

МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ: ПРИЧИНЫ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Мочеполовые свищи являются одной из ведущих проблем современной урогинекологии. Наличие данной патологии чаще не представляет угрозы для жизни пациентки, но эти женщины обречены на физические и душевные страдания. Они вынуждены ограничивать свою повседневную жизнь, отказаться от посещения общественных мест из-за постоянного неприятного запаха, обусловленного подтеканием мочи из влагалища. У таких больных половой акт становится невозможным, нередко возникает бесплодие. Если учесть, что заболевание развивается чаще у молодых активных женщин, то становится более понятным, насколько актуальна эта проблема. Среди мочеполовых свищей наиболее распространены мочеточниково-влагалищные и пузырно-влагалищные свищи. В статье представлены сведения о частых причинах возникновения мочеточниково-влагалищных свищей, об их симптоматике, диагностике и лечении, которое может быть консервативным и оперативным. Консервативные методы лечения эффективны в небольшом проценте случаев. Это обусловлено сложностью создания условий для прекращения контакта зоны свища с мочой, которая оказывает постоянное раздражающее действие. В основном коррекцию осуществляют оперативным путем. Цель лечения – восстановить произвольное мочеиспускание с сохранением анатомических и физиологических взаимоотношений между органами. Для коррекции патологии выполняют операцию по созданию уретероцистонеоанастомоза или операцию Боари.

Ключевые слова: мочеполовые свищи, мочеточниково-влагалищные свищи, причины заболевания, диагностика, лечение.

T. A. Smirnova, O. D. Kasinskaya

URETEROVAGINAL FISTULAS: CAUSES, SYMPTOMS, DIAGNOSTICS, TREATMENT

Urogenital fistulas are one of the leading problems of present urogynecology. Usually this disease is not a threat for patient life, but such women are doomed to physical and mental suffering. These patients limit their daily live, do not visit public places because of the smell of urine which excretion through the vagina. Sexual intercourse is impossible in patients with fistula, also frequently develops infertility. There are vesicovaginal and ureterovaginal fistulas as the most common among the urogenital fistulas. The article presents information of the frequent causes of ureterovaginal fistulas, about their symptoms, diagnostics and treatment this pathology. The treatment can be conservative or operative. Conservative methods of treatment are effective in a few cases. It is difficult to create conditions for isolating the fistula zone with urine, which has a permanent irritant effect. Pathology is eliminated mainly surgically. The goal of the treatment is to restore a voluntary urination and preserve the anatomical and physiological relations between the organs. This is done by creating ureterocystoneoanastomosis or by the Boari operation.

Key words: urogenital fistulas, ureterovaginal fistulas, causes of disease, diagnostics, treatment.

Мочеполовой свищ – патологическое сообщение между органами мочевыделительной и половой систем [2, 3]. Среди мочеполовых свищей особый интерес представляют мочеточниково-влагалищные свищи. Этот вид свищей без своевременной диагностики и ле-

чения почти всегда представляет угрозу для функции почек. Травма мочеточника приводит к формированию рубцового процесса, что нарушает нормальный отток мочи из почки, а в случае присоединения инфекции почечная паренхима разрушается быстрее [1, 4, 5].

Мочеточниково-влагалищные свищи, как осложнение, возникают при выполнении радикальных операций по поводу новообразований тела и шейки матки. Внедрив в оперативную гинекологию лапароскопический доступ, увеличилось количество свищей ожогового генеза вследствие использования монополярных электродов при электрокоагуляции. Травма мочеточника связана не только с погрешностями в технике выполнения операции, но и с теми изменениями топографии, которые возникают в полости малого таза из-за роста опухоли [1, 7, 8].

Более распространена травма мочеточника в тазовом отделе в области воронкотазовой связки во время лигирования сосудов яичника. Повреждение может локализоваться в области кардинальных связок, где мочеточник проходит под маточными сосудами [2, 7, 8].

В клинике мочеточниково-влагалищных свищей основным симптомом является подтекание мочи из влагалища. Срок появления этого симптома будет зависеть от характера повреждения: при пристеночном ранении он составит примерно несколько дней, а в случае прошивания мочеточника с момента гинекологической операции до появления симптоматики может пройти несколько недель. Во всех случаях мочеточниково-влагалищных свищей сохранено произвольное мочеиспускание на фоне подтекания мочи из влагалища. В случае развития гидроуретеронефроза появляется боль, так как отток мочи происходит через рубцово-измененный, узкий и извилистый ход [3, 4, 9].

Диагностика мочеточниково-влагалищных свищей включает в себя:

- а) пробу с введением жидкости в мочевой пузырь – в случае мочеточниково-влагалищного свища жидкость во влагалище поступать не будет, что позволит дифференцировать свищи с вовлечением мочевого пузыря;
- б) осмотр влагалища в зеркалах, при котором будет определяться ритмичное подтекание мочи из влагалища за счет сокращения мочеточников. Визуализировать свищевое отверстие часто невозможно из-за его небольшого размера и расположения в складках слизистой оболочки влагалища;
- в) цистоскопию – для исключения повреждения мочевого пузыря. При осмотре устьев мочеточников изменения, как правило, не обнаруживаются;
- г) ретроградную уретеропиелографию, которая позволяет установить точный уровень травмы мочеточника;
- д) экскреторную урографию, чтобы оценить состояние почек и здорового отдела мочеточника на стороне поражения, а также определить степень гидронефроза, гидроуретера, величину мочевых затеков;
- е) компьютерную или магнитно-резонансную томографию – только в трудных случаях, когда все предыдущие методы оказались недостаточно информативными [2–5].

В комплекс диагностических мероприятий должно быть включено ультразвуковое исследование почек и исследование их выделительной функции (биохимический анализ крови, проба Зимницкого, анализ мочи по Нечипоренко, радионуклидная ренография – по показаниям).

Лечение мочеточниково-влагалищных свищей может быть консервативным и оперативным. Консервативная терапия подразумевает не прямое воздействие на свищ, а создание условий для прекращения контакта зоны свища с мочой, которая оказывает постоянное раздражающее действие. Консервативное лечение возможно осу-

ществить путем установки внутреннего мочеточникового стента на срок до 8 суток. Эта методика наиболее эффективна в первые дни формирования свища, то есть когда еще нет рубцовых тканей. Если первая попытка оказалась безуспешной, повторяют еще раз через несколько дней. Другим методом консервативного лечения считается чрескожная пункционная нефростомия. Срок лечения – 6–7 недель [4, 5, 9].

В качестве хирургического лечения выполняют операцию по созданию уретероцистонеоанастомоза или операцию Боари [6, 9]. Выбор вида реконструктивной операции зависит от уровня расположения свища. Если мочеточниковый свищ располагается в нижней трети, то реконструкцию мочеточника можно произвести путем имплантации в новое устье без натяжения мочевого пузыря (операция по созданию уретероцистонеоанастомоза). В остальных случаях, когда травма мочеточника локализуется достаточно высоко, возможна только его имплантация с созданием дополнительного стебля из мочевого пузыря (операция Боари). Предпочтение при выполнении операций отдают чредробрюшному доступу, поскольку он дает возможность оценить состояние тканей, определить наличие спаечного процесса, адекватно мобилизовать заднюю стенку мочевого пузыря. Классическая стратегия заключается в выжидании 5–7 недель, чтобы добиться максимального уменьшения воспалительной реакции в зоне свища [1, 3, 7].

При создании уретероцистонеоанастомоза (рисунок 1) сначала восстанавливают нормальные взаимоотношения в малом тазу. Затем мобилизуют мочевой пузырь, выделяют мочеточник до свища, в области стриктуры иссекают поврежденную часть мочеточника. Далее – создание искусственного устья и имплантация мочеточника, после чего дополнительно устье укрепляют подшиванием стенки мочевого пузыря по окружности к мочеточнику отдельными швами [4, 6].

Выполняя операцию Боари (рисунок 2), сначала мобилизуют мочеточник. Следующим этапом выкраивают дополнительный лоскут и переднебоковой стенки мочевого пузыря и формируют из него дополнительный отдел мочеточника, после чего инвагинируют в него мочеточник с созданием мочеточниково-пузырного анастомоза, при этом тщательно сопоставляют слизистые оболочки мочевого пузыря и мочеточника во избежание образования стриктур [4–6].

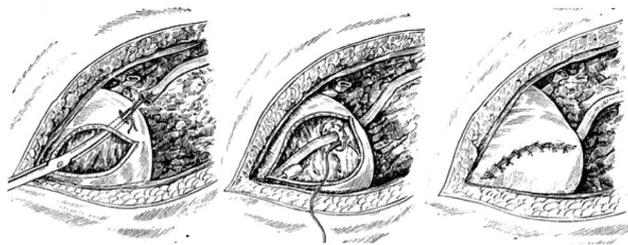


Рисунок 1. Схема операции по созданию уретероцистонеоанастомоза

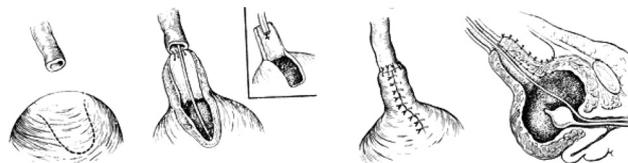


Рисунок 2. Схема операции Боари

Материалы и методы

Для исследования использовались данные ретроспективного анализа историй болезни 31 пациентки с мочеполювыми свищами за период с 2008 по 2016 гг. Материал был получен из архива УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко».

Результаты и обсуждение

При анализе историй болезни было установлено, что наиболее часто мочеполювые свищи развиваются у женщин 45–55 лет (25 пациенток, 80,6 %) (рисунок 3).

Мочеточниково-влагалищные свищи были причиной госпитализации у 12 из 31 пациентки (38,7 %).

Во всех случаях свищи развивались после радикальных гинекологических операций по поводу доброкачественных (фибромиома матки) и злокачественных (рак тела и шейки матки) новообразований, чаще после лапароскопических операций. Травма мочеточника у 10 из 12 пациенток (83,3 %) локализовалась в нижней трети.

Основным симптомом среди госпитализированных женщин было подтекание мочи из влагалища, которое появлялось спустя 2–3 недели после гинекологических операций. Подтекание мочи наблюдалось на фоне сохраненного произвольного мочеиспускания.

Основными методами диагностики свищей в условиях женской консультации был осмотр в зеркалах и проба с введением жидкости в мочевой пузырь. При подозрении на наличие мочеполювого свища женщины направлялись в больницу, где проводилось дообследование для уточнения диагноза и выбора тактики лечения. В условиях стационара основными методами диагностики мочеточниково-влагалищных свищей были осмотр в зеркалах, обзорная и экскреторная урография, а также ретроградная уретеропиелография.

Консервативное лечение мочеточниково-влагалищных свищей было проведено 8 пациенткам, при этом выполнялось как стентирование мочеточника, так и пункционная нефростомия. При оперативном лечении с одинаковой частотой использовалась операция по созданию уретероцистонеоанастомоза и операция Боари.

Наличие свища сопутствовала хроническая инфекция мочевыводящей и половой систем у 3 пациенток (хронический цистит, пиелонефрит, цервицит). У 2 па-

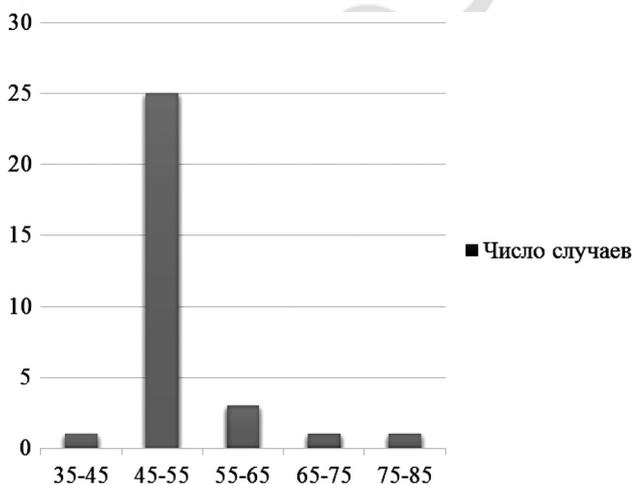


Рисунок 3. Частота развития свищей в зависимости от возраста пациенток



Рисунок 4. Соотношение успешного лечения и рецидивов

циенток было отмечено наличие врожденных аномалий развития мочевыводящей системы: полное удвоение левой почки и мочеточника у одной, удвоение чашечно-лоханочной системы у другой женщины. Течение основного заболевания было осложнено развитием уретерогидронефроза и гидронефроза у 2 пациенток. Посевы мочи выполнялись 5 пациенткам. Среди микроорганизмов чаще других определялись колонии *E. coli*, но также рост давали такие микроорганизмы, как *Proteus mirabilis* и *Enterococcus faecalis*.

Рецидивы мочеточниково-влагалищных свищей после проведенного лечения встречались у женщин разных возрастных групп, всего 2 случая у разных пациенток. 1 случай рецидива был после консервативного лечения, 1 случай – после хирургического лечения свища (рисунок 4).

В обоих случаях рецидив произошел на фоне хронической инфекции мочевыводящих путей, при этом посев мочи пациенткам не выполнялся.

Таким образом, выполненное исследование позволило установить, что мочеполювыми свищами страдают социально активные женщины трудоспособного возраста (25 пациенток, 80,6 %). Развитие данной патологии наблюдалось как осложнение после радикальных гинекологических операций по поводу новообразований матки, причем мочеточниково-влагалищные свищи чаще развивались после лапароскопических операций. Пребывание таких пациенток на лечении в стационаре может быть неоднократным и порой длительным, что влечет за собой серьезные экономические затраты. Ведущими инструментальными методами диагностики мочеточниково-влагалищных свищей в условиях стационара являются обзорная и экскреторная урография, а также ретроградная уретеропиелография. При небольших размерах мочеточниково-влагалищных свищей возможны попытки консервативного лечения, которое имеет хороший результат. Успех хирургического лечения свищей зависит от сроков выполнения операции и степени выраженности воспалительной реакции тканей в зоне свища. Наличие сопутствующей хронической инфекции мочевыводящих путей требует дополнительной предоперационной подготовки и адекватной антибиотикотерапии с учетом результатов посева мочи. Учитывая возможность травмы мочеточников во время гинекологических операций, особенно при больших размерах миомы матки и экстирпации по поводу злокачественных новообразований тела и шейки матки, рекомендуется заранее устанавливать мочеточниковые стенты.

Оригинальные научные публикации

Литература

1. Глыбочко, П. В. Эндоскопические методы диагностики и лечения ятрогенных повреждений мочеточников и мочеточно-влагалищных свищей / П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев, М. А. Газимиев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 231–234.

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

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

4. Савельева, Г. М. Гинекология: учебник / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. – 4-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 432 с.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ 2/2018

5. Смирнова, Т. А. Актуальные вопросы гинекологической патологии / Т. А. Смирнова. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2015. – 340 с.

6. Уиллис, К. Р. Атлас оперативной гинекологии / К. Р. Уиллис. – 2-е изд. – М.: Мед. литература, 2004. – 540 с.

7. Findley, A. D. Prevention and management of urologic injury during gynecologic laparoscopy / A. D. Findley, M. J. Solnik // Current opinion in obstetrics and gynecology. – 2016. – № 4. – P. 323–328.

8. Mohrs, S. Sexual function after vaginal and abdominal fistula repair / S. Mohr, S. Brandner, M. D. Mueller // American journal of obstetrics and gynecology. – 2014. – № 1. – P. 1–6.

9. Wong, M. J. Urogenital fistula / M. J. Wong, A. Rezvan, A. Tate // Female pelvic medicine and reconstructive surgery. – 2012. – № 2. – P. 71–78.

Поступила 27.12.2017 г.