

Хирургическое лечение пузырно- влагалищных свищей

А.А.Качмазов. Поляков Н.В. Елисеев Д.Э. Бекиев Я.Д.

ПВС- ятрогенные повреждение,
приводящее к социальным, гигиеническим
проблемам, стрессовым ситуациям.

Начинающий и опытный хирург при
столкновении с ПВС задаётся
несколькими вопросами:

- как скоро оперировать
- какой выбрать доступ (клиническая
ситуация, предпочтения и опыт хирурга)
- транспозировать ли ткани
- как долго держать дренажи

Историческая справка

- 1550 год до н.э. – Ebers Egyptian papyrus – описывается возможность возникновения свищей и делается предупреждение о невозможности их излечения
- 980-1037гг. Авиценна считал генитальные свищи неизлечимыми.
- 1663г. – Hendrick van Roonhuysе научно обосновал хирургический подход к лечению мочеполовых свищей.
- 1675г. – J.Fatio, впервые излечил 2 пациенток чрезвлагалищным доступом

- 1852г. – J.M.Sims, предложил методы лечения пузырно влагалищных свищей.
- 1880г. – Trendelenburg, трансабдоминальный доступ.
- 1914г. – F.Legue, использовал чрезбрюшинно-чрезпузырный доступ.
- Д.О.Отт, Д.В.Кан – разработка хирургических методов лечения пузырно-влагалищных и сложных комбинированных свищей.

Соотношение частоты мочеполовых свищей

- Пузырно-влагалищные 56%
- Мочеточникового-влагалищные 31%
- Мочеточникового-влагалищно-пузырные 7%
- Уретрально-влагалищные 3%
- Пузырно-влагалищно-ректальные 2%
- Пузырно-маточные 1%

А.С.Переверзев

Этиологические факторы

- Гинекологическая травма
- Акушерская травма
- Лучевая травма
- Онкологические свищи
- Разнообразные по этиологии свищи
(хулиганские действия, половые
извращения, транспортные аварии)

ЭТИОЛОГИЯ

В развивающихся странах более 90 % фистул- результат родовой травмы. В США и Британии-более 70 % фистул следствие тазовой хирургии. (Hilton P., 2013)

Родовая травма (тяжёлый физический труд, кесарево сечение, акушерские щипцы, краниотомия, криминальные аборты)

Постлучевые свищи (от 1 до 30 лет после облучения)

Опухоли

Другие причины (венерическая лимфогранулёма, шистоматоз, актиномикоз, туберкулёз, коитальная травма, травма катетером и др.)

- В Британии регистрируется 1 случай фистулы на 1330 гистерэктомий и 10 % - после тазовой экзентерации (Lowson J.B. 2010)
- Из 165 случаев урогенитальных фистул за 12 лет- 91 после гистерэктомии (Hilton P. 2013)
- Из 932 случаев фистул, зарегистрированных в Нигерии в 1992-1999 гг.,- 899 связаны с родами (Wall L.L. 2004)

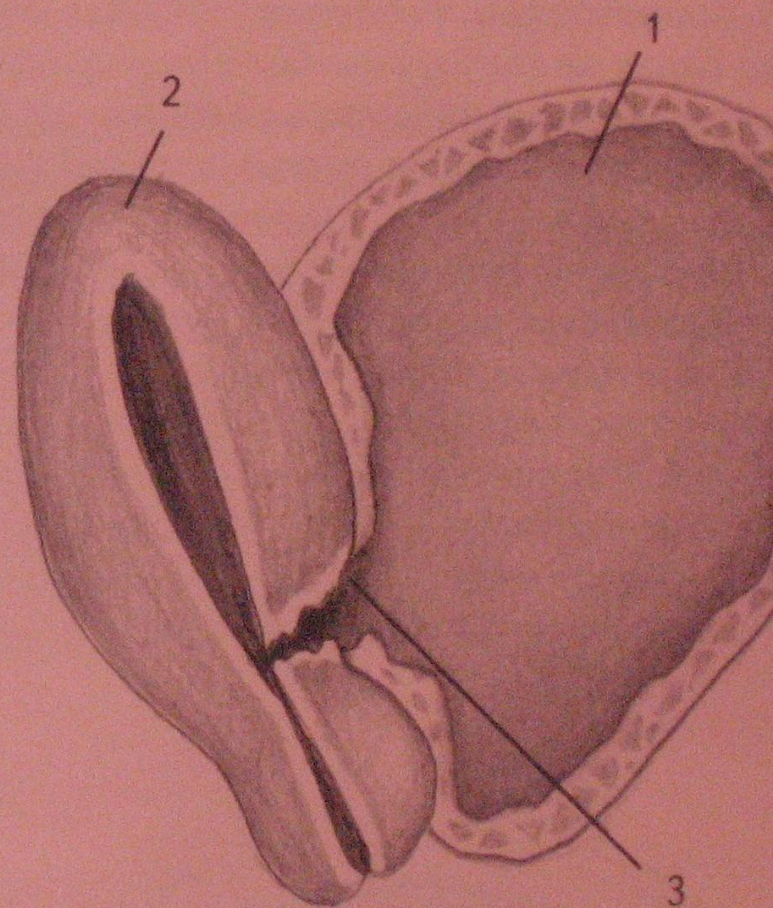
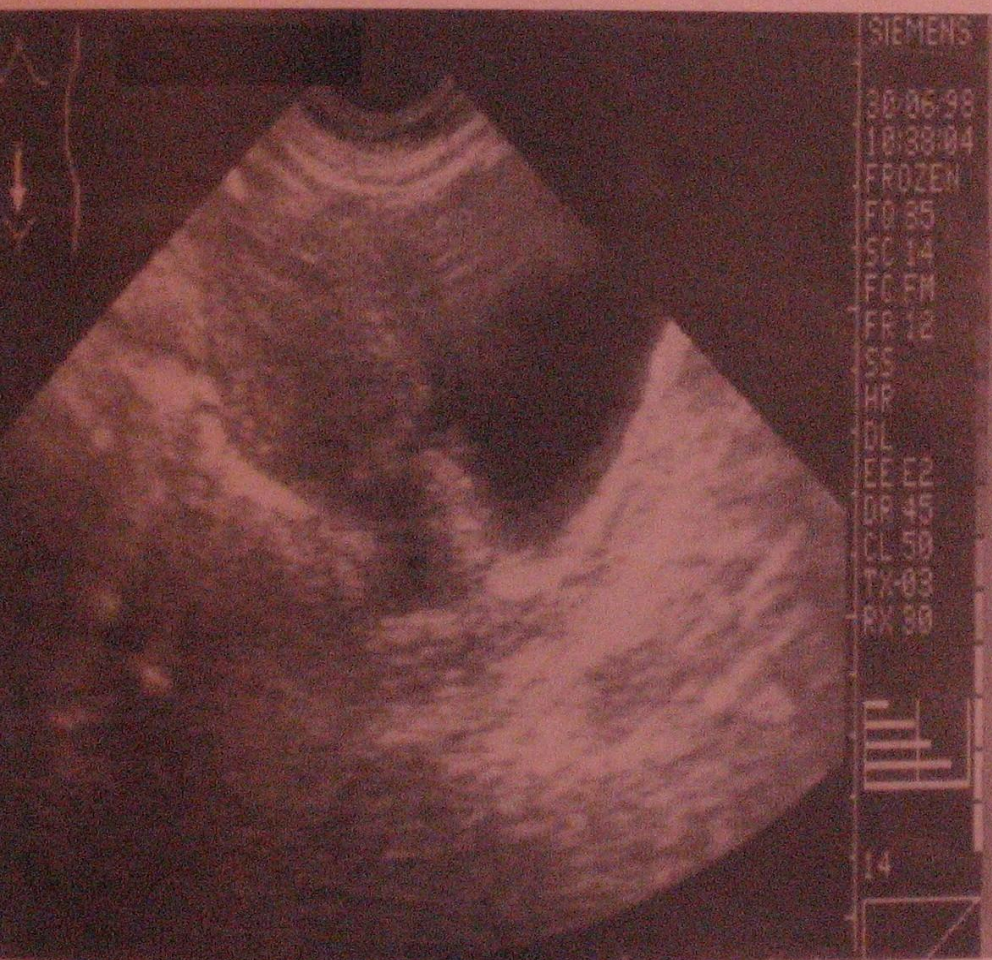
Классификация генитальных свищей (W.G.Hurt, 2000г.)

■ ПРОСТЫЕ ФИСТУЛЫ

- уретро-вагинальные
- Пузырно-вагинальные
- Мочеточникового-вагинальные
- Пузырно-маточные
- Мочеточникового-маточные

■ СЛОЖНЫЕ ФИСТУЛЫ

- Пузырно-мочеточникового-вагинальные
- Пузырно-мочеточникового-маточные
- Пузырно-вагинально-ректальные



Принципы хирургического лечения свищей

- Хорошая визуализация зоны свища
- Адекватное выделение свищевого хода
- Использование для закрытия хорошо васкуляризированных тканей
- Максимально герметичное ушивание
- Многослойное закрытие
- Ушивание без натяжения
- Недопустимость образования между слоями «мертвого» пространства
- Адекватное дренирование мочевого пузыря
- Отсутствие инфекции

Интерпозиция тканей

- Жир большой половой губы и бульбокавернозной мышцы- лоскут Martius
- M. gracilis
- Прямая мышца живота
- Большой сальник
- Брюшина
- Лоскут влагалища
- Лоскут стенки мочевого пузыря

Интерпозиция тканей

- Evans and all (2001) 37 женщин: 12 с интерпозицией сальника и брюшины, 25 без. Не найдено различий в эффективности
- Rangneker and all (2000) 46 случаев: 21 с лоскутом Martius (95 % успеха), 25 без лоскута (72 % успеха)
- Hilton (2004) 95 % успеха с лоскутом, 97 %- без него



Доступы для закрытия свищей

- Трансвезикальный
- Влагалищный
- Трансабдоминальный
- Лапароскопический

- Вагинальный доступ- 76%
- Абдоминальный- 21 %
- Комбинированный- 3%

Hancock Br. 2004

Лучевые свищи

- 1- 30 лет после облучения
- 14- 25 % эффективности (Langkilde and all 1999)
- Кишечная деривация мочи 3% в общей статистике хирургического лечения свищей
- Ёмкость мочевого пузыря и влагалища, состояние мочеточников и уретры, почечная недостаточность влияют на выбор метода лечения

Операция должна быть:

- Эффективная
- Единственная
- Малоинвазивная ???

Опыт НИИ урологии 2014-2019 гг.

Количество больных- 98

Фистулопластика- 83 (84%)

Кишечная деривация- 15 (16%)

Эффективность фистулопластики - 97,6 %

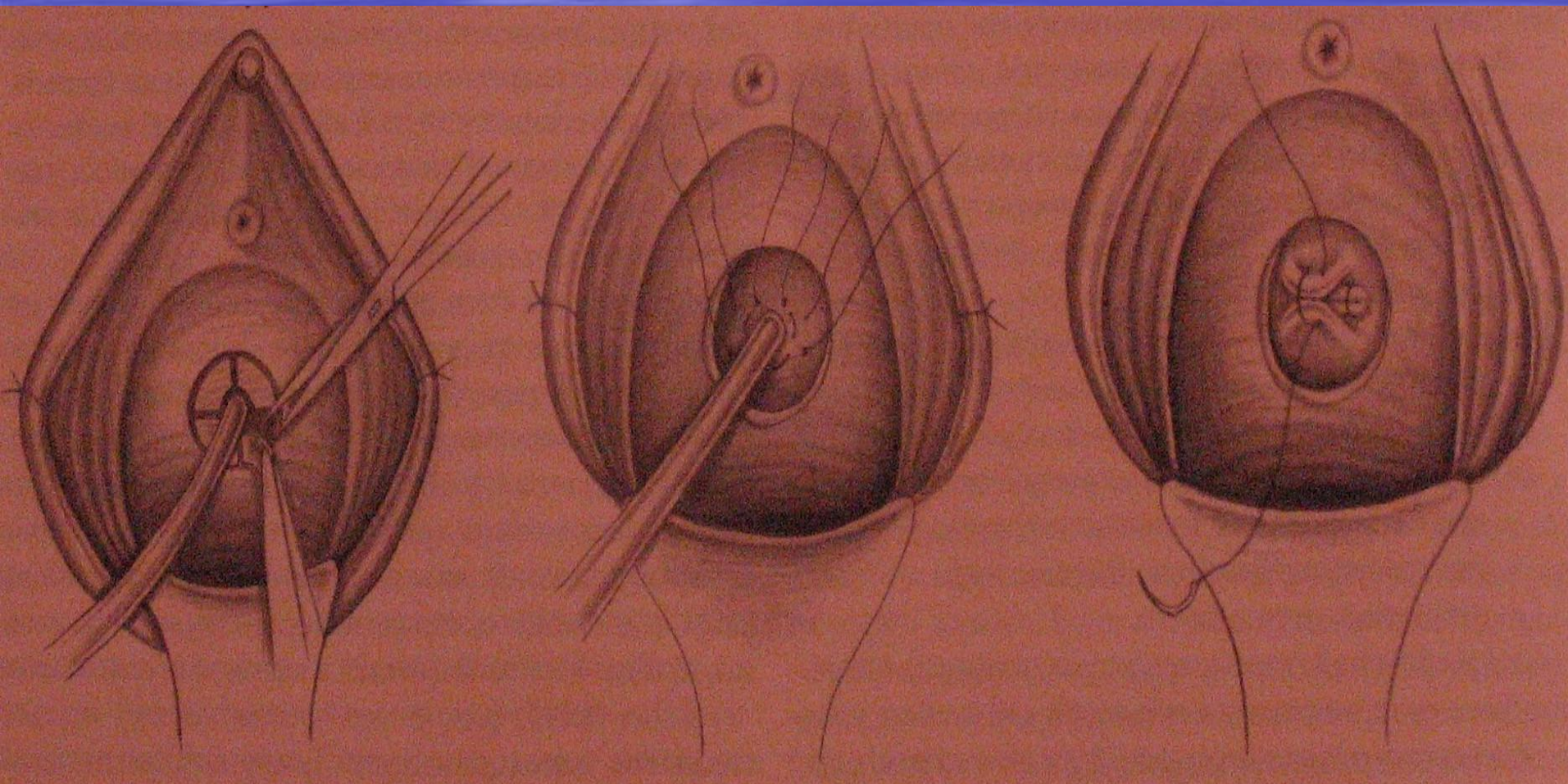
Опыт НИИ урологии 2014-2019 гг.

Доступ		
Трансвагинально		74 (89%)
Трансвезикально		9
Повторно		34 (54%)
Брикера		13
Расширяющая кишечная пластика и использование лоскута Martius		3

Условия эффективности

- Сроки операции (отсутствие инфекции, камней, сформированный рубец)
- Опыт и предпочтения хирурга
- Доступность и хорошая визуализация операционного действия
- Шовный материал
- Использование лоскутов и прокладок???

Чрезвлагалищное ушивание свища по методу Latzko



Классическое чрезвлагалищное ушивание свища

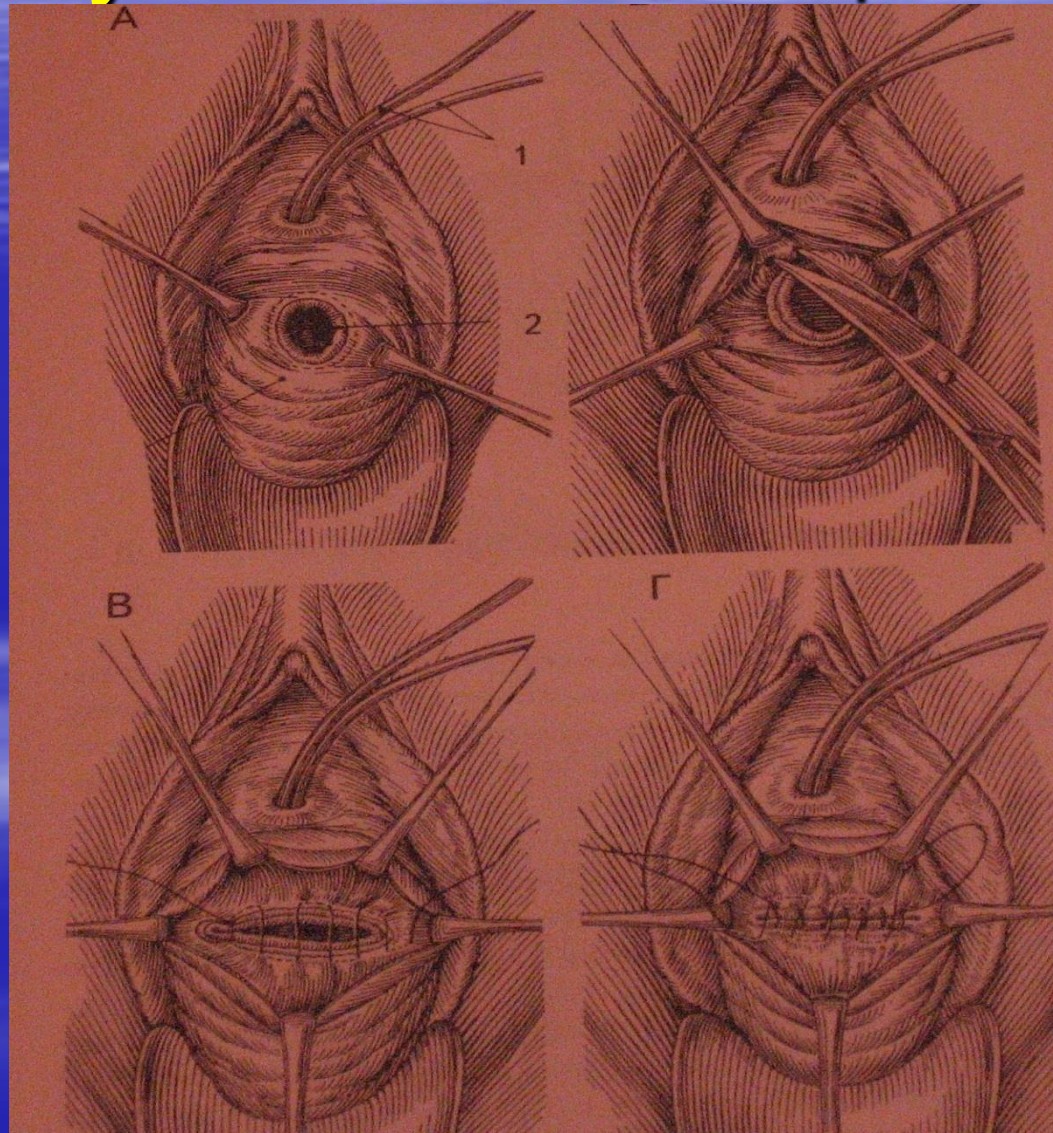


Схема закрытия свища (S. Raz, 1995г.)

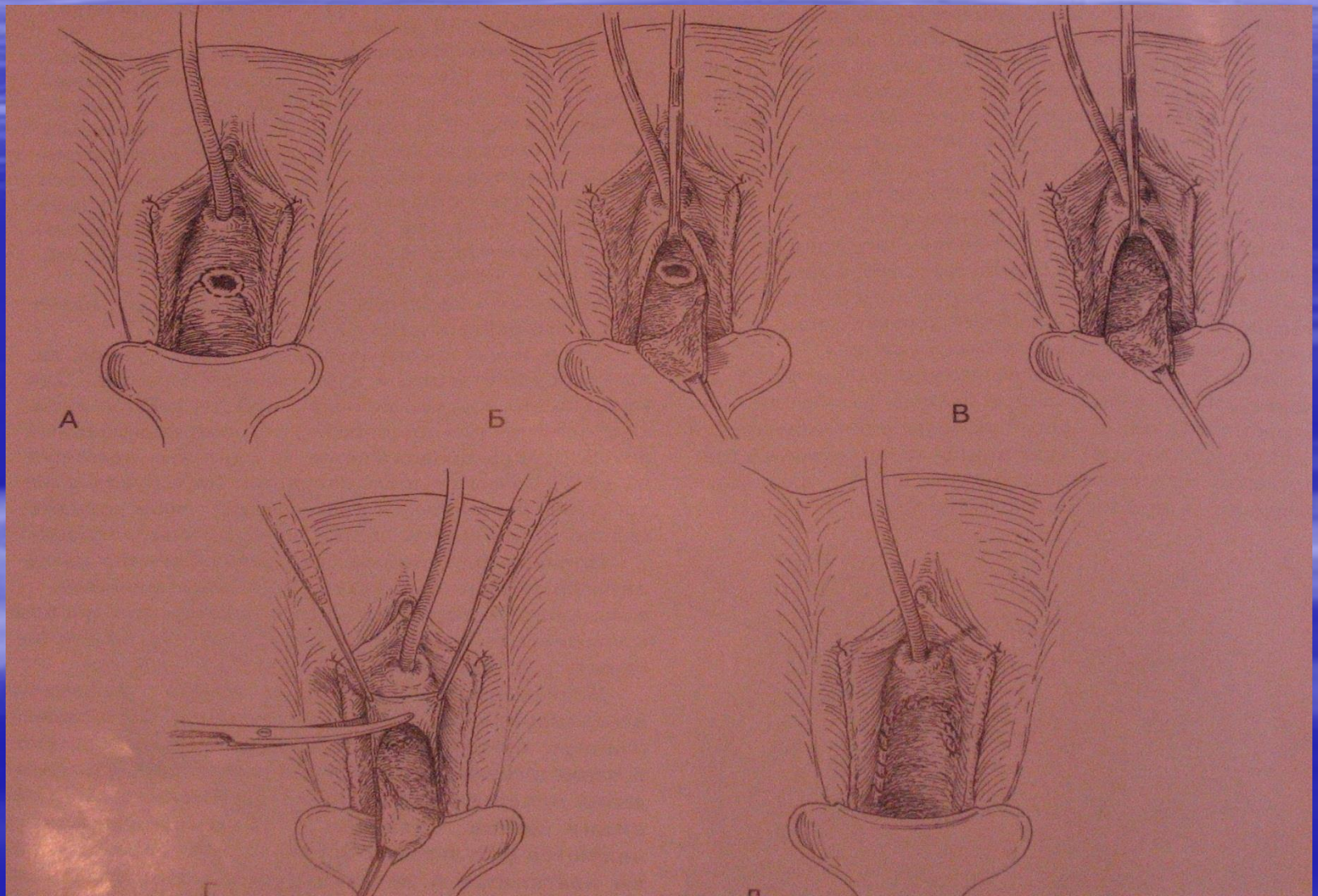
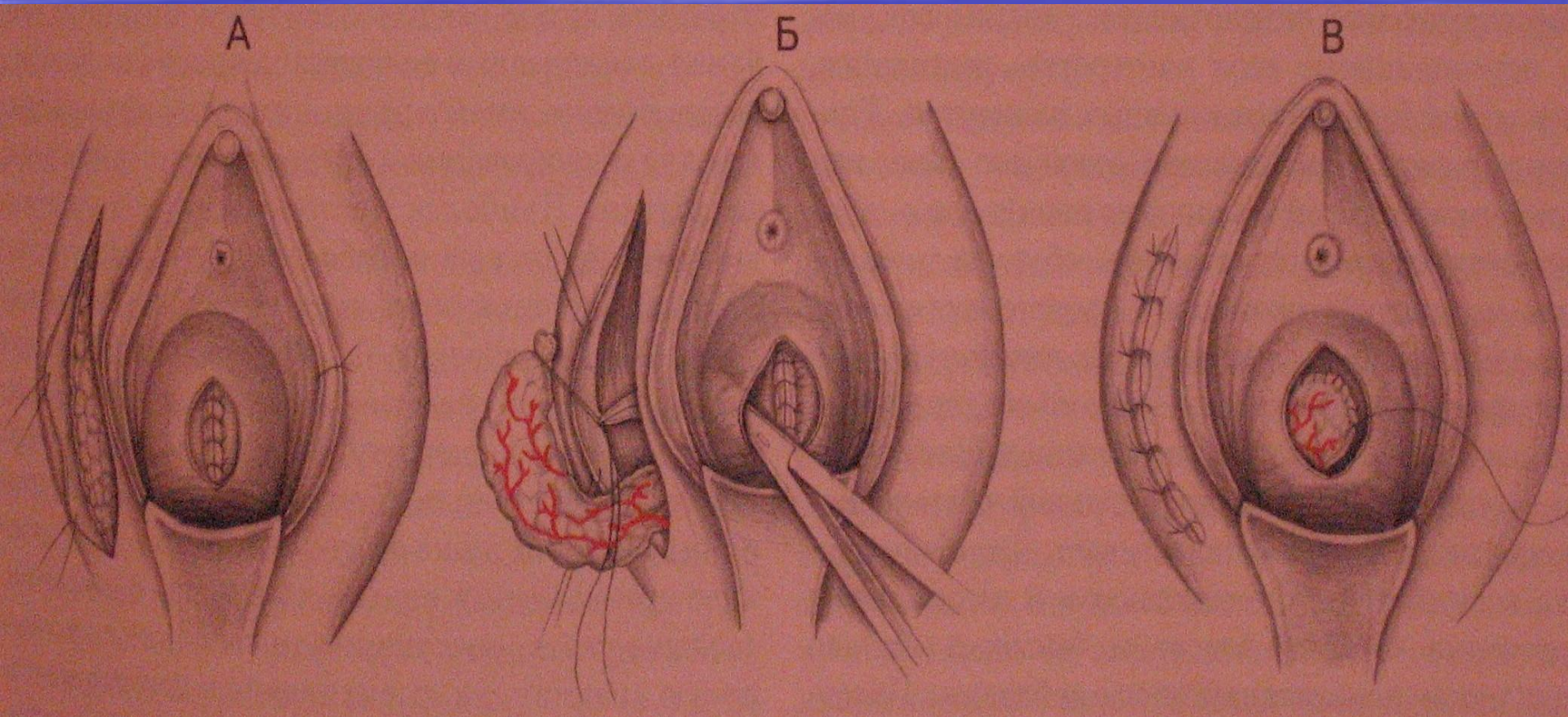


Схема интерпозиции бульбокавернозного лоскута (Н. Martius)



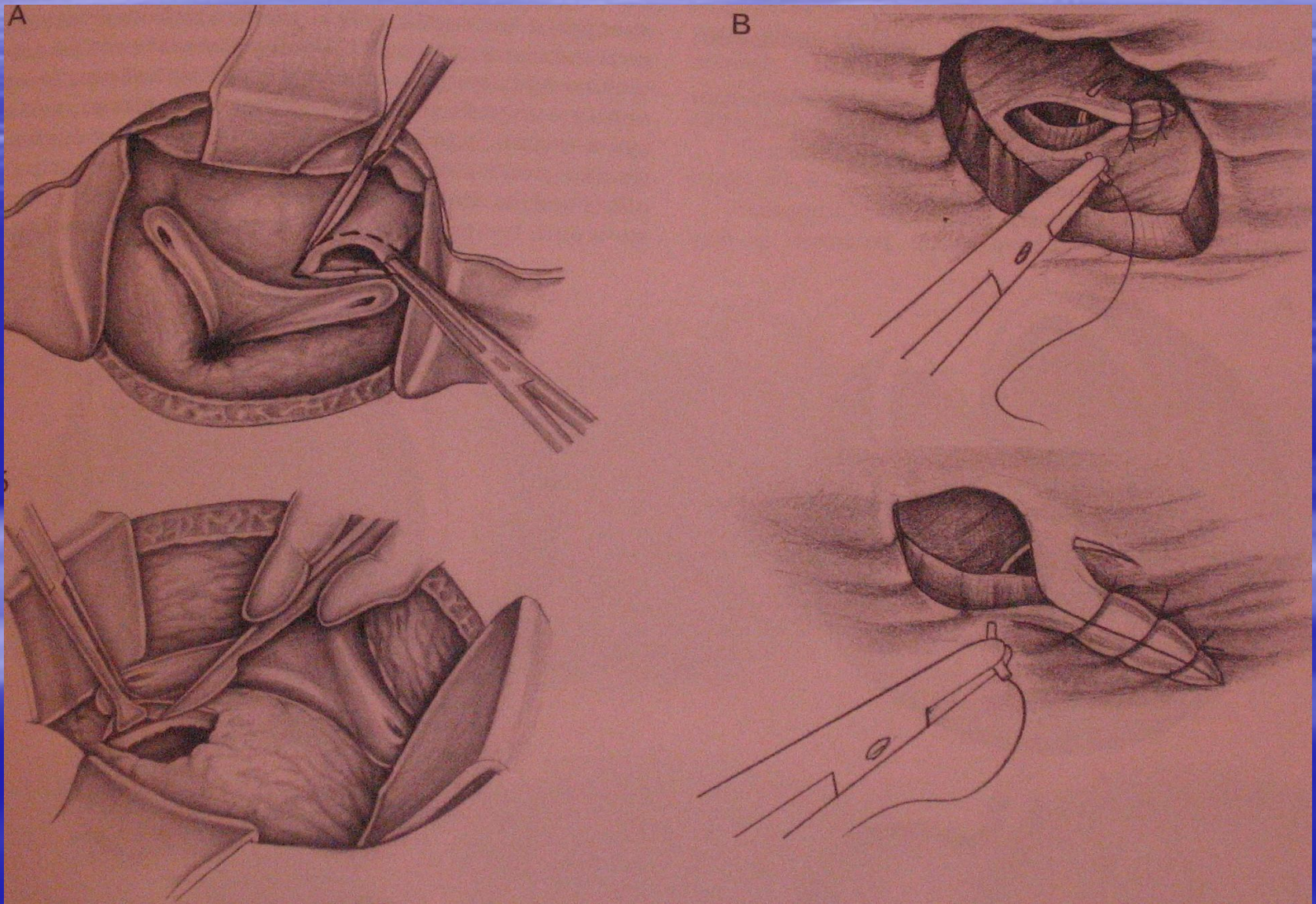
Показания для трансвезикального доступа (9 случаев)

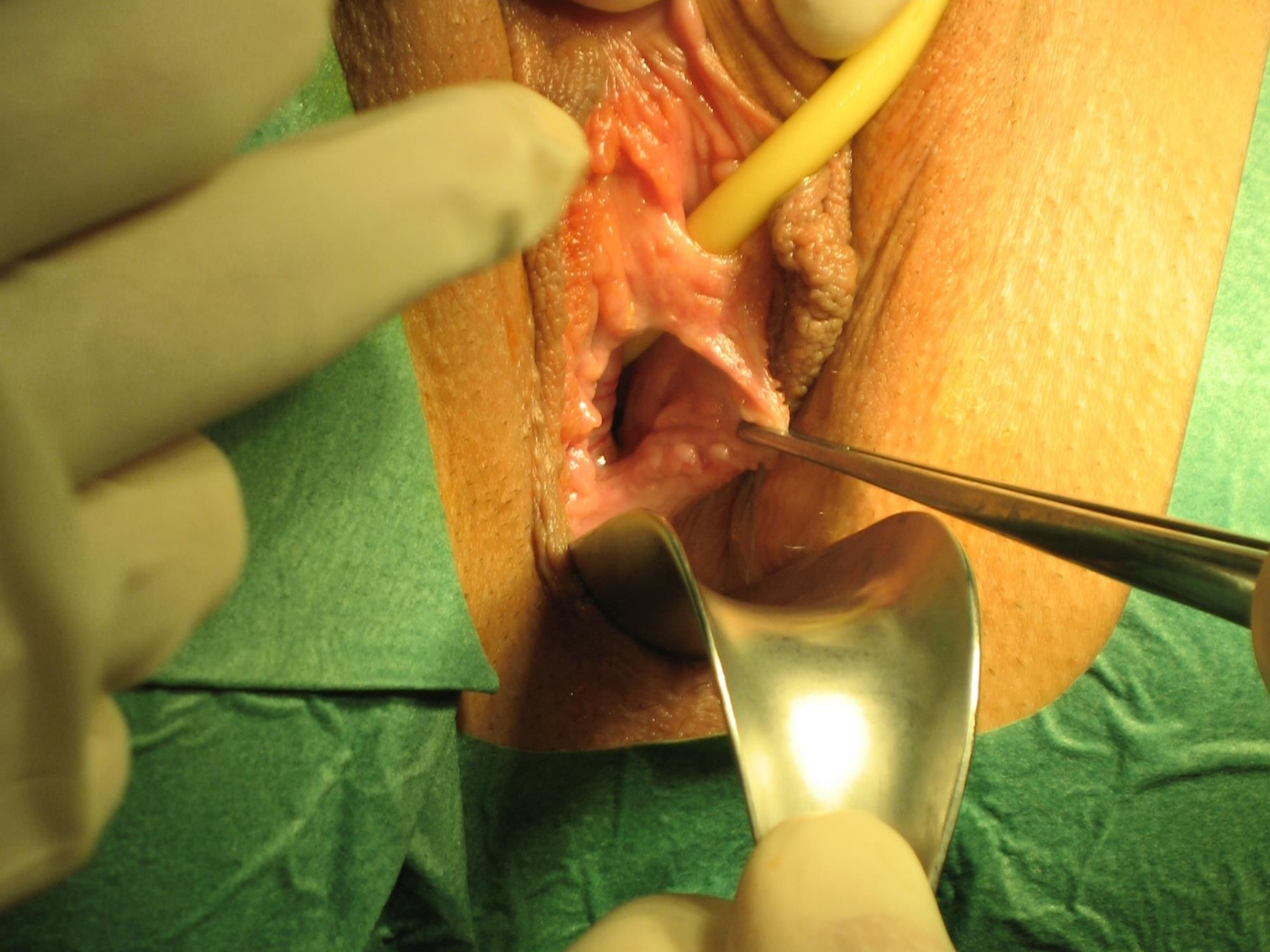
- Величина пузырно-влагалищного свища более 2 см.
- Локализация свища вблизи устьев мочеточников
- Множественные свищи
- Комбинированные мочеточниково-пузырно-влагалищные свищи

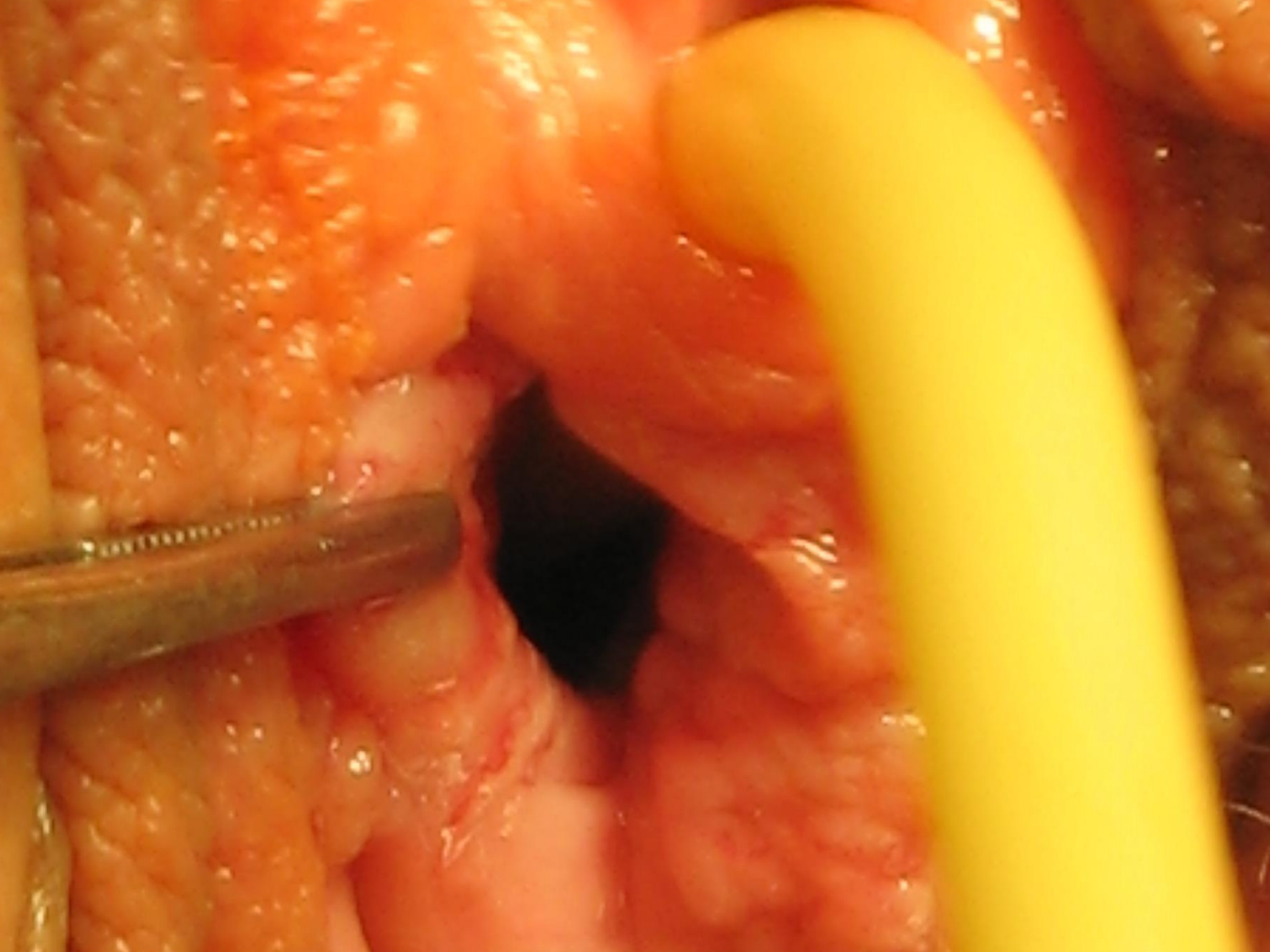
Показания для трансвезикального доступа (9 случаев)

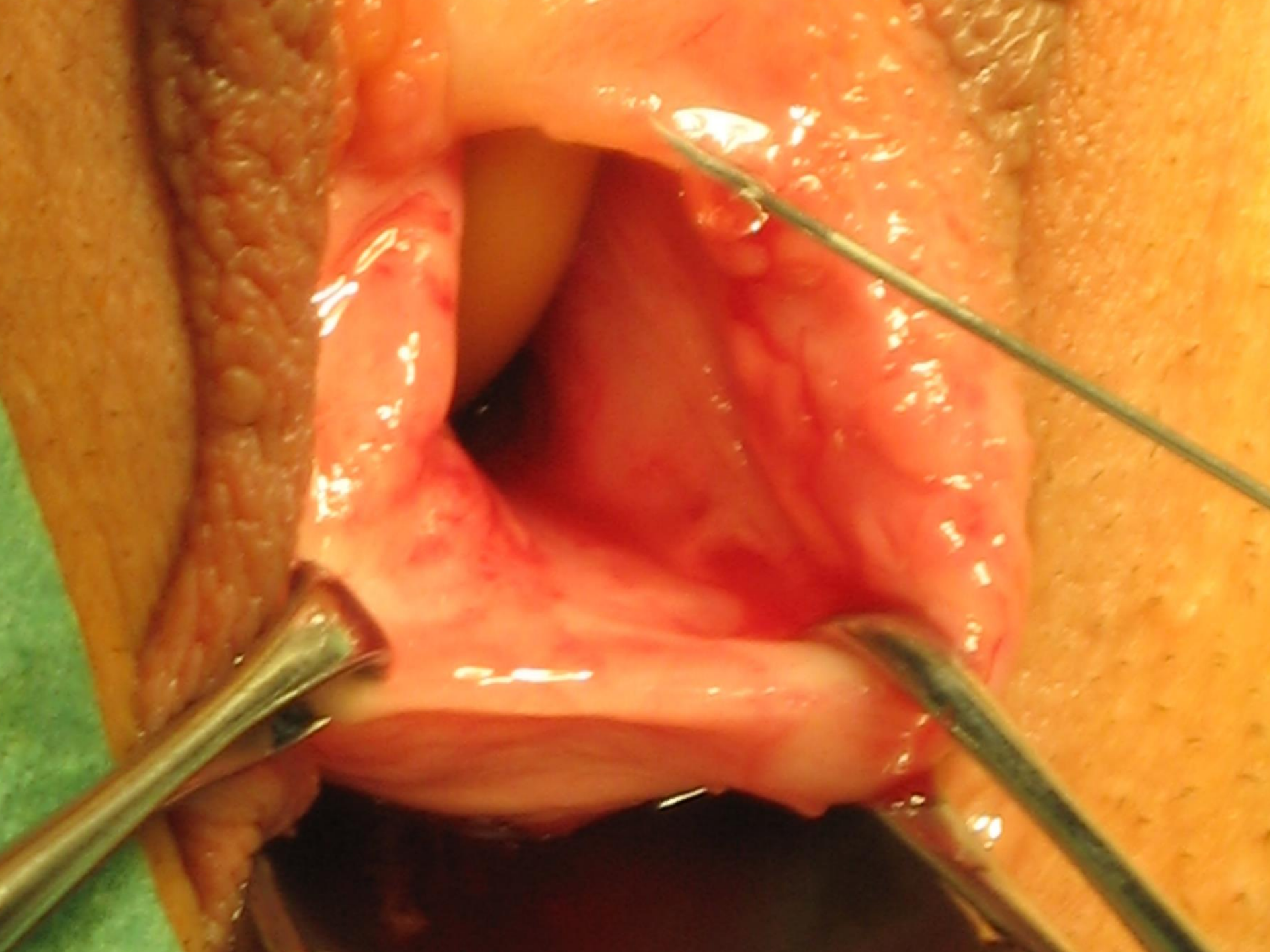
- Плохие локальные взаимоотношения (узкое и рубцовое влагалище, недостаточность кровоснабжения после лучевой терапии, хроническая инфекция, особенно на фоне сахарного диабета.
- Рецидивные свищи
- Необходимость одномоментного восстановления проходимости тазовых отделов мочеточников

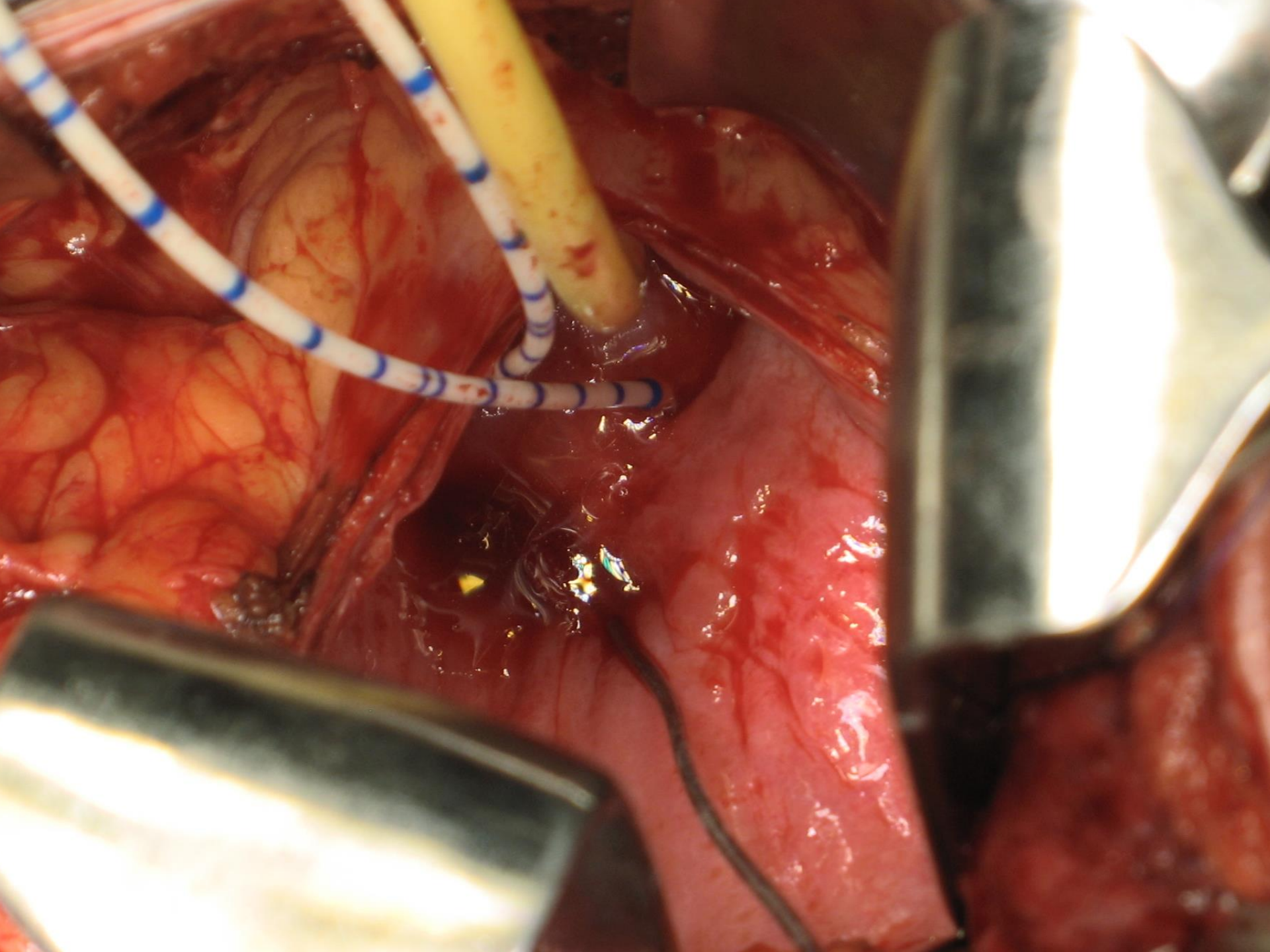
Чрезпузырное ушивание свища

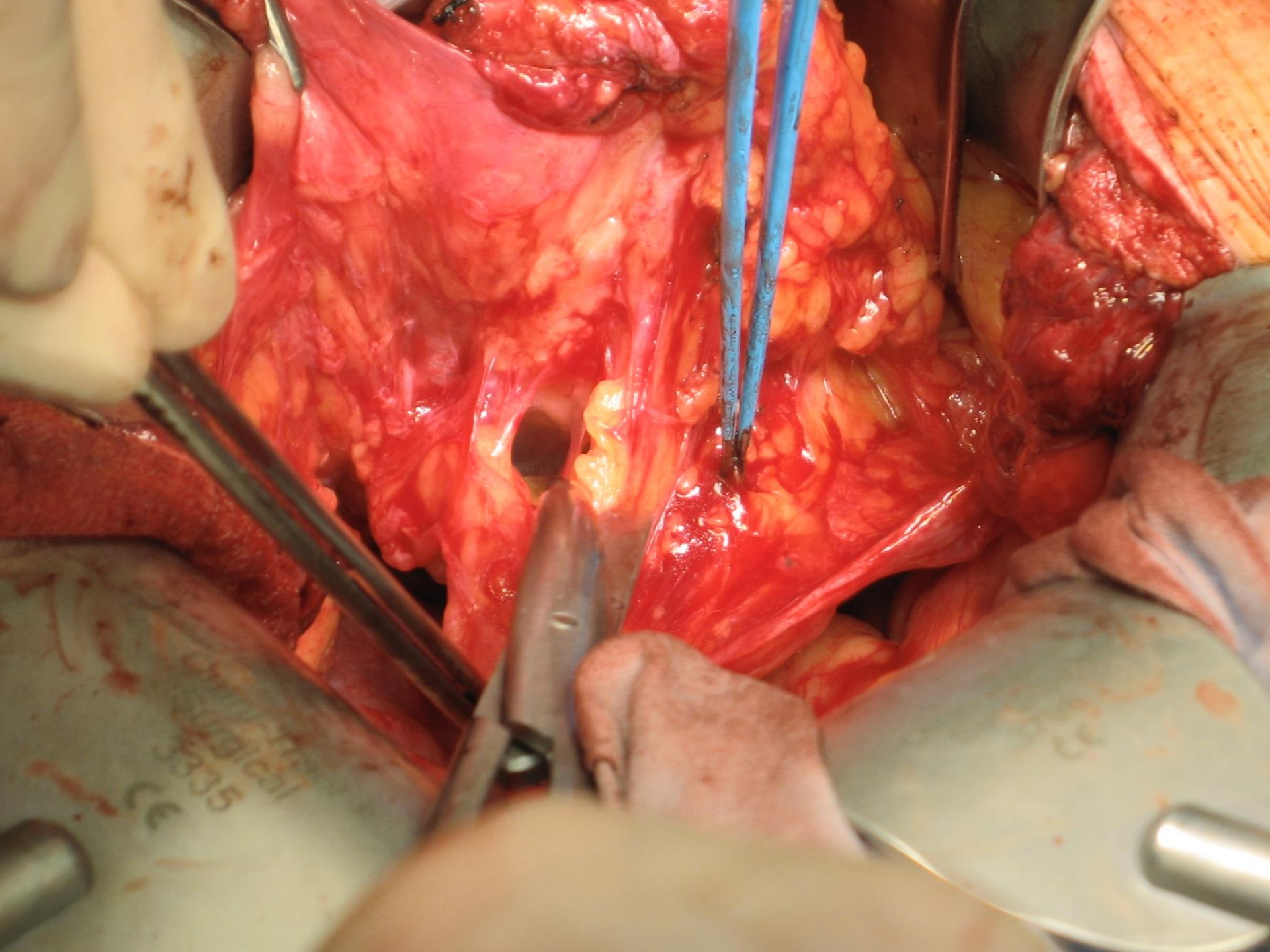


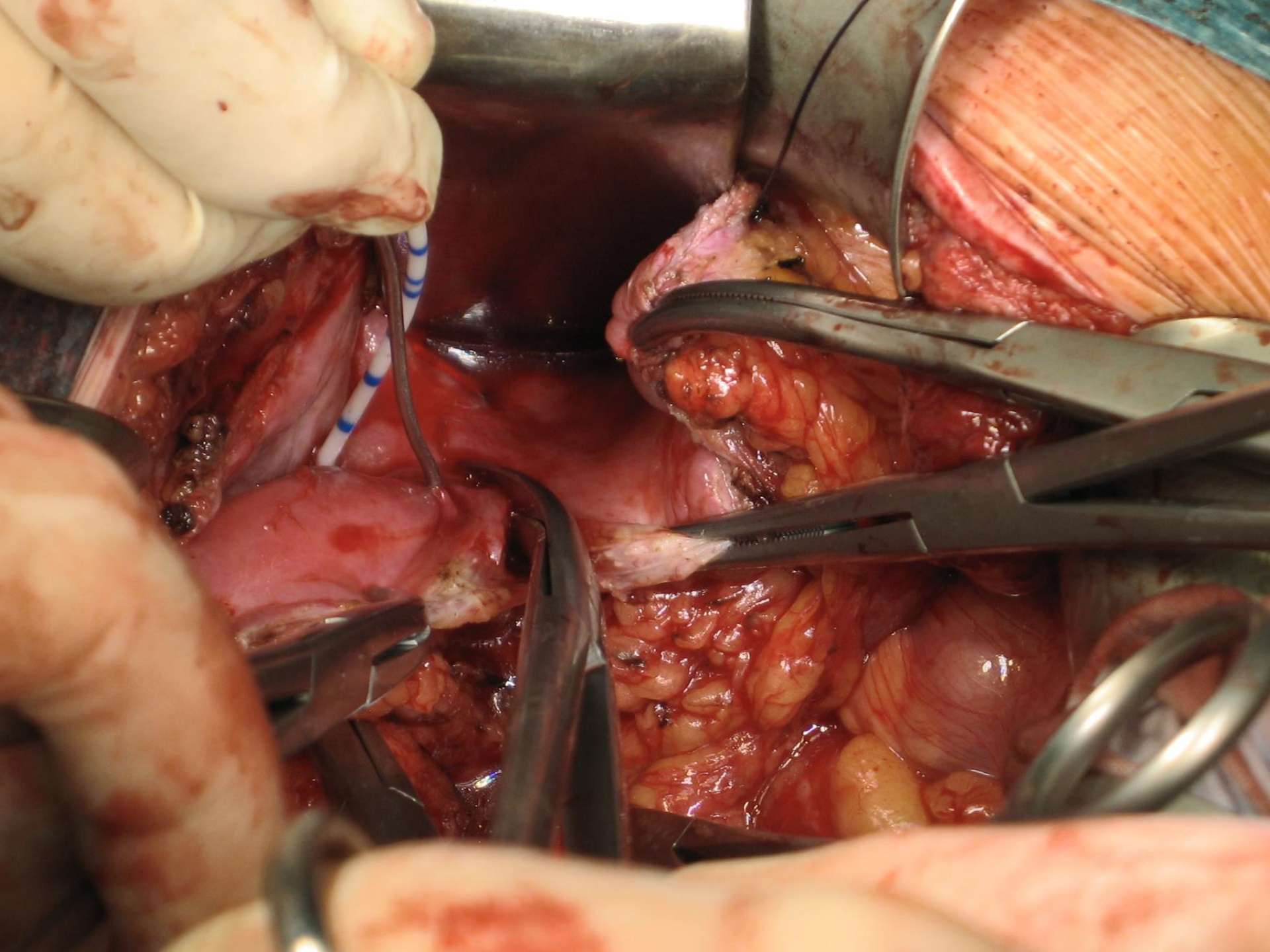


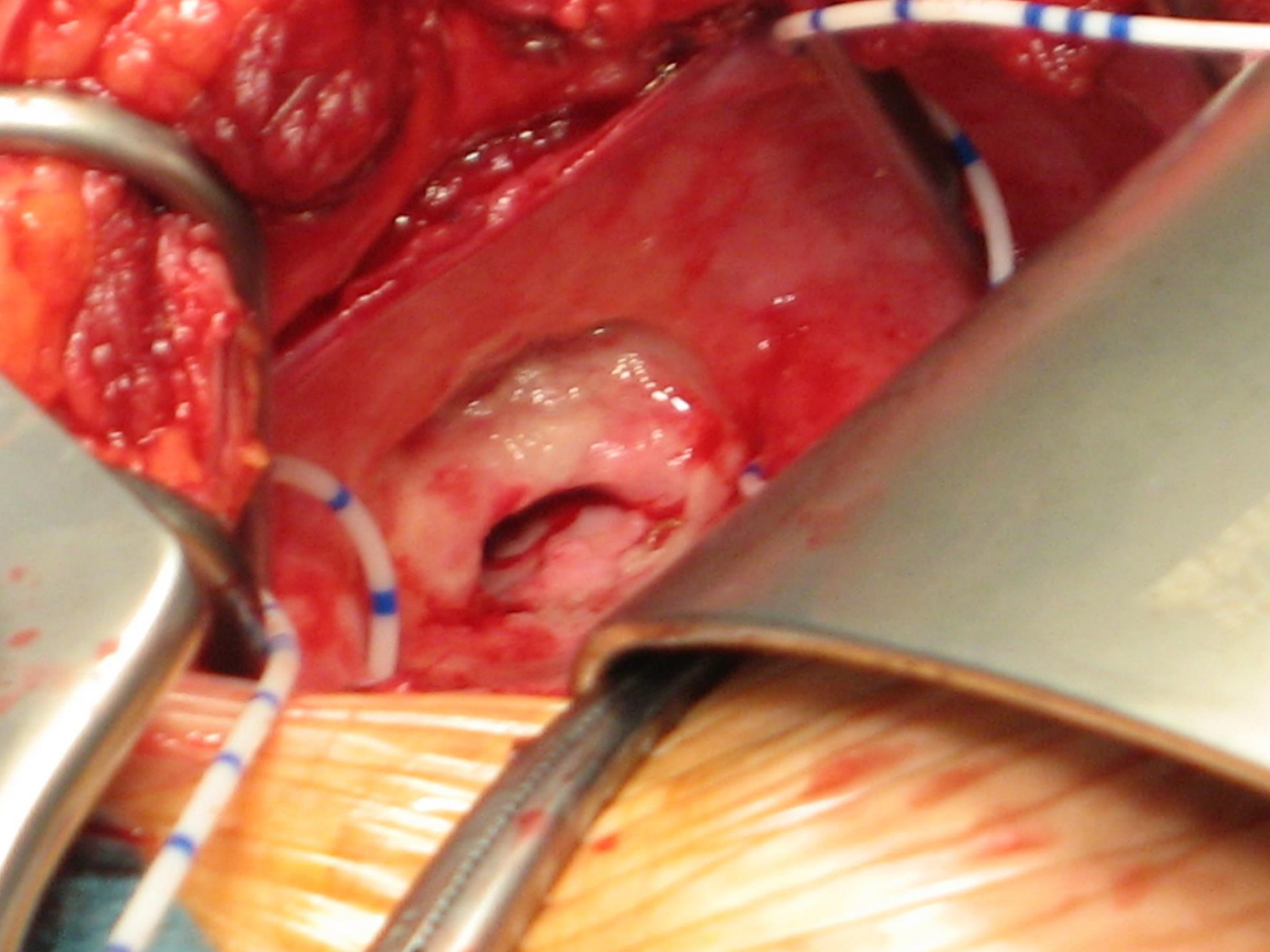


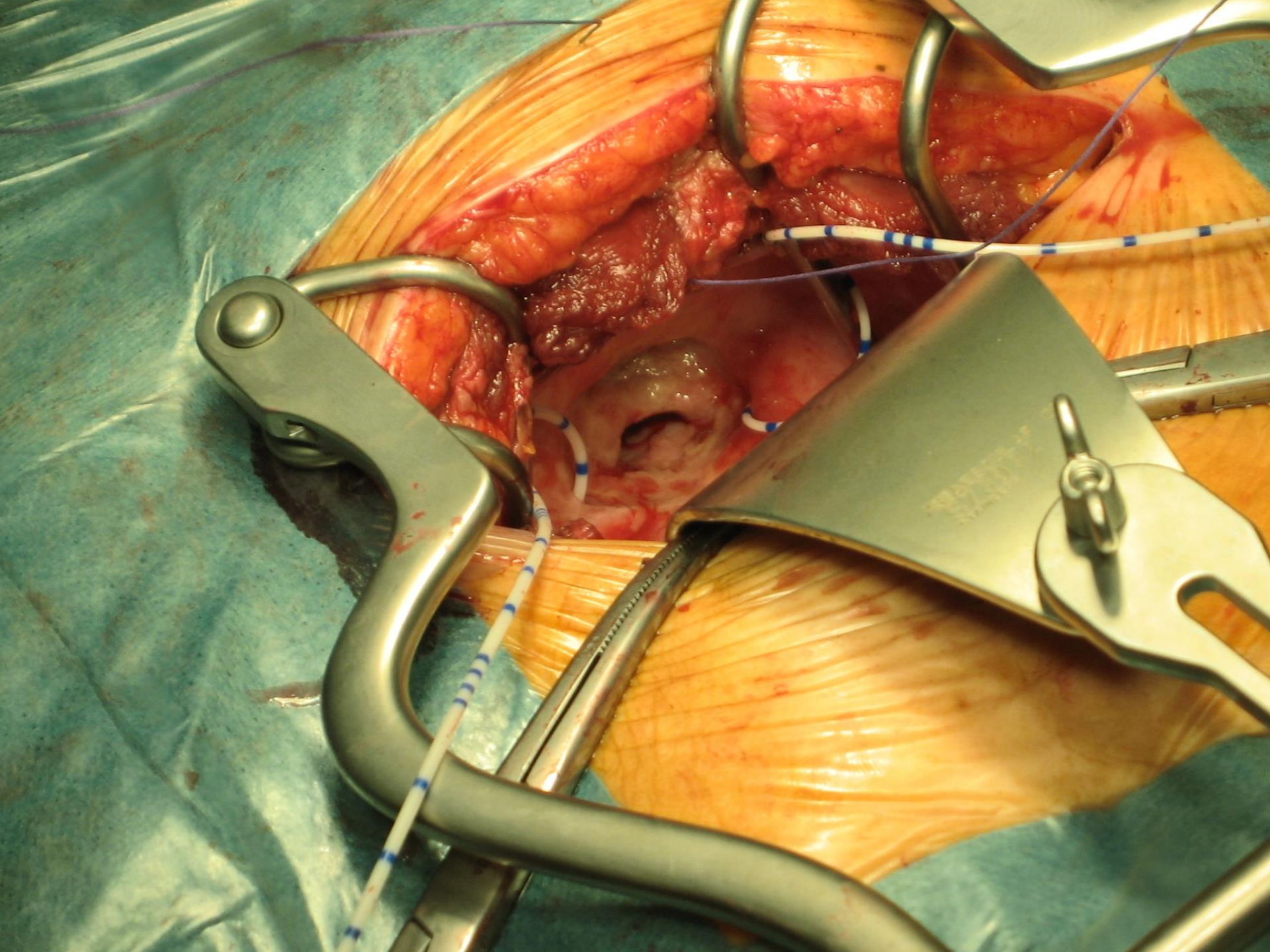








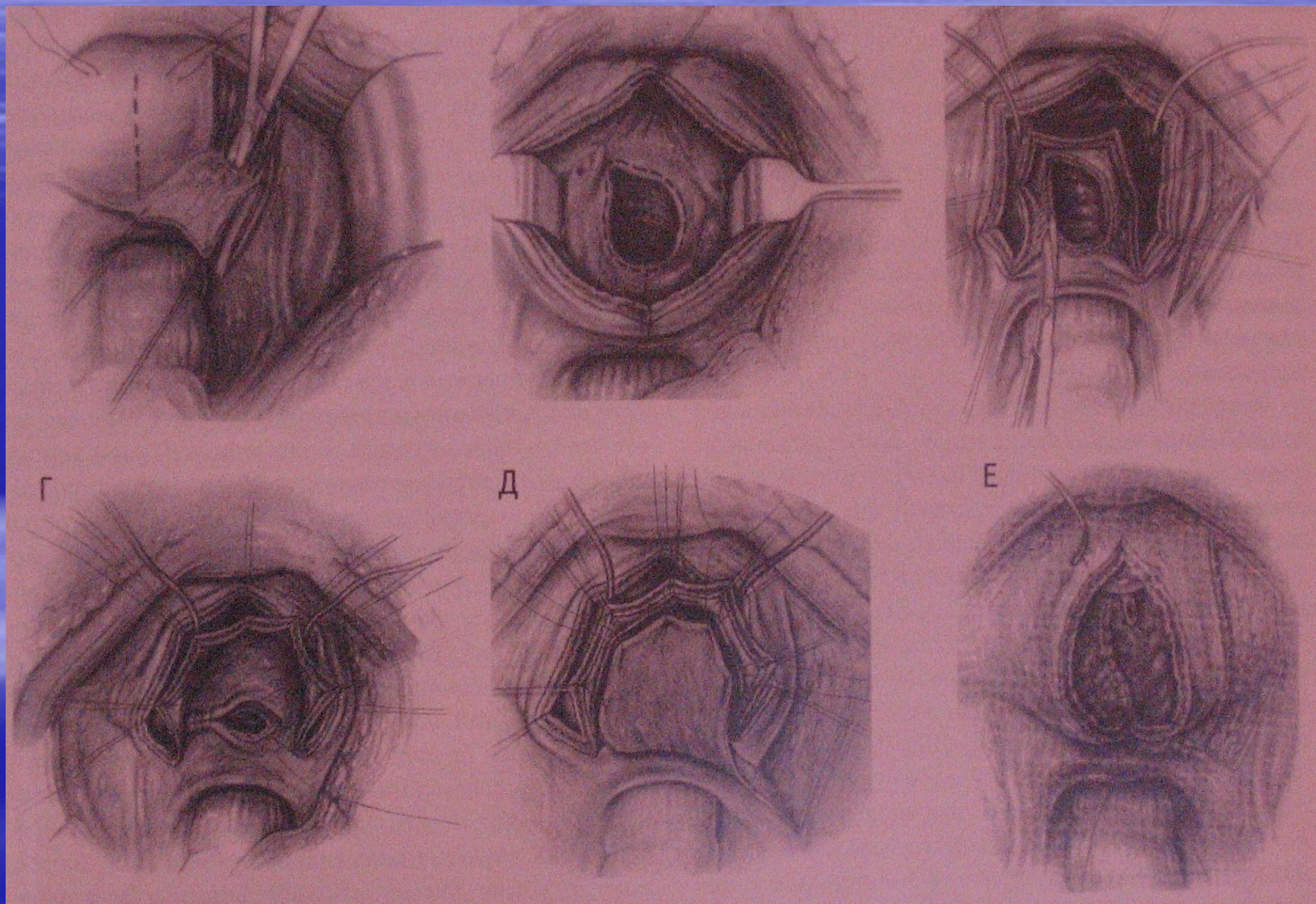


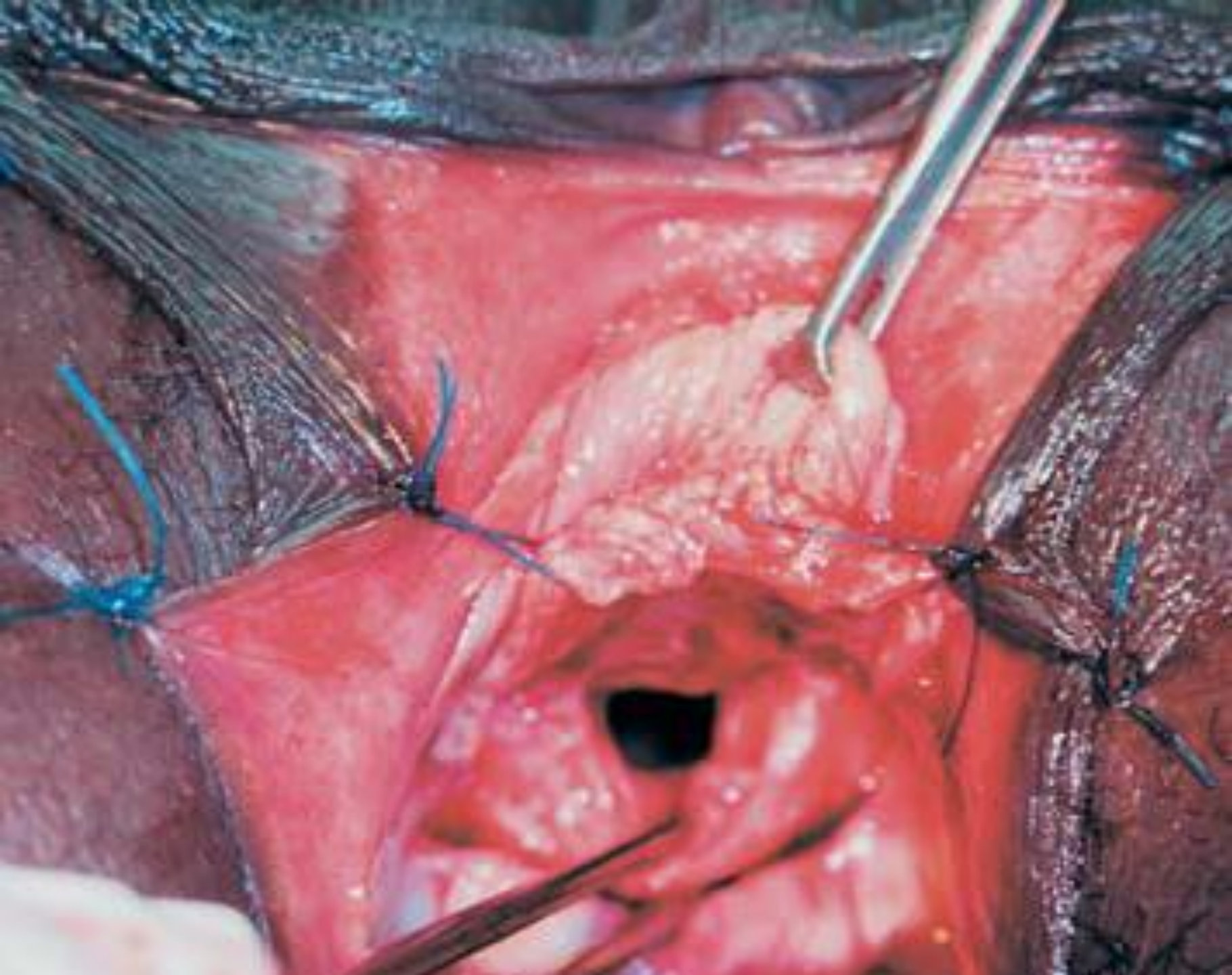


Показания к абдоминальному доступу

- Когда нужно вскрывать брюшную полость для выполнения сопутствующих операций
- При обширных свищах
- При вовлечении мочеточников
- При комбинированных свищах

Трансабдоминальное ушивание свища (М.Stockle и соавт.1999г.)





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ