

Т. А. Смирнова, О. Д. Новодворская

## ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Генитальные свищи – тяжелое заболевание женщины, которое приводит к полиорганным нарушениям, причиняет тяжелые моральные страдания и ограничивает социальную активность. У женщин, страдающих этой патологией, редко наступает беременность. Это связано с этическими проблемами. Такие женщины с подтеканием мочи из влагалища стараются не жить половой жизнью; у них изменяется биоценоз влагалища, нарушается функция яичников, что является физиологическими причинами невозможности зачатия. Очень важно сохранить детородную функцию женщины, у которой была обнаружена данная патология. Все это делает генитальные свищи актуальной проблемой. Уделено внимание клинике и диагностике данной патологии, отражены принципы хирургического лечения.

**Ключевые слова:** генитальные свищи, пузырно-влагалищные свищи, клиника, диагностика, принципы лечения, родоразрешение.

Т. А. Smirnova, O. D. Novodvorskaya

### GENITAL FISTULAS IN THE PRACTICE OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST

Genital fistula is serious woman disease which leads to multiple organ disorders, causes mental anguish and limits social activity. Noteworthy the fact that women suffering from this disease often can't get pregnant. This category of patients with urinary excretion from the vagina doesn't live sex life. Also changes vagina biocenosis, appears ovarian dysfunction. It is very important to preserve future fertility these women. It follows that genital fistulas is topical issue. Was paid attention to clinical symptoms and diagnostics, was described principles of surgical treatment this pathology.

**Key words:** genital fistulas, vesico-vaginalis fistulas, diagnostics, clinical symptoms, principles of treatment, delivery.

В последние годы увеличилось число случаев повреждения мочевых путей с формированием вторичного свища, поскольку более распространенными стали лапароскопические операции в тазовой полости. Благодаря внедрению новых технологий появилась возможность проводить технически сложные операции по поводу тяжелой гинекологической и акушерской патологии, но это также повышает риск развития послеоперационных осложнений. Одним из таких осложнений является генитальный свищ. В более широком понятии свищ – искусственный ход, образовавшийся между двумя смежными полыми органами или между полыми органами и наружными кожными покровами [2–4, 6].

Генитальные свищи – одно из наиболее тяжелых заболеваний у женщин, приводящих к полиорганным нарушениям, длительной и стойкой утрате трудоспособности. Свищи приводят к тяжелым моральным и физическим страданиям, способствуют нарушению менструальной и репродуктивной функции, ограничивают социальную активность [2, 3, 7, 10].

Существует множество классификаций генитальных свищей. На практике более полной и удобной в использовании является классификация В. И. Краснопольского и С. Н. Буяновой (2001):

#### 1. Кишечно-генитальные:

- прямокишечно-влагалищные,
- толстокишечно-влагалищные,

- тонкокишечно-влагалищные;
- 2. Брюшностеночные;
- 3. Собственно генитальные;
- 4. Мочеточниково-генитальные;
- 5. Уретровлагалищные;
- 6. Пузырно-генитальные:
- пузырно-влагалищные,
- пузырно-маточные,
- пузырно-шеечные,
- пузырно-шеечно-влагалищные.

Особый интерес представляют свищи, образующиеся в результате травмы мочевых и половых путей.

Повреждение мочевых путей при выполнении гинекологических операций является самым распространенным видом травмы, приводящей к возникновению моче-половых свищей.

Акушерские свищи образуются в результате агрессивного ведения родов. Факторами, которые предрасполагают к образованию свищей, являются анатомически и клинически узкий таз, аномалии сократительной деятельности матки. В таких случаях мочевой пузырь длительно ущемляется между костями таза и головкой плода, что ведет к нарушению трофики мочевых и половых путей. Часто мочеполовые свищи формируются после операции кесарево сечение.

Среди собственно генитальных свищей различают маточно-влагалищные и шеечно-влагалищные свищи.

## □ В помощь практикующему врачу

*Маточно-влагалищные свищи* встречаются реже, чем другие виды мочеполовых свищей. Их частота составляет 2–5,7% [4, 6]. Они образуются после радикальных гинекологических операций, произведенных при раке шейки матки или доброкачественных опухолях внутренних половых органов [3, 9].

*Шеечно-влагалищные свищи* составляют 7,37% от всех генитальных свищей [1, 3, 4]. Такие свищи развиваются в результате травмы шейки матки во время родов или при прерывании беременности, при гинекологических операциях (пластика шейки матки). Грубые свищи формируются после криминальных вмешательств в поздние сроки беременности, травматичных медицинских абортов. Причиной шеечно-влагалищных свищей является неправильное ушивание глубоких разрывов шейки матки в родах, а также несвоевременное снятие швов, наложенных на шейку при беременности для коррекции истмико-цервикальной недостаточности [6, 8].

*Мочеточниково-генитальные свищи* как осложнение возникают при выполнении радикальных, расширенных операций по поводу злокачественных новообразований шейки матки. Повреждение мочеточника происходит в 1–12,3% случаев [2, 6]. Связано это не только с погрешностями в технике операций, но и с топографо-анатомическими изменениями, которые возникают в полости малого таза в результате роста опухоли. Особенно опасными являются все мезометральные опухоли, исходящие из придатков или тела матки. Анатомические нарушения при этих опухолях различны, и изменения мочеточников находятся в зависимости от направления их роста [1, 4].

*Уретровлагалищные свищи* составляют 10–15% от общего числа больных с мочеполовыми свищами [3, 8]. Уретровлагалищные свищи протекают тяжелее, так как в патологический процесс часто вовлекается и уретра, и сфинктерный аппарат, который обеспечивает произвольное мочеиспускание. Уретровлагалищные свищи чаще образуются после гинекологических операций, реже после акушерских операций или затянувшихся родов. Часто такие свищи формируются после передней кольпорафии, удаления кисты продольного протока придатка яичника (гартнерова хода), кисты передней стенки влагалища [2, 4, 8]. В редких случаях их причиной является глубокий разрыв мягких родовых путей при оперативном родоразрешении, травма уретры при ушивании этих разрывов [7, 8].

При расположении свища в дистальном отделе уретры у больных может сохраняться произвольное мочеиспускание, но моча выделяется через свищ. Если fistula расположена в среднем или проксимальном отделе уретры, то моча не удерживается ни в вертикальном, ни в горизонтальном положении больной [3, 5, 6].

Диагностика уретровлагалищных свищей проста. Большие дефекты доступны осмотру и пальпации. Наличие свища можно определить при введении зонда в наружное отверстие мочеиспускательного канала. Конец зонда выводится через свищ. Самым простым способом диагностики является введение теплого изотонического раствора натрия хлорида с метиленовым синим в мочевой пузырь. Окрашенный раствор выделяется через свищ. Точечные свищи, которые расположены в рубцах, особенно в проксимальном отделе уретры, иногда трудно распознать. В этих случаях выполняется уретроцистоскопия и вагинография [2, 3, 8].

Основной метод лечения таких свищей – хирургический [2, 4, 8].

*Пузырно-генитальные свищи* в зависимости от этиологии делят на две группы: травматического и воспалительного генеза. Пузырно-генитальные свищи травматического генеза возникают после оперативных вмешательств по поводу тяжелой акушерской патологии [7, 10]. Травматические пузырно-генитальные свищи формируются после гинекологических операций при шеечных и межсвязочных миомах матки, при обширном эндометриозе с прорастанием в мочевой пузырь, вторичных воспалительных инфильтратах паравезикальной клетчатки при гнойных процессах придатков матки, раке матки и шейки матки.

*Пузырно-маточные свищи* – редкое заболевание, которое встречается у женщин после патологических родов, гинекологических и акушерских операций. Проявляется данная патология аменореей и циклической гематурией (меноргией) [2, 10]. Многие авторы утверждают, что эти свищи формируются чаще шеечных после операции кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, когда, извлекая плод из небольшого разреза, матку надрывают, вовлекая заднюю стенку мочевого пузыря [3–5, 9].

По частоте развития среди пузырно-генитальных свищей первое место занимают пузырно-влагалищные свищи [3, 7].

Их классифицируют следующим образом [2, 6, 7]:

- низкие свищи, располагающиеся ниже или в области мочевого пузыря;
- свищи среднего уровня, локализующиеся в области мочевого пузыря на уровне межмочеточниковой складки;
- высокие свищи, образующиеся выше межмочеточниковой складки.

Основным симптомом пузырно-влагалищных свищей является произвольное выделение мочи из влагалища. Обследование больных с пузырно-влагалищными свищами следует проводить по следующей схеме:

- 1) сбор анамнеза и гинекологический осмотр,
- 2) проведение трехтампонной пробы,
- 3) цистоскопия или вагинография,
- 4) УЗИ почек,
- 5) экскреторная урография, радиоизотопная ренография, цистография в трех проекциях.

Эти исследования выполняются только в случае выявления изменений при УЗИ или цистоскопии [3, 4, 10].

У пациенток тщательно собирается анамнез. Затем их осматривают. При осмотре в зеркалах не всегда можно визуализировать свищевое отверстие, особенно если оно точечное и расположено в рубцах в куполе влагалища. Можно провести зондирование свищевого хода, но зондирование может быть неэффективно, если свищевой ход извитый. В большинстве случаев свищи хорошо визуализируются [4, 6, 8].

В случаях, когда подтекание мочи из влагалища сочетается с сохранением произвольного мочеиспускания, проводят пробу с тремя тампонами. Для этого во влагалище помещают 3 марлевых тампона, заполняя все влагалище. Затем вводят раствор метиленового синего в мочевой пузырь по катетеру. При пузырно-влагалищных свищах верхний и средний тампоны окрашиваются в синий цвет, при наличии мочеточниково-влагалищного свища – все тампоны, включая верхний, промокают светлой мочой и не окрашиваются в синий цвет. При недержании мочи синим становится нижний тампон [1, 6, 10].

Цистоскопия позволяет установить локализацию фистулы, ее форму, отношение к устьям мочеточников, оценить морфологическое состояние тканей вокруг свища. Цистоскопия легко выполняется при точечных свищах. При обширных фистулах в связи с вытеканием жидкости из мочевого пузыря лучше произвести вагинографию [2, 4, 7].

С помощью хромоцистоскопии, экскреторной урографии, радиоизотопной ренографии можно определить состояние верхних мочевых путей [1, 2].

В современной литературе недостаточно описаны *пузырно-шеечные* и *пузырно-шеечно-влагалищные свищи*. Авторы указывают на разнообразие симптомов, которые зависят от топографии фистулы, однако есть постоянные признаки: пузырно-шеечно-влагалищные свищи проявляются недержанием мочи, в то время как при пузырно-шеечных оно будет отсутствовать, но появится меноурия [3, 4, 8]. Должна быть следующая последовательность применения методов исследования для диагностики таких свищей:

- экскреторная урография;
- цистоскопия;
- цистография.

Если с помощью этих методов не удается выявить свищ, то проводят гистерографию.

*Лечение пузырно-генитальных свищей.* В настоящее время самым эффективным методом лечения пузырно-генитальных свищей является хирургический [2, 7, 10].

Обязательно проводится предоперационная санация влагалища и антибактериальная терапия.

Накануне операции выполняется определение микроорганизмов в моче и их чувствительность к антибиотикам. В план предоперационной подготовки также входит: устранение инкрустаций, ликвидация воспалительного процесса во влагалище и вульве, удаление отторгшихся некротизированных масс в области свища. На этот этап требуется 3 месяца. Операцию необходимо выполнять в первой фазе менструального цикла [2, 4, 6].

Существует множество методов хирургического лечения пузырно-влагалищных свищей.

Обширные дефекты мочеполовой диафрагмы закрывают методом тканевой интерпозиции. С этой целью должны быть применены ткани, на которых не осаждаются соли. Используются пластические свойства большого сальника и брюшины, фиброзно-жировой лоскут из большой половой губы, лобково-копчиковой мышцы. Хорошо себя зарекомендовали серозно-мышечный тонкокишечный лоскут, лиофилизированная твердая мозговая оболочка, консервированный перикард, золотая фольга [2, 10].

Большинство авторов применяют метод расщепления ткани в различных модификациях, удаляют рубцовые ткани в зоне фистулы и соединяют края фистулы без натяжения [1, 3, 4, 9].

*Лечение больных с пузырно-маточными свищами* до настоящего времени остается трудной задачей. При выборе операционного доступа для пластики предпочтение отдается трансабдоминальному доступу: он обеспечивает хороший обзор раны, позволяет выполнить пластику матки и в случае необходимости – перевязку маточных труб. Многие авторы рекомендуют ушивать мочевой пузырь, матку и укладывать между ними сальник [9, 10].

Для пластики *пузырно-влагалищных свищей* можно использовать чрезвлагалищный, чрезпузырный, абдо-

минальный и комбинированный доступы. При ушивании пузырно-влагалищных свищей влагалищным доступом необходимо выполнять следующие моменты [3, 4]:

- все ткани необходимо расслаивать только острым путем. Это позволяет избежать лишней травматизации и обеспечить максимальную подвижность тканей. Обязательно выделение пузырно-влагалищной фасции, чтобы обеспечить надежную герметизацию швов в разных плоскостях, исключить натяжение тканей и предупредить развитие цистоцеле;

- слизистую оболочку мочевого пузыря отсепаровывают от подлежащих тканей и вытягивают в рану, что способствует визуализации дефекта и облегчает его ушивание;

- слизистую оболочку мочевого пузыря ушивают отдельными швами в поперечном направлении;

- наложение второго ряда поперечных швов на стенку мочевого пузыря, а затем продольных швов на фасцию, что обеспечивает достаточную герметизацию швов и предотвращает образование «мертвого» пространства между мочевым пузырем и влагалищем;

- слизистую оболочку влагалища ушивают синтетическим шовным материалом в продольном направлении.

После операции влагалище обрабатывают диоксидином. В мочевой пузырь вводится катетер Фолея на 3–7 дней [3, 9]. Рекомендуется раньше начинать физиологическое функционирование мочевого пузыря, раньше извлекать катетер из мочевого пузыря [2, 4, 10].

У пациенток с наличием пузырно-генитальных фистул редко наступает беременность. Это связано с этическими проблемами, так как такие женщины с подтеканием мочи не живут половой жизнью. Физиологические причины связаны с изменением биоценоза влагалища, с нарушением функции яичников. Во время беременности у таких женщин необходим постоянный контроль состояния мочевыделительной системы и функцией почек. Такие беременные являются группой риска по развитию гестационного пиелонефрита. Но следует отметить, что наступление беременности нежелательно из-за невозможности хирургической коррекции в этот период и усугубления осложнений со стороны верхних мочевыводящих путей.

С целью контрацепции желателен применение оральных контрацептивов [6, 10].

После успешной хирургической реконструкции свища беременность можно рекомендовать через 1,5–2 года после закрытия фистулы.

При необходимости прерывания беременности в ранние сроки аборт рекомендуется выполнять на фоне применения уросептиков за 2–3 дня до операции. Санацию желателен продолжить в течение 3–4 дней после выполнения операции [2, 3, 6].

Выполнение аборта при пузырно-влагалищных свищах связано с большими техническими трудностями из-за обширных рубцовых деформаций влагалища и шейки матки. В таких случаях рекомендуется выполнять малое кесарево сечение [7, 8, 10].

При доношенной беременности самым бережным методом родоразрешения таких беременных является кесарево сечение. Эта операция является щадящей и для плода, и для матери. Операцию рекомендуется выполнять в плановом порядке за 1–1,5 недели до предполагаемого срока родов на фоне проведения антибактериальной терапии, с использованием иммуномодуляторов и инфузионно-

## □ В помощь практикующему врачу

трансфузионной терапии. Кесарево сечение рекомендует-ся производить только продольным корпоральным раз-резом без вскрытия и отсепаровки пузырно-маточной складки [3, 6].

Считается оправданным сохранение репродуктивной функции у женщин с пузырно-генитальными свищами.

Очень важна профилактика генитальных свищей. Она заключается в предупреждении и своевременном лече-нии фоновых заболеваний мочевых и половых путей, прогнозировании течения родов, предупреждении акушер-ского травматизма, квалифицированном и бережном выполнении всех гинекологических операций. Учитывая вероятность повреждения мочеточника, необходимо кон-тролировать его ход на протяжении всей операции. Адек-ватное лечение возникших послеоперационных ослож-нений играет немаловажную роль в профилактике geni-тальных свищей.

### Литература

1. Глыбочко, П. В. Эндоскопические методы диагностики и лечения ятрогенных повреждений мочеточников и мочето-чничково-влагалищных свищей // Медицинский вестник Баш-кортостана / П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев, М. А. Газимиев [и др.]. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 231–234.

2. Краснопольский, В. И. Генитальные свищи / В. И. Крас-нопольский, С. Н. Буянова. – М.: МЕДпресс, 2001. – 192 с.

3. Лоран, О. Лечение больных со сложными мочевыми свищами // Врач / О. Лоран, Л. Синякова, Н. Твердохлебов, А. Дементьева. – 2008. – № 8. – С. 45–47.

4. Мартов, А. Г. Рентгеноэндоскопическое лечение моче-точничково-влагалищных и мочеточничково-маточных свищей // CONSILIUM medicum / А. Г. Мартов, Д. С. Меринов, Ш. Ш. Гур-банов [и др.]. – 2007. – Т. 9, № 4. – С. 42–46.

5. Нечипоренко, Н. А. Урогинекология: учеб. пособие / Н. А. Нечипоренко, М. В. Кажина, В. В. Спас. – Минск: Выш. шк., 2005. – 205 с.

6. Переверзев, А. С. Пузырно-влагалищные свищи: этиоло-гия, выбор метода лечения и профилактика // Медицинские аспекты здоровья женщины / А. С. Переверзев. – 2010. – № 3 (30). – С. 60–65.

7. Пушкарь, Д. Ю. Диагностика и лечение больных с урет-ровлагалищными свищами // Российский вестник акушера-гинеколога / Д. Ю. Пушкарь [и др.]. – 2012. – Т. 12, № 1. – С. 77–81.

8. Семирджанянц, Э. Г. Хирургическая реабилитация боль-ных с постлучевыми везиковагинальными свищами при раке шейки матки // Онкоурология / Э. Г. Семирджанянц, А. В. Пет-ровский, И. А. Фанштейн [и др.]. – 2013. – № 4. – С. 66–68.

9. Симченко, Н. И. Пластика рецидивных пузырно-влага-лищных свищей // Репродуктивное здоровье в Беларуси / Н. И. Симченко. – 2009. – № 6. – С. 27–31.

10. Смирнова, Т. А. Акушерская урология: учеб. пособие / Т. А. Смирнова. – Минск: БГМУ, 2009. – 115 с.

Поступила 9.11.2015 г.