

УДК 618.15-007.253-07-08

ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ: ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

А.Е. Будревич*, Н.А. Нечипоренко**

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»**

Проведен анализ результатов обследования и лечения 91 больной с пузырно-влагалищными свищами. Лечение этих свищей только хирургическое. Хирургический доступ зависит от конкретной клинической ситуации. Частота рецидивов свищей после первого корригирующего вмешательства составляет 8,8±2,9%.

Ключевые слова: пузырно-влагалищный свищ, лечение.

Analysis of the results of examination and treatment of 91 female patients with colpocystofistulae is presented in the article. Surgical access tends to depend upon the definite clinical situation. Incidence rate of recurrence of the disease following the initial surgical correction comprised 8,8±2,9%.

Key words: colpocystofistula, treatment.

Введение

Пузырно-влагалищные свищи чаще всего развиваются в результате повреждения мочевого пузыря во время родов или в ходе выполнения акушерских и гинекологических операций. В связи с этим выделяют акушерские и гинекологические пузырно-влагалищные свищи.

Лечение пузырно-влагалищных свищей представляет сложную задачу. Оперативное вмешательство является единственным радикальным методом лечения [1, 2, 3].

Т.о., проблема пузырно-влагалищных свищей не теряет актуальности и требует разработки по двум направлениям: 1) усовершенствование и оптимизация методов лечения; 2) профилактика повреждения мочевого пузыря в ходе гинекологических и акушерских операций.

В связи с изложенным, в настоящем сообщении мы представляем наше видение проблемы пузырно-влагалищных свищей, возможности и результаты лечения таких больных.

Материал и методы

С 1980 по 2005 год мы наблюдали 91 женщину с пузырно-влагалищными свищами. Возраст больных 28-65 лет.

Клинические проявления пузырно-влагалищного свища были весьма характерными - постоянное выделение мочи из влагалища. У 59 пациенток акт мочеиспускания был частично сохранен. У этих больных свищи были диаметром до 0,5 см и они локализовались на задней стенке пузыря выше зоны треугольника Льео. Диагноз «пузырно-влагалищный свищ» у всех больных был установлен после осмотра урологом на 6-20 сутки с момента начала выделения мочи из влагалища.

При анализе причин возникновения свища оказалось, что у 86 женщин свищ образовался на 3-8 сутки после экстирпации матки. Среди них по поводу фибромиомы матки было оперировано 52 больных; по поводу рака шейки или тела матки - 25; кесарево сечение с последующей экстирпацией матки выполнено 9.

У 3-х женщин после кесарева сечения в нижнем сегменте матки образовался пузырно-маточный свищ. В клинике у них наряду с постоянным выделением мочи из влагалища, отмечалась пе-

риодическая тотальная макрогематурия в период менструации. При осмотре в зеркалах, окрашенная жидкость, вводимая в мочевой пузырь, начинала выделяться из цервикального канала шейки матки.

У одной больной свищ явился результатом перфорации мочевого пузыря и влагалища инородным телом и у одной больной свищ образовался в результате некроза стенки влагалища и мочевого пузыря на 8 сутки после затяжных родов.

Все больные оперированы.

Результаты и обсуждение

Тщательно изучив особенности ранее выполненных оперативных вмешательств, отметили следующее. Операция в 75 случаях сопровождалась значительными техническими трудностями в силу больших размеров опухолей матки, мощного спячного процесса в параметральной клетчатке. В 31 случае в ходе вмешательства возникло интенсивное интраоперационное кровотечение. Только у 16 больных операция проходила типично и без осложнений. Ни в одном случае в ходе операции повреждение мочевого пузыря замечено не было.

Основным механизмом повреждения мочевого пузыря было случайное сквозное прошивание его задней стенки шелковыми или кетгутowymi лигатурами при ушивании культи влагалища у 51-й больной; прошивание пузыря в ходе перитонизации культи влагалища у 13. У 16 женщин по-видимому имело место непроникающее повреждение задней стенки пузыря, которое произошло в ходе мобилизации передней стенки влагалища тупым путем, а в послеоперационном периоде развился некроз травмированной стенки пузыря с дефектом слизистой. У 11 женщин установить причину образования свища нам не удалось.

В условиях урологической клиники наличие свища подтверждено введением в мочевой пузырь окрашенной жидкости. Выделение окрашенной жидкости из влагалища подтверждало наличие пузырно-влагалищного свища. У всех наших больных, перенесших экстирпацию матки, свищ локализовался в культе влагалища непосредственно в зоне рубца. У 6 больных после акушерских операций свищ локализовался в переднем своде.

Всем пациенткам проведена цистоскопия. Ис-

следование выполняли после тампонады влагалища марлевыми салфетками, или презервативом, заполненным фурацилином, что позволяло некоторое время поддерживать достаточную для осмотра емкость мочевого пузыря. Цистоскопия дала возможность уточнить локализацию и размеры свищевого отверстия на слизистой мочевого пузыря и его отношение к устьям мочеточников. У 60 больных свищ локализовался на задней стенке пузыря на 0,5-2,0 см выше и у 16 ниже прямой соединяющей проксимальные концы мочеточниковых валиков, у 15 больных свищ локализовался в площади треугольника Льега на расстоянии 0,1-0,5 см от устья мочеточника. У 8 пациентов на слизистой пузыря было 2-3 свищевых отверстия. Диаметр свищевых отверстий со стороны слизистой пузыря был от 0,3 до 3,0 см. В 15 случаях при диаметре свища более 1 см цистоскопию пришлось выполнять в коленно-локтевом положении больной.

Поскольку единственным методом лечения пузырно-влагалищного свища является хирургическое вмешательство, то важным вопросом остается вопрос об оптимальных сроках выполнения корригирующего вмешательства после возникновения свища. Наш опыт показывает, что оптимальные условия для фистулопластики при соответствующем гигиеническом режиме больной, появляются через 2,5-4,0 месяца после возникновения свища. В это время уже нет воспалительного инфильтрата в окружающих свищ тканях, а интерстициальный компонент хронического цистита еще не успевает развиваться. В течение 2,5-4 месяцев после возникновения свища, в период ожидания больной оперативного вмешательства, пациентка должна периодически осматриваться урологом, необходимо удаление видимых со стороны влагалища лигатур или камней, если таковые имеются. В этот период должно проводиться противовоспалительное лечение и ежедневные гигиенические ванны. Учитывая постоянное выделение мочи из влагалища, больные ошибочно ограничивают прием жидкости, что приводит к водно-электролитным нарушениям. Поэтому коррекция водно-электролитных нарушений обязательна.

Придерживаясь такого принципа подготовки больных в амбулаторных условиях, только у 21 из наших больных при госпитализации в клинику для фистулопластики потребовалось интенсивное местное лечение с целью подавления активного воспалительного процесса во влагалище и на коже бедер. Ежедневные (2-3 раза) гигиенические ванны, спринцевания влагалища, введение во влагалище тампонов с синтомициновой эмульсией, назначение иммуно- и биостимуляторов позволило в течение 1,5-2 недель купировать местную воспалительную реакцию у этих больных. В четырех случаях, при вовлечении в зону свища устья мочеточника у больных развился гидронефроз и острый пиелонефрит, что потребовало наложения нефростомии.

Всем больным выполнялись экскреторная урография и РРГ. У 6-х женщин с локализацией свища вблизи устья мочеточника диагностирован гидроуретеронефроз I-II степени.

Одним из главных условий для успешного лечения является рационально выбранный хирургический доступ, из которого выполняется фистулоп-

ластика. В настоящее время применяются вагинальный, чреспузырный, абдоминальный и комбинированные доступы. Выбор того или иного доступа зависит от многих факторов, основными из которых являются размеры и локализация свища состояние верхних мочевых путей и почек. Кроме того, большое влияние на выбор доступа оказывает степень владения хирургом той или иной техникой вмешательства.

В идеальном варианте выбор доступа определяется особенностями клинической ситуации. Основным требованием, предъявляемым ко всем доступам, является возможность создания широкого операционного поля для достаточного отделения мочевого пузыря от стенки влагалища и полного иссечения рубцово-измененных стенок свища. Только в этом случае будет достигнута хорошая подвижность краев образовавшихся отверстий во влагалище и мочевом пузыре и появится возможность без натяжения наложить швы на пузырь и на влагалище. Кроме того, перечисленные условия должны позволить осуществить тканевую интерпозицию между пузырем и влагалищем для повышения надежности пластики.

Среди наших 91 больных у 33 был применен вагинальный доступ, у 26 - комбинированный абдоминальный и чреспузырный доступ и у 31 - чреспузырный. И у одной больной был применен комбинированный вагинальный и чреспузырный доступ.

Вагинальному доступу отдавали предпочтение в случаях сохраненной подвижности матки или ее шейки, при сохранении нормальной емкости влагалища, при низко расположенных свищах и у тучных женщин. У 30 больных свищевое отверстие находилось на достаточном удалении от устья мочеточников, верхние мочевые пути не были изменены. У 3-х женщин свищевое отверстие находилось в непосредственной близости от устья мочеточника, что потребовало предварительной катетеризации мочеточников.

Принципиальные этапы фистулопластики вагинальным доступом следующие. Разрез слизистой влагалища окаймляя свищевое отверстие отступая на 0,5-1,0 см от его края. Стенка влагалища отсепааровывается от мочевого пузыря острым путем на расстояние 1,5-2,0 см от линии разреза, освежаются края свищевого хода, удаляются рубцовые ткани до появления отчетливо неизменной ткани пузырной стенки. На дефект в стенке пузыря накладываются отдельные швы с интервалом в 0,5 см в продольном направлении используя викриловые или кетгутные нити № 00. Герметичность швов пузыря проверяется введением в пузырь жидкости. На дефект в стенке влагалища накладываются отдельные швы в поперечном направлении используя нерассасывающийся шовный материал. Операция заканчивается обязательным дренированием мочевого пузыря через уретру катетером Фолея в течение 6-8 дней.

Среди наблюдавшихся нами 33 больных, которым выполнена трансвагинальная фистулопластика, у 28 послеоперационный период протекал гладко. У 5 женщин вмешательство оказалось неудачным. В сроки 5-11 дней опять отмечено выделение мочи из влагалища, т.е. свищ рецидивировал. Это потребовало повторной операции через 2-3

месяца. Результаты повторных операций были следующими. У 4-х женщин свищ удалось закрыть и одна больная от операции отказалась.

Общее заключение по вагинальному доступу.

Вагинальный доступ является оптимальным, поскольку наименее травматичен. Уже на следующие сутки после вмешательства больные ходят. А при низко расположенных свищах вагинальный доступ вообще не имеет альтернативы.

Чреспузырному доступу отдавали предпочтение в случаях узкого влагалища и при близком расположении свища к устью мочеточников, а также при пузырно-маточных свищах.

Принцип фистулопластики чреспузырным доступом не отличается от пластики вагинальным доступом, только последовательность приемов операции менялась. Мобилизация тканей в области свища начинается со стороны слизистой мочевого пузыря после широкой цистотомии. Для облегчения отсепаровки мочевого пузыря от влагалища мы пользуемся следующим приемом. Во влагалище через свищ вводится катетер Фогарти или Фолея (в зависимости от диаметра свищевого канала) или на края свища накладываются швы-держалки. После раздувания баллончика катетер подтягивали вверх, что позволяло приблизить заднюю стенку мочевого пузыря с зоной свища к цистотомической ране. Это весьма облегчает процедуру отделения стенки мочевого пузыря от влагалища и позволяет добиться достаточной мобильности тканей в зоне свищевого канала.

Накладываются швы из нерассасывающегося материала на дефект в стенке влагалища узелками в его просвет. Швы на дефект в стенке пузыря накладываются кетгуттом или викрилом в направлении перпендикулярном линии швов на стенке влагалища или со смещением линии швов так, чтобы швы пузыря и влагалища не соприкасались.

При достаточно мобилизованной стенке мочевого пузыря после наложения швов на влагалище последнее целесообразно прикрыть свободным лоскутом брюшины или жировой клетчатки. Такая тканевая интерпозиция снижает частоту рецидива свища.

Чреспузырный доступ применили у 31 больной. В двух случаях фистулопластику пришлось дополнить уретеронеоцистоанастомозом, т.к. свищ находился на расстоянии 1-2 мм от устья мочеточника и проходимость мочеточника в интрамуральном отделе страдала.

Операцию закончили цистостомией в 22 случаях и у 9 больных применили дренирование пузыря через уретру.

Послеоперационный период у 29 больных протекал гладко, рецидив свища наблюдали у 2-х больных, которым через 2 месяца выполнена повторная успешная операция.

Чреспузырный доступ значительно травматичнее влагалищного, но применение его в показанных случаях обеспечивает надежную ликвидацию свища, особенно в ситуациях, когда свищ расположен у верхушки мочевого пузыря или устье мочеточника близко расположено к свищу и требуется уретероцистонеоанастомоз [3].

Трансвезикальная пластика пузырно-маточного свища принципиально не отличается от пластики пузырно-влагалищного свища. Необходимо от-

делить стенку мочевого пузыря от шейки матки, которые плотно сращены. После этого иссекаются края рубцово-измененных тканей и отдельно ушиваются дефекты в шейке матки и в мочевом пузыре. Операция заканчивается дренированием мочевого пузыря цистостомой.

Комбинированный (абдоминальный и чреспузырный) доступ применили у 26 больных. Всем этим пациенткам ранее выполнена экстирпация матки, причем пятерым в различные сроки до экстирпации проведена лучевая терапия в дозе 40 Гр.

Свищи локализовались высоко в культе влагалища и были окружены мощными рубцами, которые резко деформировали культю влагалища. В мочевом пузыре свищевые отверстия локализовались выше линии соединяющей проксимальные концы мочеточниковых валиков.

Травматичность доступа компенсировалась возможностью надежно отделить влагалище от мочевого пузыря, герметично наложить швы, легко пересадить в случае необходимости мочеточники, уложить прокладку из брюшины или сальника между ушитыми мочевым пузырем и влагалищем.

Перед операцией во влагалище вводили марлевый тампон.

Вмешательство выполняли следующим образом. Нижнесрединная лапаротомия. Петли кишок из полости таза выводили в верхний этаж живота. Тампоны во влагалище позволяли надежно определить культю влагалища через париетальную брюшину пальпаторно и визуально. Цистотомия, уточнение локализации свища. Через свищевое отверстие со стороны пузыря в просвет влагалища вводили металлический зонд. При необходимости мочеточники катетеризировали мочеточниковыми катетерами для профилактики их повреждения в ходе отделения стенки пузыря от влагалища. Затем опять приступали к абдоминальному этапу вмешательства. На границе между задней стенкой мочевого пузыря и определяемой культей влагалища рассекали париетальную брюшину и тупо обнажали участок стенки влагалища. Стенку влагалища захватывали зажимом Кохера или Микулича и максимально подтягивали ее вверх. Острым путем под постоянным визуальным контролем отсепаровывали от передней стенки влагалища заднюю стенку мочевого пузыря. Этот этап периодически контролировали со стороны вскрытого мочевого пузыря для уточнения расстояния до зоны свища. Появление между стенками влагалища и мочевого пузыря металлического зонда свидетельствовало о том, что вскрыт свищевой ход. Дальнейшая мобилизация стенок влагалища и пузыря позволяет отслоить их друг от друга на достаточном расстоянии. Влагалище и мочевой пузырь выделяли так, чтобы от краев свищевого хода было 2-2,5 см неизмененных тканей. Край свища в мочевом пузыре и влагалища иссекали до здоровых тканей. В 12 случаях при освежении краев свищевого отверстия удалили шелковые лигатуры, которыми был прошит мочевой пузырь в ходе ушивания культи влагалища.

Иссечение краев свищевого хода при всех доступах приводит к значительному увеличению диаметра отверстий во влагалище и мочевом пузыре. Однако это не должно смущать хирурга, ибо со-

здаются благоприятные условия для надежного наложения швов и для репаративных процессов в стенках пузыря и влагалища.

Достаточность мобилизации стенки влагалища и мочевого пузыря в зоне свища оценивали путем пробного сближения краев отверстий пинцетами. Когда сомнений в достаточной подвижности стенки влагалища и пузыря не оставалось, приступали к ушиванию отверстий. Вначале ушивали влагалище. Накладывали отдельные капроновые швы в поперечном направлении узелками в просвет влагалища. На отверстие в стенке пузыря накладывали двухрядные кетгутовые или викриловые швы в продольном направлении. Затем выполняли интэрпозицию свободного лоскута брюшины или сальника между ушитым влагалищем и стенкой пузыря. Лоскут брюшины или сальник фиксировали швами к культе влагалища так, чтобы он прикрывал линию швов и надежно отделял швы на влагалище и пузыре друг от друга. Ушивали париетальную брюшину, брюшная полость ушивалась наглухо, накладывали цистостому.

В двух случаях фистулопластику комбинированным доступом пришлось дополнить односторонним уретеронеоцистоанастомозом.

Послеоперационный период протекал гладко у 25 больных. У одной пациентки на 6 сутки отмечена несостоятельность швов и свищ рецидивировал.

Ретроспективный анализ этого наблюдения позволил отметить погрешности технического выполнения операции на этапе разделения пузыря и стенки влагалища.

Таким образом, среди 91 больной с пузырно-влагалищными свищами после первой фистулопластики полное выздоровление отмечено у 83 (91,2±2,9 %). Рецидивы развились у 8. Повторно успешно оперировано 7 больных.

Принцип оперативного вмешательства по поводу рецидивного пузырно-влагалищного свища такой же, как и при первичном вмешательстве. Доступ выбирается в зависимости от особенностей свища.

В наших наблюдениях результаты вмешательств по поводу пузырно-влагалищных свищей с учетом оперативного доступа следующие. Среди 33 больных, оперированных влагалищным доступом, рецидив после первой операции отмечен у 5 пациенток (15,1±6,2%). Повторно оперировано 4, свищ ликвидирован у 4-х.

Среди 31 больной, оперированных чреспузырным доступом, рецидив отмечен у 2-х женщин (6,4±4,2%). Повторно оперированы 2 больных - исход хороший.

Среди 26 больных, оперированных комбинированным (абдоминальным и чреспузырным) доступом, рецидив отмечен в одном случае (3,8±3,7%). Повторно оперирована 1 пациентка с хорошим результатом.

Приведенные данные свидетельствуют о вполне удовлетворительных результатах оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей. Некоторое преобладание частоты рецидивов после пластики свищей вагинальным доступом компенсируется малой травматичностью доступа.

При фистулопластике любым доступом наряду с обычным хирургическим инструментарием се-

годня должен применяться и ряд специальных инструментов таких как зеркала, позволяющие хорошо видеть операционное поле; изогнутые под углом съемные с удлинненной рукояткой скальпели; остроконечные, изогнутые под углом ножницы; различных размеров оливы и катетеры Фоля для подтягивания свища в рану; рассасывающийся шовный материал на атравматических иглах.

Несколько замечаний по поводу профилактики повреждений мочевого пузыря во время гинекологических и акушерских вмешательств - главной причины образования пузырно-влагалищных свищей.

Анализ наблюдавшихся нами 26 случаев интраоперационного повреждения задней стенки мочевого пузыря в ходе экстирпации матки и обнаруженного во время операции показал следующее. Дефект в стенке пузыря был ушит с участием уролога и ни в одном случае пузырно-влагалищный свищ не образовался. Свищи образовались только в случаях незамеченного в ходе операции повреждения пузыря. В ходе гинекологической операции, как правило, влагалище было мобилизовано недостаточно, и швы на его культю накладывались с техническими трудностями. Следовательно, реальным путем профилактики свищей во время гинекологических операций является достаточная мобилизация стенок влагалища, надежная визуализация задней стенки пузыря и своевременное обнаружение повреждения мочевого пузыря в ходе вмешательства, а также адекватное восстановление целостности стенки пузыря. Для этого любое появление крови в моче после гинекологической или акушерской операции должно заставить акушера-гинеколога принять меры для исключения проникающего повреждения мочевого пузыря, а не объяснять появление крови в моче после операции «ступой травмой» стенки пузыря зеркалами.

Подтверждением рациональности такой тактики являются 6 наших наблюдений. После экстирпации матки при катетеризации мочевого пузыря отмечено выделение мочи слабо окрашенной в розовый цвет. В операционную пригласен уролог, выполнена цистоскопия. В 4-х случаях обнаружены участки подслизистых кровоизлияний по задней стенке пузыря без нарушения ее целостности, в двух случаях выше зоны устьев обнаружены лигатуры, лежавшие на слизистой - результат случайного прошивания пузыря. В обоих случаях выполнена релапаротомия, цистотомия, мобилизация культи влагалища, отделение задней стенки мочевого пузыря в зоне прошитой лигатурами и ушивание дефекта в стенке пузыря, цистостомия. В обоих случаях выздоровление без образования свища.

Литература

1. Кан, Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. - М.: Медицина, 1986. - 487 с.
2. Кремлинг, Х., Лутцайер, В., Хайнц, Р. Гинекологическая урология и нефрология. - М.: Медицина, 1985 - (перевод с немецкого). - 560 с.
3. Лоран, О.Б., Годунов, Б.Н., Аль-Хайят Насер. Показания к трансвезикальному доступу при оперативном лечении пузырно-влагалищных свищей // Урология и нефрология. - 1995. - N5. - С. 44-47.
4. Нечипоренко, Н.А., Кажина, М.В., Спас, В.В. Урогинекология. - Минск, 2005. - 204 с.