

Оптимизация диагностики мочеполовых и кишечно-влагалищных свищей

Д.Э. Елисеев¹, Б.Я. Алексеев¹, А.А. Качмазов¹, Ш.Ш. Гурбанов¹, Д.С. Огай², Ж.Л. Холодова³, Р.С. Абакумов³, Е.Н. Черникова⁴

¹ НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер»

³ ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ

⁴ ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ»

Сведения об авторах:

Елисеев Д.Э. – научный сотрудник группы реконструктивной урологии отдела общей и реконструктивной урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Eliseev D.E., – researcher of N.A. Lopatkin Scientific Research Institute of Urology and Interventional Radiology – Branch of the National Medical Research Centre of Radiology of the Ministry of Health of Russia Federation
Алексеев Б.Я. – д.м.н., профессор, заместитель генерального директора по науке «Национального медицинского исследовательского центра радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Alekseev B.Y., – Dr. Sc., professor, assistant general director for science of the National Medical Research Centre of Radiology of the Ministry of Health of Russia Federation

Качмазов А.А. – к.м.н., заведующий отделением онкологии, кандидат медицинских наук, НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Kachmazov A.A. – PhD, head of oncology department of N.A. Lopatkin Scientific Research Institute of Urology and Interventional Radiology – Branch of the National Medical Research Centre of Radiology of the Ministry of Health of Russia Federation

Гурбанов Ш.Ш. – к.м.н., старший научный сотрудник группы эндоурологии НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Gurbanov Sh.Sh. – PhD, senior researcher of endourology department of N.A. Lopatkin Scientific Research Institute of Urology and Interventional Radiology – Branch of the National Medical Research Centre of Radiology of the Ministry of Health of Russia Federation

Огай Д.С. – д.м.н., заведующий онкогинекологическим отделением ГБУЗ Московской области «Московский областной онкологический диспансер», Балашиха

Ogay D.S. – Dr. Sc., head of the oncogynecology department of Public budgetary institution of health of Moscow region the Moscow regional oncological dispensary

Холодова Ж.Л. – заведующая гинекологическим отделением, кандидат медицинских наук, ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ, Москва

Kholodova J.L. – head of gynecology department of Federal state institution clinical hospital of the President administration of the Russian Federation

Абакумов Р.С. – врач гинекологического отделения ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ, Москва

Abakumov R.S. – physician of Federal state institution clinical hospital of the President administration of the Russian Federation

Черникова Е.Н. – врач отделения оперативной эндоскопии, ГБУЗ «Московский клинический научный центр ДЗМ»

Chernikova E.N. – physician of Public budgetary institution of health Moscow Clinical Scientific Centre named after A.S. Loginov of Moscow Healthcare Department, Moscow

Генитальные свищи остаются одной из наиболее актуальных и не решенных до конца проблем урогинекологии и тазовой хирургии. Несмотря на то, что за последние 30 – 40 лет значительно уменьшилось количество «акушерских» свищей, увеличилась доля травматических «гинекологических» и постлучевых свищей [1]. Диагностика свищей не всегда проста, поскольку не должна останавливаться на простой констатации наличия свища. Еще А.М. Мажбиц писал: «Самая радикальная и своевременно предпринятая терапия, при хорошей технике и опыте хирурга может оказаться безуспешной, если больная недостаточно обследована» [2]. Причиной диагностических ошибок является многообразие вариантов генитальных свищей и отсутствие четкой системы об-

следования больных. По мнению de Quegvan: «Для достижения желаемой цели мы свое диагностическое суждение должны вести по определенным правилам... Только тот, кто пройдет этот длинный путь, может надеяться избежать грубых диагностических ошибок» [3]. Если диагностика пузырно-влагалищных свищей обычно не представляет большого труда, поскольку свищ уже виден при влагалищном исследовании [4], то диагностика двусторонних мочеточниково-влагалищных, комбинированных мочеточниково-пузырно-влагалищных и сложных пузырно-прямокишечно-влагалищных свищей может стать серьезной проблемой. Дополнительные трудности создаются в процессе обследования, при выполнении различных диагностических исследований (цистоскопия, цистография, колоноскопия, вагинография), по-

скольку они имеют ряд особенностей, не зная которые можно не получить объективную информацию от исследования. На основании данных обследования оценивается возможность выполнения фистулопластики, выбирается доступ и методика операции. Обследование больных с генитальными свищами должно решать следующие задачи: подтверждение наличия свища, определение размера и топографии свища, оценка состояния органов и систем, вовлеченные в формирование свища, исключение рецидива онкологического заболевания (если свищ сформировался в результате лечения онкологического заболевания). Алгоритм обследования больных с генитальными свищами обычно включает физикальное обследование, а также различные эндоскопические и лучевые методы исследования.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СВИЩЕЙ

Влагалищное исследование

При осмотре наружных половых органов и бедер обращают внимание на состояние кожных покровов, поскольку постоянно выделяющаяся из влагалища моча или кал могут вызывать воспалительные изменения и мацерацию кожных покровов вплоть до развития пиодермии и фурункулеза [5]. Влагалищное исследование позволяет определить локализацию, размер и количество свищей, оценить состояние краев свища (рис. 1,2). Уретро-влагалищные свищи располагаются в проекции мочеиспускательного канала, в нижней трети влагалища. Постгистерэктомические свищи обычно небольших размеров, с эластичными краями, располагаются в области рубца в своде влагалища [6]. Часто такие свищи бывают втянутыми и труднодоступными для исследования. Постлучевые пузырьно-влагалищные или прямокишечно-влагалищные свищи обычно расположены в области верхней или средней трети передней или задней

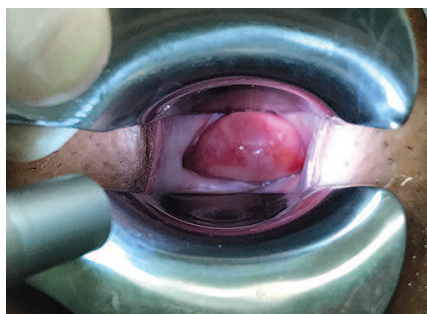


Рис. 1. Постлучевой пузырьно-влагалищный свищ до 7 см

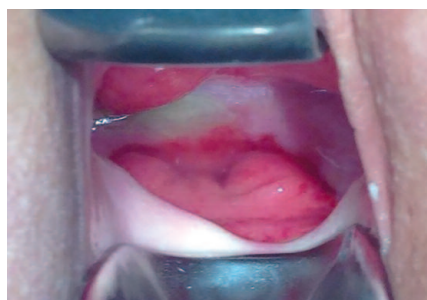


Рис. 2. Постлучевой пузырьно-влагалищный и прямокишечно-влагалищные свищи

стенки влагалища соответственно, имеют плотные, каллезные края и могут достигать 5 – 6 см в диаметре. Мочеточниково-влагалищные свищи обычно небольшие («точечные»), локализируются в углах постгистерэктомического рубца. Акушерские прямокишечно-влагалищные свищи обычно расположены в нижней трети задней стенки влагалища, часто сочетаются со старыми разрывами промежности и дефектами передней полуокружности анального сфинктера. Также при влагалищном исследовании необходимо оценить глубину и емкость влагалища, растяжимость тканей влагалища. У пациенток с постлучевыми свищами влагалище обычно сужено и укорочено, а каллезные края свища плотно фиксированы рубцами к боковым стенкам таза. Важно обращать внимание на состояние слизистой оболочки влагалища, поскольку у пациенток с естественной или хирургической менопаузой могут быть проявления атрофического вагинита, а у пациенток с лучевыми свищами – лучевого вагинита с наличием некротических тканей и наложениями фибрина в области краев свища. При влагалищном исследовании можно обнаружить инородные тела в области свища и во влагалище. Это могут быть нерассасывающиеся шовные лигатуры, мочевые камни, фрагменты синтетических протезов после хирургической коррекции пролапса тазовых органов и недержания мочи. При уретровлагалищных свищах и деструкции уретры кашлевая проба позволяет определить наличие и степень недержания мочи при напряжении.

Мы согласны с Д.Ю. Пушкарем и соавт. в том, что адекватное обезболивание пациентки при влагалищном осмотре – основа диагностики генитальных свищей. Суженное влагалище с явлениями эпителиита, рубцовые изменения в области свища и в малом тазу, мацерация слизистой оболочки влагалища и

кожи половых губ выделяющейся мочой и калом являются причинно-следственными сильными болевыми ощущениями при осмотре. Поэтому осмотр больных с постлучевыми свищами мы также обычно совмещаем с цистоскопией и выполняем их под наркозом [7].

Ректальное исследование

Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки – очень ценный метод диагностики у больных с прямокишечно-влагалищными свищами. Он позволяет оценить размер, локализацию и высоту расположения свища от ануса, состояние слизистой оболочки влагалища и анального канала, замыкательную способность анального сфинктера, состояние параректальных тканей и мышц тазового дна [8].

Пробы с красителями

Влагалищное и ректальное исследование целесообразно сочетать с пробами с красителями. Введение по катетеру в мочевой пузырь раствора метиленового синего или индигокармина позволяет подтвердить наличие пузырьно-влагалищного свища, а иногда и позволяет точно локализовать его. Если же из свища продолжает выделяться светлая моча, то можно заподозрить наличие мочеточниково-влагалищного свища [7]. В трудных диагностических случаях можно пользоваться двумя красителями – в мочевой пузырь по катетеру вводят метиленовый синий или индигокармин, а внутрь пациентка принимает феназопиридин. Во влагалище устанавливают тампон. Метиленовый синий и индигокармин окрашивают мочу в голубой цвет, а феназопиридин выводится почками и окрашивает мочу в оранжевый цвет. Если тампон окрашивается в голубой цвет, скорее всего, имеется пузырьно-влагалищный свищ, если в оранжевый цвет – мочеточниково-влагалищный [5-7,9]. При прямокишечно-влагалищных свищах пробы с красителями целесообразно применять при наличии небольшого извитого свищевого хода. ■

Уретроцистоскопия

Данный метод диагностики является одним из основных у пациентов с мочеполювыми свищами. Уретроскопия позволяет оценить состояние слизистой оболочки уретры, визуализировать свищ, оценить размеры и расстояние от проксимального края свища до шейки мочевого пузыря [10]. Если уретро-влагалищный свищ сформировался после слинговой уретропексии, в просвете уретры можно визуализировать фрагменты синтетического слинга (рис. 3). Для выполне-

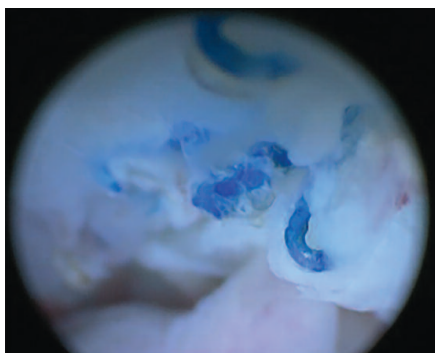


Рис. 3. Фрагменты синтетического слинга в области уретро-влагалищного свища

ния уретроскопии удобнее использовать торцевую оптику. Уретроскопию можно выполнять как при введении цистоскопа в мочевой пузырь, так и при выведении его из мочевого пузыря. При пузырно-влагалищных и пузырно-маточных свищах цистоскопия является незаменимым исследованием, дающим крайне важную тактическую информацию. При цистоскопии необходимо оценить локализацию и размер свища, идентифицировать устья мочеточников и уточнить расположение свища относительно них (рис. 4). Постгистер-

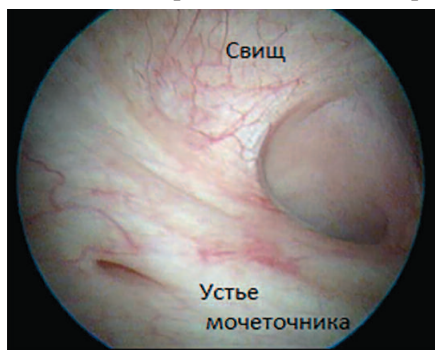


Рис. 4. Постгистерэктомический свищ рядом устьем правого мочеточника

эктомические свищи обычно небольших размеров (5 – 15 мм), располагаются на задней стенке мочевого пузыря, немного выше межмочеточниковой складки [4]. Это так называемые супратригональные свищи. Постлучевые свищи обычно располагаются в проекции треугольника Льео, могут достигать больших размеров (5–6 см). При гигантских постлучевых пузырно-влагалищных свищах часто имеется деструкция проксимальной части треугольника Льео, а устья мочеточников открываются в крае пузырно-влагалищного свища или ниже, во влагалище (рис. 5). В таком случае терминологически правильнее говорить не об устьях мочеточников, а о полных мочеточниково-влагалищных свищах, поскольку интрамуральные отделы мочеточников оказываются полностью разрушены. При больших свищах необходимо также оценить расположение дистального края свища относительно внутреннего отверстия уретры, поскольку это является



Рис. 5. Цистоскопия: пузырно-влагалищный свищ до 7 см, обтуратор во влагалище и прямокишечно-влагалищный свищ

важным прогностическим моментом сохранения удержания мочи при мобилизации краев свища. Также во время исследования необходимо оценить форму и емкость мочевого пузыря, состояние слизистой оболочки. Часто при обширной деструкции треугольника Льео или вследствие выраженного буллезного отека слизистой оболочки

мочевого пузыря устья мочеточников можно идентифицировать только по выбросам индигокармина (рис. 6). При цистоскопии важно

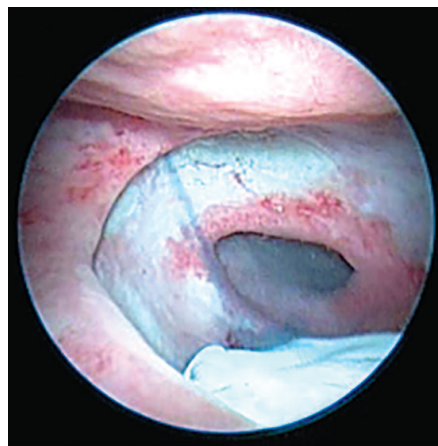


Рис. 6. Визуализация устья мочеточника по выбросу индигокармина

также оценить состояние слизистой оболочки мочевого пузыря, степень выраженности лучевого цистита (рис. 7). При подозрении на реци-

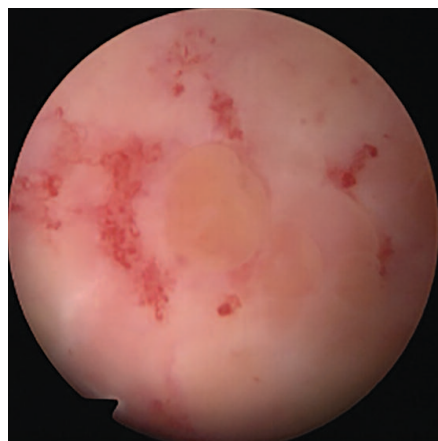


Рис. 7. Лучевой цистит

див онкологического заболевания биопсия краев свища является обязательной [7]. Часто при обследовании пациенток с пузырно-влагалищными свищами в полости мочевого пузыря можно обнаружить различные инородные тела (нерассасывающиеся шовные лигатуры, мочевые камни, фрагменты катетеров, «забытые» мочеточниковые стенты, фрагменты синтетических протезов), которые поддерживают воспалительный процесс в мочевом пузыре, способствуют персистенции мочевой инфекции и формиро-

ванию лигатурных камней (рис. 8, 9). Цистоскопия у больных с мочепо-

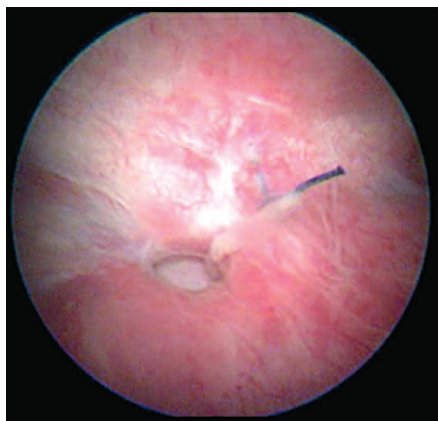


Рис. 8. Полипропиленовая лигатура в области пузырно-влагалищного свища

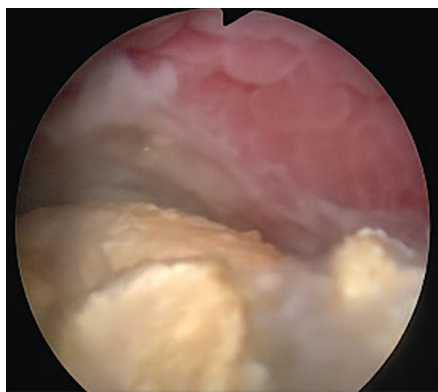


Рис. 9. Полипропиленовая лигатура в области пузырно-влагалищного свища

выми свищами имеет определенные особенности. Во-первых, цистоскопию у больных с постлучевыми свищами выполняют под наркозом. Во-вторых, для обеспечения адекватного наполнения мочевого пузыря во влагалище вводят перчаточ-но-марлевый тампон, катетер Foley или обтуратор Годунова Б.Н. [4]. В-третьих, для лучшего понимания топографии свищевого хода во время цистоскопии возможна пальпация и зондирование свища со стороны влагалища.

Экскреторная урография

Данный метод исследования позволяет получить представление о морфологическом состоянии почек, лоханок и мочеточников, а также оценить их функциональное состояние [11]. Всем больным с мочеполовыми свищами обяза-тельна оценка состояния верхних

мочевых путей перед операцией. Во-первых, дилатация мочеточника, деформация его контура и наличие экстрavasации контраста могут указывать на наличие мочеточникового свища [7]. Во-вторых, при экскреторной урографии могут быть диагностированы различные аномалии развития и сопутствующие заболевания верхних мочевых путей, которые могут повлиять на тактику лечения и технику операции (рис. 10, 11).



Рис. 10. Удвоение верхних мочевых путей с двух сторон



Рис. 11. Мочеточниково-влагалищный свищ справа, стриктура мочеточника на уровне свища, уретерогидронефротическая трансформация справа

Ретроградная уретеропиелография

По данным D. Lask и соавт. при экскреторной урографии мочеточ-

никово-влагалищный свищ был обнаружен только у 3 из 10 пациенток [12]. Поэтому ретроградная уретеропиелография – это более надежный метод для определения точной локализации мочеточникового свища, чем экскреторная урография [7,13,14]. Основные диагностические задачи, которые должна решить ретроградная уретеропиелография и другие рентген-контрастные методы исследования при мочеточниково-влагалищных свищах, это определение уровня свища, его характера (полный или неполный) и протяженность стриктуры мочеточника на уровне свища. Наиболее информативно выполнение ретроградной уретеропиелографии под контролем электронно-оптического преобразователя (рис. 12).

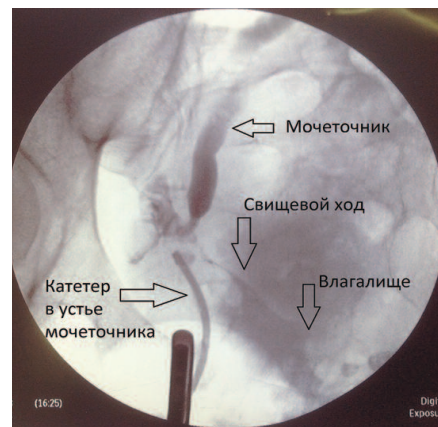


Рис. 12. Ретроградная уретеропиелография: неполный мочеточниково-влагалищный свищ справа

Вагинография и фистулография

Иногда при ретроградной уретеропиелографии не удастся визуализировать мочеточниково-влагалищный свищ. В этом случае обтурация и контрастирование влагалища либо селективная фистулография с использованием тонкого мочеточникового катетера позволяют контрастировать свищевой ход [5,7].

Антеградная пиелоуретрография и совмещенное исследование

Наличие у больной нефростомического дренажа позволяет выполнить антеградную пиелоуретрографию, а также совместить ее с катетеризацией мочеточника и ретроградной уретеропиелографией. ■

Это позволяет точно определить уровень мочеточниково-влагалищного свища и протяженность структуры мочеточника, и, следовательно, планировать определенный объем операции (уретероцистоанастомоз, операция Боари, кишечная пластика мочеточника и т.д.) (рис. 13).

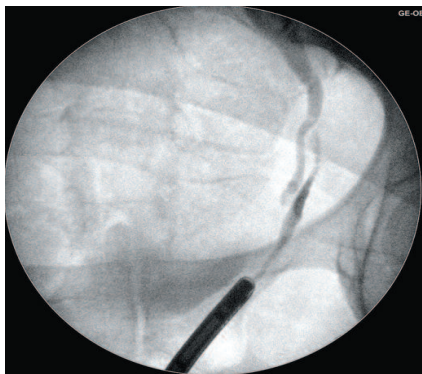


Рис. 13. Совмещённая антеградная и ретроградная уретероцистоанастомоз: облитерация мочеточника

Уретероскопия

Обычно не используется изолированно для диагностики мочеточниково-влагалищных свищей. Чаще всего уретероскопию сочетают с выполнением ретроградной уретероцистоанастомоза и стентированием мочеточника с целью консервативного лечения «свежих» мочеточниково-влагалищных свищей.

Вагиноцистография

Это исследование при пузырно-влагалищных свищах выполняют после obturации влагалища катетером Foley. Влагалище и мочевой пузырь наполняют до ощущения сильного позыва на мочеиспускание. Исследование позволяет выявить мочеточниковые рефлюксы, а самое главное – точно оценить емкость мочевого пузыря (рис. 14).

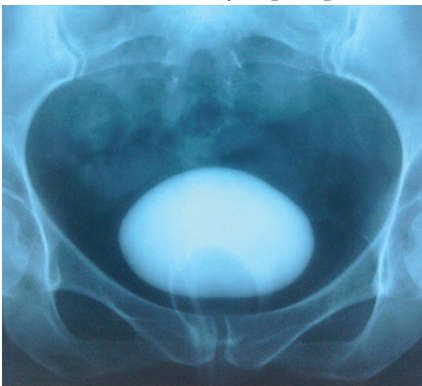


Рис. 14. Вагиноцистография: влагалище obturировано баллоном катетера Foley, ёмкость мочевого пузыря 90 мл

Это один из наиболее важных показателей, который при постлучевом пузырно-влагалищном свище формирует показания к выполнению аугментационной цистопластики.

Компьютерная томография с контрастированием (КТ с контрастированием)

Метод исследования все чаще применяется при обследовании больных с мочеточниковыми и комбинированными пузырно-мочеточниково-влагалищными свищами [7] (рис. 15). Компьютерная томография в сочетании с пероральным контрастированием кишечника или фистулографией незаменима в диагностике тонкокишечно-влагалищных свищей, поскольку позволяет визуализировать свищевой ход, полости и затеки по ходу свища, точно определить петлю тонкого кишечника, несущую свищ [15].

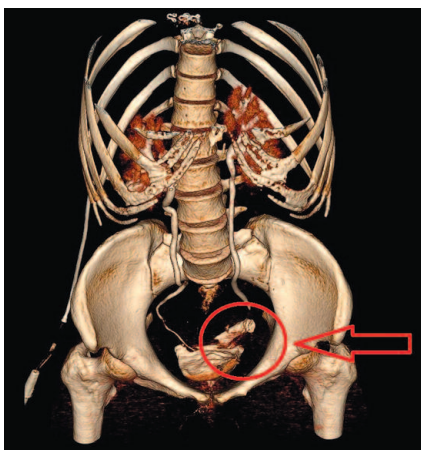


Рис. 15. Мочеточниково-влагалищный свищ слева, мочевой затёк в области тазового отдела левого мочеточника

Магнитно-резонансная томография малого таза (МРТ малого таза)

Данный метод исследования используют для исключения рецидива злокачественного заболевания перед планированием операции, для оценки топографии тазовых органов в сложных клинических случаях. Особое показание к МРТ малого таза – это оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения при пузырно-маточных и мочеточниково-маточных свищах [16].

Ультразвуковое исследование почек (УЗИ почек)

У больных с мочеполовыми сви-

щами используют УЗИ для оценки состояния верхних мочевых путей, толщины паренхимы и размера почек, для исключения ретенции вследствие вовлечения мочеточников [7].

Ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ органов малого таза)

Исследование выполняют при сохраненной матке для оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения при пузырно-маточных и мочеточниково-маточных свищах. По данным Пучковой Н.В. УЗИ с применением цветового доплеровского картирования сосудов и энергетической доплерографией позволяет получить объективную информацию о размерах, структуре матки, состоянии рубца, наличии в нем ниш и деформаций, содержимом полости матки, характере кровотока в рубце и интактном миометрии. Чувствительность, специфичность и точность комплексного ультразвукового исследования при использовании доплеровских методик составили 91%, 92% и 91% соответственно [17].

Гистероскопия

Гистероскопия является лечебно-диагностическим методом, позволяющим оценить состояние рубца и полости матки, удалить некротические ткани, остатки шовного материала и подготовить пациентку к фистулопластике и метропластике [17].

Колоноскопия

Метод исследования позволяет определить размер и топографию свища [7,8,18-20] (рис 16, 17). Но единственная абсолютная отметка

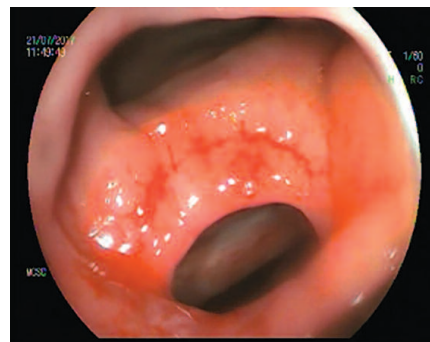


Рис. 16. Колоноскопия: постлучевой прямокишечно-влагалищный свищ

(точка ориентации в топографии свища) – это зубчатая линия [21].

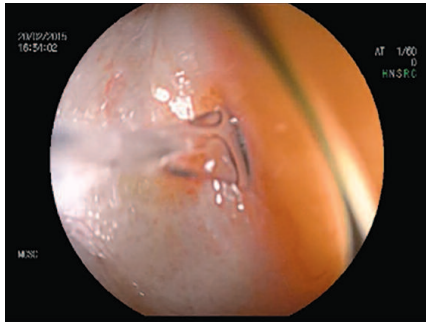


Рис. 17. Колоноскопия: выброс мочи из моче- точникового устья у пациентки с постлучевым пузырно-влагалищно-прямокишечным свищом

При постлучевых свищах важно оценить степень выраженности лучевого проктита. Обследование всего толстого кишечника имеет большое значение, поскольку позволяет диагностировать болезнь Крона, которая могла послужить причиной образования прямокишечно-влагалищного свища. При наличии у пациентки одностольной или двустольной колостомы исследование также выполняют через колостому в антеградном и ретроградном направлении. При этом важно оценить длину отводящей кишки, несущей свищ. У пациенток с постлучевыми свищами исследование также целесообразно сочетать с влагалищным и ректальным исследованием и выполнять под наркозом. При подозрении на рецидив онкологического заболевания биопсия краев свища является обязательной [7].

Проктография и ирригография

Методы исследования позволяют уточнить топографию свища при его трубчатом характере, обнаружить полости и затеки по ходу свища [8,18-20].

Функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки

Аноректальная манометрия, профилометрия и электромиографию мышц тазового дна целесообразно выполнять при низких прямокишечно-влагалищных свищах, при которых в патологический процесс вовлекаются элементы наруж-

ного и внутреннего анального сфинктера. Наиболее часто это акушерские свищи, являющиеся следствием разрыва промежности III степени, и воспалительные свищи вследствие вскрытия во влагалище так называемого «переднего» парапроктита.

Цель работы – оптимизировать алгоритм диагностики моче-половых и кишечно-влагалищных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2012 по 2017 гг. нами была обследована группа пациенток из 31 больной с генитальными свищами. Алгоритм обследования пациенток включал 2 этапа: амбулаторный и стационарный. Амбулаторный этап обследования при первичном обращении пациентки включал влагалищное исследование и цистоскопию, при отсутствии выраженного болевого синдрома, а также УЗИ почек. Амбулаторный этап обследования позволял ориентироваться в виде свища, состоянии тканей, планировать объем стационарного обследования и сроки оперативного вмешательства. УЗИ почек позволило выявить уретерогидронефротическую трансформацию при мочеточниковых свищах и выполнить дренирование почки у данной группы больных на предоперационном этапе. Стационарный этап обследования включал физикальное обследо-

дование, лучевые (УЗИ, экскреторная урография, ретроградная и антеградная пиелоуретерография, вагинография, цистография, фистулография, проктография, ирригография, КТ и магнитно-резонансная томография), эндоскопические (уретростоскопия, уретероскопия, гистероскопия, колоноскопия) и функциональные (комбинированное уродинамическое исследование и функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки) методы исследования. Обследование пациенток строилось по индивидуальному плану, который должен был дать ответы на следующие вопросы: определение топографии свища, оценка морфологического и функционального состояния органов и систем, вовлеченных в формирование свища. Ультразвуковое исследование и магнитно-резонансную томографию органов малого таза, цитологическое исследование мазков из влагалища и гистологическое исследование биоптатов края свища использовали для исключения онкологического заболевания, если свищ являлся следствием лечения такового.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Структура свищей, обнаруженных при обследовании 31 больной, представлена в таблице 1.

У 26 пациенток генитальные свищи образовались в результате

Таблица 1. Структура свищей

Вид свища	Количество больных
Пузырно-влагалищный свищ	13
Множественные пузырно-влагалищные свищи	1
Прямокишечно-влагалищный свищ	1
Сложный пузырно-влагалищно-прямокишечный свищ	3
Сложный пузырно-влагалищно-прямокишечный свищ и стриктура тазового отдела мочеточника	1
Сложный пузырно-влагалищно-толстокишечный свищ	1
Тонкокишечно-влагалищный свищ	1
Односторонний мочеточниково-влагалищный свищ	6
Двусторонние мочеточниково-влагалищные свищи	1
Комбинированный пузырно-мочеточниково-влагалищный свищ	1
Комбинированный пузырно-мочеточниково-влагалищный свищ и мочеточниково-влагалищный свищ	1
Уретро-влагалищный свищ	1

лечения онкогинекологической патологии, у 5 – в результате лечения доброкачественной гинекологической патологии. У 19 из 26 больных с онкогинекологической патологией свищи образовались в результате лечения рака шейки матки (73% онкогинекологических больных). У 15 больных свищи были травматической этиологии, у 16 – лучевой.

На амбулаторном этапе обследования у 8 больных с мочеточниково-влагалищными свищами обнаружена уретерогидронефротическая трансформация, потребовавшая дренирования почки на предоперационном этапе. У 3 больных выполнена чрезкожная пункционная нефростомия, у 3 больных – стентирование мочеточника, у 1 больной – стентирование обоих мочеточников, у 1 больной – чрезкожная пункционная нефростомия с одной стороны и стентирование мочеточника с другой.

У 7 больных при цистоскопии и влагалищном исследовании были выявлены инородные тела в уретре, мочевом пузыре и влагалище. У 4 пациенток обнаружены нерассасывающиеся шовные лигатуры в области свища и в мочевом пузыре, у 1 больной – нерассасывающаяся шовная лигатура и мочевого камня, у 1 больной – «забытые» внутренние мочеточниковые стенты, мигрировавшие в мочевой пузырь, у 1 – фрагменты синтетических протезов (субуретральных слингов) в области уретро-влагалищного свища.

Во всех случаях мочеточниково-влагалищных и комбинированных свищей использование ретроградной и антеградной пиелуретрографии, фистулографии и вагинографии позволило уточнить топографию свища, его характер и протяженность стриктуры мочеточника. У двух больных мочеточниково-влагалищный свищ удалось выявить только при фистулографии, у 1 больной – при вагинографии.

У 5 пациенток с постлучевыми пузырно-влагалищными свищами, 2 пациенток с пузырно-влагалищно-

прямокишечными свищами и 1 пациентки с пузырно-влагалищно-толстокишечным свищом при вагиноцистографии обнаружено снижение емкости мочевого пузыря менее 100 мл. Это в последующем заставило нас отказаться от выполнения фистулопластики у этих больных и выполнить аугментационную илеоцистофистулопластику или уретероилеокутанеостомию по Bricker.

При экскреторной урографии у 1 пациентки с пузырно-влагалищным свищом обнаружено полное удвоение мочевых путей с обеих сторон и у 1 пациентки с пузырно-влагалищно-толстокишечным свищом – полное удвоение верхних мочевых путей с одной стороны. Во втором случае в последующем это потребовало выполнения реимплантации трех мочеточников при аугментационной илеоцистофистулопластики.

У 1 пациентки с пузырно-влагалищно-прямокишечным свищом была обнаружена ригидная шпора на задней поверхности прямой кишки на уровне свища, что довольно типично для постлучевых свищей [22-24].

ОБСУЖДЕНИЕ

Накопленный нами опыт обследования и лечения больных с генитальными свищами подтверждает целесообразность двухэтапного алгоритма диагностики. Амбулаторный этап обследования позволяет ориентироваться в топографии свища, состоянии тканей влагалища в области свища, планировать подготовку больных и сроки операции, выделить группу больных для дренирования почек на предоперационном этапе. На стационарном этапе обследования уточняют топографию свища и состояние органов и систем, вовлеченных в патологический процесс.

Большой удельный вес комбинированных и сложных свищей, многоэтапность реабилитации больных, сложность и нестандартность

операций требуют от врача, занимающегося проблемой генитальных свищей знания всех смежных областей. Только такой подход позволяет выбрать правильную тактику и этапность лечения больных, обеспечить преемственность этапов реабилитации.

Считаем необходимым разработку и внедрение клинических рекомендаций по диагностике и лечению больных с генитальными свищами. Главный аргумент в пользу использования клинических рекомендаций состоит в том, что применение достижений современной доказательной медицины в клинической практике способствует повышению качества медицинской помощи, сокращает количество тяжелых и неизлечимых клинических ситуаций [25].

Следует подчеркнуть необходимость участия оперирующего хирурга во всех диагностических исследованиях, фото- и видеофиксации получаемых данных для планирования этапности лечения, выбора операционного доступа с учетом полной информации о топографии свища. Мы считаем цистоскопию наиболее важным диагностическим методом и выполняем ее всем больным с мочеполовыми свищами. Правильно собранный анамнез, влагалищное исследование, пробы с красителями и цистоскопия позволяют поставить правильный диагноз в 90% случаев. Накопленный нами опыт также позволяет утверждать, что при мочеточниковых свищах только систематическое использование комплекса лучевых методов исследования (анте- и ретроградная уретеропиелография, вагинография, фистулография, экскреторная урография или компьютерная томография с контрастированием) и уретероскопии позволяют правильно определить топографию, характер и высоту свища, а при ранних свищах – тип травмы мочеточника по классификации AAST и перспективы стентирования мочеточника для консервативного ведения мочеточникового свища. Всем больным с пузырно-влагалищными

свищами (особенно, постлучевыми) мы рекомендуем выполнять цистовагинографию для точного определения и документации емкости мочевого пузыря. Хронический лучевой цистит с исходом в микроцистис не оставляет надежд на восстановление емкости мочевого пузыря в послеоперационном периоде, но может стать причиной рецидива свища или возникновения у больной тяжелой императивной симптоматики, пузырно-мочеточниковых рефлюксов и прогрессированию хронической почечной недостаточности. В такой клинической ситуации операцией выбора становится аугментационная илеоцистостулопластика, а при наличии хронической почечной недостаточности или единственной функционирующей почки – уретероилеокутанеостомия по Bricker.

Колоноскопия и проктография являются базовыми методами диагностики у всех больных с прямокишечно- и толстокишечно-влагалищными свищами. Мы убеждены, что при колоноскопии толстый кишечник должен быть обследован полностью для исключения болезни Крона и неспецифического язвенного колита, поскольку это позволяет избежать тактических ошибок в лечении. Выявление ригидной шпоры на задней поверхности прямой кишки на уровне свища заставляет отказаться от трансвагинального доступа и прибегнуть к аугментационной методике фистулопластики.

При пузырно-маточных и мочеточниково-маточных свищах обязательная оценка состояния матки и рубца на матке после кесарева сечения с помощью гистероскопии и УЗИ малого таза или МРТ малого таза.

Ушивание мочевого пузыря или выполнение уретероцистоанастомоза решает только задачу реконструкции мочевых путей. Часто у этих пациентов возникает необходимость пластики рубца на матке.

Генитальные свищи входят в медико-экономические стандарты лечения урологических, гинекологических и проктологических заболеваний. Наполнение стандартов диагностическими и лечебными услугами для врачей разных специальностей различается. Мы убеждены, что не должно быть «взгляда» уролога, гинеколога или проктолога на проблему генитальных свищей, а полноценная реабилитация больных с генитальными свищами возможна только при комплексном подходе, обеспечивающем анатомическое и функциональное восстановление смежных органов, вовлеченных в образование свища. ■

Ключевые слова: свищи, лучевая терапия, урогинекология, диагностика, цистоскопия, колоноскопия.

Key words: fistula, radiotherapy, urogynecology, diagnosis, cystoscopy, colonoscopy.

Резюме:

Цель работы: Оптимизация алгоритма диагностики мочеполовых и кишечно-влагалищных свищей.

Материалы и методы: С 2012 по 2017 гг. нами была обследована группа пациенток из 31 больной с генитальными свищами. Алгоритм обследования пациенток включал 2 этапа: амбулаторный и стационарный. Амбулаторный этап обследования при первичном обращении пациентки включал влагалищное исследование и цистоскопию, при отсутствии выраженного болевого синдрома, а также УЗИ почек. Амбулаторный этап обследования позволял ориентироваться в виде свища, состоянии тканей, планировать объем стационарного обследования и сроки оперативного вмешательства. УЗИ почек позволило выявить уретерогидронефротическую трансформацию при мочеточниковых свищах и выполнить дренирование почки у данной группы больных на предоперационном этапе. Стационарный этап обследования включал физикальное обследование, лучевые, эндоскопические и функциональные методы исследования.

Результаты: У 26 пациенток генитальные свищи образовались в результате лечения онкогинекологической патологии, у 5 – в результате лечения доброкачественной гинекологической патологии. У 19 из 26 больных с онкогинекологической патологией свищи образовались в результате лечения рака шейки матки (73 % онкогинекологических больных). У 15 больных свищи были травматической этиологии, у 16 – лучевой. На амбулаторном этапе обследования у 8 больных с мочеточниково-влагалищными свищами обнаружена уретерогидронефротическая трансформация, потребовавшая дренирования почки на предоперационном этапе. У 7 больных при цистоскопии и влагалищном исследовании были обнаружены инородные тела в уретре, мочевом пузыре и влагалище. Во всех случаях мочеточниково-влагалищных и комбинированных свищей использование ретроградной и антеградной

Summary:

Optimization of diagnostics of urogenital and intestine-vaginal fistulas

D.E. Eliseev, B.Y. Alekseev, A.A. Kachmazov, S.S. Gurbanov, D.S. Ogay, J.L. Kholodova, R.S. Abakumov, E.N. Chernikova

Aim: Optimization of algorithm of diagnostic of urogenital and intestine-vaginal fistulas.

Materials and methods: From 2012 to 2017, we surveyed a group of patients from 31 patients with genital fistulas. Algorithm of examination of patients included 2 stages: outpatient and inpatient. Outpatient examination in the primary appeal of the patient included vaginal examination and cystoscopy in the absence of significant pain syndrome, as well as ultrasound of the kidneys. Outpatient phase of the survey allowed to navigate in the form of fistula, condition of the tissue, plan the amount of patient investigation and timing of surgery. Renal ultrasound has allowed to reveal ureterohydronephrosis transformation after ureteral fistula and perform drainage of kidney in this group of patients at the preoperative stage. The stationary phase of the survey included physical examination, radiological, endoscopic and functional methods of investigation.

Results: in 26 patients with genital fistula formed as a result of treatment of gynecological cancer pathology, 5 – as a result of treatment of benign gynecological pathology. In 19 of 26 patients with gynecologic cancer pathology fistula formed as a result of treatment for cervical cancer (73% of oncogynecological patients). 15 patients fistula was traumatic etiologies, a 16 – beam. Outpatient examination in 8 patients with uretero-vaginal fistula discovered ureterohydronephrosis transformation, requiring drainage of the kidney on preoperative stage. In 7 patients during cystoscopy and vaginal examination was discovered a foreign body in the urethra, bladder and vagina. In all cases uretero-

пиелoureтерогрaфии, фистулогрaфии и вагиногрaфии позволило уточнить топогрaфию свища, его характер и протяженность стриктуры мочеточника. У двух больных мочеточниково-влагалищный свищ удалось выявить только при фистулогрaфии, у 1 больной – при вагиногрaфии. У 5 пациенток с постлучевыми пузырно-влагалищными свищами, 2 пациенток с пузырно-влагалищно-прямокишечными свищами и 1 пациентки с пузырно-влагалищно-толстокишечным свищом при вагиноцистогрaфии обнаружено снижение емкости мочевого пузыря менее 100 мл. У 1 пациентки с пузырно-влагалищно-прямокишечным свищом была обнаружена ригидная шпора.

Обсуждение: Накопленный нами опыт обследования и лечения больных с генитальными свищами подтверждает целесообразность двухэтапного алгоритма диагностики. Амбулаторный этап обследования позволяет ориентироваться в топографии свища, состоянии тканей влагалища в области свища, планировать подготовку больных и сроки операции, выделить группу больных для дренирования почек на предоперационном этапе. На стационарном этапе обследования уточняют топографию свища и состояние органов и систем, вовлеченных в патологический процесс.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

vaginal and combined fistulas use of retrograde and antegrade of pyeloureterography, fistulography and vaginography has helped to clarify the topography of the fistula, the nature and extent of strictures of the ureter. In two patients uretero-vaginal fistula was able to identify only with fistulography, 1 patient – with vaginography. In 5 patients with post-radiation vesico-vaginal fistula, 2 patients with vesico-vagino-rectal fistulas, and 1 patient with vesico-vagino-intestinal fistula vaginacology detected reduced urinary bladder capacity less than 100 ml. In 1 patient with vesico-vagino-rectal fistula was discovered rigid spur of the rectum.

Discussion: our experience of examination and treatment of patients with genital fistulae confirms the feasibility of two-step diagnostic algorithm. Outpatient stage of the survey allows you to navigate the topography of the fistula, the condition of the tissue of the vagina in the region of the fistula, plan the preparation of patients and the timing of the operation, to select a group of patients for drainage of the kidney on preoperative stage. At the stationary stage of the survey clarify the topography of the fistula and the condition of the organs and systems involved in the pathological process.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Елисеев Д.Э., Алексеев Б.Я., Качмазов А.А. Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей: эволюция концепции. РМЖ;2017(8):510–514.
- Мажбиц А.М. Оперативная урогинекология. Л.: Медицина, 1964. 416 с.
- de Quervan. Частная хирургическая диагностика для студентов и врачей. Саратов: Издание П.К. Галлера, 1911. 568 с.
- Лоран О.Б., Липский В.С. Медицинская и социальная реабилитация женщин, страдающих пузырно-влагалищными свищами. Саратов: Приволжск. кн. изд-во, 2001. 110 с.
- Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М.: Медицина, 1986. 488 с.
- Matthew P. Rutman, Larissa V. Rodrigues, Shlomo Raz. Vesicovaginal fistula: vaginal approach. In: Raz S., Rodriguez LV [Edit.] Female Urology, 3rd ed. WB Saunders, Philadelphia, Pa., P. 794-801.
- Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р. Ошибки и осложнения в урогинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 384 с.
- Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Литера, 2012. 608 с.
- O'Brien W.M., Lynch J.H. Simplification of double-dye test to diagnose various types of vaginal fistulas. Urology 1990;36(5):456.
- Jason P. Gilleran, Philippe E. Zimmern. Urethrovaginal fistula. In: Raz S., Rodriguez LV [Edit.] Female Urology, 3rd ed. WB Saunders, Philadelphia, Pa., P. 794-801.
- Пытель А.Я., Пытель Ю.А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний. М.: Медицина, 1966. 480 с.
- Lask D, Abarbanel J, Luttwak Z, Manes A, Mukamel E. Changing trends in the management of iatrogenic ureteral injuries. J Urol 1995;154(5):1693-5.
- Мартов А.Г., Меринов Д.С., Гурбанов Ш.Ш., Маслов С.А. Рентгеноэндоскопическое лечение мочеточниково-влагалищных и мочеточниково-маточных свищей. Consilium medicum 2007;9(4): 42–46.
- Мартов А.Г., Гурбанов Ш.Ш., Степанов В.С., Корниенко С.И. Рентгеноэндоскопическая диагностика и лечение ятрогенных повреждений верхних мочевыводящих путей. Урология 2009;(2):25–32.
- Kuhlman JE, Fishman EK. CT evaluation of enterovaginal and vesicovaginal fistulas. J Comput Assist Tomogr 1990;14(3):390–4.
- Dicle O, Küçükler C, Pirnar T, Erata Y, Posaci C. Magnetic resonance imaging evaluation of incision healing after cesarean sections. Eur Radiol 1997;7(1):31–4. doi:10.1007/s003300050103
- Пучкова Н.В. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. 126 с.
- Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: 2006. 432 с.
- Проценко В.М., Додица А.Н., Мурадов Б.Т. Хирургическое лечение толстокишечно-влагалищных свищей. М.: ПК НПО «Союзмединформ». 1993. 14 с.
- Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М.: Медицина, 1984. С. 107–114.
- Андреас М. Кайзер. Колоректальная хирургия. М.: Бином; 2011. С. 382–387.
- Bricker EM, Kraybill WG, Lopez MJ. Functional results after postirradiation rectal reconstruction. World J Surg 1986;10(2):249–58.
- Bricker EM, Johnston WD, Kraybill WG, Lopez MJ. Reconstructive surgery for the complications of pelvic irradiation. Am J Clin Oncol 1984;7(1):81–9.
- Bricker EM, Johnston WD, Patwardhan RV. Repair of postirradiation damage to colorectum: a progress report. Ann Surg 1981;193(5):555–64.
- Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Бороздина О.А., Николаева Н.А. Стандартизация в здравоохранении. Преодоление противоречий законодательства, практики, идей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015, 208 с.

REFERENCES (1-5, 7, 8 11, 13, 14, 17-21, 25)

- Eliseev D.E., Alekseev B.Ya., Kachmazov A.A. Hirurgicheskoe lechenie puzyrirno-vlagalishnykh svischey: evolyutsiya kontseptsiy. [Surgical treatment of vesicovaginal fistulas: the evolution of the concept]. RМZh;2017(8):510 – 514. (in Russian).
- Mazhbits A.M. Operativnaya uroginiekologiya. [Surgical uroynecology]. L.: Meditsina, 1964. 416 p. (in Russian).
- de Quervan. Chastnaya hirurgicheskaya diagnostika dlya studentov i vrachey. [Private surgical diagnosis for students and doctors]. Saratov: Izdanie P.K. Gallera, 1911. 568 p. (in Russian).
- Loran O.B., Lipskiy V.S. Meditsinskaya i sotsialnaya reabilitatsiya zhenschin, stradayushchih puzyrirno-vlagalishnyimi svischami. [Medical and social rehabilitation of women with vesicovaginal fistulas]. Saratov: Privolzhsk. kn. izd-vo, 2001. 110 p. (in Russian).
- Kan D.V. Rukovodstvo po akusherskoy i ginekologicheskoy urologii. [Guide to obstetric and gynecological urology]. M.: Meditsina, 1986. 488 p. (in Russian).
- Pushkar D.Yu., Kasyan G.R. Oshibki i oslozheniya v uroginiekologii. [Errors and complications in uroynecology]. M.: GEOTAR-Media, 2017. 384 p. (in Russian).
- Shelygin Yu.A., Blagodarnyy L.A. Spravochnik po koloproktologii. [Reference book on coloproctology]. M.: Litera, 2012. 608 p. (in Russian).
- Pyitel A.Ya., Pyitel Yu.A. Rentgenodiagnostika urologicheskikh zabolevaniy. [X-ray diagnosis of urological diseases]. M., Meditsina, 1966. 480 p. (in Russian).
- Martov A.G., Merinov D.S., Gurbanov Sh.Sh., Maslov S.A. Rentgenoendoskopicheskoe lechenie mochetochnikovo-vlagalishnykh i mochetochnikovo-matochnykh svischey. [X-ray- endoscopic treatment of ureteral-vaginal and ureter-uterine fistulas]. Consilium medicum 2007;9(4): 42–46. (in Russian).
- Martov A.G., Gurbanov Sh.Sh., Stepanov V.S., Kornienko S.I. Rentgenoendoskopicheskaya diagnostika i lechenie yatrogennykh povrezhdeniy verkhnih mochevyivodyaschih putey. [X-ray endoscopic diagnosis and treatment of iatrogenic injuries of the upper urinary tract]. Urologiya 2009;(2):25–32. (in Russian).
- Puchkova N.V. Nesostoyatelnyy rubets na matke posle kesareva secheniya: diagnostika, takтика vedeniya, reproduktivnyy prognoz [An inconsistent scar on the uterus after cesarean section: diagnosis, tactics of reference, reproductive prognosis]: Dr. Med.Sci [dissertation]. M.: 2014. 126 p. (in Russian).
- Vorobyov G.I. Osnovy koloproktologii. [Basics of coloproctology]. [M., 2006. 432 p. (in Russian)].
- Protsenko V.M., Doditsa A.N., Muradov B.T. Hirurgicheskoe lechenie tolstokishechno-vlagalishnykh svischey. [Surgical treatment of colovaginal fistulas]. M.: PK NPO «Soyuzmedinform». 1993. 14 p. (in Russian).
- Fedorov V.D., Dultsev Yu.V. Proktologiya. [Proctology]. M.: Meditsina, 1984. P. 107–114. (in Russian).
- Andreas M. Kayzer. Kolorektalnaya hirurgiya. [Colorectal surgery]. M.: Binom; 2011. P. 382–387. (in Russian).
- Naygovzina N.B., Filatov V.B., Borozdina O.A., Nikolaeva N.A. Standartizatsiya v zdavoohranenii. Preodolenie protivorechiy zakonodatelstva, praktiki, idey. [Standardization in health care. Overcoming the contradictions of legislation, practice, ideas]. M.: GEOTAR-Media, 2015. 208 p. (in Russian).