь мобилизуется и рассекается, начиная от дна по задней стенке на две половины. Идентифицируются устья мочеточников и свищевое отверстие. Устья мочеточников катетеризируются для предупреждения их повреждения.

Свищ иссекается, после чего становится возможным разделение стенок влагалища и мочевого пузыря. Лоскут сальника на питающей ножке подводится в малый таз без натяжения, дистальнее области свища. Влагалище ушивается абсорбируемыми швами (викрил 2/0). Мочевого пузырь ушивается 2-3 рядным швом с оставлением эпицистостомы. В отлогие места брюшной полости устанавливаются дренажные трубки для закрытой системы аспирации.

Результаты и прогноз.

Частота успешного закрытия пузырно-влагалищных свищей достигает 90%. Оперирующему свищи хирургу всегда надо отдавать себе отчет в том, что повторная операция более обширная и трудная чем первая. Иногда лучше изменить первоначальный план операции и выполнить фистулопластику с дополнительным укреплением тканей в области свища за счет сальника, жирового лоскута по Мартиусу или использованием *m. gracilis*.

Частота успешных результатов при пластике постлучевых свищей не столь оптимистична и не достигает 85%.(6)



Выводы и профилактика мочеполовых свищей

I. Профилактика акушерских свищей

1. Правильная организация родовспоможения, строгий учет беременных с отягощенным акушерским анамнезом, анатомически узким тазом, неправильным положением и крупным плодом.
2. Обследование мочевой системы до родов.
3. Четкое знание топографо-анатомических взаимоотношений мочевых и половых органов
4. Предупредить акушерскую травму мочевой системы можно плановым кесаревым сечением, которое является методом выбора аномалиях развития половых органов.

II. Профилактика гинекологических свищей

1. Своевременное гинекологическое обследование, выявление ранних форм злокачественных новообразований.
2. Проведение профилактических осмотров, использование кольпоскопии, биопсии, цитологического исследования, УЗИ. Нельзя допускать появления больных со сдавлением мочеточников и мочевого пузыря и свищами в области распадающейся опухоли, проросшей в мочевой пузырь.
2. Тщательное гинекологическое и урологическое обследование больных до операции.
3. Проведение плановых операций в первой фазе менструального цикла, когда тонус сосудов выше и меньше выражен отек тканей и венозный стаз.
4. Умение идентифицировать мочеточник. Он белесоватого цвета, на его поверхности просвечивают тонкие кровеносные сосуды, при прикосновении инструментом стенка мочеточника сокращается.
5. Гемостаз должен осуществляться только при визуальном контроле, нельзя брать в зажим ткани ad mass.
6. В трудных случаях, когда рубцово-воспалительные или опухолевые процессы нарушают топографию тазовых органов, перед операцией следует катетеризировать мочеточники и опорожнить мочевой пузырь.
7. Умение вовремя распознать травму мочевых органов, правильно оценить ее характер и выбрать адекватный способ устранения.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Александрович, Г. Л., Антонов Г. А.** Оперативное лечение функционального недержания мочи у женщин. — Урол. и нефрол., 1999, № 4, с. 29—32.
2. **Антоньев А. А., Кан Д. В., Сидоров А. В.** О подготовке к пластическим операциям кожи и слизистой оболочки наружных женских половых органов больных, страдающих недержанием мочи.— Урол. и нефрол., 2000, № 6, с. 41—44.
3. **Байков Н. Н., Тихане Х. М.** Оперативное лечение недержания мочи при напряжении у женщин. — Урол. и нефрол., 2001, № 1, с. 43—46.
4. **Бершадский В. А., Махлин А. В., Коган О. Г.** Тактика лечения мочекаменной болезни у беременных. — В кн.: Мочекаменная болезнь. Челябинск, 1998, с. 72—78.
5. **Гаврилюк И. А., Гаврилюк Н. А.** Недержание мочи. — Киев: Здоровья, 2000.
6. **Гуров С. Б., Пенин С. А.** Травмы мочевых органов при акушерско-гинекологических вмешательствах. — В кн.: Травматические повреждения мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов. Челябинск, 2004, с. 84—85.
7. **Довженко Г. И.** Анатомические обоснования оперативного способа для лечения тяжелых степеней недержания мочи у женщин. — Л.: Медицина, 1988.
8. **Ельцов-Стрелков В. И., Носова З. П.** Оперативное лечение недержания мочи при напряжении у женщин. — Урол. и нефрол., 2003, № 1, с. 53—55.