

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра урології та нефрології

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
з замісної роботи студентів (СРС)

Тема заняття **«СЕЧОСТАТЕВІ НОРИЦІ У ЖІНОК»**

Курс 4, факультет медичний

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено
на методичній нараді кафедри
28. 08. 2023.
Протокол № 1

Зав. кафедрою професор Костев Ф.І. _____

Одеса – 2023 р.

Заняття «СЕЧОСТАТЕВІ НОРИЦІ У ЖІНОК» 2 год

1. Актуальність теми.

Міхурово-піхвові й сечовідно-піхвові нориці - мабуть, найбільш серйозні урологічні ускладнення гінекологічних операцій. У країнах, що розвиваються (країни Африки й Південно-Східної Азії) більш часто зустрічаються акушерські свищі. За даними клініки Мейо серед більш 300 операцій із приводу сечостатевих нориць, що виконаних у середині 90-х років минулого сторіччя, 82 % фістул були пов'язані з виконаними раніше гінекологічними операціями, 8 % - з акушерськими втручаннями, 6% - із променевою терапією, 4 % - із травмами й пораненнями.

Частота формування сечостатевих свищів після гінекологічних операцій становить 0,05-1,0 % (Dowling et. al., 1986, Schwatz 1992, Andersen et. al., 1993). Більшість випадків розвитку сечостатевих свищів пов'язано з радикальної екстирпацією матки. По даним (Baltzer et. al., 1980) частота міхурово-піхвових і сечовідно-піхвових свищів після проведення 1092 гістеректомій по Вертгейму склала 0,3% і 1,4% відповідно.

Постійне підтікання сечі викликає екскоріацію та покриття виразками піхви та шкіри зовнішніх статевих органів. Внаслідок постійного неприємного запаху сечі хворі постійно знаходяться у стані тривоги, що доводить їх до депресії.

Урогенітальні нориці суттєво погіршують якість життя хворих, створюють передумови для адаптивної поведінки (копінг-поведінка по Маслоу), визначають необхідність постійної ретельної гігієни, використання прокладок, носіння темного одягу. Наявність нориць створює умови для рецидивних інфекційно-запальних ускладнень з боку органів статевої та сечової системи. Примушені особливості поведінки хворих на урогенітальні нориці призводять до глибоких порушень соціальних взаємовідношень, розладів сімейного та практичного руйнування сексуального життя таких хворих.

Усе вищесказане, безсумнівно, визначає високу актуальність даної теми й обумовлює необхідність її детального вивчення.

2. Навчальні цілі.

А. В результаті самостійної проробки цієї теми студенти повинні знати:

- ознаки (симптоми) при урогенітальних норицях;
- основні та допоміжні симптоми урогенітальних нориць;
- патогенетичні механізми прояви симптомів урогенітальних нориць;
- причини формування фістул;

- клінічні прояви урогенітальних нориць ;
- особливості клінічної та рентгенологічної діагностики при урогенітальних норицях;
- показання до консервативного та оперативного лікування хворих з урогенітальними фістулами;
- критерії та особливості консервативної терапії при урогенітальних норицях;
- види оперативних втручань та основні етапи оперативного лікування хворих на урогенітальні нориці;
- основні засоби профілактики акушерських та гінекологічних нориць.

Б. Студент повинен вміти:

- зібрати анамнез з урахуванням особливостей симптомів урогенітальних нориць;
- обстежити хворого з урахуванням вірогідності любого із методів діагностики урогенітальних нориць;
- оцінити лабораторні данні, скласти план обстеження з урахуванням диференційно-діагностичних задач;
- провести гінекологічне обстеження хворій;
- провести рентген-контрастне (екскреторну чи інфузійну урографію, ретроградну пієлоуретерографію) обстеження і оцінити його результат.

3. Матеріали для аудиторної підготовки студентів.

3.3. Міждисциплінарні зв'язки теми, базові знання, уміння.

№ п/п	Дисципліна	Знати	Вміти
1	2	3	4
1) 2)	Анатомія Топографічна анатомія з оперативною хірургією	Сечовий міхур, піхва, матка, сечовід: форма, будівля, топографія малого тазу і взаємин із сусідніми органами; Анатомія і топографія сечового міхура, сечоводів, матки та піхви. Оперативні доступи до органів сечової та жіночої статеві системи	
3)	Пропедевтика внутрішніх хвороб	Клінічні симптоми (скарги і физикальне обстеження) і лабораторні ознаки захворювань нижніх сечових шляхів.	

4)	Фармакологія	Фармакодинаміка медичних препаратів	
5)	Біохімія	Фармакодинаміка різних видів речовин, виділення їх із сечею.	
6)	Нормальна фізіологія	Функція нижніх сечових шляхів у нормі	
7)	Факультетська терапія	Діагностичне значення даних лабораторних досліджень крові, сечі.	Проводити оцінку лабораторних досліджень
8)	Променева діагностика	Виконання та оцінка результатів екскреторної урографії, ретроградної пієлоуретерографії, цистографії, фістулографії.	
9)	Урологія	Семіотика захворювань нижніх сечових шляхів	

3.2 Зміст теми.

Тест теми у деталізованому варіанті.

Етіологія

Причини розвитку акушерських нориць

Основну причину утворення акушерських нориць багато фахівців бачать у некваліфікованому веденні пологів (Кан Д.В. 1986, Hedlund H, Lindstedt E., 1987). Сприятливими факторами є слабкість родової діяльності й затяжні пологи. Значну роль грає анатомічно й функціонально вузький таз (Краснопольський В.И., Буянова С.Н., 1994), а також оперативне родорозв'язування при неправильному виборі методу або порушенні техніки операції. Наочним прикладом є кесарів розтин в умовах, коли гемостаз здійснюється без візуального контролю або ж з переповненим сечовим міхуром під час операції. Причиною утворення акушерських нориць може стати екстрена операція із приводу «гіпотонічної маткової кровотечі» після піхвових пологів. Ця операція, як правило, протікає при зміннях топографо-анатомічних взаємовідношень суміжних органів і в умовах дефіциту часу.

У рідких випадках сечостатевої нориці можуть виникнути в результаті травми сечових органів під час медичного аборту. Звичайно травму наносять кюреткою або розширниками Гегара. При кримінальних абортах різні інструменти замість шийки матки помилково вводяться в уретру, з нанесенням механічної травми їй і сечовому міхуру та з наступним формуванням нориці.

Причини розвитку гінекологічних нориць

1. Гінекологічні операції:

- екстирпація матки (Вертгейма);
- надпівхвова ампутація матки;
- піхвові операції (із приводу випадання, кист, аномалій).

Причиною формування фістули може бути нерозпізнане ушкодження сечового міхура під час «важкої» гістеректомії. Факторами ризику є інтраопераційна кровотеча й погана візуалізація тканин. Цілком очевидно, що гарна експозиція й гемостаз дозволяють вчасно помітити ушкодження сечового міхура й усунути їх під час операції без яких-небудь негативних наслідків. У більшості випадків до утворення нориці призводить груба тупа дисекція сечового міхура, що викликає деваскуляризацію й ішемію або нерозпізнане «скальпування» його стінки.

Шов стінки піхви, що проходить крізь стінку сечового міхура, призводить до ішемії, некрозу й утворення нориці.

Виникнення сечовідно-піхвових нориць обумовлено ушкодженнями сечоводу, що, як правило, мають місце при перев'язуванні воронкотазової зв'язки або маткових судин.

2. Променеві нориці виникають у наслідку високої дози опромінення, недостатнього захисту тканин, індивідуальної тканинної чутливості до променевого впливу. Променева терапія, що проведена із приводу злоякісних новоутворень органів малого тазу, може бути причиною появи так званих «відстрочених» післяпроменевих сечостатевих нориць. Строки формування таких фістул коливаються від одного місяця до декількох років. Утворення нориці може відбуватися як з рецидивом необластного процесу, так й без нього.

3. Онкологічні нориці виникають у результаті проростання в сечові шляхи новоутворень, що виходять із статевих органів. До таких новоутворень відносяться деякі види раку шийки матки, піхви, придатків.

4. Причиною утворення нориць можуть бути сторонні предмети в сечових шляхах, уведені з метою мастурбації або залишені при інструментальних втручаннях, а також стороннього предмета піхви (наприклад, маткові кільця).

5. Насильницький статевий акт, особливо при аномалії полових органів (атрезія піхви – coitus penouretralis).

6. Вплив різних хімічних факторів. Відомі клінічні ситуації, коли в сечовий міхур або навколишні тканини помилково вводили концентровані розчини кислот, лугів і інших речовин (при різних блокадах, парацервікальної анестезії під час абортів). У літературі описані пацієнтки з міхурово-піхвовими норицями після помилкового введення в шийку матки нашатирного спирту замість розчину новокаїну для знеболювання абортів.

7. Сечостатеві нориці можуть бути обумовлені туберкульозом геніталій, сифілісом, черевним тифом, при поширенні патологічного процесу на сечові шляхи.

8. Безпосередня травма, поранення сечових і статевих органів.

Клініка

Класичним проявом порушення цілісності стінок сечового міхура й піхви є мимовільне виділення сечі з піхви. Гострий початок нетримання сечі, що виникло відразу після «важкої» гістеректомії, повинне насторожувати в плані ймовірного утворення нориці. У деяких хворих першою ознакою міхурово-піхвових нориць є поява крові в сечі (гематурія).

У більшості хворих спостерігається тотальне нетримання сечі. Однак у частини пацієнток нетримання сечі підсилюється в положенні стоячі або під час якої-небудь фізичної активності. Це може вводити лікаря в непорозуміння щодо наявності в таких хворих стресового нетримання сечі. Міхурово-піхвова нориця, що формується, не супроводжується якими-небудь загальними симптомами. У більш пізньому періоді хворі можуть скаржитися на болі в області сечового міхура й піхви. У хворих з сечовідно-піхвовими норицями поряд з нетриманням сечі можуть відзначатися підйоми температури, біль у ділянці нирки на стороні фістули, розлади з боку шлунково-кишкового тракту. Симптоми запалення пов'язані з обструкцією сечоводу й піонефрозом, а також з наявністю сечового затіку в зоні дефекту сечоводу.

Близько 15% сечостатевих нориць не мають клінічних проявів у перші 30 днів. Більш того, у ряді випадків появи нетримання сечі, пов'язані із сечостатевими норицями можуть не проявлятися кілька місяців. Звичайно це ставиться до післяпроменевої нориць. Для хірургічних (не променевої) нориць характерна втрата сечі може поступово наростати від декількох прокладок у день до тотального нетримання сечі (навіть у положенні лежачи). Дизурія з'являється при приєднанні інфекції сечових шляхів і утворенні лігатурних каменів у сечовому міхурі.

Діагностика

Піхвове дослідження

Після констатації факту мимовільної втрати сечі на підставі скарг хворий і ретельної оцінки анамнезу виконується піхвове дослідження.

При огляді в дзеркалах відзначається досить швидке заповнення порожнини піхви вільною рідиною (сечею). У сумнівних випадках потрібно пам'ятати про можливість біохімічного дослідження піхвового трансудату. Визначається рівень креатиніну у отриманої з піхви рідини й рівняється з рівнем сироваткового креатиніну. Якщо рівень креатиніну в піхвовій рідині значно перевищує сироватковий, це підтверджує наявність сечостатевої нориці й рідина є сечею. Піхвове дослідження дозволяє оцінити розміри й локалізацію нориці, рухливість передньої стінки піхви, ступінь перифокального набряку й запалення слизової піхви. При норицях великих розмірів діагностика не представляє ускладнень на підставі «огляду в дзеркалах». При норицях невеликого діаметра й незначному підтіканні сечі показане проведення «барвної» проби. У сечовий міхур вводять 200 мл фізіологічного розчину з додаванням однієї ампули - 5 мл 0,4% індигокарміну. Піхву по всій довжині тампонують, пацієнтку просять походити протягом 10-15 хвилин. Якщо офарблюється самий нижній тампон, то найбільш імовірний діагноз - стресове нетримання сечі. Фарбування верхніх тампонів припускає наявність міхурово-піхвової нориці. Якщо є сечовідно-піхвовий нориця, то промокає, але не офарблюється внутрішній тампон.

Лабораторні дослідження

Супутня інфекція сечових шляхів виявляється при мікроскопії осадку сечі й посіві. Для оцінки сумарної функції нирок показане біохімічне дослідження крові з визначенням рівня сечовини, креатиніну, електролітів.

Внутрішньовенна урографія

Рентгенологічне дослідження дозволяє виявити обструкцію сечоводів і сечовідно-піхвові нориці. При комбінованих міхурово-сечовідно-піхвових норицях визначається «стаз» контрасту в розширеному сечоводі, гідронефроз або екстравазація контрастного препарату в ділянці дистального відділу сечоводу.

Цистографія

При наявності міхурово-піхвової нориці визначається «витікання» контрастного препарату через норицю за межі сечового міхура при його ретроградному заповненні.

Не менш корисним методом обстеження є контрастна вагінографія (Кан Д.В., Годунов Б.Н. 1988). У піхву вводиться катетер Фолі з великим обсягом балона (раніше застосовувався obturator Годунова Б.Н.). Хворій надають положення Тренделенбурга, уводячи по катетеру 150-200 мол контрастної речовини, що проникає через нориця у сечовий міхур. Ретроградне заповнення сечоводу й порожнинної системи нирки при вагінографії вказує на наявність сечовідно-піхвового нориці

Цистоскопія

Цистоскопія дозволяє визначити розташування й кількість нориць, їхнє відношення до вічок сечоводів і трикутника Льюто, стан тканин в окружності фістули. Більшість міхурово-піхвових нориць, пов'язаних з гістектомією, локалізуються відразу за межсечовідною складкою. Проводити цистоскопію потрібно з попереднім тампонуванням піхви для попередження витікання сечі. Отвір нориці представляється у вигляді кратероподібного дефекту з наявністю складчастості. При норицях великих розмірів під час цистоскопії видний тампон, уведений у піхву.

Бажано виконувати цистоскопію у хворих із сечостатевими норицями під внутрішньовенною анестезією.

Ретроградна уретеропієлографія

Ретроградна уретеропієлографія є найбільш точним методом виявлення сечовідно-піхвових нориць. Ретроградну уретеропієлографію необхідно робити тоді, коли результати внутрішньовенної урографії сумнівні або локалізація нориці залишається не певної. У ряді випадків ретроградна уретеропієлографія виконується по обидва боки для виключення двостороннього ушкодження сечоводів.

Лікування хворих із сечостатевими норицями

Консервативна терапія

Консервативні методи лікування міхурово-піхвових нориць застосовуються при «крапкових» до 3 мм у діаметрі норицях. У сечовий міхур встановлюється постійний уретральний катетер Фолі № 12-14. Хворим призначається строгий постільний режим. У піхву вводяться тампони із синтоміциновою емульсією. Тривалість консервативного лікування становить 6-8 тижнів, однак тільки в рідких випадках нориці закриваються самостійно. На думку Кана Д.В. (1986), якщо протягом 10-12 доби не відзначається тенденції

до загоєння нориці, від консервативної терапії слід відмовитися. У цих випадках уретральний катетер потрібно видалити для того, щоб домогтися стихання ознак запалення навколо ходу нориці. Протягом наступного періоду рекомендується підкислення сечі, а не антибактеріальна профілактика, оскільки тривала антибактеріальна терапія не запобігає інфекції сечових шляхів, а тільки приводить до формування стійких форм мікроорганізмів. Призначення в цей період естрогенотерапії сприяє тому, що тканини піхви стають більш «м'якими й податливими» що є необхідною умовою для успішного хірургічного лікування нориць. Гормональна терапія обов'язкова в жінок з атрофічним вагінітом і у хворих у постменопаузі. Для лікування дерматиту, пов'язаного з постійним виділенням сечі, рекомендуються ванночки з перманганатом калію й цинкова паста. Необхідно видалити видимий шовний матеріал і лігатурні камені з ділянки нориці. При норицях, що утворилися після променевої терапії із приводу злоякісних новотворів, для виключення рецидиву виконується біопсія й гістологічне дослідження країв нориці.

Визначення строків хірургічного закриття нориці.

Необхідна умова успішного закриття нориці - відсутність запалення тканин в окружності нориці, коли демаркація некротичних тканин і рубцювання завершені або не починалися. Тому «хірургічні» (не променеві) ушкодження сечової системи можуть бути оперовані відразу, за умови їхнього виявлення протягом 48-72 годин. Якщо нориця виявлена у більш пізній термін, необхідно витримати часовий інтервал задля того, щоб ознаки перифокального запалення й набряку пройшли. Перед реконструктивною операцією нориця повинна бути добре епітелізована, стінка піхви повинна бути м'якою й податливою. У хворих з рецидивними норицями, що перенесли тазову флегмону (ускладнення сечового затіку) і у хворих з післяпроменевими норицями фістулопластика виконується не раніше 6-8 місяців після утворення нориці.

Хірургічне лікування міхурово-піхвових нориць

Для успішного хірургічного закриття нориці обов'язкове дотримання основних правил. Принципи раціональної фістулопластики вперше сформульовані Sims J. (1952) і залишаються справедливими в сучасній реконструктивній хірургії сечостатевої нориць.

- Висічення всієї рубцово-зміненої тканини.
- «Розщеплення» тканин у зоні фістули на доступному протязі, щоб можна було б без натягу зіставити краю рани.
- Закриття дефектів сечового міхура й піхви швами в різних напрямках

Хірургічний доступ для закриття міхурово-піхвових нориць може бути здійснений через піхву, сечовий міхур, черевну порожнину або комбінованим засобом. У цей час абдомінальний доступ завжди супроводжується розкриттям сечового міхура, тому в принципі можна говорити про два доступи - піхвовий й абдомінальний або про їхнє сполучення.

Переважає більшість міхурово-піхвових нориць, у тому числі й високо розташованих, що відкриваються в культурі піхви, можуть бути усунутими при піхвовому доступі. Піхвовий метод забезпечує широку мобілізацію країв нориці без нанесення додаткової травми сечовому міхуру. Доступ через піхву є простішим й безпечнішим для пацієнтки, однак, кожний хірург, що спеціалізується в області реконструктивної хірургії нижніх сечових шляхів, повинен володіти обома доступами. Показаннями для абдомінального доступу закриття міхурово-піхвових нориць є: (1) нориці великого діаметра, (2) нориці, що безпосередньо межують із вічками сечоводів, (3) високо розташована нориця у звуженій піхві, (4) комбіновані міхурово-сечовідно-піхвові нориці.

Комбінований піхвово-абдомінальний доступ застосовується у пацієнток з вираженими рубцевими змінами тканин, фіксованими до симфізу або лонних косток норицями, а також у хворих з післяпроменевими норицями.

Основним правилом реконструктивної хірургії сечостатевих нориць є те, що перша операція має найкращі шанси на ефективне закриття нориці. До операції необхідно дістати інформовану згоду пацієнтки, у якому обговорюються хід і можливі ускладнення хірургічного лікування (ушкодження сечоводів, прямої кишки, кровотеча під час операції, інфекційні ускладнення, рецидив нориці й імовірність того, що усунення нориці виявиться неможливим).

Техніка операцій із приводу міхурово-піхвових нориць

Піхвовий доступ

Пацієнтка перебуває в положенні для літотомії. У сечовий міхур вводиться катетер Фолі. На цьому етапі операції приймається рішення й при необхідності виконується троакарна цистостомія й катетеризація вічок сечоводів. У піхву вводиться заднє дзеркало й установлюється самоутримуючийся ретрактор.

Після того, як отвір нориці чітко ідентифікований, слизова піхви прошивається 3-4 швами в окружності нориці для необхідної тракції. Із цією метою можна використовувати також катетер Фолі (8-12), уведений у норицю із боку піхви з роздутим балоном. Висікається нориця. За допомогою гострої й тупій дисекції передня стінка піхви відділяється від підлягаючої фасції. Дефект сечового міхура закривається абсорбуємим матеріалом (вікрил 3/0) у вертикальному напрямку. Пубоцервікальна фасція ушивається вікрилом 3/0 у горизонтальному напрямку. Надлишок слизової піхви висікають, й рана слизової ушивається абсорбуємим матеріалом (вікрил 2/0) без перетинання лінії попередніх швів. У піхві вводиться тампон з бетадином.

При норицях великих розмірів або коли є сумніви відносно зайвого натягу тканин при ушиванні нориці, може використовуватися методика Martius. При цьому з великої статевої губи береться шматок з жиру й пучків бульбокавернозного м'яза на ніжці зі збереженням кровопостачання за рахунок верхньої соромної артерії. Формується широкий тунель під слизовою піхви між великою статевою губою й зоною нориці. Шматок на ніжці проводиться в цьому тунелі й фіксується до країв фістули. Слизова піхви ушивається над жировим шматком.

Трансперитонеальний доступ

Пацієнтка укладається в модифіковану літотомічну позицію. У сечовий міхур вводиться катетер Фолі. Черевна порожнина розкривається нижньосерединним розрізом. При оментопластике (підведенні сальника на живильній ніжці до ділянці нориці) розріз передньої черевної стінки триває догори або виконується окремий розріз.

Оголоється простір Дугласа. Сечовий міхур мобілізується й розсікається, починаючи від дна по задній стінці на дві половини. Ідентифікуються устя сечоводів і отвір нориці. Устя сечоводів катетеризуються для попередження їхнього ушкодження.

Нориця висікається, після чого стає можливим розподіл стінок піхви й сечового міхура. Шматок сальника на живильній ніжці підводить у малий таз без натягу, дистальніше ділянці нориці. Піхва ушивається абсорбуємими швами (вікрил 2/0). Сечовий міхур ушивається 2-3 рядним швом із залишенням епіцистостоми. У розложисті місця черевної порожнини встановлюються дренажні трубки для закритої системи аспірації.

Ведення хворих у післяопераційному періоді

Внутрішньовенне введення антибіотиків триває доти, поки пацієнтка не зможе перейти на пероральний прийом. Для зменшення імперативних позивів до сечовипускання

призначаються холінолітичні засоби (детрузитол, спазмекс, дриптан). Дренажі з порожнини таза видаляються, коли обсяг виділяемого стане мінімальним.

На 10-14 день виконується цистограма. При відсутності екстравазації контрастного розчину епіцистостома видаляється. Уретральний катетер Фолі залишається ще на 3-4 дня для загоєння цистостомічної рани. При наявності затікань контрасту епіцистостома залишається ще на 2 тижні й цистограми знову повторюються.

Ускладнення

Можливими ускладненнями реконструктивної хірургії великих міхурово-піхвових нориць є розвиток міхурово-сечовідного рефлюксу й *de novo* нестабільності детрузору. При міхурово-сечовідному рефлюксі й гіперактивному сечовому міхурі потрібне призначення холінолітичних препаратів.

При фістулопластиці великих нориць, що розташовані близько від усть сечоводів, існує загроза розвитку обструктивного уретерогідронефрозу. У таких ситуаціях доцільно одночасно виконати закриття нориці й реімплантацію сечоводу.

Найбільш неприємним ускладненням є рецидив нориці. Якщо дане ускладнення відбулося, то після періоду очікування виконується фістулопластика з використанням фрагменту з жирової тканини статевої губи (операція Мартіуса), шматка з *m. Gracilis*.

Результати й прогноз.

Частота успішного закриття міхурово-піхвових нориць досягає 90%. Хірургу, що оперує нориці, завжди треба усвідомлювати, що повторна операція більш велика й складна чим перша. Іноді краще змінити первісний план операції й виконати фістулопластику з додатковим зміцненням тканин в області нориці за рахунок сальнику, жирового фрагменту по Мартіусу або використанням *m. gracilis*.

Частота успішних результатів при пластиці післяпроменевих нориць не є достатньо оптимістичною й не досягає 85%.

Міхурово-маткові нориці

Формування нориць між сечовим міхуром і маткою пов'язано, як правило, з акушерською травмою (поранення сечового міхура під час кесарева перетину). Ушкодження сечового міхура, що відмічено вчасно й ушито під час кесарева перетину, загоїться без яких або наслідків.

Основним симптомом міхурово-маткового нориці може бути не підтікання сечі, а поява гематурії під час менструації (симптом Юссифа). Наявність нориці між сечовим міхуром і маткою найкраще виявляється при гістерографії.

Принципи хірургічного лікування міхурово-маткових нориць аналогічні закриттю міхурово-піхвових нориць. Обидва органи ретельно виділяють і отвори ушивають із підведенням шматка сальника на живильній ніжці. Іноді при великих дефектах у матці її доцільно видалити.

Лікування сечовідно-піхвових нориць

Консервативне лікування сечовідно-піхвових нориць є малоефективним. Як правило, при тривалому існуванні таких фістул стенозується просвіт сечоводу, розвивається уретерогідронефроз, прогресивно знижується функція відповідної нирки аж до її повної втрати. Припинення виділення сечі з піхви у хворої з сечовідно-піхвовою норицею може бути пов'язане із втратою функції нирки.

До консервативних методів лікування ставиться встановлення сечовідного стента. Для розсмоктування й розм'якшення рубцевої тканини в ділянці ушкодження сечоводу використовуються екстракт алое, лідаза, кортикостероїди. При неможливості ретроградного введення стенту виробляється черезшкірна пункційна нефростомія й при наявності сечового затіка його дренивання.

До реконструктивних операцій при сечовідно-піхвових норицях ставляться: уретероцистонеоанастомоз, операція Боари, елонгація сечового міхура з фіксацією до поперекового м'яза й кишкова пластика.

Уретероцистонеоанастомоз є показаним при норицях передміхурового відділу сечоводу. Сечовід перетинається поперечно в межах здорових тканин. Необхідно дбайливо ставитися до сечоводу, проксимальний кінець не слід брати затисками й «скелетизувати» щоб уникнути трофічних порушень, рецидиву нориць й стенозувань ділянки анастомозу. Пересадження сечоводу здійснюють, використовуючи одну з антирефлюксних методик, найчастіше тунельний метод.

Коли ушкодження поширюється на весь тазовий відділ сечоводу, виконуються операція Боари або елонгація сечового міхура з фіксацією до поперекового м'яза. Остання операція в цей час розглядається як більш фізіологічна й застосовується значно частіше, ніж класичний варіант операції Боари.

Якщо сечовідно-піхвові нориці супроводжуються великими руйнуваннями сечоводу або в результаті запальних і променевих поразок різко зменшена ємність сечового міхура -

відновлення пасажу сечі можливо тільки за допомогою ізольованого сегмента кишки, тобто кишкової пластики сечоводу.

Уретропихвові нориці

Уретропихвові нориці виникають у результаті поранень сечівника при акушерських і гінекологічних операціях і іноді при важкій травмі з переломом кісток тазу. У більшості випадків ці нориці є ускладненням передньої кольпорафії, видалення кист піхви, розташованих у передній частині зводу, парауретральних кист або дивертикулів уретри, що локалізуються в ділянці внутрішнього сфінктера. У рідких випадках абсцеси парауретральних залоз і великих залоз передодня піхви, актиномікоз сечівника також можуть призвести до утворення уретральних нориць. Досить новим причинним фактором утворення уретральних нориць є можливість ерозії уретри синтетичними сітчастими імплантатами, які в цей час широко застосовуються в хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі.

Симптоматика залежить від розміру й локалізації фістул. Коли нориця розташовується в дистальному відділі уретри, хворі втримують сечу, але при сечовипусканні вона виділяється через отвір нориці. Оскільки в таких пацієнтів відсутнє нетримання сечі, більшість із них не має потреби у хірургічному лікуванні. Якщо фістула локалізується в середньому й проксимальному відділі уретри, сеча мимовільно виділяється як у вертикальному, так і в горизонтальному положенні хворої.

При хірургічному лікуванні важких ушкоджень уретри необхідно вирішити дві принципові проблеми:

1. Закриття дефекту з відновленням «уретральної трубки» (формування неоуретри)
2. Відновлення втримання сечі.

Пластика уретральних нориць представляє певні труднощі, оскільки завжди є дефіцит тканин. Мимовільно вони закриваються дуже рідко. Вибір способу корекції уретропихвових нориць залежить від досвіду й переваги хірурга. При більшості старих способів фістулопластики неоуретра формується зі шматка піхви (Отт Д.О., 1914).

Іншим способом уретропластики є використання тканин уретри, що залишилися. Принцип цього способу заснований на тім, що при втраті дистальної уретри її стінки підтягуються нагору до проксимального відділу. Перевагою методу є те, що реконструкція уретри фіброзно-м'язовими тканинами із плікацією періуретральної та перивезікальної фасції над міхурово-уретральним сегментом у вигляді другого шару більшою мірою сприяє корекції нетримання сечі, чим проста трубка зі слизової піхви.

При дефіциті місцевих тканин (слизова піхви або уретри, що залишилася) для формування неоуретри може використовуватися клаптева пластика зі слизової малої полові губи на живильній ніжці.

Останнім засобом у лікуванні хворих із втратою уретри при неефективності перенесених операцій є деривація сечі в ізольований сегмент кишки.

Післяпроменеві нориці

Змінення тканин після променевої терапії не обмежуються тільки ділянкою нориці. Хірургічне лікування нориць після променевої терапії припускає висічення нежиттєздатних тканин і пластику добре васкуляризованими тканинами. Якщо залучення в патологічний процес сечоводів і прямої кишки відсутнє, то для ліквідації ізольованих післяпроменевих міхурово-піхвових нориць застосовують методику Martius H. (1928). У випадках гігантських променевих міхурово-піхвових або міхурово-прямокишкових-піхвових нориць виконується облітерація піхви шматком сальника на живильній ніжці й надміхурова деривація сечі з механізмом утримання або без нього.

Профілактика сечостатевих нориць

I. Профілактика акушерських нориць

1. Правильна організація родопомочі, суровий облік вагітних з обтяженим акушерським анамнезом, анатомічно вузьким тазом, неправильним положенням і великим плодом.
2. Обстеження сечової системи до пологів.
3. Чітке знання топографо-анатомічних взаємовідношень сечових і статевих органів
4. Попередити акушерську травму сечової системи можна плановим кесарським розтином, що є методом вибору аномалій розвитку статевих органів.

II. Профілактика гінекологічних нориць

1. Своєчасне гінекологічне обстеження, виявлення ранніх форм злоякісних новотворів.
2. Проведення профілактичних оглядів, використання кольпоскопії, біопсії, цитологічного дослідження, УЗД. Не можна допускати появи хворих зі здавленням сечоводів і сечового міхура й нориціми в області пророслої в сечовий міхур пухлини, що розпадається.
2. Ретельне гінекологічне й урологічне обстеження хворих до операції.

3. Проведення планових операцій у першій фазі менструального циклу, коли тонус судин вище й менше виражений набряк тканин і венозний стаз.

4. Уміння ідентифікувати сечовід. Він белесоватого кольору, на його поверхні просвічують тонкі кровоносні судини, при контакті з інструментом стінка сечоводу скорочується.

5. Гемостаз повинен здійснюється тільки при візуальному контролі, не можна брати тканини ad mass.

6. У важких випадках, коли рубцево-запальні або пухлинні процеси порушують топографію тазових органів, перед операцією треба катетеризувати сечоводи й спорожнити сечовий міхур.

7. Уміння вчасно розпізнати травму сечових органів, правильно оцінити її характер і вибрати адекватний спосіб усунення.

3.5. Матеріали для самоконтролю.

3.5.1. Питання для самоконтролю:

1. Які основні причини виникнення урогенітальних норіць у гінекологічній практиці?
2. Який відсоток виникнення сечостатевих норіць відповідно до причин їх формування?
3. Перечисліть основні методи рентгенологічної діагностики урогенітальних норіць відповідно діагностичній цінності та типу фістул.
4. Перечисліть основні та допоміжні симптоми урогенітальних норіць.
5. Які клінічні прояви урогенітальних норіць Ви знаєте?
6. Які є показання до консервативного та оперативного лікування хворих з урогенітальними фістулами?
7. Які критерії та особливості консервативної терапії при урогенітальних норіцях?
8. Які види оперативних втручань та основні етапи оперативного лікування хворих на урогенітальні норіці?
9. Які основні засоби профілактики акушерських та гінекологічних норіць?

3.5.2. Тестові завдання для самоконтролю.

1. Урогенітальні нориці можуть з'явитися внаслідок:
 - А Екстирпації матки
 - В Аппендектомії
 - С Надвагінальної ампутації матки
 - Д Операції Більрот-2.
 - Е Операції Холстеда

2. Гематурія, що співпадає з часом менструації є патогномонічним симптомом:
 - А Каменя сечового міхура
 - В Уретеровезікальної іїстули
 - С Каменя нижньої третини сечовода
 - Д Міхурово-маткової нориці
 - Е Пухлини нирки

3. Урологічні ускладнення кесарева розтину:
 - А міхурово-маткова нориця
 - В лігатурні камені сечового міхура
 - С перев'язка сечоводу та порушення функції нирки
 - Д камінь сечоводу
 - Е дивертикул сечового міхура

4. Дослідження піхвового трансудату при підозрі на міхурові-піхвову норицю є корисним методом діагностики внаслідок вивчення:
 - А рН трансудату
 - В вмісту белка
 - С вмісту формених елементів крові
 - Д вмісту креатініну
 - Е вмісту лужної фосфатази

5. Причинами формування урогенітальних нориць є:
 - А насильницький статевий акт
 - В проростання пухлин статевих органів у сечовий міхур
 - С променева терапія із приводу злоякісних новоутворень органів малого тазу
 - Д гінекологічні операції

Е специфічним процесом (туберкульозом, сифілісом) сечової системи

6. Клінічні ознаки міхурово-везікальних нориць:

А мимовільне виділення сечі з піхви

В тотальне нетримання сечі

С підсилення нетримання сечі в положенні стоячі або під час фізичної активності

Д гематурія

Е біль у ділянці сечового міхура

2. Методи діагностики урогенітальних нориць

А екскреторна урографія

В цистоскопія

С піхвове дослідження

Д кліренс креатинину крові

Е радіоізотопна ренографія

8. Хірургічні доступи при операціях з приводу міхурові-піхвових нориць:

А піхвовий

В сечоміхурний

С абдомінальний

Д комбінований

Е трансректальний

9. Можливі ускладнення реконструктивної хірургії міхурово-піхвових нориць:

А міхурово-сечовідний рефлюкс

В рецидив нориці

С гіперактивний сечовий міхур

Д ниркова недостатність

Е ниркова коліка

10. Можливі ускладнення тривалого існування сечовідно-піхвових нориць:

А стеноз просвіту сечоводу

В формування уретерогідронефрозу

С прогресивне зниження функції нирки

- Д гострий цистит
- Е каменеутворення сечового міхура

3.6. Тематика УДРС та НДРС з даної теми.

Розробники:

зав. кафедри урології та нефрології, професор Ф.І. Костев
професор кафедри урології та нефрології Ю.М. Дехтяр
професор кафедри урології та нефрології М.І. Ухаль
доцент кафедри урології та нефрології І.В. Рачок
доцент кафедри урології та нефрології Л.І. Красиліук
доцент кафедри урології та нефрології М.В. Шостак
доцент кафедри урології та нефрології Р.В. Савчук
асистент кафедри урології та нефрології С.В. Богацький
асистент кафедри урології та нефрології О.М. Кваша

Рекомендована література.

Основна:

1. С. П. Пасечніков; Урологія: підручник/ под ред. С. П. Пасечнікова, С. А. Возіанов, В. Н. Лесовий [и др.]. – Вид. 3-е. – Вінниця : Нова Книга, 2019.
2. Пасечніков С.П. Сучасні пароблеми урології: [посібник]: довідник лікаря/ С.П. Пасечніков, В.І. Зайцев. - Київ: Б-ка Здоров'я України; 2017.
3. Стусь В.П. Урологія (практические навыки для врачей-интернов) / Стусь В.П., Пасечников С.П. Учебно-методическое пособие.- Днепропетровск: ООО «Акцент ПП», 2016.
4. Саричев Л. П. Симптоми урологічних захворювань : метод. рек. Для викладачів / Л. П. Саричев, С. М. Супруненко, С. А. Сухомлин, Я. В. Саричев. – Полтава, 2019.
5. О.В. Люлько, О.Ф. Возіанов Підручник "Урологія" 3-е видання. Пороги. Днепропетровск. - 2012р.
6. "Урологія (Методичні розробки практичних занять для студентів)" за редакцією професора В.П. Стуся, видання друге, доповнене. / А.П. Стусь. Моїєєінко М.М., Фрідберг А.М., Поліон М.Ю., Бараннік К.С., Суварян А.Л., Краснов В.М., Крижанівський О.Ю. - Дніпро:ТОВ"Акцент". - 2018. - 336с.
7. Урологія : учебник для студ. высших мед. учебн. заведений : перевод с укр. издания / С.П. Пасечников, С.А. Возианов, В.Н. Лесовой, Ф.И. Костев, В.П. Стусь, и др./ Под ред. С.П. Пасечников - Изд.2. - Винница : Новая Книга, 2015. - 456 с.: ил.
8. Urology:textbook for students of higher medical education Institutions /S.P. Pasechnikov, S.O. Vozianov, V.M. Lesovoy (et at.);ed. by Pasechnikov. / S.P. Pasechnikov, S.O. Vozianov, V.M. Lesovoy (et at.) - Vinnytsia: Nova Knyha, 2016. - 400 p.
9. EAU Guidelines, edition presented at the 28th EAU Annual Congress, Milan 2021. ISBN 978-90-79754-71-7. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

Додаткова:

1. Бойко М.І., Пасечніков С.П., Стусь В.П. та інш. Клінічна андрологія // Довідник лікаря «Андролог».- К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України», 2013.- 222 с.
2. Саричев Л. П. Клінічна анатомія і фізіологія органів сечової і чоловічої статеві

- системи : метод. рек. для викладачів / уклад. Л. П. Саричев, С. А. Сухомлин, С. М. Супруненко. – Полтава, 2019. – 11 с.
3. Саричев Л. П. Симптоми урологічних захворювань : метод. рек. для викладачів / Л. П. Саричев, С. М. Супруненко, С. А. Сухомлин, Я. В. Саричев. – Полтава, 2019. – 14 с.
 4. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф. Возианова, А.В. Люлько. Днепропетровск, 2002.-Т. 1,2,3.
 5. Бібліотека студента медика. Урологія. За ред.. Ф.І. Костева. - Одеса, 2004. - 296с.
 6. Урологія / За ред. проф. О.С. Федорука – Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2011. – 344с.

Інформаційні ресурси

Сайт університету <https://onmedu.edu.ua>

Бібліотека library.odmu.edu.ua

1. <https://uroweb.org/>
2. <https://www.nccn.org/>
3. <https://www.auanet.org>
4. <https://www.inurol.kiev.ua/>
5. <https://www.souu.org.ua/>