

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2022-15-2-148-161>

# Пузырно-влагалищные свищи: современные концепции диагностики и лечения

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Д.А. Сучков, Р.А. Шахалиев, Д.Д. Шкарупа, А.Г. Шкарупа, Н.Д. Кубин, Н.К. Гаджиев, А.С. Шульгин**  
Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет; д. 154, Набережная реки Фонтанки, Санкт-Петербург, 190103, Россия

**Контакт:** Сучков Денис Александрович, [denis.urolog@yandex.ru](mailto:denis.urolog@yandex.ru)

## Аннотация:

**Введение.** Пузырно-влагалищный свищ (ПВС) — это патологическое сообщение между мочевым пузырем и влагалищем. В связи с отсутствием общих подходов к выбору тактики лечения, времени его начала и послеоперационному ведению больных, заболевание не теряет своей актуальности и остается одной из наиболее серьезных проблем современной урогинекологии.

**Материалы и методы.** Поиск данных выполнялся с использованием базы PubMed, поисковой системы Google Scholar и научной электронной библиотеки России eLibrary.ru.

**Результаты и обсуждение.** ПВС — наиболее частая форма мочеполовых свищей. В развитых странах формирование ПВС в основном является следствием хирургической травмы или перенесенной лучевой терапии. В развивающихся странах большинство ПВС имеют акушерскую этиологию. Существуют различные классификации ПВС, однако, нет единой, подходящей для прогнозирования эффективности лечения и отдаленных результатов независимо от их этиологии. Лечение ПВС при помощи длительного дренирования мочевого пузыря следует проводить только при небольших, доброкачественных, несформированных ПВС. Основным методом лечения ПВС является хирургическое вмешательство. Оно может быть выполнено с использованием абдоминального и влагалищного доступа. Положительный результат (закрытие свища) достигается в среднем в 90,8% случаев, независимо от примененного доступа. Лечение постлучевых свищей более затруднительно и сопряжено с высоким процентом неудач.

**Заключение.** При всем многообразии методов лечения ПВС, идеального способа до сих пор не существует. Это связано с большим вариативным разнообразием ПВС, отсутствием единых подходов к лечению данной патологии и недостаточным количеством исследований, позволяющих сравнить различные методы хирургического лечения.

**Ключевые слова:** пузырно-влагалищный свищ; урогенитальный свищ; мочеполовой свищ; диагностика; фистулопластика.

**Для цитирования:** Сучков Д.А., Шахалиев Р.А., Шкарупа Д.Д., Шкарупа А.Г., Кубин Н.Д., Гаджиев Н.К., Шульгин А.С. Пузырно-влагалищные свищи: современные концепции диагностики и лечения. Экспериментальная и клиническая урология 2022;15(2)148-161; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2022-15-2-148-161>

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2022-15-2-148-161>

# Vesico-vaginal fistulas: modern concepts of diagnosis and treatment

LITERATURE REVIEW

**D.A. Suchkov, R.A. Shakhaliyev, D.D. Shkarupa, A.G. Shkarupa, N.D. Kubin, N.K. Gadzhiev, A.S. Shulgin**  
N.I. Pirogov Clinic of Advanced Medical Technologies, Saint-Petersburg State University; 154, Fontanka Embankment, Saint-Petersburg, 190103, Russia

**Contacts:** Denis A. Suchkov, [denis.urolog@yandex.ru](mailto:denis.urolog@yandex.ru)

## Summary:

**Introduction.** Vesicovaginal fistula (VVF) is a pathological communication between the urinary bladder and the vagina. The lack of common approaches to the treatment choice, its timing and postoperative management of patients makes this disorder one of the challenges of modern urogynecology.

**Materials and methods.** Relevant publications were searched using the PubMed database, the Google Scholar search system, and the scientific electronic library eLibrary.ru.

**Results.** VVF is the most common form of urogenital fistulas. In developed countries, the formation of VVF mainly are the result of surgical trauma or radiation therapy, but in developing ones the majority of VVF have an obstetric etiology. There are different classifications of VVF; however, there is no overall accepted one that is suitable for predicting treatment efficacy and long-term outcomes regardless of etiology of VVF. Treatment of VVF with long-term bladder drainage should be performed only for small, benign and unformed VVF. Surgical closure of VVF is the primary method of treatment. Surgery can be performed using abdominal and vaginal access. Regardless of the access, a positive result (closure of the fistula) on average is achieved in 90,8% of cases. The treatment of post-radiation fistulas is more challenged and associated with a high failure rate.

**Conclusion.** Despite of the variety of VVF treatment options, unfortunately, there is no the perfect one yet due to the variability of VVF etiology, the lack of unified curative approaches and the shortage of studies comparing different therapies.

**Key words:** vesicovaginal fistula; urogenital fistula; genitourinary fistula; diagnosis; fistuloplasty.

**For citation:** Suchkov D.A., Shakhaliyev R.A., Shkarupa D.D., Shkarupa A.G., Kubin N.D., Gadzhiev N.K., Shulgin A.S. Vesico-vaginal fistulas: modern concepts of diagnosis and treatment. *Experimental and Clinical Urology*, 2022;15(2)148-161; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2022-15-2-148-161>

## ВВЕДЕНИЕ

Пузырно-влагалищный свищ (ПВС) – это патологическое сообщение между мочевым пузырем и влагалищем (рис. 1).

В связи с отсутствием общих подходов к выбору тактики лечения, времени его проведения и послеоперационному ведению больных, данное заболевание не теряет своей актуальности на протяжении многих лет и остается одной из наиболее серьезных проблем современной реконструктивной урогинекологии [1, 2].

Постоянное неконтролируемое выделение мочи из половых путей зачастую приводит к социальной дезадаптации пациенток, стигматизации и изоляции в обществе [3].

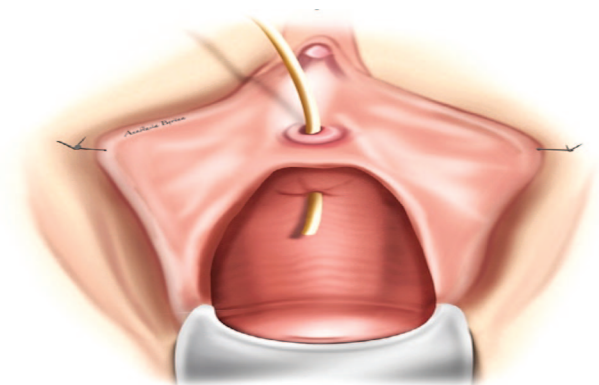


Рис. 1. Пузырно-влагалищный свищ с проведенным в его просвет мочеточниковым катетером  
Fig. 1. Vesico-vaginal fistula with a ureteral catheter inserted into its lumen

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведен поиск и анализ релевантных публикаций с использованием базы PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>), поисковой системы Google Scholar (<https://scholar.google.com>), научной электронной библиотеки России eLibrary.ru (<https://elibrary.ru>), по ключевым словам: «пузырно-влагалищный свищ», «урогенитальный свищ», «мочеполовой свищ», «vesicovaginal fistula», «urogenital fistula», «genitourinary fistula». Отобрано 70 источников, на основании которых представлена информация об эпидемиологии, этиологии, патогенезе, классификации, диагностике и лечении пузырно-влагалищных свищей.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

### Эпидемиология

ПВС – наиболее частая форма мочеполовых свищей [4, 5]. По оценкам различных авторов, более трех миллионов женщин в развивающихся странах живут с нелечеными ПВС. Только в Африке ежегодно выявляется от 30 000 до 130 000 новых случаев [3].

В развитых странах формирование мочеполовых свищей, в основном, является следствием хирургической травмы или перенесенной лучевой терапии. С.].

Hillary и соавт. в своем обзоре сообщают, что 83,2% случаев ПВС в развитых странах имеют хирургическую этиологию, среди них 62,7% – после гистерэктомии.

В развивающихся странах 95,2% случаев ПВС имеют акушерскую этиологию (чаще всего в результате затяжных затрудненных родов – дистоции), в 9% случаев – после кесарева сечения и в 2% – после инструментального родоразрешения [4].

В России и странах СНГ 40,54% мочеполовых свищей имеют хирургическую этиологию, 58,91% – являются следствием лучевой терапии и 3,59% связаны с акушерскими причинами. На долю пузырно-влагалищных свищей приходится 71,41% всех случаев [6].

### Этиология и патогенез

Среди причин возникновения мочеполовых свищей можно выделить следующие: акушерские, хирургические, лучевые, онкологические, травматические, а также осложнения инфекций влагалища и нижних мочевыводящих путей.

#### Истинные акушерские свищи

В основе патогенеза «истинных» акушерских ПВС, то есть возникших в результате родовой деятельности, а не ятрогенного воздействия при родоразрешении, лежит длительная ишемия в результате сдавления передней стенки влагалища и мочевого пузыря между тазовыми костями и головкой плода, приводящая к некрозу тканей (рис. 2) [7, 8].

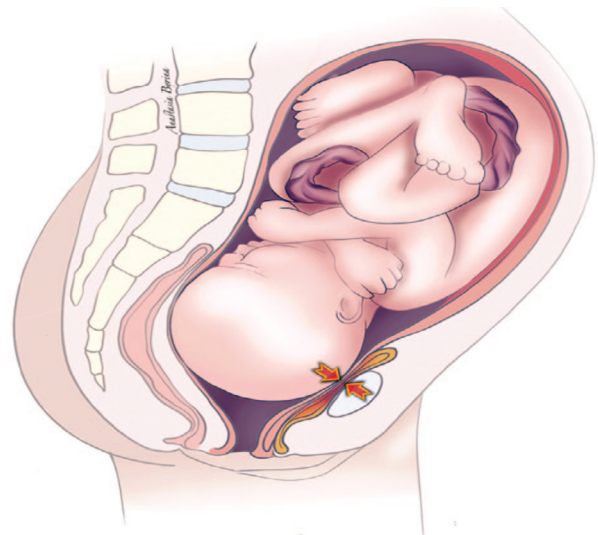


Рис. 2. Сдавление передней стенки влагалища и мочевого пузыря между тазовыми костями и головкой плода  
Fig. 2. Compression of the anterior vaginal wall and bladder between the pelvic bones and the fetal head

Неправильное предлежание и несоответствие размеров таза роженицы с предлежащей частью плода является основным фактором развития затрудненных родов [9].

Осложненные длительные роды должны быть разрешены путем выполнения кесарева сечения, но в развивающихся странах и отдаленных регионах своевременный доступ к неотложной акушерской помощи часто затруднен [10]. В таких условиях роды могут

продолжаться до 4-5 дней без медицинской помощи, что приводит к безусловной гибели плода от удушья [11]. Через 1-2 дня мертвый плод мацерируется и меняет свою форму в тазу матери настолько, что может быть самостоятельно изгнан роженицей через влагалище. Через несколько дней некротизированные ткани секвестрируются, оставляя на своем месте свищ между мочевым пузырем и влагалищем [3].

#### *Ятрогенные акушерские свищи*

При выполнении кесарева сечения основными факторами риска, приводящими к повреждению мочевого пузыря, могут быть спаечные процессы, вызванные ранее перенесенным кесаревым сечением или хирургическими вмешательствами на тазовых органах, повторные роды, наличие крупного плода (массой более 4 кг), так как он требует большего разреза на матке и проведения оперативного родоразрешения по экстренным показаниям (рис. 3) [12].

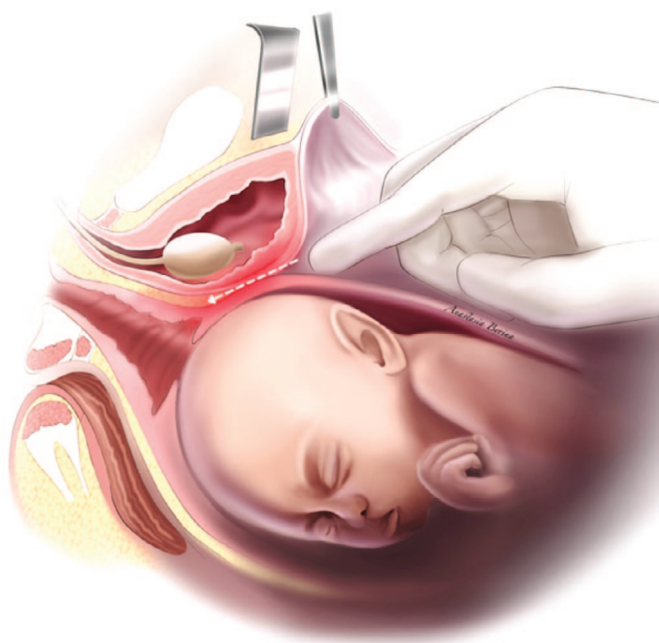


Рис. 3. Зона возможного повреждения стенки мочевого пузыря при выполнении кесарева сечения

Fig. 3. Area of possible bladder wall injury during cesarean section

#### *Хирургические свищи*

К факторам риска образования хирургических ПВС относятся предшествующие операции на органах малого таза, наличие очагов эндометриоза и злокачественных новообразований, перенесенная лучевая терапия, а также изменения нормальных анатомических взаимоотношений органов в этой области (например, при большой миоме матки). Все вышеперечисленные факторы риска повышают вероятность ятрогенного повреждения стенки мочевого пузыря и влагалища, в следствие чего может образоваться урогенитальный свищ [4, 7].

Важно отметить, что ятрогенное повреждение мочевого пузыря, с последующим формированием мочеполювых фистул, может произойти во время любой операции на органах малого таза, но лидирую-

щей причиной возникновения ПВС после хирургических вмешательств является гистерэктомия [4].

Данные анализа 343 771 выполненных гистерэктомий, проведенного Р. Hilton и соавт., свидетельствуют, что каждая 788 операция осложнялась ПВС. Частота их возникновения зависела от типа операции и показаний к ней. Наибольшее количество наблюдалось после радикальной гистерэктомии по поводу рака шейки матки, наименьшее – после влагалищной гистерэктомии при пролапсе органов малого таза [13].

Рассматривая механизмы формирования ПВС при гистерэктомии можно выделить следующие сценарии. Нераспознанное повреждение мочевого пузыря во время гистерэктомии приводит к образованию уриномы или мочевого затека. Затем моча идет по пути наименьшего сопротивления и стекает через линию шва культи влагалища образуя патологическое сообщение между мочевым пузырем и влагалищем. Второй возможный механизм – это некроз тканей вследствие сдавления из-за неправильно наложенных швов между культей влагалища и мочевым пузырем, либо наложение зажима на стенку мочевого пузыря с последующим формированием свища [3].

#### *Лучевые и онкологические свищи*

Рост онкогинекологической заболеваемости и ее выявляемости приводит к увеличению случаев использования лучевой терапии и, соответственно, к росту количества осложнений со стороны органов мочеполовой системы.

История лучевой терапии при онкогинекологической патологии берет начало с 1903 г., когда Margaret Abigail Cleaves сообщила о первом успешном внутриполостном применении радия у пациентки с раком шейки матки.

Первые упоминания о лучевых повреждениях органов мочевыделительной системы встречаются в работах Heuneman (1914), Г.Н. Берман (1926) и W. Schmidt (1926).

В 1961 году на XII конгрессе международного общества урологов в Рио-де-Жанейро активно обсуждался вопрос о влиянии лучевой терапии на органы мочевой системы [14].

В настоящее время, несмотря на меньшую агрессивность методов лучевой терапии, проблема постлучевых свищей остается актуальной [15]. По данным ретроспективного анализа U. Maier и соавт. из 10 709 пациенток, перенесших лучевую терапию, урологические осложнения наблюдались у 133. У 35 из них были ПВС [16].

В свою очередь, по данным С. J. Hillary и соавт., в развитых странах, из общего числа пациенток с урогенитальными фистулами, 13% проходили курсы лучевой терапии (с предшествующей радикальной операцией или без нее). В развивающихся странах эта цифра составляет 0,2% [4]. Отрицательные эффекты лучевой

терапии наблюдаются, когда разница в чувствительности к облучению между опухолевой и нормальной тканью невелика, а также при несоблюдении норм лучевой нагрузки [17].

Оценка уровня лучевой нагрузки, приводящего к изменению в тканях и формированию свищей, проведена в нескольких исследованиях.

Д.Ю. Пушкарь и соавт. провели анализ 216 прооперированных пациентов с постлучевыми свищами. Из-за различных стандартов лучевой терапии, применяемых в течение последних 40 лет, разделить этих пациентов на группы по схемам лечения не представлялось возможным. По данным авторов 86,1% женщин (186 пациентов) получили кумулятивную дозу облучения 40–60 гр. Еще 26 женщин (12,0%) имели общую

дозу облучения менее 40 гр. У 4 (1,85%) больных лучевой режим остался неясным [15].

В исследовании U. Maier и соавт. 35 пациенток с постлучевыми ПВС, ранее проходили курсы комбинированной лучевой терапии с средней кумулятивной дозой облучения 67,5 Гр [16].

Последствия радиационного облучения наблюдаются как в процессе лечения, так и после него. ПВС могут формироваться в течение 2-3 лет после окончания курса лучевой терапии. Латентный период может быть и более продолжительным [18].

В основе патогенеза лучевого поражения мочевого пузыря лежит фиброз подслизистого и мышечного слоев [17]. В тканях развивается хроническое воспаление с изменением мелких сосудов (облитерирующий эндартериит), которое приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии тканей, некрозу эпителия и в конечном итоге – формированию свища [19].

Говоря об истинных онкологических причинах, ПВС формируются в результате опухолевого распада при местно-распространенных формах злокачественных новообразований органов малого таза (рис. 4) [20].

По данным метаанализа С. J. Hillary и соавт., в развивающихся странах мочеполовые свищи онкологического генеза встречаются в 0,1% (14/10398 случаев), а в развитых странах, среди анализируемых случаев, онкологические свищи не наблюдались (0/2055 случаев) [4].

#### Классификация

Предложены различные классификации пузырно-влагалищных свищей, однако, к сожалению, нет единой, подходящей для прогнозирования эффективности лечения и отдаленных результатов независимо от этиологии [21].

В качестве основы для планирования лечения пузырно-влагалищные свищи подразделяют на простые и сложные (табл. 1) [22, 23].

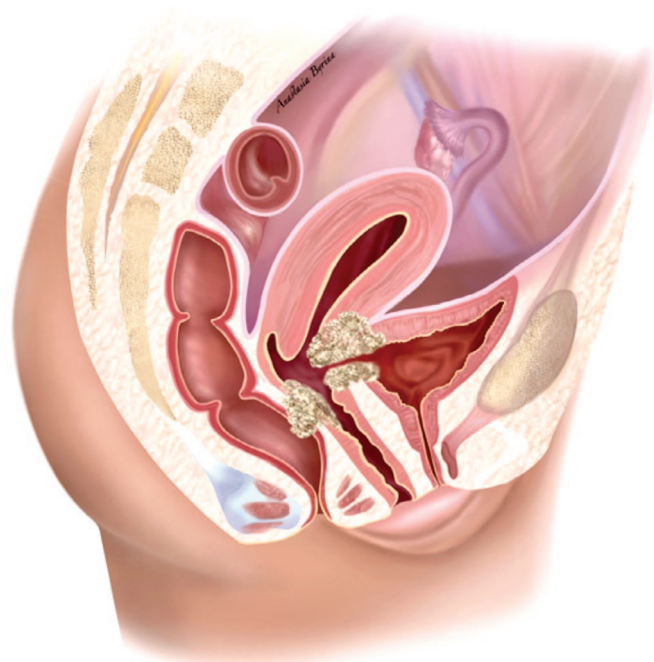


Рис. 4. Формирование ПВС в результате распада опухоли шейки матки  
Fig. 4. Formation of VVF as a result of cervical tumor necrosis

Таблица 1. Классификация ПВС по уровню сложности  
Table 1. Classification of VVF by level of difficulty

Простой свищ Simple fistula	Сложный свищ Complex fistula
Небольшой размер (<0,5 см) Small size (<0,5 cm)	Большой размер (≥2,5 см) Large size (≥2,5 cm)
Одиночный Single	Множественные свищи Multiple fistulas
Не связан с лучевой терапией Not associated with radiotherapy	Связан с лучевой терапией Associated with radiotherapy
Не связан с злокачественным новообразованием Not associated with malignancy	Связан с злокачественным новообразованием Associated with malignancy
	Рецидивирующий свищ Previously failed fistula repairs
	Связан с хроническим заболеванием Associated with a chronic disease
<b>Свищ размером 0,5–2,5 см считается промежуточным</b> A fistula sized 0,5–2,5 cm is considered as intermediate	

В 2004 г. J. Goh и соавт. предложили классификацию (рис. 5), выделяющую 4 основных типа свищей в зависимости от расположения относительно наружного отверстия уретры, их подтипы, включающие размер свища, длину и емкость влагалища, а также осложняющие факторы [24]. Классификация достаточно полно отражает характеристики пузырно-влагалищных свищей и позволяет прогнозировать риски осложнений (вовлечение интрамуральных отделов мочеочников в патологический процесс, риск их интраоперационной травмы, вероятность возникновения послеоперационного недержания мочи).

В качестве интерпретации данной классификации и ее клинического использования J.Goh приводит следующие примеры. При свище типа 2В1 устья мочеочников могут находиться в непосредственной близости к краю свища, в связи с чем требуется их предварительная визуализация и стентирование. Пациентки со свищем типа 3А1 имеют высокий риск послеоперационного недержания мочи в связи с вовлечением в патологический процесс области средней трети уретры, повреждение которой может приводить к инконтиненции [24].

#### Диагностика

Самопроизвольное подтекание мочи из половых путей, как проявление ПВС появляется в среднем

через 7–12 дней после операции на органах малого таза, но может возникнуть и в более поздние сроки – до 6 недель после нее. После лучевой терапии формирование свища происходит более длительно – от нескольких месяцев до нескольких лет [25].

Влагалищный осмотр в кресле, в большинстве случаев, позволяет визуализировать ПВС. При его выполнении необходимо определить количество свищевых отверстий, их размер, локализацию, состояние краев свища, тканей, вовлеченных в патологический процесс, оценить глубину влагалища, его емкость и растяжимость. В свище и непосредственной близости к нему могут наблюдаться конкременты, шовный материал, фрагменты сетчатых имплантатов [26]. Диагностическую сложность при осмотре могут представлять свищи после ранее выполненной экстирпации матки, в виду их небольшого диаметра, складчатости стенки влагалища, расположения в куполе влагалища, в области рубца [27]. Важно обратить внимание на то, что на ранней стадии формирования свища, его пальпация может быть неинформативна. При осмотре с помощью зеркала слизистая влагалища, окружающая свищевое отверстие, может выглядеть как небольшая гиперемированная грануляционная область без видимого отверстия [25].

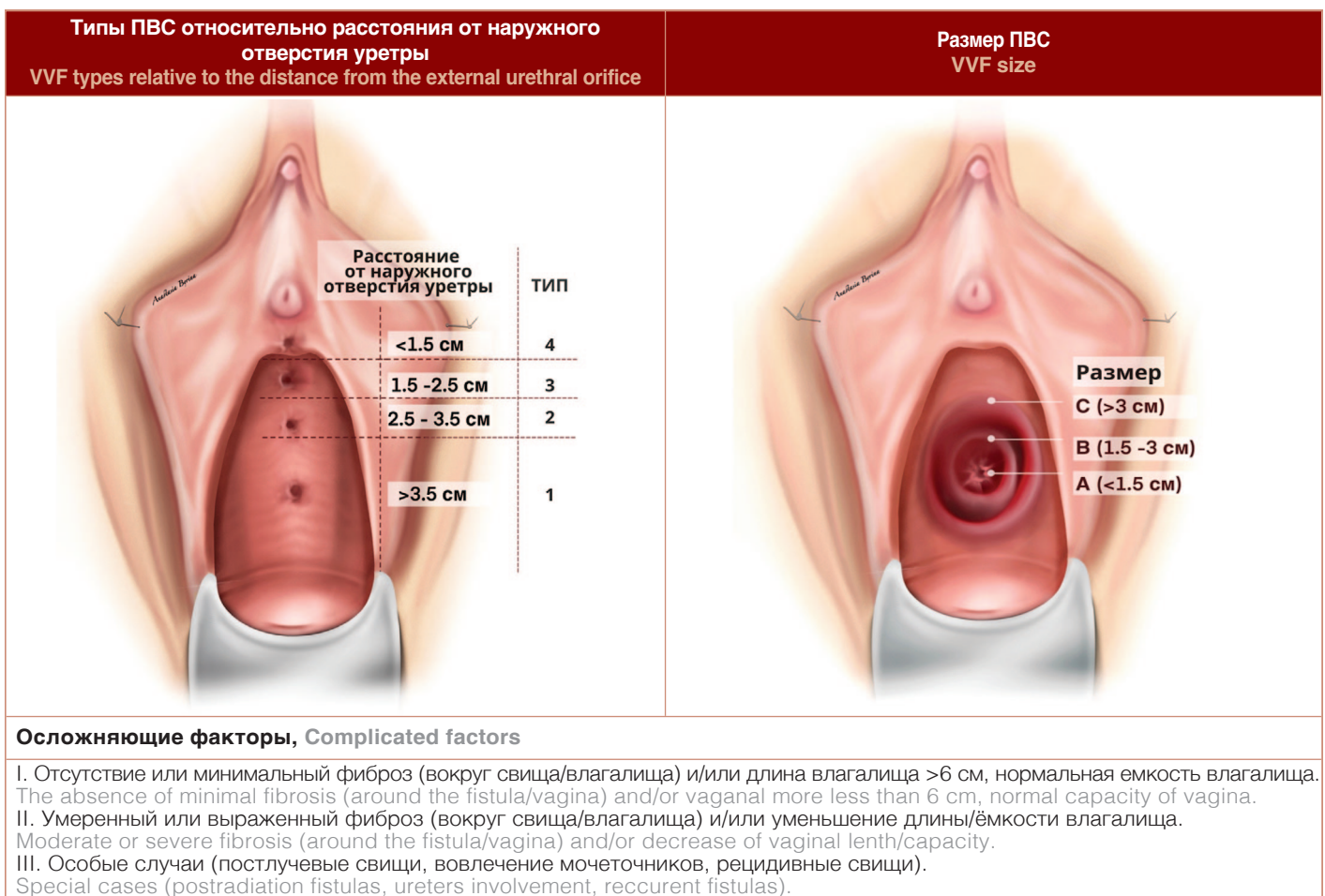


Рис. 5. Классификация ПВС по J. Goh  
Fig. 5. J. Goh classification of VVF

Важным диагностическим методом является проба с красителями [28]. Мочевой пузырь через катетер заполняют раствором метиленового синего или индигокармина. Затем пациентку просят натужиться или покашлять. При этом может наблюдаться выделение раствора из свища. При отсутствии адекватной визуализации, а также сомнительных случаях, во влагалище вводят марлевые тампоны. Через 2 часа они удаляются. Синяя окраска тампона указывает на наличие ПВС и его локализацию. Дополнительный пероральный прием феназопиридина помогает при выявлении уретеро-влагалищных свищей. Оранжевый цвет на тампоне подтверждает присутствие свища. Обязательным условием для установления диагноза является выполнение цистоскопического исследования. Оно позволяет подтвердить наличие и количество ПВС, оценить их размер, расположение относительно устьев мочеточников и внутреннего отверстия уретры [29].

При сложностях идентификации небольших свищей можно попробовать провести мочеточниковый катетер или струну-проводник через предполагаемый свищевой канал, для определения его точной локализации [22].

При больших свищевых отверстиях, с целью адекватного заполнения полости мочевого пузыря, во влагалище раздувается баллон катетера Фолея [29].

При свищах, образовавшихся вследствие лучевой терапии, особенно при подозрении на рецидив новообразования, следует провести биопсию краев свища [22, 25].

Немаловажным в диагностике ПВС являются лучевые методы исследований, одним из которых является вагиноцистография – рентгенологическое исследование, позволяющее определить локализацию свища, емкость мочевого пузыря, вовлечение мочеточников и кишечника в патологический процесс [26].

При диагностике ПВС нужно обращать внимание на возможное вовлечение мочеточников в патологический процесс. В 10% случаев ПВС сочетаются с мочеточниково-влагалищными свищами [30]. В связи с этим, оценка состояния верхних мочевых путей является обязательной.

К методам, позволяющим оценить верхние мочевыводящие пути, относят ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, экскреторную урографию и компьютерную томографию (КТ) урографию [26]. При подозрении на мочеточниковый свищ выполняется ретроградная уретеропиелография. В случае сложности визуализации устьев мочеточников выполняется хромоцистоскопия. Наличие мочеточникового свища также может быть подтверждено в сомнительных случаях с использованием тампонов (методика описана выше).

Фистулография позволяет визуализировать свищевой канал со сложным топографо-анатомическим расположением (например, при прохождении свища через полость абсцесса). Для этого используется мочеточниковый катетер, через который в свищевой ход вводится рентгенконтрастный препарат [14, 29].

Традиционные рентгенографические методы дают ограниченную анатомическую и функциональную информацию (особенно при сложных, комбинированных формах свищей) и в настоящее время вместо них все чаще выполняют на КТ- и магнитно-резонансные томографические (МРТ)-контрастные исследования [31].

Такие методы как комбинированная одномоментная вагино-цистоскопия, трансвагинальная сонография с доплерографией, несмотря на свою диагностическую ценность, являются оператор-зависимыми и выполняются редко [32, 33].

### Лечение

#### *Катетеризация мочевого пузыря*

Лечение ПВС при помощи длительного дренирования следует проводить только при небольших, доброкачественных, несформированных (не имеющих эпителизированного канала) ПВС [25].

На фоне длительного (от 2 до 8 недель) дренирования мочевого пузыря уретральным катетером с одновременным приемом антихолинергических препаратов, может наблюдаться самостоятельное закрытие свищевое отверстие. По данным P. Hilton, из 348 пациенток с мочеполювыми свищами, его спонтанное закрытие произошло у 24 (6,9%) из них после 6-8 недель дренирования мочевого пузыря уретральным катетером. Ни у одной пациентки с постлучевыми свищами не удалось достичь спонтанного его закрытия [2].

В исследовании K. Waaldijk из 1716 пациенток с акушерскими свищами, на фоне длительного дренирования мочевого пузыря самопроизвольное закрытие наблюдалось у 264 (15,4%) [34].

#### *Применение коагуляционных методов*

При небольших (менее 2-3 мм) сформированных свищах (т.е. при наличии эпителизированного свищевое канала), трансуретральная электрокоагуляция доступной слизистой свищевое канала, совместно с катетеризацией мочевого пузыря в течение 2–4 недель может привести к его закрытию.

В ретроспективных наблюдениях M. Stovsky и соавт. отметили эффективность данного метода у 11 из 15 женщин (73%) [35].

Об использовании гольмиевого лазера при лечении ПВС сообщили P.N. Dogra и соавт. Лечение было успешным у 7 из 8 пациенток с диаметром свища менее 3 мм при среднем сроке наблюдения 47 месяцев [36].

Обращают на себя внимание условия использования энергий. У пациентов с истонченной пузырно-влагалищной перегородкой, большим свищевым отверстием или выраженным воспалением вокруг свищевое канала коагуляция не только не даст положительного эффекта, но и может привести к увеличению диаметра свищевое канала [22].

#### *Применение клеевых композиций*

Первое описание успешного применения фибринового клея при лечении пузырно-влагалищных свищей было опубликовано в 1979 г. В результате введения клея

в свищевой канал происходит ингибирование тромболизиса, что способствует миграции и агрегации фибробластов в заживляющую соединительную ткань [37]. Терапевтический эффект обеспечивается также за счет гелеобразной консистенции фибринового клея, которая создает эффект «пробки», закрывающей свищевой канал до его заживления [38]. Фибриновый клей также может быть использован как материал для покрытия линии швов, с целью лучшего заживления тканей после фистулопластики.

L.A. Evans и соавт. описывают положительные результаты у 18 из 19 пациенток [39]. M.K. Shirvan и соавт. сообщили о полном закрытии свищей у 11 из 12 пациентов при использовании обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) и фибринового клея, вводимых в свищевой канал [40].

Также имеются данные о использовании цианакрилатного клея в качестве вспомогательного средства для заживления тканей [41]. Однако в связи с отсутствием в литературе рандомизированных исследований, оценивающих применение адгезивных материалов, их практическое использование остается ограниченным.

#### Хирургические методы

Учитывая низкую эффективность консервативных мероприятий, основным методом лечения больных с пузырно-влагалищными свищами является хирургический. Важно отметить, что эффективность операции по устранению свища напрямую зависит от соблюдения базовых принципов хирургии данной патологии (табл. 2) [42].

**Таблица 2. Базовые принципы хирургического лечения ПВС**  
Table 2: Basic principles of VVF surgical treatment

Базовые принципы хирургического лечения ПВС Basic principles of surgical VVF treatment
Соблюдение сроков выполнения хирургического вмешательства Compliance with surgical timelines
Адекватное дренирование мочевыводящих путей Adequate urinary tract drainage
Профилактика и купирование инфекционных процессов Treatment and prevention of infection
Достаточная диссекция тканей мочевого пузыря и влагалища вокруг свища Sufficient dissection of bladder and vaginal tissues around the fistula
Удаление некротизированных тканей Removal of necrotic tissues
Удаление инородных тел, синтетических материалов в области свища Removal of foreign bodies, synthetic materials from the fistula area
Многослойное, герметичное ушивание дефекта без избыточного натяжения Multiple-layer, watertight closure, tension-free sutures
Непересекающиеся линии швов Non-overlapping suture lines
Использование рассасывающегося шовного материала Use of absorbable suture material
Тщательный гемостаз Hemostasis
При необходимости, использование васкуляризованных, здоровых тканевых лоскутов If necessary, use vascularized, healthy tissue flaps

#### Время выполнения оперативного лечения

Сроки выполнения фистулопластики могут варьировать в зависимости от этиологического фактора свища, сроков его выявления, состояния окружающих тканей. В случае выявленного интраоперационного повреждения стенки мочевого пузыря незамедлительное ушивание дефекта, во всех случаях дает положительный результат [43].

При своевременной диагностике ятрогенные свищи могут быть прооперированы на ранней стадии (в пределах 72 часов) после операции до того, как исчезнут условия для немедленного закрытия дефекта [44].

При выявлении неосложненного ПВС в более поздние сроки, часть авторов придерживается безотлагательного хирургического вмешательства, однако чаще применяется отсроченное лечение [22, 34]. Наиболее подходящим временем закрытия свища является 8–12 недель после его образования [5, 30].

Для успешного выполнения операции, свищ должен быть сформирован, не иметь признаков активного воспаления, некроза и инкрустации [25].

При осложненных свищах, например, возникших после затрудненных родов, наиболее подходящим временем для оперативного лечения является срок 3–6 месяцев после его образования, а для лучевой терапии этот срок составляет 6–12 месяцев. Общий алгоритм диагностики и лечения ПВС представлен на рисунке 6 [45].

#### Выбор доступа

Выполнение фистулопластики возможно влагалищным и абдоминальным доступом. Следует отметить, что выбор доступа чаще всего основан на индивидуальных характеристиках свища и предпочтениях хирурга [46]. В связи с этим невозможно оценить их преимущества относительно друг друга. В настоящее время нет данных рандомизированных исследований, сравнивающих абдоминальный и влагалищный доступ [19].

По данным С. J. Hillary, в исследованиях, которые оценивали доступ, суммарно 6300/7676 (82%) операций были выполнены трансвагинально [19].

Независимо от того, является доступ влагалищным или абдоминальным, положительный результат (закрытие свища) достигается в среднем в 90,8% случаев (94,6% в высокоразвитых странах, 87,0% в развивающихся).

В тех исследованиях, где был указан хирургический доступ, показатель эффективности для влагалищной пластики свища составил 260/286 (90,9%) и 210/250 (84,0%) – для абдоминальной.

Опять же, следует подчеркнуть, что эти серии включают нерандомизированные когорты, поэтому прямое сравнение результатов является неправомерным [4].

В России, по данным Л.В. Тихоновой и соавт. эффективность хирургического лечения ПВС составила 84%, что в целом несколько ниже мировых данных,

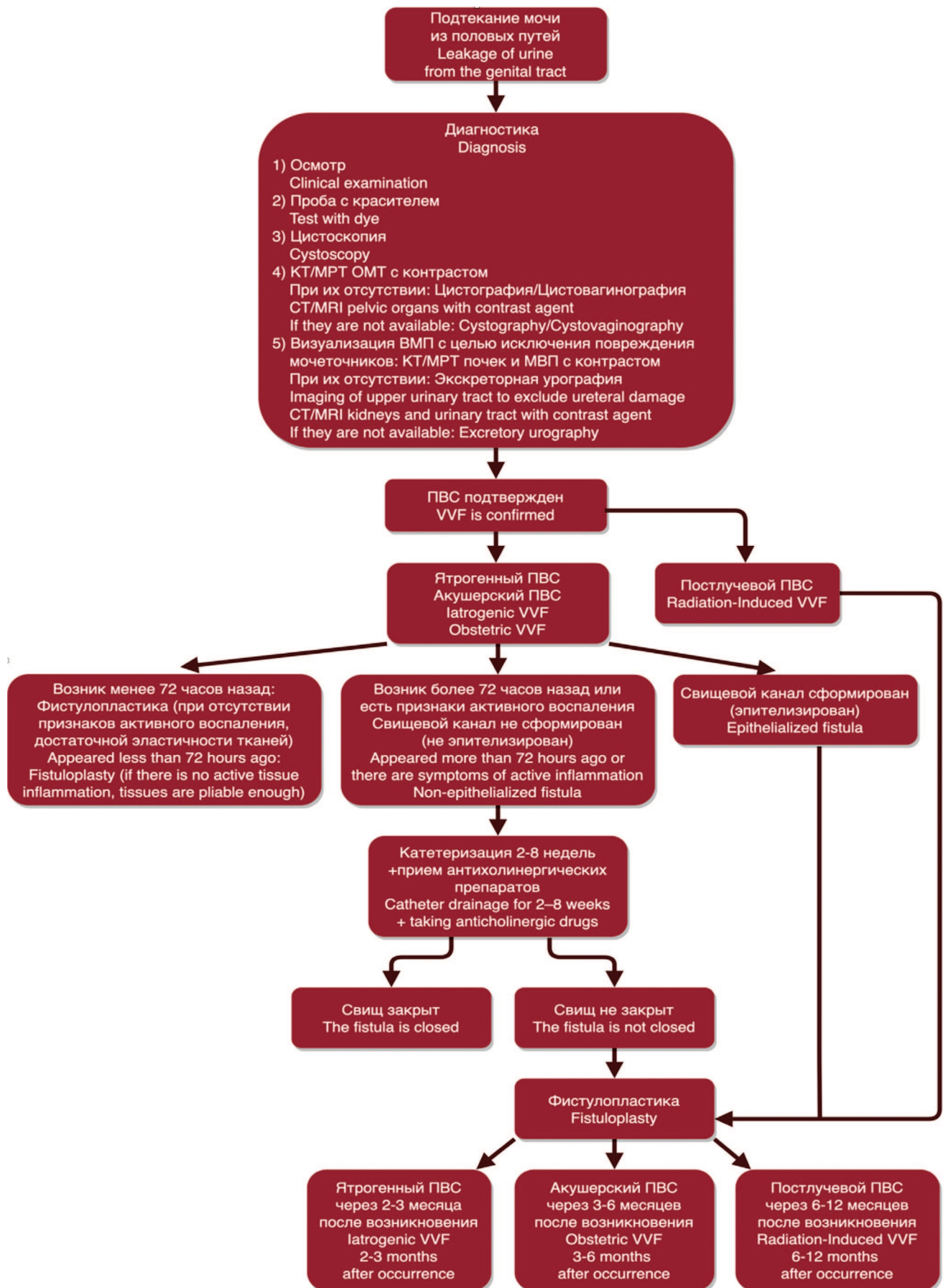


Рис. 6. Алгоритм диагностики и лечения ПВС

Fig. 6. Algorithm for the diagnosis and treatment of VVF

КТ, СТ — компьютерная томография, computed tomography; МРТ, МРИ — магнитно-резонансная томография, magnetic resonance imaging;

ОМТ — органы малого таза, pelvic organs; ВМП — верхние мочевыводящие пути, upper urinary tract;

МВП — мочевыводящие пути, urinary tract; ПВС, VVF — пузырно-влагалищный свищ, vesico-vaginal fistula.



приведенных в литературе. Однако при детальном рассмотрении этот факт легко объясняется тем, что в анализе почти 60% случаев составляют постлучевые свищи, лечение которых изначально более затруднительно и сопряжено с высоким процентом неуспеха [6].

Д. Ю. Пушкарь и соавт. описали самую большую серию постлучевых ПВС, включающую 210 пациенток, которым была выполнена фистулопластика влагалищным доступом. Положительный результат после первичной операции был достигнут у 48,1% (n=101) пациенток. Эффективность второй операции, выполненной у 98 пациенток, составила 39,8% (39/98). Третья операция была выполнена 42 пациенткам. Ее эффективность составила 52,4% (22/42); 19 пациенток перенесли более трех операций. Успешное закрытие свища было достигнуто в 35,0% (7/19). В совокупности у 169 пациенток из 210 свищ был закрыт (80,4%) [15].

#### Влагалищный доступ

Первая фистулопластика влагалищным доступом была описана в 1663 году Н. Roonhuuse, который освежил края свища и затем сблизил их заостренными лебязьими перьями.

Первую успешную пластику ПВС с использованием техники Н. Roonhuuse выполнил J. Fatio в 1675 году.

В 1838 году, используя свинцовые швы, J.P. Mettauer стал первым хирургом в США, заявившим об успешном закрытии ПВС.

В 1852 году J. Sims описал метод, который заключался в освежении краев свища трансвагинальным до-

ступом и его ушивании с использованием серебряной нити. Однако в серии своих операций он добился успеха только с 30-й попытки.

В 1854 году G.Simon описал метод кольпоклеизиса при лечении ПВС, популяризованного W. Latzko в 1942 году.

В 1861 году М. Collis предложил метод расщепления (расслоения), при котором после освежения краев свища, выполняется отделение стенки влагалища от мочевого пузыря и их отдельное ушивание [42].

Влагалищный доступ имеет ряд преимуществ перед абдоминальным: меньший болевой синдром, снижение кровопотери, сокращение продолжительности операции и длительности пребывания в стационаре [47].

Однако он может быть выполнен только при условии отсутствия вовлечения устьев мочеточников в патологический процесс [14].

А. Geik и соавт., сравнив методы хирургического доступа у 53 женщин с ПВС диаметром от 15 до 20 мм, сообщили, что положительные результаты операций, выполненных влагалищным доступом, практически не отличались от операций, выполненных абдоминальным доступом: 100% (25/25) против 96,4% (27/28), но продолжительность пребывания в стационаре и частота осложнений были ниже в первом случае [48].

Методика операции показана на рисунке 7. После визуализации фистулы, для удобства экспозиции, в ее канал устанавливается зонд или тонкий катетер Фолея. Далее выполняется циркулярный разрез парасвищевых тканей. Его возможно дополнить U-образным разрезом

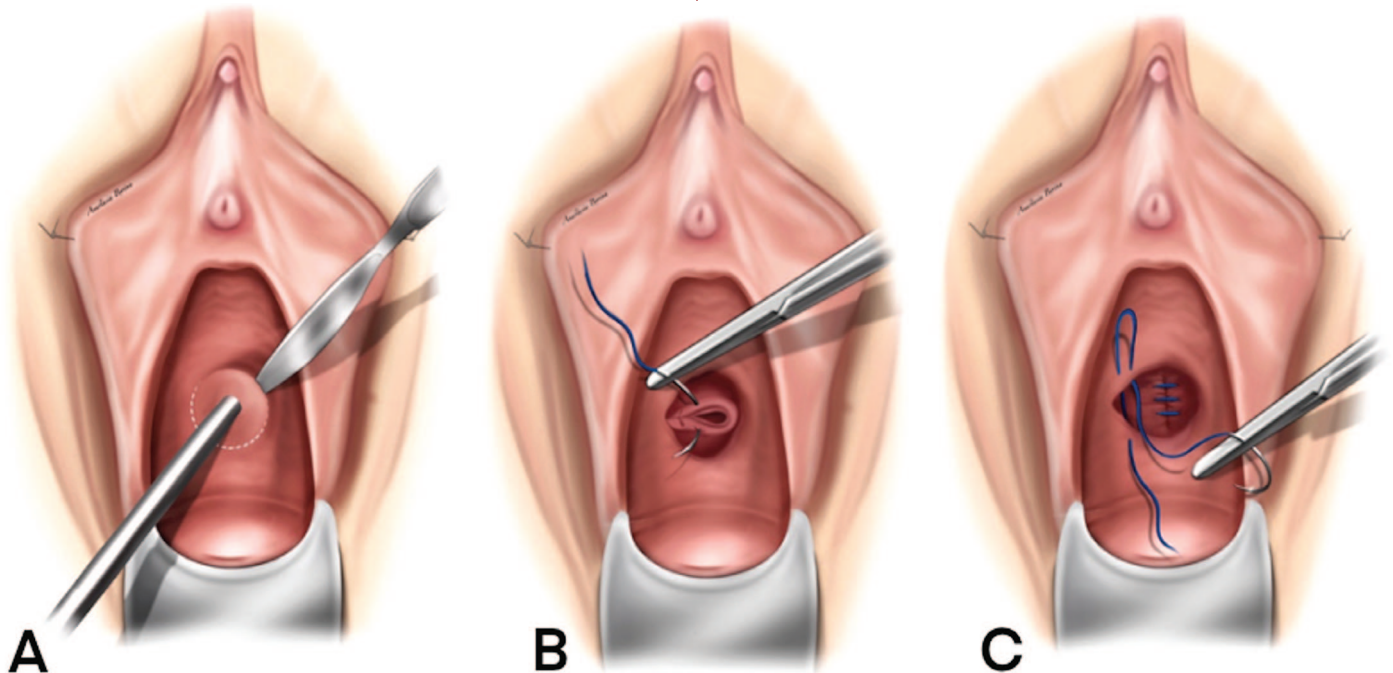


Рис. 7. Пластика пузырно-влагалищного свища влагалищным доступом

(А) В свищевой канал установлен зонд для удобства экспозиции; циркулярный разрез парасвищевых тканей. (В) Выполнена диссекция окружающих тканей; свищевой канал иссечен; первый ряд швов на ткани мочевого пузыря. (С) Второй ряд швов на перивезикальную фасцию; третий ряд швов на ткани передней стенки влагалища.

Fig. 7. Transvaginal repair of vesicovaginal fistula

A) Surgical probe in the fistula providing retraction; circular incision of the parafistula tissues. (B) Dissection of the surrounding tissues was performed; the fistula canal is excised; the first layer of sutures to the bladder tissues. (C) The second layer of sutures to the perivesical fascia; third layer of sutures to the tissue of the anterior vaginal wall.

передней стенки влагалища с формированием лоскута, позволяющим избежать избыточного натяжения тканей при их сопоставлении и пересечения линий накладываемых швов [42]. После чего, тупым и острым способом выполняется широкая мобилизация тканей влагалища и мочевого пузыря с иссечением краев свища в пределах здоровых тканей, или без иссечения (метод Fũth). Ушивание дефекта производится трехрядно (дефект мочевого пузыря, перивезикальная фасция, рана передней стенки влагалища), рассасывающейся нитью Викрил 2/0, 3/0, без натяжения [29, 49].

В единственном рандомизированном исследовании, сравнивающим результаты фистулопластик без иссечения и с иссечением свищевого канала, не было отмечено разницы эффективности того или иного метода. Однако у пациенток с послеоперационным рецидивом ПВС, диаметр свищевого отверстия становился больше исходного в группе, где производилось иссечение свищевого канала [50].

Также необходимо отметить, что при иссечении свищевого канала желательнее не использовать активно методы электрохирургического гемостаза, так как это может привести к некрозу коагулированных тканей, препятствующему их адекватному заживлению [51].

При топографической близости фистулы к устьям мочеточников, для профилактики их травмы, выполняется интраоперационная установка мочеточниковых стентов [29].

У пациенток с постгистерэктомическими ПВС, альтернативным методом является фистулопластика по Латцко. Она подразумевает частичный кольпоклеизис. Производится широкое эллипсоидное иссечение и мобилизация тканей влагалища вокруг свища, без вовлечения тканей мочевого пузыря. Далее выполняется

ушивание свищевого отверстия в несколько слоев, и облитерирующее сшивание передней и задней стенок влагалища [46].

Показатели успешного закрытия свищей с использованием данного метода составляют от 89% до 100% [44].

При свищах большого диаметра и/или измененных лучевой терапией ригидных тканях, сопоставить края дефекта обычными швами обычно не представляется возможным. В таких случаях используются различные тканевые лоскуты, компенсирующие дефицит тканей [52].

Использование васкуляризованной жировой ткани большой половой губы и поверхностных мышц уrogenитальной диафрагмы (луковично-губчатой и седалищно-пещеристой) в качестве лоскута, было описано Martius в 1928 году. Позже метод был многократно модифицирован, и в настоящее время выполняется без мышечной ткани [53] (рис. 8).

В обзоре S. Malde и соавт. успешное закрытие свища зарегистрировано у 95% из 43 пациенток, которым была проведена данная операция [54].

В 1993 г. S. Raz и соавт. предложили использовать в качестве лоскута брюшину. В серии из 11 пациенток, эффективность операции составила 82% [55].

K.S. Eilber и соавт. за 10-летний период выполнили 83 операции с использованием перитонеального лоскута. Метод оказался эффективным в 96% случаев (80/83) [51].

В качестве интерпозиционного лоскута также возможно использование тонкой мышцы бедра (*m. gracilis*). О первом опыте использования данного метода в 1928 году сообщил J.H. Garlock [56]. Описаны модификации перемещения данного лоскута: через за-

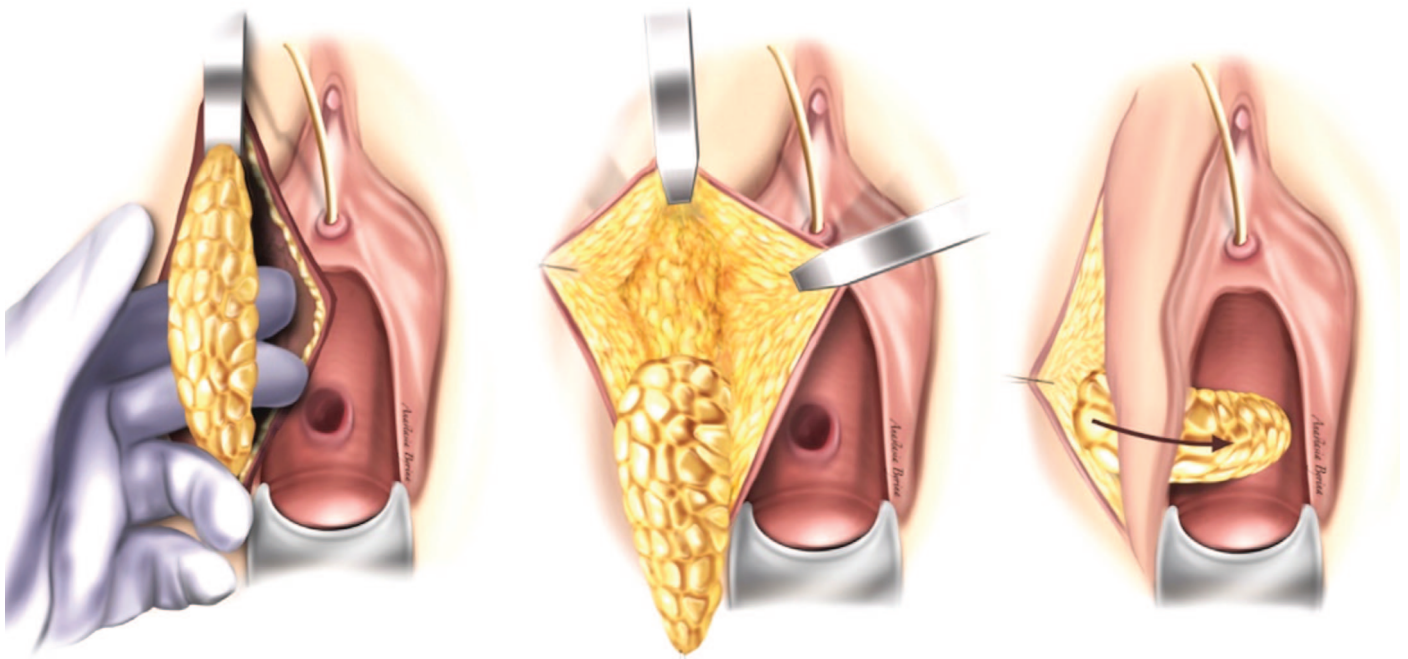


Рис. 8. Пластика пузырно-влагалищного свища с использованием васкуляризованного лоскута из жировой ткани большой половой губы (по Martius)  
Fig. 8. Plasty of the vesicovaginal fistula using a vascularized fatty tissue flap of the labia majora (according to Martius)

пирательную мембрану, и, ставшее ныне стандартным, подкожное проведение [57, 58].

По данным D. Volbandi и соавт., свищ удалось закрыть у 13 из 14 пациенток, прооперированных данным способом [59].

Также описывают успешное использование лоскута портняжной мышцы (*m. sartorius*) и ягодичного кожного лоскута [29, 60].

Важно обратить внимание на то, что трансвагинальные методы выполнения фистулопластик, в виду своей эффективности и универсальности, должны быть в арсенале каждого хирурга, занимающегося лечением ПВС.

#### Абдоминальный доступ

О первой успешной фистулопластике абдоминальным (чреспузырным) доступом сообщил в 1888 г. F. Trendelenburg. Во время операции он выполнил чреспузырное освежение краев свища и его и ушивание с установкой цистостомического дренажа в конце операции.

V. O'Conor и J. Sokol популяризировали абдоминальный доступ благодаря своей методике, которая заключается в продольном рассечении мочевого пузыря до свища, иссечении свищевых каналов в пределах здоровых тканей, широкой диссекции тканей мочевого пузыря от влагалища и их раздельным ушиванием (рис. 9) [42].

#### Показания к абдоминальному доступу

- вовлечение мочеточников в патологический процесс или наличие мочеточниково-влагалищного свища;
- сочетание ПВС с пузырно-кишечными свищами;
- необходимость выполнения кишечной пластики мочевого пузыря;

- невозможность выполнения фистулопластики из влагалищного доступа (например, при узком влагалище, которое не позволяет получить доступ к дефекту) [49].

#### Лапароскопические/роботизированные операции

Малоинвазивные методики, совершив революцию в урологии, не обошли стороной и хирургию свищей.

С 1994 г. для закрытия ПВС применяется лапароскопический доступ, а в 2005 году впервые была выполнена роботизированная пластика ПВС [61, 62].

Фистулопластики при данных доступах могут осуществляться как чреспузырно, так и внепузырно. В мета-анализе J.R. Miklos и соавт. был проведен обзор 44 работ (опубликованных в период с января 1994 г. по март 2014 г.), в которых оценивались как лапароскопические, так и роботизированные операции по закрытию ПВС. Эффективность хирургического закрытия свищей составляла от 80 до 100% с периодом наблюдения от 1 до 74 месяцев. Эффективность чреспузырных и внепузырных методик оценена 95,89% и 98,04%, соответственно [63].

Показания к лапароскопическому/роботизированному методу аналогичны открытым операциям. В сравнении с традиционной «открытой» операцией, лапароскопические методы улучшают визуализацию операционного поля, обеспечивают более прецизионный гемостаз, уменьшают хирургическую травму и послеоперационный болевой синдром, а также длительность пребывания в стационаре и период реабилитации [62, 63].

В работе B. Ghosh и соавт. сравнили 2 группы пациенток, перенесших лапароскопическую и открытую фистулопластику при диаметре свищей менее 3 см, и обнаружили меньшие кровопотери, количество дней

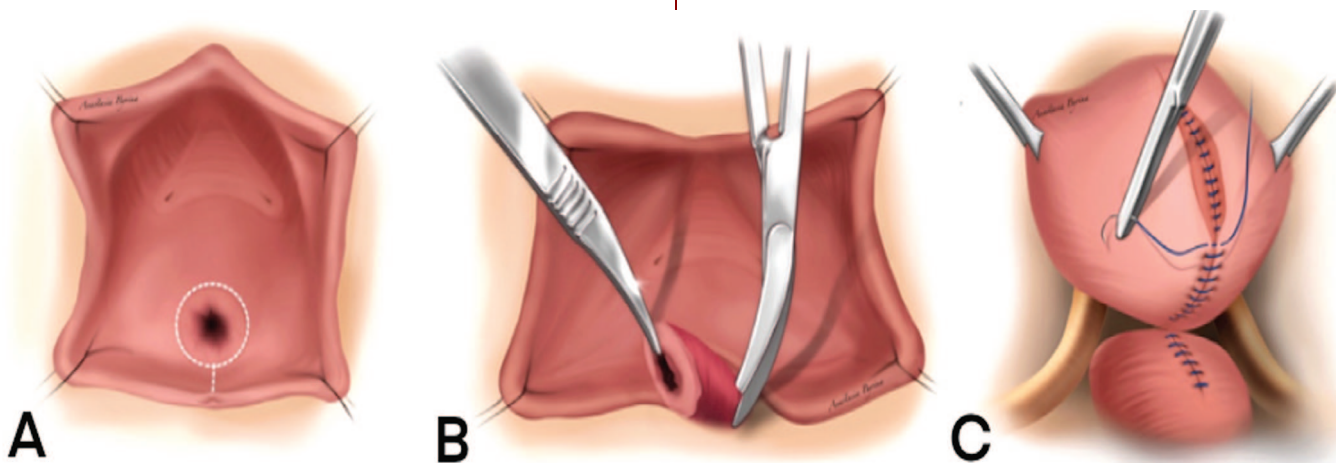


Рис. 9. Пластика пузырно-влагалищного свища абдоминальным доступом

(A) Продольное рассечение мочевого пузыря до свища.

(B) Иссечение свищевых каналов в пределах здоровых тканей; диссекция тканей мочевого пузыря от влагалища.

(C) Раздельное ушивание раны мочевого пузыря и влагалища.

Fig. 9. Plasty of the vesicovaginal fistula by abdominal access

(A) Longitudinal dissection of the bladder to the fistula.

(B) Excision of the fistula canal within healthy tissue; dissection of the bladder tissue from the vagina.

(C) Separate suturing of the bladder and vaginal wound.

пребывания в стационаре и потребность в анальгетиках, а также более быстрое удаление катетера Фоля (11,5 дней против 27 дней) в группе пациентов, перенесших лапароскопическую фистулопластику [64].

К плюсам абдоминального доступа следует отнести оптимальные условия для перемещения сальника между стенкой мочевого пузыря и влагалища, что имеет важное значение для успешного выполнения фистулопластики [52].

В 1937 г. W. Walters впервые использовал большой сальник при закрытии пузырно-влагалищного свища [65]. Широкое распространение метод получил благодаря I. Kiricuta, который описал все плюсы оментопластики [66].

D.H. Evans и соавт. провели ретроспективный анализ 37 пациенток с ПВС, которым в одном учреждении была выполнена фистулопластика абдоминальным доступом. У 29 пациенток с ПВС не связанными с онкологическим процессом и его лечением 10 из 10 операций (100%) были успешными при использовании сальникового лоскута по сравнению с 12 из 19 операций (63%), когда он не использовался. У восьми пациенток с ПВС, образовавшимися в следствие лечения онкологического процесса репродуктивных органов, в 2 случая (100%) свищи были успешно закрыты с использованием сальникового лоскута. Среди остальных шести пациенток, оперированных без сальникового лоскута, закрытия свища удалось добиться только у четверых [67].

При невозможности использования большого сальника, в качестве лоскута можно использовать брюшину, миофасциальный лоскут прямой мышцы живота или перисигмоидной жировой ткани [52].

J. Hadzi-Djokic и соавт. в качестве интерпозицион-

ной ткани у 2 пациенток использовали буккальный лоскут с положительным результатом [68].

A. Abou-Elela и соавт. использовали ротационный лоскут мочевого пузыря и гемостатическую матрицу FloSeal для закрытия ПВС абдоминальным доступом у 20 пациенток, и продемонстрировали 100% эффективность при длительном наблюдении [69].

Несмотря на наличие альтернативных вариантов, ни один из них не обладает такими уникальными регенеративными свойствами как большой сальник [52].

Снижение емкости мочевого пузыря менее 100 мл и его растяжимости (комплаентности), обширные дефекты мочевого пузыря с вовлечением мочепузырного треугольника, устьев мочеточников, шейки мочевого пузыря являются показанием для выполнения аугментационной цистопластики, формирования ортотопического мочевого пузыря из сегмента подвздошной кишки (операция Studer, Hautmann, Camey, Nemi-Kock) или суправезикальной деривации мочи с формированием илеокондуита по Bricker [14, 70].

## ВЫВОДЫ

При всем многообразии методов лечения ПВС, идеального способа, к сожалению, до сих пор не существует. Это связано с большим вариативным разнообразием ПВС, отсутствием единых подходов к лечению данной патологии и недостаточным количеством исследований, позволяющих сравнить те или иные методы хирургического лечения.

Проведение рандомизированных исследований, а также совершенствование методов диагностики и возможных хирургических пособий должны улучшить уровень оказываемой помощи таким пациенткам. ■

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Frajzyngier V, Ruminjo J, Barone MA. Factors influencing urinary fistula repair outcomes in developing countries: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(4):248-58. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.006>.
2. Hilton P. Urogenital fistula in the UK: a personal case series managed over 25 years. *BJU Int* 2012;110(1):102-10. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2011.10630.x>.
3. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet* 2006;368(9542):1201-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69476-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69476-2).
4. Hillary CJ, Osman NI, Hilton P, Chapple CR. The aetiology, treatment, and outcome of urogenital fistulae managed in well- and low-resourced countries: a systematic review. *Eur Urol* 2016;70(3):478-92. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.02.015>.
5. Malik MA, Sohail M, Malik MT, Khalid N, Akram A. Changing trends in the etiology and management of vesicovaginal fistula. *Int J Urol* 2018;25(1):25-9. <https://doi.org/10.1111/iju.13419>.
6. Тихонова Л.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю., Григорьев Н.А. Систематический обзор современной русскоязычной литературы по урогенитальным свищам у женщин. *Урология* 2020(6):137-141. [Tikhonova L.V., Kasyan G.R., Pushkar D.Yu., Grigoriev N.A. A systematic review of modern Russian-language literature on urogenital fistulas in women. *Urologiya=Urology* 2020(6):137-141. (In Russian)]. <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2020.6.137-141>.
7. Garthwaite M, Harris N. Vesicovaginal fistulae. *Indian J Urol* 2010;26(2):253-6. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.65400>.
8. Arrowsmith SD. Genitourinary reconstruction in obstetric fistulas. *J Urol* 1994;152(2 Pt 1):403-6. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)32749-0](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)32749-0).
9. Neilson JP, Lavender T, Quenby S, Wray S. Obstructed labour. *Br Med Bull* 2003(67):191-204. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg018>.
10. De Brouwere V, Dubourg D, Richard F, Van Lerberghe W. Need for caesarean sections in west Africa. *Lancet* 2002;359(9310):974-975. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)07993-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)07993-x).
11. Wall LL, Arrowsmith SD, Briggs ND, Browning A, Lassey A. The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60(7 Suppl 1):S3-S51. <https://doi.org/10.1097/00006254-200507001-00002>.
12. Gungorduk K, Asicioglu O, Celikkol O, Sudolmus S, Ark C. Iatrogenic bladder injuries during caesarean delivery: a case control study. *J Obstet Gynaecol* 2010;30(7):667-70. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.486086>.
13. Hilton P, Cromwell DA. The risk of vesicovaginal and urethrovaginal fistula after hysterectomy performed in the English National Health Service — a retrospective cohort study examining patterns of care between 2000 and 2008. *BJOG* 2012;119(12):1447-54. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03474.x>.
14. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М.: Медицина, 1986; 488 с. [Kan D.V. Guide to obstetric and gynecological urology. M.: Медицина, 1986; 488 с.]

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Meditina, 1986; 488 p. (in Russian)].
15. Pushkar DY, Dyakov VV, Kasyan GR. Management of radiation-induced vesicovaginal fistula. *Eur Urol* 2009;55(1):131-7. <https://doi.org/10.1016/j.euro.2008.04.044>.
  16. Maier U, Ehrenböck PM, Hofbauer J. Late urological complications and malignancies after curative radiotherapy for gynecological carcinomas: a retrospective analysis of 10,709 patients. *J Urol* 1997;158(3 Pt 1):814-7. <https://doi.org/10.1097/00005392-199709000-00033>.
  17. Berthrong M. Pathologic changes secondary to radiation. *World J Surg* 1986;10(2):155-70. <https://doi.org/10.1007/BF01658133>.
  18. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Медицина, 1998(3):672 с. [Urology manual. Ed. N.A. Lopatkin. M.: Meditsina, 1998(3):672 p. (in Russian)].
  19. Hillary CJ, Chapple CR. The choice of surgical approach in the treatment of vesico-vaginal fistulae. *Asian J Urol* 2018;5(3):155-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajur.2018.01.002>.
  20. Penalver M, Angioli R. Urinary diversion. Chapter 11. In: Glenn HW, editor. *Urogynecologic surgery*, 2nd edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000;193-206 p.
  21. Capes T, Stanford EJ, Romanzi L, Foma Y, Moshier E. Comparison of two classification systems for vesicovaginal fistula. *Int Urogynecol J* 2012;23(12):1679-85. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1671-9>.
  22. Stamatakos M, Sargedí C, Stasinou T, Kontzoglou K. Vesicovaginal fistula: diagnosis and management. *Indian J Surg* 2014;76(2):131-6. <https://doi.org/10.1007/s12262-012-0787-y>.
  23. Angioli R, Penalver M, Muzii L, Mendez L, Mirhashemi R, Bellati F, et al. Guidelines of how to manage vesicovaginal fistula. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;48(3):295-304. [https://doi.org/10.1016/s1040-8428\(03\)00123-9](https://doi.org/10.1016/s1040-8428(03)00123-9).
  24. Goh JT. A new classification for female genital tract fistula. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004;44(6):502-504. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2004.00315.x>
  25. Ghoniem GM, Warda HA. The management of genitourinary fistula in the third millennium. *Arab J Urol* 2014;12(2):97-105. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2013.11.006>.
  26. Елисеев Д.Э., Алексеев Б.Я., Качмазов А.А., Гурбанов Ш.Ш., Огай Д.С., Холодова Ж.Л., Абакумов Р.С., Черникова Е.Н. Оптимизация диагностики мочеполювых и кишечно-вагинальных свищей. *Экспериментальная и клиническая урология* 2017(4):82-90. [Eliseev D.E., Alekseev B.Y., Kachmazov A.A., Gurbanov S.S., Ogay D.S., Kholodova J.L., Abakumov R.S., Chernikova E.N. Optimization of diagnostics of urogenital and intestine-vaginal fistulas. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya = Experimental and clinical urology* 2017(4):82-90. (In Russian)].
  27. Matthew P. Rutman, Larissa V. Rodrigues, Raz S. Vesicovaginal fistula: vaginal approach. In: Raz S., Rodriguez LV, editors. *Female urology*, 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2008;794-801 p.
  28. Moir JC. Personal experiences in the treatment of vesicovaginal fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 1956;71(3):476-91. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(56\)90476-8](https://doi.org/10.1016/0002-9378(56)90476-8).
  29. Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р. Ошибки и осложнения в урогинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017;384 с. [Pushkar D.Yu., Kasyan G.R. Errors and complications in urogynecology. M.: GEOTAR-Media, 2017;384 p. (in Russian)].
  30. El-Azab AS, Abolella HA, Farouk M. Update on vesicovaginal fistula: a systematic review. *Arab J Urol* 2019;17(1):61-8. <https://doi.org/10.1080/2090598X.2019.1590033>.
  31. Tonolini M. Elucidating vaginal fistulas on CT and MRI. *Insights I maging* 2019;10(1):123. <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0812-9>.
  32. Andreoni C, Bruschini H, Truzzi JC, Simonetti R, Srougi M. Combined vaginoscopy-cystoscopy: a novel simultaneous approach improving vesicovaginal fistula evaluation. *J Urol* 2003;170(6 Pt 1):2330-2. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000096343.03276.75>.
  33. Volkmer BG, Kuefer R, Nessler T, Loeffler M, Gottfried HW. Colour Doppler ultrasound in vesicovaginal fistulas. *Ultrasound Med Biol* 2000;26(5):771-5. [https://doi.org/10.1016/s0301-5629\(00\)00210-6](https://doi.org/10.1016/s0301-5629(00)00210-6).
  34. Waaldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):795-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.02.020>.
  35. Stovsky MD, Ignatoff JM, Blum MD, Nanninga JB, O'Connor VJ, Kursh ED. Use of electrocoagulation in the treatment of vesicovaginal fistulas. *J Urol* 1994;152(5 Pt 1):1443-4. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)32441-2](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)32441-2).
  36. Dogra PN, Saini AK. Laser welding of vesicovaginal fistula — outcome analysis and long-term outcome: single-centre experience. *Int Urogynecol J* 2011;22(8):981-4. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1389-0>.
  37. Pettersson S, Hedelin H, Jansson I, Teger-Nilsson AC. Fibrin occlusion of a vesicovaginal fistula. *Lancet* 1979;1(8122):933. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(79\)91422-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(79)91422-3).
  38. Kumar U, Albala DM. Fibrin glue applications in urology. *Curr Urol Rep* 2001;2(1):79-82. <https://doi.org/10.1007/s11934-001-0029-5>.
  39. Evans LA, Ferguson KH, Foley JP, Rozanski TA, Morey AF. Fibrin sealant for the management of genitourinary injuries, fistulas and surgical complications. *J Urol* 2003;169(4):1360-2. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000052663.84060.ea>.
  40. Shirvan MK, Alamdari DH, Ghoreifi A. A novel method for iatrogenic vesicovaginal fistula treatment: autologous platelet rich plasma injection and platelet rich fibrin glue interposition. *J Urol* 2013;189(6):2125-9. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.12.064>.
  41. Muto G, D'Urso L, Castelli E, Formiconi A, Bardari F. Cyanoacrylic glue: a minimally invasive nonsurgical first line approach for the treatment of some urinary fistulas. *J Urol* 2005;174(6):2239-43. doi:10.1097/01.ju.0000181809.51544.20.
  42. Gopal H, Badlani, Dirk J.M.K. De Ridder, Jayadev Reddy Mettu and Eric S. Rovner. Urinary tract fistulae. In: Alan Partin, Craig Peters, Louis Kavoussi, Roger Dmochowski, Alan Wein, editors. *Campbell Walsh Urology*, 12th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020; eBook. XIII/129.
  43. Satitniramai S, Manonai J. Urologic injuries during gynecologic surgery, a 10-year review. *J Obstet Gynaecol Res* 2017;43(3):557-63. <https://doi.org/10.1111/jog.13238>.
  44. Walters MD, Karram MM. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2007;616 p.
  45. Rovner ES. Urinary tract fistulae. In: AJ Wein, editor-in-chief, LR Kavoussi, AC Novick, AW Partin, CA Peters, editors. *Campbell-Walsh Urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012;2222-52 p.
  46. Latzko W. Postoperative vesicovaginal fistulas: genesis and therapy. *Am J Surg* 1942;58(2):211-28. [https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(42\)90009-6](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(42)90009-6).
  47. Theofanides MC, Sui W, Sebesta EM, Onyeji I, Matulay JT, Chung DE. Vesicovaginal fistulas in the developed world: an analysis of disease characteristics, treatments, and complications of surgical repair using the ACS-NSQIP database. *Neurourol Urodyn* 2017;36(6):1622-8. <https://doi.org/10.1002/nau.23167>.
  48. Gedik A, Deliktas H, Celik N, Kayan D, Bircan MK. Which surgical technique should be preferred to repair benign, primary vesicovaginal fistulas? *Urol J* 2015;12(6):2422-7.
  49. Лоран О. Б., Пушкарь Д. Ю., Касян Г. Р. Урогенитальные свищи. Методические рекомендации №15. М.: АБВ-пресс, 2019;32 с. [Loran O.B., Pushkar D.Yu., Kasyan G.R. Urogenital fistulas. Methodological recommendations № 15. M.:ABV-press, 2019;32 p. (in Russian)].
  50. Shaker H, Saafan A, Yassin M, Idrissa A, Mourad MS. Obstetric vesico-vaginal fistula repair: should we trim the fistula edges? A randomized prospective study. *Neurourol Urodyn* 2011;30(3):302-5. <https://doi.org/10.1002/nau.20995>.
  51. Eilber KS, Kavalier E, Rodriguez LV, Rosenblum N, Raz S. Ten-year experience with transvaginal vesicovaginal fistula repair using tissue interposition. *J Urol* 2003;169(3):1033-6. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000049723.57485.e7>.
  52. Cohen BL, Gousse AE. Current techniques for vesicovaginal fistula repair: surgical pearls to optimize cure rate. *Curr Urol Rep* 2007;8(5):413-8. <https://doi.org/10.1007/s11934-007-0040-6>.
  53. Sajjadi SG, Hortváth OP, Kalmár K. Martius flap: historical and anatomical considerations. *Eur J Plast Surg* 2012;35(10):711-6. <https://doi.org/10.1007/s00238-012-0742-y>.
  54. Malde S, Spilotros M, Wilson A, Pakzad M, Hamid R, Ockrim J, et al. The uses and outcomes of the Martius fat pad in female urology. *World J Urol* 2017;35(3):473-8. <https://doi.org/10.1007/s00345-016-1887-2>.
  55. Raz S, Bregg KJ, Nitti VW, Sussman E. Transvaginal repair of vesicovaginal fistula using a peritoneal flap. *J Urol* 1993;150(1):56-9. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)35396-x](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)35396-x).
  56. Garlock JH. The cure of an intractable vesicovaginal fistula by use of a pedicled

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- muscle graft. *Surg Gynecol Obstet* 1928(47):255-60.
57. Ingelman-Sundberg A. Pathogenesis and operative treatment of urinary fistulas in irradiated tissue. In: Youssef AF, editor. *Gynecological urology*. Springfield, III: Charles C Thomas, 1960;263-279 p.
58. Hamlin RH, Nicholson EC. Reconstruction of urethra totally destroyed in labour. *Br Med J* 1969;2(5650):147-50. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5650.147>.
59. Bolbandi D, Raghuvver, Agarwal M. Role of gracilis muscle transfer in complex vesico vaginal fistula. *Indian J Applied Research* 2016;6(8):10-1.
60. Byron RL Jr, Ostergard DR. Sartorius muscle interposition for the treatment of the radiation-induced vaginal fistula. *Am J Obstet Gynecol* 1969;104(1):104-7. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(16\)34147-3](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(16)34147-3).
61. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C, Rottenberg H. Laparoscopic repair of a vesicovaginal fistula: a case report. *Obstet Gynecol* 1994;83(5 Pt 2):899-901.
62. Melamud O, Eichel L, Turbow B, Shanberg A. Laparoscopic vesicovaginal fistula repair with robotic reconstruction. *Urology* 2005;65(1):163-6. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.09.052>.
63. Miklos JR, Moore RD, Chinthakanan O. Laparoscopic and robotic-assisted vesicovaginal fistula repair: a systematic review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;22(5):727-36. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2015.03.001>.
64. Ghosh B, Wats V, Pal DK. Comparative analysis of outcome between laparoscopic versus open surgical repair for vesico-vaginal fistula. *Obstet Gynecol Sci* 2016;59(6):525-9. <https://doi.org/10.5468/ogs.2016.59.6.525>.
65. Walters W. An omental flap in transperitoneal repair of recurring vesicovaginal fistulas. *Surg Gynecol Obstet* 1937(64):74-5.
66. Kiricuta I, Berariu T. The simplified technic of treatment by omentoplasty of irradiated and injured large vesico-vaginal fistulas. Apropos of 130 surgical cases. *J Urol (Paris)* 1988;94(4):205-9.
67. Evans DH, Madjar S, Politano VA, Bejany DE, Lynne CM, Gousse AE. Interposition flaps in transabdominal vesicovaginal fistula repairs: are they really necessary? *Urology* 2001;57(4):670-4. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(01\)00933-5](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(01)00933-5).
68. Hadzi-Djokic J, Pejic T, Stamenkovic V, Petrovic M, Acimovic M. Buccal mucosal graft interposition in the treatment of recurrent vesicovaginal fistula: a report on two cases. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015;54(6):773-5. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2015.10.008>.
69. Abou-Elela A, Alfaioy H, Torky H, Reyad E, Azazy S. The use of rotational bladder flap and hemostatic matrix sealant (FloSeal): a modified transabdominal approach to repair supratrigonal and complex vesicovaginal fistula. *Surg Technol Int* 2012(22):44-8.
70. Лоран О.Б., Серегин А.В., Довлатов З.А. Современные подходы к лечению постлучевых урогенитальных свищей у женщин: обзор литературы. *Экспериментальная и клиническая урология* 2015(4):42-45. [Loran O.B., Seregin A.V., Dovlatov Z.A. Modern approach to therapy of the postradiation urogenital fistula in female patients: literature review. *Экспериментальная и клиническая урология* 2015(4):42-45. (in Russian)].

## Сведения об авторах:

Сучков Д.А. – врач-уролог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ; Санкт-Петербург, Россия

Шахалиев Р.А. – врач акушер-гинеколог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ; Санкт-Петербург, Россия; РИНЦ AuthorID 1040919

Шкарупа Д.Д. – д.м.н., заместитель директора по организации медицинской помощи, главный уролог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ; Санкт-Петербург, Россия; РИНЦ AuthorID 560256

Шкарупа А.Г. – заведующий урологическим отделением ФГБОУ ВО СПбГУ КВМТ им. Н. И. Пирогова Минздрава России; Санкт-Петербург, Россия

Кубин Н.Д. – д.м.н., врач-уролог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ; Санкт-Петербург, Россия; РИНЦ AuthorID 821347

Гаджиев Н.К. – д.м.н., заместитель директора по медицинской части (урология) Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ; Санкт-Петербург, Россия; РИНЦ AuthorID 81914

Шульгин А.С. – к.м.н., врач-уролог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ; Санкт-Петербург, Россия

## Вклад авторов:

Сучков Д.А. – обзор литературы, написание текста, 30%  
Шахалиев Р.А. – написание текста, научное редактирование текста, 20%  
Шкарупа Д.Д. – общее научное руководство, 10 %  
Шкарупа А.Г. – написание текста, 10%  
Кубин Н.Д. – написание текста, 10%  
Гаджиев Н.К. – научное редактирование текста, концепция и дизайн статьи, 10%  
Шульгин А.С. – научное редактирование текста, 10%

Рисунки предоставлены авторами статьи.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование:** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Статья поступила:** 31.01.22

**Результаты рецензирования:** 02.03.22, 13.05.22

**Исправления получены:** 12.04.22

**Принята к публикации:** 27.05.22

## Information about authors:

Suchkov D.A. – urologist of the department of urology of N.I. Pirogov clinic of advanced medical technologies of St. Petersburg State University; Saint-Petersburg, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0649-9434>

Shakhaliyev R.A. – Dr.Sc.; obstetrician-gynecologist of the department of urology of N.I. Pirogov Clinic of advanced medical technologies of St. Petersburg State University; Saint-Petersburg, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-2450-7044>

Shkarupa D.D. – Dr.Sc., PhD; deputy director for medical care, chief urologist of N.I. Pirogov Clinic of advanced medical technologies of St. Petersburg State University; Saint-Petersburg, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-0489-3451>

Shkarupa A.G. – head of urology department of N.I. Pirogov Clinic of advanced medical technologies of St. Petersburg State University; Saint-Petersburg, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-0267-9435>

Kubin N.D. – Dr.Sc., urologist of the department of urology of N.I. Pirogov Clinic of advanced medical technologies of St. Petersburg State University; Saint-Petersburg, Russia; [nikitakubin@gmail.com](mailto:nikitakubin@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0001-5189-4639>

Gadzhiev N.K. – Dr.Sc., deputy director for urology of N.I. Pirogov Clinic of advanced medical technologies of St. Petersburg State University; Saint-Petersburg, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6255-0193>

Shulgin A. S. – PhD, urologist of the department of urology of N. I. Pirogov Clinic of advanced medical technologies of St. Petersburg State University; Saint-Petersburg, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-8655-7234>

## Authors' contributions:

Suchkov D.A. – literature review, text writing, 30%  
Shakhaliyev R.A. – text writing, scientific text editing, 20%  
Shkarupa D.D. – general scientific leadership, 10%  
Shkarupa A.G. – text writing, 10%  
Kubin N.D. – text writing, 10%  
Gadzhiev N.K. – scientific text editing, research concept and design, 10%  
Shulgin A. S. – scientific text editing, 10%

The figures provided by the authors of the article.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Financing.** The article was published without financial support.

**Received:** 31.01.22

**Peer review:** 02.03.22, 13.05.22

**Corrections received:** 12.04.22

**Accepted for publication:** 27.05.22