

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК МОЧЕПОЛОВОГО СВИЩА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН

[О. Б. Лоран¹](#), [А. В. Серегин^{1,2}](#), [З. А. Довлатов^{1,2}](#)

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
Минздрава России (г. Москва)

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» (г. Москва)

Эффективность первичной пластики мочеполовых свищей у 226-ти женщин в условиях клиники с большим опытом применения таких операций составила 91,6 %.

На эффективность первичной коррекции свища достоверно влияют следующие факторы: размер свищевого дефекта, степень рубцовых изменений в области свищевого хода и наличие предшествующих операций по пластике свища. Полученные данные могут быть использованы с целью оптимизации подходов к лечению данной категории пациентов.

Ключевые слова: мочеполовые свищи, пластика свища, характеристики свища.

Лоран Олег Борисович — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», рабочий телефон: 8 (499) 728-84-62, e-mail: oleg_loran@gmail.com

Серегин Александр Васильевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», заведующий 41-м урологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», рабочий телефон: 8 (495) 945-04-96, e-mail: 41urology@41urology.ru

Довлатов Зяка Асаф оглы — кандидат медицинских наук, врач-уролог 41-го урологического отделения ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», соискатель кафедры урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», рабочий телефон: 8 (495) 945-04-96, e-mail: dovlatov.zyaka@mail.ru

Введение. Мочеполовые свищи у женщин наиболее часто (более 90 % всех случаев) возникают после родовых травм и акушерско-гинекологических операций. Кроме этого,

другими распространенными причинами их образования являются урологические процедуры, злокачественные опухоли органов малого таза и лучевая терапия [1, 2].

Несмотря на развитие современной медицины, проблема лечения мочеполовых свищей остается актуальной. Это связано с рядом причин, таких как отсутствие единых подходов к определению сроков выполнения операции, выбору операционного доступа и методики вмешательства, ведению послеоперационного периода у данной категории больных, разным уровнем оснащения учреждений и квалификации медицинского персонала [3, 4]. Такая ситуация диктует необходимость централизации подходов к ведению таких пациентов. Помимо этого, эффективность оперативной коррекции мочеполовых свищей существенно зависит от различных параметров свища [5–7]. С учетом указанных обстоятельств актуальным представляется оценка различных факторов, влияющих на результаты лечения такой категории пациентов на основе большого опыта одного центра.

Материалы и методы. В исследование включено 226 женщин с мочеполовыми свищами в возрасте от 21 до 69 лет (медиана — 48 лет). У данных пациенток имели место следующие виды мочеполовых свищей: пузырно-влагалищный свищ — у 203-х (89,8 %) пациенток, сочетание пузырно-влагалищного и мочеточниково-влагалищного свищей — у 2-х (0,9 %), резервуаро-влагалищный свищ (свищ между искусственным мочевым пузырем и влагалищем) — у 3-х (1,3 %), мочеточниково-влагалищный свищ — у 3-х (1,3 %), уретро-влагалищный свищ — у 7-ми (3,1 %), пузырно-маточный свищ — у 8-ми (3,5 %). При этом свищи носили рецидивный характер у 65-ти (28,8 %) пациенток, а первичный — у 161-й (71,2 %).

Обследование пациенток перед выполнением оперативного вмешательства включало следующие методы: изучение жалоб и анамнеза заболевания; физикальное обследование, в том числе вагинальный осмотр с использованием двух зеркал; зондирование свищевого хода (при мочепузырно- и уретро-вагинальных свищах); проба с индигокармином и тампонированием влагалища или проба с метиленовым синим; лабораторные методы исследования (общеклинические анализы, биохимический анализ крови, посев мочи); УЗИ верхних мочевых путей и органов малого таза; рентгенологические методы исследования (обзорная и экскреторная урография, антеградная и ретроградная уретеро-, уретро- или цистография, фистулография) — по показаниям в зависимости от локализации свища; уретроцистоскопия.

Оценку степени фиброза в области свища определяли на основании классификации J. T. Goh [8] следующим образом:

1. легкую степень — при наличии только мягкого фиброза (вокруг свища и/или влагалища) и/или длине влагалища ≥ 6 см, нормальной емкости мочевого пузыря;
2. умеренную степень — при умеренно-выраженном фиброзе (вокруг свища и/или влагалища) и/или уменьшении длины влагалища и/или емкости мочевого пузыря;
3. тяжелую степень — при сильно выраженном фиброзе вокруг свища (с вовлечением мочеточника, наличием циркулярного свища, рубцовые изменения после предыдущих операций и т.д.).

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью «Statistica v. 17.0» («StatSoft», США). Сравнение групп пациенток по параметрам свища проводили с помощью χ^2 -критерия, а различие между ними считали достоверным при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам комплексного обследования

выявлены те особенности мочеполовых свищей, которые представлены в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика мочеполовых свищей

Параметр свища и его градации	Больные	
	n	%
Размер свища в наибольшем измерении		
< 1,5 см	72	31,9
1,5–3 см	69	30,5
> 3 см	85	37,6
Степень фиброза вокруг свища		
Легкая	74	32,7
Умеренная	82	36,3
Тяжелая	70	31,0

Сроки выполнения оперативного лечения по поводу мочеполовых свищей в нашей клинике составили от 2-х до 12-ти месяцев (медиана — 4 месяца) при первичном свище, от 8-ми до 25-ти месяцев (медиана — 16 месяцев) — при рецидивном свище.

Из 203-х пациенток с пузырно-влагалищным свищем у 185-ти (91,1 %) пациенток пластика свища выполнена с использованием классической техники влагалищного доступа, у 9-ти (4,4 %) пациенток — путем применения частичного кольпоклеизиса, у 5-ти (2,5 %) пациенток — с использованием лоскута Марциуса, у 4-х (2,0 %) пациенток — с использованием чреспузырного доступа.

При сочетании пузырно-влагалищного и мочеточниково-влагалищного свищей выполнена пластика свищей с применением трансабдоминального доступа.

При мочеточниково-влагалищном свище выполнена коррекция свища трансабдоминальным доступом с выполнением уретероцистоанастомоза с реимплантацией мочеточника в мочево́й пузырь по методике Политано-Лидбеттера.

При резервуаро-влагалищном свище выполнены следующие операции: пластика свища вагинальным способом по классической методике ушивания пузырно-влагалищного свища — в одном наблюдении; пластика свища вагинальным способом по классической методике ушивания пузырно-влагалищного свища, но с дополнительным применением геля «Коллост» — в одном наблюдении; конверсия ортотопического резервуара по Штудеру в резервуар по Mainz-rouch I с континентной аппендико-умбиликостомой с ушиванием дефекта влагалища.

Во всех случаях уретро-влагалищного свища была проведена пластика свища вагинальным доступом, пузырно-маточного свища — трансабдоминальным доступом.

Отдаленные результаты оперативного лечения мочеполовых свищей изучали при сроках послеоперационного наблюдения пациенток от 6-ти до 118-ти месяцев (медиана — 68 месяцев).

Во всей выборке пациенток с мочеполовыми свищами успешное закрытие свища после первичной операции в нашей клинике отмечено у 207-ми (91,6 %) пациенток.

Эффективность операции в зависимости от характеристик свища отражена в табл. 2.

Эффективность оперативного лечения в зависимости от характеристик свища

Характеристики свища	Успех закрытия свища после первичной операции
Размер свища в наибольшем измерении	
< 1,5 см	95,8 % (69/72)
1,5-3 см	91,3 % (63/69)
> 3 см	88,2 % (75/85)
Степень фиброза вокруг свища	
Легкая	97,3 % (72/74)
Умеренная	91,5 % (75/82)
Тяжелая	85,7 % (60/70)
Характер течения свища	
Первичный свищ	95,0 % (153/161)
Рецидивный свищ	83,1 % (54/65)

Все указанные в табл. 2 различия внутри каждого рассматриваемого признака свища имели статистически значимый характер ($p < 0,05$). Наши результаты частично согласуются с данными других исследований. К примеру, по данным систематического обзора литературы было отмечено, что неудача оперативного лечения мочеполовых свищей у женщин ассоциирована с выраженным фиброзом и вовлечением в процесс уретры [7]. Однако в указанном исследовании было отмечено недостаточное изучение этого аспекта в мировой литературе. В связи с чем выявление роли нескольких прогностически значимых факторов, влияющих на эффективность оперативной коррекции мочеполовых свищей, можно рассматривать как существенный вклад в исследование этого проблемного вопроса.

Заключение. Первичная пластика мочеполовых свищей в условиях центра с большим опытом выполнения таких операций показала достаточно высокую эффективность. Однако в ряде случаев были отмечены неудачные исходы, и данная работа выявила основные факторы риска таких негативных результатов операции. Полученные данные, безусловно, необходимо использовать при оптимизации подходов к оказанию медицинской помощи указанной категории пациентов.

Список литературы

1. Пушкарь Д. Ю. Мочеполовые свищи / Д. Ю. Пушкарь, П. И. Раснер, М. Ю. Гвоздев // Рус. мед. журн. — 2013. — № 34. — С. 2-4.
2. Singh O. Urogenital fistulas in women : 5-year experience at a single center / O. Singh, S. S. Gupta, R. K. Mathur // Urol. J. — 2010. — Vol. 7, N 1. — P. 35-39.
3. Frajzyngier V. Factors influencing urinary fistula repair outcomes in developing countries: a systematic review / V. Frajzyngier, J. Ruminjo, M. A. Barone // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 207, N 4. — P. 248-258.
4. Hilton P. Urogenital fistula in the UK : a personal case series managed over 25 years / P. Hilton // BJU Int. — 2012. — Vol. 110, N 1. — P. 102-110.
5. Predictors and outcome of surgical repair of obstetric fistula at a regional referral hospital, Mbarara, western Uganda [electron resource] / M. Kayondo [et al.] // BMC Urol. — 2011. — Vol. 11. — Access mode : (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252285>).

— Access date : 01.08.2015.

6. Development and comparison of prognostic scoring systems for surgical closure of genitourinary fistula / V. Frajzyngier [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2013. — Vol. 208, N 2. — P. 112.e1—112.e11.
7. Factors influencing choice of surgical route of repair of genitourinary fistula, and the influence of route of repair on surgical outcomes : findings from a prospective cohort study / V. Frajzyngier [et al.] // BJOG. — 2012. — Vol. 119, N 11. — P. 1344-1353.
8. Classification of female genito-urinary tract fistula : Inter- and intra-observer correlations / J. T. Goh [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. — 2009. — Vol. 35, N 1. — P. 160-163.

INFLUENCE OF CHARACTERISTICS OF GENITOURINARY FISTULA ON RESULTS OF EXPEDITIOUS TREATMENT AT WOMEN

[*O. V. Loran¹, A. V. Seregin^{1,2}, Z. A. Dovlatov^{1,2}*](#)

¹*SBHE FVE «Russian Medical Academy of Post-degree Education» of Ministry of Health
(Moscow)*

²*SBHE «City clinical hospital n. a. S. P. Botkin» (Moscow)*

Efficiency of primary plasty of genitourinary fistulas at 226 women in the conditions of clinic with a wide experience of application of such operations made 91,6 %. Efficiency of primary correction of fistula is authentically influenced by the following factors: extent of fistulous defect, extent of cicatricial changes in area of fistulous course and existence of the previous operations on fistula plasty. The obtained data can be used for the purpose of optimization of approaches to treatment of this category of patients.

Keywords: genitourinary fistulas, plasty of fistula, characteristic of fistula.

About authors:

Loran Oleg Borisovich — doctor of medical science, professor, corresponding member of the RAM, head of urology and surgical andrology chair at SBHE FVE «Russian Medical Academy of Post-degree Education» of Ministry of Health, office phone: 8 (499) 728-84-62, e-mail: oleg_loran@gmail.com

Seregin Alexander Vasilyevich — doctor of medical science, professor of urology and surgical andrology chair at SBHE FVE «Russian Medical Academy of Post-degree Education» of Ministry of Health, head of 41st urology department at SBHE «City clinical hospital n. a. S. P. Botkin», office phone: 8 (495) 945-04-96, e-mail: 41urology@41urology.ru

Dovlatov Zyaka Asaph Ogly — candidate of medical science, urologist of 41st urology department at SBHE «City clinical hospital n. a. S. P. Botkin», competitor of urology and surgical andrology chair at SBHE FVE «Russian Medical Academy of Post-degree Education» of Ministry of Health, office phone: 8 (495) 945-04-96, e-mail: dovlatov.zyaka@mail.ru

List of the Literature:

1. Pushkar D. Y. Genitourinary fistulas / D. Y. Pushkar, P. I. Rasner, M. Y. Gvozdev // Russian medical Journal. — 2013. — N 34. — P. 2-44.
2. Singh O. Urogenital fistulas in women : 5-year experience at a single center / O. Singh, S. S. Gupta, R. K. Mathur // Urol. J. — 2010. — Vol. 7, N 1. — P. 35-39.
3. Frajzyngier V. Factors influencing urinary fistula repair outcomes in developing countries: a systematic review / V. Frajzyngier, J. Ruminjo, M. A. Barone // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 207, N 4. — P. 248-258.
4. Hilton P. Urogenital fistula in the UK : a personal case series managed over 25 years / P.

Hilton // BJU Int. — 2012. — Vol. 110, N 1. — P. 102-110.

5. Predictors and outcome of surgical repair of obstetric fistula at a regional referral hospital, Mbarara, western Uganda [electron resource] / M. Kayondo [et al.] // BMC Urol. — 2011. — Vol. 11. — Access mode : (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252285>). — Access date : 01.08.2015.
6. Development and comparison of prognostic scoring systems for surgical closure of genitourinary fistula / V. Frajzyngier [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2013. — Vol. 208, N 2. — P. 112.e1—112.e11.
7. Factors influencing choice of surgical route of repair of genitourinary fistula, and the influence of route of repair on surgical outcomes : findings from a prospective cohort study / V. Frajzyngier [et al.] // BJOG. — 2012. — Vol. 119, N 11. — P. 1344-1353.
8. Classification of female genito-urinary tract fistula : Inter- and intra-observer correlations / J. T. Goh [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. — 2009. — Vol. 35, N 1. — P. 160-163.