

Д.Ю. Пушкарь
Г.Р. Касян

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В УРОГИНЕКОЛОГИИ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Глава 1

Урогенитальные свищи

ДИАЛОГ ЭКСПЕРТОВ

Касян: Начнем со свищей? Помните, как у Виктора Сергеевича Груздева, профессора Императорского Казанского университета: «Немного найдется даже в жизни врача минут, когда бы он испытал чувство такого высокого нравственного удовлетворения, как после удачного закрытия свища». Сказано в 1904-м. С тех-то пор накоплен обширный опыт лечения пузырно-влагалищных свищей, причем это опыт меняющийся. Почему же мы опять возвращаемся к ним? Почему тогда мы все еще не решили эту проблему?

Пушкар: Учитывая, что книга будет откровенной, я хочу вам сказать: *(отчетливо)* свищи не изменились. Не нужно выходить на трибуну и говорить, что ситуация изменилась. Они всегда были и будут самым грозным осложнением в урогинекологии. Они всегда приводят к тяжелой инвалидизации пациентки, это надо понимать. Мы в этой книге будем говорить об уретровлагалищных, маточных свищах, свищах в мочеточнике и других — они все приводят к серьезным нарушениям качества жизни. Но о чем можно говорить? О том, что свищи могут быть простые и сложные. Вот сегодня *(раздражаясь и акцентируя)* количество сложных свищей не уменьшилось. Вот этот момент действительно для нас неожиданный и непростой. А почему мы рассчитывали, что оно уменьшится? Потому что мы думали, что придут новые электротехнологии, визуализация, начиная от ламп и света в операционной до специальных очков, лапароскопия, 3D-технологии, роботическая хирургия. Тем не менее свищей не стало меньше — точечных или больших, не говоря уже о лучевых поражениях.

Касян: С одной стороны, это очевидно. С другой стороны, акушерские свищи, к счастью, остались в прошлом — их теперь называют «африканскими», так как они часто встречаются в странах Африки. Но появились новые, связанные с использованием новых технологий, сетчатых материалов. Могут ли акушеры и гинекологи обеспечить их профилактику?

Пушкар: Вы знаете *(задумываясь, отпивая чай)*, образование является в медицинской профессии основой успеха. Образование позволяет избежать многих осложнений. Однако бывают непростые ситуации. Есть несколько аспектов. Первый: должен ли акушер-гинеколог во время своего последипломного тренинга изучать урологию?

Ответ — конечно. Должен ли уролог во время резидентуры или ординатуры изучать гинекологию? Ответ — конечно. Второй момент: нужны ли в роддомах и гинекологических клиниках полноценные отделения КТ, МРТ-диагностики и рентгеновских методов исследования? Конечно да. И третий пункт: когда имеется осложненная пациентка — с онкологией, нуждающаяся в операции Вертгейма, которой предстоит обширная операция или у которой есть аномалия развития, удвоение мочеточников — нужен ли в бригаде уролог? Конечно. Это профилактика? Да. Образование и правильная организация. Требовать от молодого специалиста не травмировать мочеточник и мочевого пузыря, с одной стороны, разумно, а с другой — абсурдно.

Касян: Ну, а практические вопросы? Как определить время операции по закрытию свища? Должны ли мы закрывать свищ сразу, как только он диагностирован, или стоит подождать? Еще одна проблема — нет европейских или американских рекомендаций по лечению свищей. Их и не будет, думаю. Нужно писать?

Пушкар: Очень грустно, что их нет. Мое мнение — да, нужно писать. Опыт нашего коллектива — ждать: 2–2,5 мес, если травма доброкачественная, и полгода–год, если лучевая. Конечно, бывают исключения, и иногда можно ушить свищ раньше. Но это редкий случай, потому что эти ткани не позволяют разделить мочевого пузыря и влагалище.

Касян (вздыхая): Конечно, ушить свищ крайне сложно. И сложность заключается в том, что выглядят эти операции простыми и однозначными, но результаты совершенно обратные. И большое искушение для начинающего хирурга сделать эту операцию самостоятельно. Результаты порой обескураживающие. Это касается не только рецидивов, но и функциональных результатов. Ушитый свищ — не значит реабилитированная пациентка. Пациентки порой находятся в ужасном состоянии, женщины социально не адаптированы, имели совершенно другие ожидания. Как с ними работать, нужен ли им психолог?

Пушкар (нахмуриваясь): Вот если кратко ответить — да, нужен. Но этого ответа недостаточно. Где должен быть этот психолог, какой это психолог? Нужно ли его специально обучать работе с такими пациентками? Что он может сказать пациентке, у которой моча течет помимо мочеиспускательного канала? За многотысячный опыт лечения этих больных мы никогда не сталкивались с психологическими проблемами, которые бы разрушили пациентку. Почему? Потому что врач-урогинеколог должен уметь общаться с этими женщинами и помогать им психологически. Простая деталь: пока пациентки ждут операции, они даже не могут выпить воды, они в подгузнике, они действительно подвержены социальной изоляции. *(Повышая голос)* И подгузник нужно сначала правильно рекомендовать! Важный момент? Важный! И пациентка должна понимать, что после произошедшего несчастья будет оперироваться у человека, который этим серьезно занимается, у профессионала, а не у любителя. Есть еще одна история, модная в мире, — поддержка семьи. И если семья есть — пожалуйста, это тоже важно. Но клинический психолог был бы не лишним.

Касян (согласительно кивая): Вы знаете, порой обескураживают функциональные результаты фистулопластики. Закрыт свищ, а у пациентки позывы. Нет фистулы, но теперь недержание мочи, и сложно объяснить больной, которая ожидает от нас полной реабилитации, что нужно еще лечение. А что все же происходит с функцией мочевого пузыря у этих больных, даже после успешной операции?

Пушкар (задумываясь): Есть вещи, которых мы не знаем. Например, компенсационные возможности мочевого пузыря в принципе и у больных, перенесших операции

по закрытию пузырно-влагалищных свищей. И здесь (*оживляется, двигает стул ближе к столу*) надо разделить этих пациенток на две группы. Первая — доброкачественные свищи, где функция мочевого пузыря восстанавливается полностью. И постлучевые поражения, где функция мочевого пузыря по определению не восстанавливается до конца и разнится в зависимости от реакции на облучение. К сожалению, в данном случае мы много чего упускаем. С большим трудом восстанавливая целостность мочевого пузыря и влагалища, мы во многом не обращаем внимания на функцию мочевого пузыря в дальнейшем. Это действительно так.

Касян: Должны ли мы одновременно использовать дополнительные технологии для аугментации мочевого пузыря или медикаментозные препараты для устранения спастичности?

Пушкарь: Я считаю, у симптоматических больных при необходимости должны использоваться все эти возможности. Но с аугментацией момент непростой. Мы надеемся, что даже небольшой емкости мочевой пузырь в дальнейшем восстанавливается. Однако аугментация сама по себе, то есть подшивание сегмента кишечника к облученному пузырю, зачастую дело неблагоприятное. Что касается удаления мочевого пузыря и создания резервуара...

Касян (*с улыбкой, но внимательно*): Это мой следующий вопрос.

Пушкарь (*продолжая мысль*): ...создания резервуара. Это вопрос социальной адаптации в каждом отдельном социуме. В России адаптация больных со стомами — вопрос, который только поднимается. И досадно, что он поднимается так поздно, и так (*подыскивает слово*) вяло. Конечно, что касается непосредственно операций с деривацией мочи, то такие больные должны быть социально более адаптированы.

Касян: Общаясь с коллегами на Западе, часто слышишь, что нужно сразу идти к деривации мочи, без попыток ушивания свищей. Много вопросов относительно доступа. Мы практически всегда используем влагалищный доступ. Почему абдоминальный должен быть доступом второй линии? Мы не говорим о специфической ситуации, когда есть облучение мочеточников, и мы должны одновременно устранять травмы верхних мочевых путей. Но какие есть аргументы за такую позицию?

Пушкарь (*совершенно однозначным тоном*): Опыт нашей клиники показал, что подавляющее большинство свищей могут и должны быть закрыты влагалищным доступом. Исключение составляют свищи, когда требуется реимплантация мочеточника в новое место мочевого пузыря. Это мое глубокое убеждение. (*Пауза, затем повышая тон.*) Вопрос: а зачем использовать другой доступ? Свищи — это не сложная нейрогенная дисфункция, м-холинорецепторы, блокаторы, генетическая терапия, коллаген и так далее. Это фистульная хирургия, хирургия XVIII в. Можно сделать ее щадящим доступом, быстрее. Другое дело, что нужно им овладеть. Знаете, роботом не оперируют те, у кого его нет. Так же и с влагалищным доступом — оперируют те, кто умеет. Нужно научиться. Точка.

1.1. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СВИЩЕЙ

Урогенитальные свищи являются следствием осложнений акушерских пособий, урологических и гинекологических вмешательств, последствием лучевой терапии, онкологических заболеваний и травм мочеполовых органов. Те же факторы могут быть причиной формирования кишечно-урогенитальных свищей, наряду с воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В большинстве развивающихся стран более 90% всех свищей относятся к акушерским, то есть образуются в результате акушерского пособия [1–4]. В дореволюционной России акушерские свищи составляли 95%. В России, как и в других современных странах, более 70% свищей являются осложнением операционных вмешательств на органах таза [5, 6]. Эти свищи традиционно принято называть гинекологическими, хотя травма мочевыделительной системы может случиться и после проктологических или онкологических пособий.

1.1.1. Гинекологические свищи

Широко распространено мнение, что урогенитальные фистулы как осложнение хирургического вмешательства на органах таза — это результат непосредственной травмы нижних мочевых путей в ходе операции, зачастую выполненной по экстренным показаниям, так как из-за спешки и невнимательности хирурга возрастает риск повреждения нижних мочевых путей. По нашему опыту, из более чем 500 пациентов, направленных в клинику за последние 10 лет, около 70% составляли пациенты с осложнениями после хирургических вмешательств, в особенности после гистерэктомий. При этом только 5% из них имели симптомы непроизвольного выделения мочи в первый же день после операции. Во всех же остальных случаях мы предполагаем, что деваскуляризация тканей во время диссекции, небрежное наложение швов, формирование тазовых гематом или инфекционные осложнения могли привести к послеоперационному некрозу тканей и появлению симптомов непроизвольного выделения мочи из влагалища на 5–14-й день после операции.

Также несвоевременное опорожнение мочевого пузыря во время операции и в послеоперационном периоде может являться дополнительным фактором риска. Многими авторами был неоднократно описан высокий процент развития дисфункций нижних мочевых путей у больных со свищами [7]; при этом остается не до конца понятным, имелись ли данные функциональные расстройства до операции, или же они развились *de novo* в результате травмы пузыря или нарушения его иннервации. Вероятнее всего, пациентов с привычкой редко ходить в туалет или тех, у которых отмечаются временные нарушения сократительной способности детрузора, можно отнести к группе повышенного риска по развитию ретенционных изменений в послеоперационном периоде. Острая или хроническая задержка мочи после операции может быть дополнительным фактором риска формирования урогенитального свища. Так же важно помнить, что большинство подобных свищей формируются

в результате измененной анатомии тазовых органов при опухолях яичников или спаечном процессе между мочевым пузырем и маткой или шейкой матки из-за предыдущих операций в этой области, эндометриоза и инфекционных осложнений (рис. 1.1).

Лучевая терапия, предшествующая хирургическому лечению, а также выполненная в ранний послеоперационный период, значительно нарушает васкуляризацию, что существенно снижает регенеративные способности тканей, даже после малообъемных вмешательств.

Безусловно, особенности хирургической техники тоже имеют большое значение. Каждый хирург, выполняющий операции на органах таза, должен уметь локализовать и, при необходимости, выделить мочеточник. Данная практика должна стать обязательной частью хирургического тренинга в качестве «первой помощи» при повреждении нижних мочевых путей. Необходимо по возможности избегать применения марлевых тампонов при отделении мочевого пузыря от матки во время кесарева сечения и гистерэктомии. Острая диссекция скальпелем или ножницами менее травматична для тканей, особенно если имеется выраженный спаечный процесс.

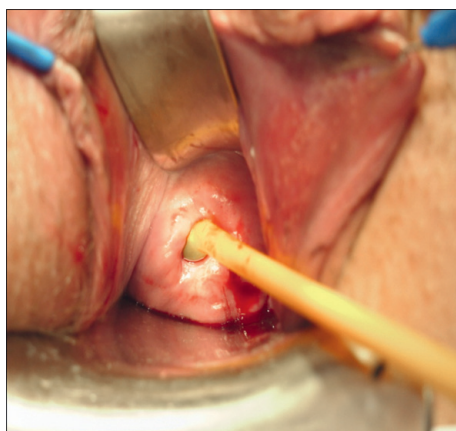


Рис. 1.1. Типичный пузырно-влагалищный свищ, возникший после гистерэктомии

Таблица 1.1. Этиология мочеполовых свищей по данным Хилтона в Англии (Hilton, 2002) и Нигерии (Hilton, Ward, 1998)

Этиология	Англия (n – 233)		Нигерия (n – 2389)	
	%	n	%	n
Длительные роды	–	7	–	1918
Кесарево сечение	–	11	–	165
Разрыв матки	–	8	–	119
Вакуум-экстракция плода	–	4	–	–
Оказание ручного пособия	–	1	–	–
Симфизиотомия	–	1	–	–
Отслойка плаценты	–	1	–	–

Окончание табл. 1.1

Этиология	Англия (n — 233)		Нигерия (n — 2389)	
	%	n	%	n
Акушерские свищи	14,2	33	92,2	2202
Открытая гистерэктомия	—	97	—	33
Радикальная гистерэктомия	—	13	—	—
Гистерэктомия влажным доступом	—	4	—	25
Лапароскопическая гистерэктомия	—	3	—	—
Гистерэктомия при кесаревом сечении	—	1	—	—
Удаление культи шейки матки	—	2	—	—
Лапароскопическая овариэктомия	—	1	—	—
Кольпорафия	—	5	—	35
Пластика мочевого пузыря	—	3	—	—
Кольпосуспензия	—	3	—	—
Слинговые операции	—	1	—	—
Удаление дивертикула уретры	—	11	—	—
Инъекция фенола	—	1	—	—
Нефроуретерэктомия	—	2	—	—
Литотрипсия	—	1	—	—
Колэктомия	—	5	—	—
Шов влажных	—	—	—	12
Неизвестная операция в детстве	—	1	—	—
Гинекологические	66,9	156	4,4	105
Лучевые	8,6	20	0,0	0
Онкологические	0,0	0	1,8	42
Инородное тело	—	6	—	—
Неясной этиологии	—	6	—	—
Пессарий	—	4	—	—
Обусловленные катетером	—	2	—	—
Травма	—	2	—	11
Инфекция	—	1	—	7
Насильственный половой акт	—	—	—	22
Врожденные	—	3	—	—
Прочие	10,3	24	1,7	40
Всего	100,0	233	100,0	2389

1.1.2. Акушерские свищи

О большом количестве свищей акушерской этиологии свидетельствуют материалы многих клиник. Большинству женщин в развивающихся странах до сих пор не оказывается полноценная медицинская помощь во время родов. Согласно ряду исследований, до 90% мочеполовых свищей приходится на

долю фистул акушерской этиологии [8]. Традиционно раннее для африканских стран вступление женщины в брак и, следовательно, ранние роды несомненно являются одними из тех факторов, которые во многом определяют риск возникновения акушерского свища, так как чаще всего родовые пути не успевают сформироваться для обеспечения родовой деятельности. Уровень материнской смертности в таких странах непозволительно высок [9]. Женщина с такой травмой зачастую оказывается изолированной от общества, ее жизнь наполняют невыносимые страдания, которые иногда толкают ее к суициду.

В настоящий момент не существует точных данных об истинной распространенности акушерских свищей, так как по сей день не проводилось больших популяционных исследований, ставящих своей целью определить границы данной проблемы. По данным Harrison, среди 22 000 наблюдаемых им женщин частота встречаемости акушерских свищей составила 0,35% [10]. Учитывая, что подавляющее большинство женщин из развивающихся стран рожают дома, а не в родильных домах и, следовательно, статистикой не учитываются, то истинная распространенность, вероятнее всего, будет значительно выше. Тем не менее на данный момент, по данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность акушерских свищей составляет приблизительно 0,3% среди всех родов [11]. Исходя из этой цифры можно сказать, что ежегодно регистрируется около 50 000–100 000 новых случаев акушерских свищей. Общее же число женщин, страдающих этим заболеванием, составляет порядка 2 млн. Тем не менее ряд исследователей продолжили дальнейшие вычисления, исходя из косвенных данных, касающихся материнской смертности. Зная, что среди 30 случаев материнской смертности на долю акушерских свищей приходится примерно 1 случай, Danso предположил, что частота встречаемости акушерских свищей будет приблизительно коррелировать с уровнем материнской смертности. Исходя из этих соображений можно предположить, что ежегодно образуется примерно 500 000 акушерских свищей [12].

В акушерской практике повреждения уретры возникают в результате патологических родов, чаще в первом периоде родов, когда шейка матки еще закрыта, мочевой пузырь растянут, приподнят и прижат головкой плода к лобковым костям. Мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, его шейка и область пузырного треугольника, а иногда и тазовые отделы мочеточников оказываются под воздействием длительного давления головки плода, ведущего к некрозу тканей этой зоны.

Образование некротических послеродовых свищей зависит, по мнению А.М. Мажбица, от ряда факторов: плотности костей черепа плода (перенесенная беременность), длительности давления головки на ткани, места давления (внутренняя поверхность лонной дуги), состояния самих тканей до родов (перенесенные в прошлом воспалительные заболевания гениталий), наличия рубцовой ткани, многократной травматизации родового канала, наличия разрыва шейки матки и ее деформации; ущемления губы шейки матки [13].

Одним из достоверных признаков «некроза от давления» при длительной задержке подлежащей части плода в плоскости таза, приводящей к обширному повреждению уретры, является так называемый аннулярный некроз уретры.

Повреждения уретры и мочевого пузыря при наложении акушерских щипцов в настоящее время наблюдаются нечасто в связи со значительными успехами родовспоможения в нашей стране. Формирование свищей следует рассматривать скорее не как нарушение целостности родового канала ножками щипцов, а как результат длительного давления головки плода на ткани родового канала. Вместе с тем нарушение техники наложения акушерских щипцов, особенно форсированное и повторное их применение, может привести к повреждению мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря (рис. 1.2). Целость мочевых путей может быть нарушена костями черепа перфорированной головки плода. Ранее подобные повреждения наблюдались при катетеризации мочевого пузыря в родах, когда последняя выполнялась металлическим катетером и была затруднена из-за сдавления уретры предлежащей головкой плода.



Рис. 1.2. Акушерский свищ: обширный дефект тазового дна, вызванный родовой травмой

1.1.3. Постлучевые свищи

В то же время проблема лучевых пузырно-влагалищных свищей стала весьма актуальной, несмотря на то что современные технологии позволяют сделать лучевую терапию менее агрессивной и более прицельной.

Современное использование ионизирующего излучения в гинекологии ограничивается исключительно лечением онкологических заболеваний. При этом лучевая терапия на органах малого таза — это основная причина развития отсроченных пузырно-влагалищных свищей [14]. В результате облучения в подслизистом слое мочевого пузыря образуется фиброз. Из-за этих изменений происходит гиалинизация соединительной ткани. При гистологическом исследовании обнаруживаются измененные фибробласты, которые характерны для лучевого поражения тканей. В результате облучения возникает облитерирующий артериит [15]. Сосудистые повреждения приводят к атрофическим и некротическим изменениям уретерия, что является причиной изъязвления стенки мочевого пузыря и формирования фистул.

Большинство фистул образуются спустя 1,5–2 года после окончания лучевой терапии. Иногда фистулы могут сформироваться спустя многие годы

после облучения [16]. Чаще всего образованию свища предшествуют симптомы лучевого цистита, лихорадка и гематурия. Эти симптомы резко меняются в процессе формирования свища. Ткани вокруг свищевого хода инфильтрированы, легко кровоточат. Изъязвление слизистой и участки некроза в области мочевого пузыря и стенок влагалища — это типичные находки при осмотре пациенток с лучевыми пузырно-влагалищными свищами. Естественно, что успех реконструктивной операции при таких поражениях весьма лимитирован из-за недостаточности здоровых тканей.

1.1.4. Риски при онкологических заболеваниях

Если не брать в расчет эффект самого лечения, очевидно, что онкологические заболевания сами по себе могут стать причиной формирования свищей урогенитального тракта. Так, карцинома шейки матки, влагалища и прямой кишки является самой распространенной причиной данного осложнения (рис. 1.3). Уротелиальные опухоли сами по себе крайне редко осложняются свищами при отсутствии хирургического лечения или лучевой терапии. Свищи, формирующиеся в терминальную фазу онкологического заболевания, резко снижают качество жизни пациентов; поэтому ведение таких пациентов требует особого подхода с использованием всех возможностей оказания паллиативной помощи.

1.1.5. Воспалительные заболевания кишечника

Воспалительные заболевания кишечника — это самая частая причина развития нехирургических кишечно-генитальных свищей. Дивертикулез кишечника зачастую приводит к формированию спонтанных кишечно-влагалищных свищей и реже — к кишечно-маточным, проявляя себя, как ни странно, достаточно небольшим количеством симптомов (рис. 1.4). Нельзя исключать данную патологию, если у пациентки есть симптомы мутных выделений и недержания мочи при отсутствии какой-либо сопутствующей урологической патологии. В странах Запада все больше становится больных с болезнью Крона, у которых такое осложнение, как формирование различных фистул, встречается в 40%; при этом генитальный тракт бывает задействован в 7% случаев. Язвенный колит редко бывает причиной ректовагинальных фистул. Ректовагинальные свищи по своей этиологии, по данным П. Хилтона [17], в 65% случаев являются акушерскими, в 21% случаев — результатом воспалительных заболеваний кишечника, в 7% — радиационными и в 7% — неизвестной этиологии.

1.1.6. Уретровлагалищные свищи

Уретровлагалищные свищи (рис. 1.5) всегда возникают в результате повреждения уретры в ходе акушерских или гинекологических операций. Если раньше они встречались относительно часто, примерно 1 случай на 100 свищей, то в последние годы количество этих больных резко уменьшилось. С чем это связано? Для ответа на этот вопрос следует обратиться к анализу причин, приводящих к возникновению уретровлагалищных свищей.



Рис. 1.3. Ректовагинальный свищ, возникший после лучевой терапии рака шейки матки



Рис. 1.4. Пузырно-толстокишечный и пузырно-влагалищный свищи (вагинография). При заполнении контрастом влагалища (а) визуализируется мочевой пузырь (б) и толстый кишечник (в)

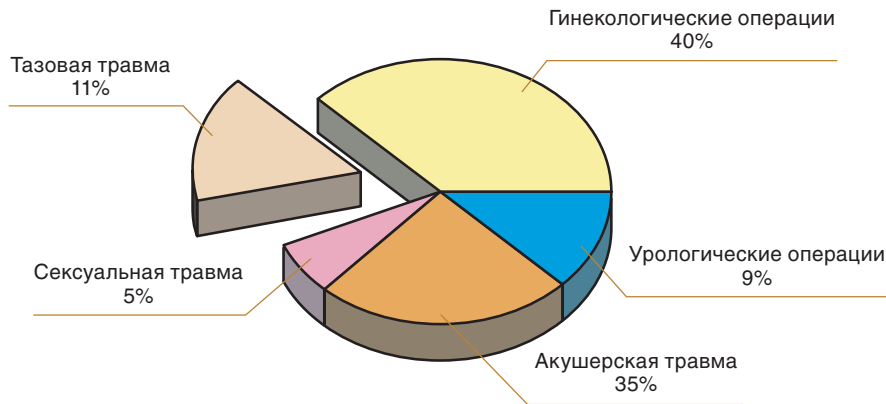


Диаграмма 1.1. Причины возникновения уретровлагалищных свищей у 216 пациенток клиники урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Среди большого числа больных с различными видами мочеполовых свищей, оперированных в нашей клинике за 35 лет, на долю уретровлагалищных свищей пришлось всего около 8% случаев (216 пациенток).

Более чем у трети причиной повреждения уретры было наложение акушерских щипцов. Наибольшее количество этих больных было в период 60-х — начала 80-х годов прошлого века. После того как эта операция была лимитирована, количество больных с уретровлагалищными свищами и деструкциями уретры значительно уменьшилось.



Рис. 1.5. Уретровлагалищный свищ

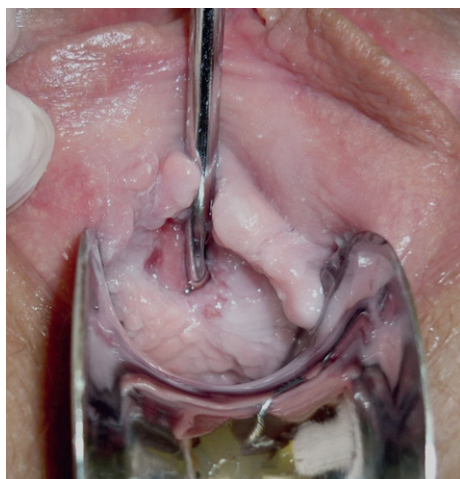


Рис. 1.6. Деструкция дистального отдела уретры

Другая частая причина — операции по поводу парауретральных кист и дивертикулов уретры (рис. 1.6). Эта группа составляла около четверти от общего числа больных. Еще одна причина — реконструктивные операции на передней стенке влагалища. Технические погрешности при выполнении передней кольпоррафии нечасто, но осложняются формированием свищей.

В последние годы появилась еще одна причина, приводящая к возникновению свищей, — петлевые операции при недержании мочи, не только масштабные, с использованием фасциальных лоскутов, но и малоинвазивные, с имплантацией субуретральных петель.

К редким причинам деструкций уретры можно отнести парауретральное введение различных объемообразующих гелей при недержании мочи, длительное нахождение во влагалище инородных тел и лучевую терапию.

Наиболее часто свищи располагаются в области уретровезикального сегмента и проксимального отдела уретры, что обусловлено анатомическими особенностями этой зоны, а также тем, что при петлевых операциях лоскут помещался именно в эту зону. Свищи, расположенные в дистальном отделе уретры, не вызывают у больных почти никаких беспокойств, поскольку в этой ситуации непроизвольного выделения мочи практически не бывает из-за сохраненной функции замыкательного аппарата уретры и мочевого пузыря.

Диагностика уретровлагалищных свищей не представляет особой сложности, так как они хорошо видны при влагалищном осмотре [23].

Постлучевые свищи, сочетающиеся с массивным повреждением уретры, в некоторых случаях могут быть признаны неизлечимыми. Таким пациентам в дальнейшем следует выполнять операции, направленные на отведение мочи. Пациентов следует заранее информировать о том, что им может быть выполнено несколько операций с последующим восстановлением самостоятельного мочеиспускания.

1.1.7. Редкие причины

К редким причинам образования фистул в области генитального тракта относятся инфекционные болезни (венерическая лимфогранулема, шистосомоз, туберкулез, актиномикоз и т.д.).

Наиболее тяжелую форму мочеполовых свищей представляют так называемые онкологические свищи, которые образуются в результате распада злокачественных опухолей, исходящих из половых органов и прорастающих мочевые. Они встречаются только при запущенных формах рака. Изредка свищи могут возникать и после урологических или хирургических операций.

Этиологическими факторами мочеполовых свищей также являются камни, инородные тела, проникающие в мочевой пузырь во время мастурбации или случайно оставленные при инструментальных манипуляциях либо операциях (рис. 1.7). Мочеполовые свищи могут развиваться также после насильственного полового акта у женщин с атрезией влагалища. Образуются свищи

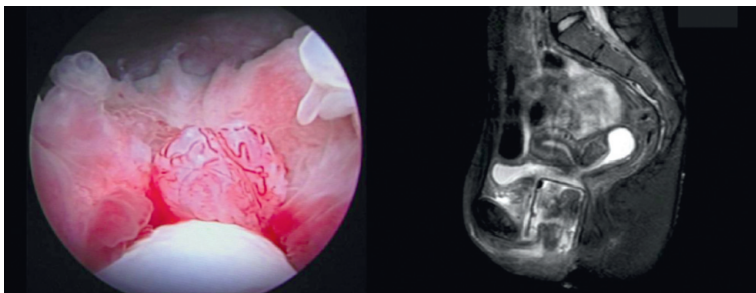


Рис. 1.7. Пластиковый стакан, находившийся во влагалище более 3 месяцев, явившийся причиной формирования пузырно-влагалищного свища (наблюдение доктора Артибани, Италия)

и под влиянием различных химических факторов, когда ошибочно в мочевой пузырь или в окружающие его ткани вводят концентрированные растворы кислот, щелочей или другие вещества.

Говоря о причинах образования фистул, следует упомянуть и о таких заболеваниях, как туберкулез, брюшной тиф, когда патологический процесс распространяется на мочевые органы. Поводом к возникновению мочеполового свища может явиться нагноение дермоидной кисты яичника с прорывом абсцесса в мочевой пузырь. Равным образом гнойный сальпингоофорит и параметрит могут вызвать деструкцию стенки мочевого пузыря и длительное время поддерживать пиурию. И наконец, причиной могут быть огнестрельные ранения, автомобильная, железнодорожная, производственная и бытовая травмы.

1.1.8. Ошибки, приводящие к возникновению свищей

Как правило, травмы мочевых путей происходят при операциях влагалищным доступом или абдоминальным доступом на органах таза, часто онкологических. В последнее время увеличилось число пузырно-влагалищных свищей в ходе удаления доброкачественных образований матки после

лапароскопических операций. Факторами риска могут быть предыдущие вмешательства в тазу, инвазивные опухоли, обширный эндометриоз, хронические воспалительные процессы в тазу. К возникновению свищей ведет не только острая травма, но и деваскуляризация тканей, захват в лигатуру органов мочеполовой системы. Выделение мочи из влагалища при травмах мочевого пузыря чаще всего наступает через несколько дней после операции. Следует с осторожностью применять коагуляторы и биполярные ножницы в зоне нахождения мочеточников и мочевого пузыря во избежание травмы мочевых органов. Рассечение мочевого пузыря ножницами или скальпелем часто случается, когда он окружен опухолевой или фиброзной тканью.

Опущение органов матки и мочевого пузыря меняет топографическое соотношение и может приводить к травме мочевых органов.

Размозжения стенок мочевого пузыря происходят при непреднамеренном слепом наложении на них зажимов для остановки массивных кровотечений. Размозжения могут приводить к последующему некрозу, стриктурам или формированию свищей. Деваскуляризация мочевого пузыря может приводить к некрозу с последующим формированием свища.

Коагуляционные травмы или фульгурации мочевых органов могут возникнуть из-за применения при лапароскопии коагулирующих инструментов, а также лазерной энергии. При работе с монополярными инструментами зона термического воздействия существенно больше по сравнению с биполярными, таким образом, несколько выше риск повреждения близлежащих тканей. В то же время следует следить за тем, чтобы на биполярном инструменте не возникал обугленный струп, так как это ведет к тому, что электрический импульс начинает проходить по близлежащим тканям, наиболее насыщенным водой, то есть обладающим наибольшей проводимостью, например, мочевому пузырю или мочеточнику.

Все швы, накладываемые в зоне непосредственной близости с мочевым пузырем, должны быть абсорбируемыми. Прошивание нерассасывающимся материалом мочевого пузыря всегда ведет к возникновению лигатурных мочевых камней, а иногда — к формированию свища.

1.2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СВИЩЕЙ

Распространенность урогенитальных свищей варьирует в разных странах — являясь редкими в Европе и Северной Америке, они часто встречаются в Африке, Индии, Юго-Восточной Азии. Это касается в первую очередь акушерских свищей. По данным Харрисона, в Нигерии на 288 родов приходится 1 случай формирования свища [18]. Это происходит, как правило, из-за затяжных родов и очень позднего перехода к экстренному кесареву сечению. Как показывает статистика 20 стран Африки, кесарево сечение выполняется лишь в 0,1–3% случаев. При том что Всемирная организация здравоохранения рекомендует в среднем до 5% всех родов заканчивать операцией кесарева сечения, дабы избежать осложнений у рожениц [19].

По данным Хилтона, в Великобритании ежегодно выполняется 152 операции по коррекции генитальных свищей [20]. Количество свищей после стандартных гистерэктомий составляет 1 к 1300 операциям, что составляет 0,08% [21]. После лапароскопической или же влагалищной гистерэктомии вероятность развития свищей составляет около 1% [22–24]. После радикальной гистерэктомии — от 1 до 4% [25, 26]. И такой же процент после лучевой терапии по поводу гинекологической онкологии [27]. Вероятность возникновения свища после тазовых экзентераций существенно выше и составляет до 10% [28].

1.3. КЛАССИФИКАЦИИ СВИЩЕЙ

Единой классификации до сих пор не существует в связи с большим разнообразием этой патологии [5]. Наиболее часто в нашей стране используется система, предложенная профессором Каном.

Классификация, представленная Дмитрием Вавильевичем Каном, описывает следующие разновидности свищей.

- Пузырно-влагалищные свищи.
- Пузырно-маточные свищи.
- Пузырно-придатковые свищи.
- Уретровлагалищные свищи.
- Мочеточниково-влагалищные свищи.
- Мочеточниково-маточные свищи.
- Комбинированные, или мочеточниково-пузырно-влагалищные свищи.
- Сочетанные свищи, или поражение мочеполовых органов и кишечника.

Эта классификация основана на локализации свища и вовлеченных в патологический процесс органах и часто применяется в клинической практике в нашей стране.

В литературе описано множество других классификаций урогенитальных свищей, основанных на анатомических ориентирах, а также этиологических факторах. Так, Goh предложила классификацию урогенитальных свищей, согласно которой было выделено 4 основных типа свищей в зависимости от расположения свищевого хода относительно наружного отверстия мочеиспускательного канала. Эти четыре типа имеют подтипы, разделенные по размеру свища и сопутствующим осложнениям, длине влагалища и другим особенностям, аналогично системе TNM.

Классификация по Goh

Локализация свища

Тип 1. Дистальный край фистулы на более чем 3,5 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Тип 2. Дистальный край фистулы от 2,5 до 3,5 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Тип 3. Дистальный край фистулы от 1,5 до 2,5 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала.