



COMPLEX CASES OF VESICOUTERINE FISTULA: LITERATURE REVIEW AND PERSONAL CLINICAL EXPERIENCE

Djumaev Muhammadjon Dzhasurovich
Manatov Firdavs Fakhriddinovich
Naigmatov Shamshod Kamarovich

Clinical residents of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
of the Samarkand State Medical University

Tilyavova S.A.

Scientific supervisor: PhD, Assoc.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15602847>

ARTICLE INFO

Received: 26th May 2025

Accepted: 30th May 2025

Online: 31st May 2025

KEYWORDS

Urogenital fistulas,
genital fistulas,
vesicouterine fistula,
laparoscopic fistuloplasty.

ABSTRACT

Urogenital fistulas are a common complication of obstetric and gynecological procedures, with vesicovaginal fistulas being the most frequently reported. Vesicouterine fistulas are significantly rarer, making their diagnosis and subsequent treatment more challenging. This paper presents an analytical review of domestic and international publications on the topic and includes a description of an original clinical case. A 43-year-old woman developed involuntary urine leakage through the vagina one month after cesarean delivery, raising suspicion of a vesicouterine fistula. Three months later, laparoscopic surgery was performed at Samarkand State Medical University, involving dissection of the fistulous tract and closure of the defect. As early as the seventh day after catheter removal, the patient regained voluntary and controlled urination. Follow-up ultrasound examinations at 1, 3, and 6 months confirmed the integrity of the uterine scar. No urine leakage or complaints from the urinary system were reported. This case demonstrates the effectiveness of a minimally invasive laparoscopic approach for vesicouterine fistula repair, ensuring favorable recovery and rapid return to normal life.

СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА: АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Джумаев Мухаммаджон Джасурович
Манатов Фирдавс Фахриддинович
Наigmatov Шамшод Камарович

Клинические ординаторы кафедры акушерства и гинекологии №1 Самаркандского
государственного медицинского университета

Тияявова С.А.

Научный руководитель: PhD, асс.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15602847>

ARTICLE INFO

Received: 26th May 2025

Accepted: 30th May 2025

Online: 31st May 2025

ABSTRACT

Свищи мочеполовой системы представляют собой частое осложнение акушерско-гинекологических вмешательств,



KEYWORDS

Мочеполовые свищи,
генитальные свищи,
пузырно-маточный
свищ,
лапароскопическая
фистулопластика.

среди которых преобладают сообщения между мочевым пузырём и влагалищем. Пузырно-маточные свищи выявляются значительно реже, что затрудняет их диагностику и последующее лечение. Настоящая работа включает аналитический обзор отечественных и зарубежных публикаций по данной теме, а также иллюстрируется описанием собственного клинического случая. У женщины 43 лет спустя месяц после родоразрешения через кесарево сечение началось произвольное выделение мочи через влагалище, что позволило заподозрить наличие пузырно-маточного свища. Спустя три месяца в клинике СамГМУ выполнено лапароскопическое вмешательство с рассечением свищевого хода и ушиванием дефекта. Уже на 7-й день после удаления катетера в уретре восстановилось самостоятельное и контролируемое мочеиспускание. Контрольные ультразвуковые обследования через 1, 3 и 6 месяцев подтвердили состоятельность маточного рубца. Отмечено отсутствие подтекания мочи и жалоб со стороны мочевыделительной системы. Представленный случай демонстрирует эффективность малоинвазивного лапароскопического доступа при коррекции пузырно-маточного свища, обеспечивая хорошее восстановление и быстрое возвращение пациентки к обычной жизни.

Введение. Патологическая связь между органами мочевыделительной и репродуктивной систем квалифицируется как мочеполовой свищ. Он может формироваться между уретрой и влагалищем (уретровагинальный), мочевым пузырем и влагалищем (пузырно-влагалищный), мочеточником и влагалищем (уретеровагинальный), либо между мочевым пузырем и полостью матки (пузырно-маточный свищ). Также возможны сложные анатомические варианты с вовлечением нескольких структур (например, уретеровезиковагинальные, пузырно-ректовагинальные свищи и др.) [1–3]. Наиболее характерным симптомом свищей является постоянное произвольное выделение мочи через влагалище. Основной причиной их образования является травматизация органов мочевой системы во время хирургических вмешательств, включая акушерские, гинекологические, урологические, онкологические и сосудистые операции. Согласно международным данным, около 25% женщин рожают путём кесарева сечения, при этом в 20% случаев наблюдаются послеоперационные осложнения, включая травмы мочевого пузыря, которые встречаются с частотой от 2 до 12% [4]. В странах с высоким уровнем медицины одной из частых причин свищей также является лучевая терапия злокачественных опухолей органов малого таза [5].



Мочеполовые свищи – это не только физическая, но и социальная и психологическая проблема. Постоянное подтекание мочи приводит к нарушениям интимной жизни, дисбиозу влагалища и развитию вторичной инфекции [6]. Пузырно-влагалищные свищи наиболее распространены и хорошо описаны: они сопровождаются постоянной утечкой мочи и диагностируются при осмотре, когда определяется отверстие на стенке влагалища, через которое поступает моча.

Особую диагностическую сложность представляют пузырно-маточные свищи — сообщения между полостью мочевого пузыря и полостью матки, откуда моча через цервикальный канал попадает во влагалище. Согласно классификации М. Jóźwik и соавт. (2000) [8], такие свищи подразделяются на три типа по клинической симптоматике: Тип I – отсутствие менструаций и менурии (выделение крови с мочой) циклического характера без утечки мочи; Тип II – регулярные менструации в сочетании с циклической менурией и недержанием мочи; Тип III – проявляется только недержанием мочи при сохраненных менструациях.

Для типов II и III характерно прохождение мочи из пузыря в матку и далее наружу через влагалище. Авторы подчеркивают важность термина «циклическая менурия», отражающего выделение менструальной крови с мочой, в отличие от «гематурии», где речь идет лишь о присутствии крови в моче [8]. Большинство пузырно-маточных свищей являются следствием кесарева сечения. В обзоре 1986–1997 гг. указывается, что 83% таких свищей развиваются как осложнение этой операции [9]. Механизмы их образования включают:

1. незамеченную интраоперационную травму мочевого пузыря,
2. наложение швов на стенку пузыря при ушивании матки,
3. ишемию тканей вследствие нарушенного кровоснабжения, особенно при многократных кесаревых сечениях [1, 9–12].

Также описаны редкие причины, включая продолжительные роды, щипцовое или вакуумное извлечение плода, ручное удаление плаценты после КС, операции на влагалище и матке, онкологические и инфекционные процессы, включая туберкулез и актиномикоз [1, 9, 12–13].

Диагноз может быть предположен при наличии сочетания произвольного мочеиспускания и постоянного выделения мочи через влагалище. Такой клинической картиной могут сопровождаться и уретеровезиковагинальные свищи. Для подтверждения диагноза применяются гинекологический осмотр, цистоскопия, МСКТ с контрастированием, а также рентгенологические методы [10, 26].

Имеются сообщения о необычных случаях. Например, у пациентки развилась замершая беременность внутри мочевого пузыря вследствие свища [27]; другой случай описывает 20-летнюю менурию до постановки диагноза [28].

Классические подходы к хирургическому лечению включают чреспузырный и лапаротомный доступы. В процессе вмешательства проводится ушивание дефектов матки и мочевого пузыря двухрядными абсорбируемыми швами. Основными недостатками открытых операций являются их травматичность и риск послеоперационных осложнений [2, 26]. Для профилактики рецидивов возможно



размещение сальника между органами [26]. Некоторые авторы отмечают эффективность совместных операций с участием гинеколога и уролога [29].

В литературе описаны отдельные случаи с необычным клиническим течением пузырно-маточных свищей. Так, V. Lesovoy и коллеги [27] описали редкий случай попадания плода в полость мочевого пузыря. У пациентки 39 лет при повторном кесаревом сечении произошло повреждение стенки мочевого пузыря, которое было своевременно диагностировано и ушито. Первоначально послеоперационный период протекал без осложнений, однако спустя три месяца появились признаки, характерные для образования свищевого хода между маткой и мочевым пузырем. Диагноз был верифицирован при цистоскопическом исследовании. Больной было предложено оперативное вмешательство, от которого она отказалась. При последующей беременности на сроке 11 недель у пациентки выявлена замершая беременность, локализованная внутри мочевого пузыря. УЗИ также подтвердило наличие пузырно-маточного свища. После подтверждения диагноза посредством цистоскопии, которая выявила свищ диаметром около 2 см, было проведено хирургическое лечение с положительным исходом.

Другой случай длительного незамеченного свища описан М. Keskin и соавт. [28], которые наблюдали пациентку с циклической менурией в течение двух десятилетий после второго кесарева сечения. Несмотря на неоднократные обращения за медицинской помощью (в общей сложности — четыре раза), диагноз пузырно-маточного свища был установлен лишь спустя 20 лет, что подчеркивает сложность диагностики и необходимость повышения настороженности клиницистов.

Традиционные методы хирургического лечения включают чреспузырный доступ (вскрытие мочевого пузыря с ушиванием свища) и лапаротомию с разделением и послойным ушиванием свищевого хода. Как правило, на матку и мочевой пузырь накладываются отдельные ряды швов с использованием рассасывающегося материала. Основным недостатком открытых вмешательств является их высокая травматичность, риск послеоперационных осложнений, включая образование грыж передней брюшной стенки. Тем не менее, лапаротомный доступ остается наиболее часто применяемым хирургическим методом лечения пузырно-маточных свищей [2]. В случаях, когда показана гистерэктомия, её выполняют одномоментно [26]. Если же матка сохраняется, целесообразно размещение между органами сальникового лоскута для профилактики рецидива свища [26].

Согласно литературным данным, наилучшие результаты оперативного лечения достигаются при совместной работе мультидисциплинарных бригад, включающих гинекологов и урологов [29]. Кроме того, описаны случаи консервативного ведения, включая спонтанное заживление свищевых ходов. В обзоре, представленном М. Jóźwik и соавт. [7], приведены данные о 29 эпизодах самопроизвольного закрытия свищей (исключая случаи, описанные в XIX веке), в том числе их собственное клиническое наблюдение. Доля подобных исходов составила около 5,1% от общего количества проанализированных случаев (41 из 796). При этом вероятность успешного исхода при выжидательной тактике существенно снижается при наличии симптомов недержания мочи [9].



Отечественные авторы, включая О.Б. Лорана и соавт. [37], указывают на отсутствие единых клинических подходов к выбору сроков оперативного вмешательства, определению метода доступа и технике операции, а также к ведению послеоперационного периода у пациенток с пузырно-маточными свищами. Существенную роль играют также оснащённость лечебного учреждения и уровень подготовки хирургов.

В литературе описаны случаи самопроизвольного заживления свищей, составляющие около 5% [7, 9]. Однако вероятность излечения снижается при наличии недержания мочи.

Женщина 43 лет спустя месяц после кесарева сечения столкнулась с постоянной утечкой мочи при сохранённой способности к самостоятельному мочеиспусканию. Первоначально состояние расценено как стрессовое недержание, но при осмотре предположен пузырно-влагалищный свищ. Пациентка обратилась за консультацией в многопрофильную клинику СамГМУ, где после анализа анамнеза и исключения свища влагалища заподозрили пузырно-маточную форму. МСКТ с контрастированием подтвердила наличие свищевого хода между полостью матки и мочевым пузырем.

Через три месяца пациентке выполнена лапароскопическая операция. Доступ получен стандартным способом с установкой троакаров. В ходе вмешательства в области свища отмечено воспаление. После рассечения пузырно-маточной складки и выделения тканей произведено вскрытие мочевого пузыря и передней стенки матки, ушивание дефектов двухрядными швами. Контрольный осмотр слизистой мочевого пузыря дополнительных свищей не выявил. На седьмые сутки после удаления катетера восстановилось нормальное мочеиспускание.

УЗИ в контрольные сроки (1, 3 и 6 месяцев) подтвердили состоятельность шва. Пациентка не испытывала дискомфорта, моча не подтекала. Клинический пример иллюстрирует эффективность малоинвазивного метода лечения данной патологии и возможность ранней реабилитации.

Заключение. Пузырно-маточные свищи – редкая, но значимая патология, чаще всего возникающая после кесарева сечения. При невозможности избежать травмы мочевого пузыря во время операции, в случае формирования свища рекомендуется отсроченное (через 3–4 месяца) хирургическое вмешательство. Наиболее предпочтительным методом является лапароскопический доступ, позволяющий минимизировать травматизацию и обеспечить высокую эффективность лечения. Успешное ушивание требует соблюдения временного интервала, аккуратной работы с тканями, избегания электрохирургии, сохранения функционального объема пузыря и выполнения пластики с использованием рассасывающихся швов. Лапароскопическая коррекция позволяет сократить госпитализацию и восстановительный период.

References:

1. Nouira Y, Feki W, Rhouma SB, et al. Vesicouterine fistula as a complication of forceps delivery: a case report. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16 (6): 512–4. DOI: 10.1007/s00192-005-1288-3



2. Kaaki B, Gyves M, Goldman H. Spontaneous intrapartum vesicouterine fistula. *Obstet Gynecol* 2006; 107 (2 Pt 2): 449–50. DOI: 10.1097/01.AOG.0000164053.46449.46
3. Majeed SM, Subhani SS. An unusual case of Youssef's syndrome (vesicouterine fistula) and its relationship with placenta percreta. *J Coll Physicians Surg Pak* 2007; 17 (3): 168–9.
4. Rakhimovna K. D., Khamzaevna K. Z. CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PREGNANT WOMEN: A COMPREHENSIVE REVIEW //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2024. – Т. 5. – №. 1. – С. 35-39.
5. Triche E.W., Hossain N., Paidas M.J. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. // *Clin Obstet Gynecol.* — 2022. — Vol. 65(1). — P. 76–85.
6. Баринов В.С., Адамян Л.В., Сухих Г.Т. Акушерство. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 1088 с.
7. Кобилова З. Х., Худоярова Д. Р. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИДИОПАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2024. – Т. 5. – №. 1. – С. 50-55.
8. Józwick M, Józwick M, Lotocki W. Vesicouterine fistula – an analysis of 24 cases from Poland. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 57 (2): 169–72. DOI: 10.1016/S0020-7292(97)02837-3.
9. Machado Junior RA, Machado Junior LC, Lourenço LLE. Vesicouterine Fistula (Youssef Syndrome): Case Report and Literature Review. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018; 40 (9): 563–9. DOI: 10.1055/s-0038- 1666998
10. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Гвоздев М.Ю. Мочеполовые свищи. *Рус. мед. журн.* 2013; 34: 2–8 [Pushkar' D.Iu., Rasner P.I., Gvozdev M.Iu. Mochepolovye svishchi. *Rus. med. zhurn.* 2013; 34: 2–8 (in Russian)].
11. Буянова С.Н., Юдина Н.В., Барто Р.А. Редкие осложнения кесарева сечения – пузырьно-маточные свищи. *Рос. вестн. акушера-гинеколога.* 2018; 18 (3): 83–7 [Buianova S.N., Iudina N.V., Barto R.A. Redkie oslozhneniia kesareva secheniia – puzyrno-matochnye svishchi. *Ros. vestn. akushera-ginekologa.* 2018; 18 (3): 83–7 (in Russian)].
12. Berek JS. Berek and Novak's Gynecology. 15th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins, 2012. 6. Смирнова Т.А., Новодворская О.Д. Генитальные свищи в практике акушера-гинеколога. *Медицинский журн.* 2016; 2: 145–8 [Smirnova T.A., Novodvorskaia O.D. Genital'nye svishchi v praktike akushera-ginekologa. *Meditinskii zhurn.* 2016; 2: 145–8 (in Russian)]
13. Кулаков В.И., Курцер М.А., Мартюшова Е.Ф. Невынашивание беременности: современный взгляд на проблему. // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2021. — Т. 20, №3. — С. 14–20.
14. Шопулов Ш., Абсаматов Ш., Холдоров И. ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТРУЗОРА: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2022. – Т. 2. – №. 6. – С. 409-411.
15. Шопулова З. А., Худоярова Д. Р. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 4.



16. Шопулотова З. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ //Международный вестник медицинских наук и клинических исследований. – 2023. – Т. 3. – No 8. – С. 22-25.