

УДК 617-089.844:616.711.8-089:618.15-007.253

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ**¹Карташев А.А., ²Смолькина А.В., ²Макаров С.В., ²Дёмин В.П.,
^{1,2}Барбашин С.И., ²Мидленко И.И.**¹ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», Ульяновск, e-mail: alexandermd@yandex.ru;²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru

Цель: Оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пациенток с ректовагинальными свищами прямой кишки. В исследование включено 5 пациенток с диагнозом «ректовагинальный свищ» оперированных в ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», где располагается клиника медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета, в 2016–2017 гг. Всем пациенткам производилось иссечение свища с раздельным ушиванием влагалища, ректовагинальной перегородки и устранением внутреннего отверстия свища путем низведения полнослойного лоскута прямой кишки. Среднее время оперативного пособия составило $58,8 \pm 9,4$ минуты. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 1 (20,0%) пациентки и были представлены рефлексорной задержкой мочи в первые сутки после операции, которая разрешилась самостоятельно, у 1 (20%) пациентки возникло кровотечение после отторжения лигатуры, которое купировано консервативными методами. Случаев нагноения ран и некроза низведенного лоскута не наблюдалось. Выводы. 1. Ректовагинальные свищи являются достаточно редкими (по данным нашего наблюдения они составили 4,9% случаев), но наиболее сложными из свищей прямой кишки. 2. Этиологическими факторами в развитии ректовагинальных свищей являются: осложнения во время родов (40%), острый парапроктит (40%) и травма (20%). 3. Ранние послеоперационные осложнения были представлены рефлексорной задержкой мочи 1 (20%) и кровотечением 1 (20%) случай. 4. К поздним осложнениям можно отнести формирование анальной трещины на месте низведенного лоскута (рецидива свища не наблюдалось) в 1 случае (20%). 5. За время послеоперационного наблюдения за пациентками рецидивов свищей не наблюдалось, случаев анальной инконтиненции не было.

Ключевые слова: ректовагинальные свищи, проктопластика ректовагинальных свищей**EXPERIENCE OF TREATMENT OF RECTOVAGINAL FACILITIES****¹Kartashev A.A., ²Smolkina A.V., ²Makarov S.V., ²Demin V.P.,
^{1,2}Barbashin S.I., ²Midlenko I.I.**¹UZ «Ulyanovsk Regional Clinical Center of Specialized Types of Medical Care named after the Honored Doctor of Russia E.M. Chuchkalov», Ulyanovsk, e-mail: alexandermd@yandex.ru;²Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, e-mail: smolant1@yandex.ru

Objective: To evaluate the immediate and long-term results of surgical treatment of patients with rectovaginal fistulas of the rectum. The study included 5 patients diagnosed with rectovaginal fistula operated by the «Ulyanovsk Regional Clinical Center of Specialized Types of Medical Care named after the Honored Doctor of Russia E.M. Chuchkalov», where the clinic of the medical faculty is located. T.Z. Biktimirov Ulyanovsk State University in 2016–2017 g. All patients underwent fistula excision with separate suturing of vagina, rectovaginal wall and using of endorectal advancement flap. The average time of the operational was 58.8 ± 9.4 minutes. Early postoperative complications arose in 1 (20.0%) of the patient and were represented by urinary retention in the first day after the operation, which was resolved independently. Cases of suppuration of wounds and necrosis of the reassembled flap were not observed. Conclusions. 1. Rectovaginal fistulas are quite rare (according to our observation they were 4.9% of cases), but the most complex of fistulas of the rectum. 2. Etiological factors in the development of rectovaginal fistulas are: complications during childbirth (40%), acute proctitis (40%) and trauma (20%). 3. Early postoperative complications were represented by urinary retention of 1 (20%) and bleeding 1 (20%) case. 4. To late complications can be attributed the formation of an anal fissure on the site of the reassembled flap (no recurrence of the fistula) in 1 case (20%). 5. During the postoperative follow-up of patients, no fistula recur.

Keywords: rectovaginal fistulas, segmental proctoplasty

Ректовагинальные свищи являются самыми редкими, но и самыми сложными свищами прямой кишки [1, 2]. По литературным данным, они составляют около 5% среди всех свищей прямой кишки [3–5]. Этиологическими факторами формирования ректовагинальных свищей являются: родовая травма, острый парапроктит, воспалительные заболевания толстой кишки, последствия лучевого лечения опухолей ор-

ганов малого таза, осложнения операции на органах малого таза и травмы, болезнь Крона с повреждением сигмовидной и прямой кишок [2, 5–7].

Наиболее часто патологический процесс локализуется в нижних отделах влагалища (ановестибулярные свищи) и реже встречается, в средних и верхних отделах ректовагинальной перегородки, вплоть до самой шейки матки [8, 9].

Хотя данное заболевание, согласно международной классификации болезней, относится к блоку болезней женской половой системы (N-82), лечение данной патологии проводится преимущественно колопроктологами [10].

Хирургическое лечение ректовагинальных свищей сопряжено с множеством трудностей, что связано с особенностями анатомического строения сфинктеров прямой кишки (свищевой ход чаще всего следует экстрасфинктерно) и ректовагинальной перегородки (наличие рубцов, деформация и др.) [11]. Все это обуславливает высокий риск рецидива заболевания, составляющий от 20 до 70% [1, 3]. Основными причинами рецидивов ректовагинальных свищей являются: нагноения ран, неправильный выбор метода операции, технические трудности, обусловленные локализацией свища и массивным поражением тканей промежности [9, 11].

Несмотря на различные виды хирургического лечения рецидивных ректовагинальных свищей с применением местных тканей, со смещением мышц или с использованием искусственной сетки, эта патология представляет собой проблему и для хирургов, и для пациенток [12]. И основным условием для выполнения операции иссечения свища с ушиванием свищевых отверстий в стенках прямой кишки и влагалища является адекватная мобилизация передней стенки прямой кишки и задней стенки влагалища [13].

Таким образом, хирургическое лечение ректовагинальных свищей представляет, до настоящего времени не решенную проблему колопроктологии.

Цель исследования

Оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пациенток с ректовагинальными свищами.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 5 пациенток с диагнозом «ректовагинальный свищ», оперированных в государственном учреждении здравоохранения «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», где располагается клиника медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета в 2016–2017 гг.

Все пациентки, поступившие в отделение, предъявляли жалобы на выделение гноя с каловым запахом из влагалища (выделение кала наблюдалось только в 1 случае – когда диаметр свищевых ходов был более 1 см), рецидивирующие кольпиты и вагиниты.

Всем пациенткам в дооперационном периоде выполнялся комплекс лабораторных анализов в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Дополнительные методы исследования включали: аноскопию, ректороманоскопию, влагалищное исследование, кольпоскопию, трансанальное и трансагинальное ультразвуковое исследование.

При этом определялось положение свищевых отверстий во влагалище и прямой кишке, а также наличие (или отсутствие) гнойных затеков и их локализации относительно анатомических структур промежности, по возможности прослеживался ход свища. Такое комплексное предоперационное обследование позволяет получить полное представление об анатомических особенностях в каждом отдельном случае и облегчить проведение операции.

Целью оперативного лечения явилось радикальное иссечение ректовагинальных свищей. Всем пациенткам производилось иссечение свища с раздельным ушиванием влагалища, ректовагинальной перегородки и устранением внутреннего отверстия свища путем низведения полнослойного лоскута прямой кишки.

Операция проводится на гинекологическом кресле в положении как для промежностной литотомии. После проведения анестезии производится трехкратная обработка влагалища, промежности и прямой кишки растворами антисептиков, после чего малые половые губы фиксируются к коже для лучшей визуализации операционного поля.

Операция включает в себя следующие этапы.

На первом этапе производится зондирование и прокрашивание свищевых ходов биологически безвредным красителем. Так как отверстие хода во влагалище обнаруживается наиболее просто, то мы во всех случаях начинали прокрашивать ход через него. После введения красителя, с помощью ректального зеркала, определяется положение внутреннего свищевых отверстий, которое чаще всего располагается на передней полуокружности прямой кишки.

На втором этапе производится гидропрепаровка влагалища 0,5% раствором новокаина в смеси с адреналином с целью снижения кровотока хорошо васкуляризованных тканей влагалищной стенки. После этого со стороны влагалища производится рассечение его слизистой оболочки вокруг свищевых ходов, отступив от него 1–2 см влево и вправо и 2–4 см выше и ниже, формируется разрез, по форме напоминающий веретено.

Отсепарованный лоскут вместе с отверстием свища оттягивается в сторону и производится выделение свищевых ходов и его затеков до стенки прямой кишки. Для облегчения выделения можно использовать проведенный через ход пуговчатый зонд, который помогает не «потерять» и не пересечь свищевой ход в тканях промежности.

После того как ход выделен до стенки прямой кишки и осуществлен гемостаз, со стороны прямой кишки производится ушивание внутреннего отверстия узловыми швами – держалками, которые могут на последнем этапе операции и будут препятствовать контаминации мягких тканей промежности.

Со стороны влагалищной раны производится иссечение свищевых ходов на уровне кишечной стенки, после чего рана послойно ушивается узловыми швами из рассасывающегося материала (Vicryl, USP 3-0). Сначала ушиваются mm. levator ani, а над ним стенка влагалища. При этом необходимо добиться того, чтобы линии швов на мышцах и слизистой оболочке влагалища были смещены относительно друг друга, что будет препятствовать возможному рецидиву хода при несостоятельности швов.

Следующий этап осуществляется со стороны прямой кишки. В прямую кишку вводится ректальное зеркало. Затем, используя ранее наложенные швы-держалки, визуализируется внутреннее свищевое отверстие.

Производится гидропрепаровка слизисто-подслизистого слоя прямой кишки 0,5% раствором новокаина в смеси с адреналином, после чего производится отсепаровка полнослойного лоскута прямой кишки, окаймляющего внутреннее свищевое отверстие. Для сохранения жизнеспособности лоскута ему придают трапециевидную форму с широким основанием, обращенным вглубь и шириной не менее $\frac{1}{4}$ окружности прямой кишки.

Отсепарованный лоскут низводят до тех пор пока внутреннее отверстие не выйдет за пределы ложа лоскута, после чего избыток слизистой, вместе с внутренним отверстием, отсекается, а сам лоскут фиксируется узловыми швами из рассасывающегося материала (Vicryl, USP 3-0) по всему его периметру.

После этого производится тампонада влагалища и прямой кишки турундами с антисептиком.

Результаты исследования и их обсуждение

В государственном учреждении здравоохранения «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», где располагается клиника медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета в 2016–2017 гг. всего было прооперировано 102 пациента со свищами прямой кишки, из них оперировано 5 пациенток с диагнозом «ректовагинальный свищ», что составило всего 4,9%.

Пациентки были в возрасте от 31 до 51 года (средний возраст $38,8 \pm 7,9$ лет), то есть в трудоспособном возрасте.

В 2 случаях причиной возникновения свища были травматичные роды, сопровождающиеся разрывами промежности и прямой кишки; у 2 пациенток – острый парапроктит, и у одной женщины ректовагинальный свищ возник в результате травмы во время полового акта (таблица).

Этиология ректовагинальных свищей

Причины	Количество	
	Абс. число	%
Травматичные роды	2	40,0
Острый парапроктит	2	40,0
Травма во время полового акта	1	20,0
Всего	5	100

Клинические примеры.

Пациентка 34 лет через 2 месяца после травматичных родов с разрывом промежности стала предъявлять жалобы на выделение слизи и гноя из влагалища, лечилась у гине-

колога по поводу гнойного кольпита, прошла несколько курсов антибактериальной терапии, которые эффекта не принесли, на 6 месяц с начала появления симптомов пациентка была направлена к колопроктологу. При ректальном исследовании на передней полуокружности прямой кишки было обнаружено свищевое отверстие диаметром около 3 мм, при зондировании которого выявлен ректовагинальный свищ, открывающийся в преддверии влагалища в глубине одной из складок диаметром около 2 мм, что затрудняло его нахождение при влагалищном исследовании. Этот случай показывает необходимость доопытного ректального исследования у пациенток с не поддающимися лечению воспалительными заболеваниями влагалища. Кроме того, показательное отсутствие таких классических симптомов ректовагинального свища, как выделение кала и газов из влагалища, что связано с небольшим диаметром хода.

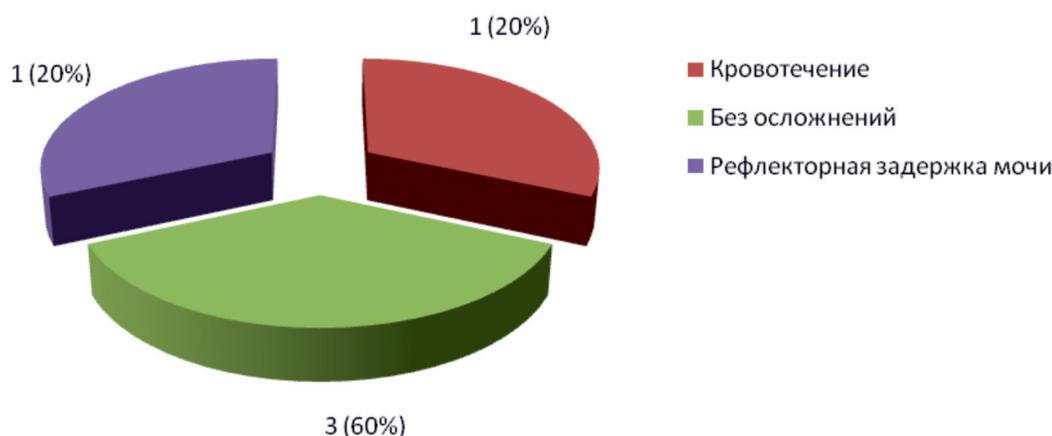
Пациентка 58 лет перенесла острый парапроктит, локализованный на передней полуокружности прямой кишки. С момента начала заболевания пациентка длительное время (около недели) не обращалась за медицинской помощью, а когда обратилась, то парапроктит не был распознан и своевременно вскрыт, при этом была назначена антибактериальная терапия. На 10–13 день болезни произошло самопроизвольное вскрытие абсцесса во влагалище, после чего пациентка отметила улучшение своего состояния, но в течение месяца сформировался ректовагинальный свищ.

Пациентка 41 года во время анального полового акта почувствовала сильные боли в прямой кишке и резко появившиеся кровянистые выделения из влагалища. Тут же вызвала скорую помощь и была доставлена в наше учреждение. Осмотрена гинекологом и колопроктологом – был диагностирован разрыв прямой кишки и влагалища. Пациентке была наложена сигмостома и произведено ушивание разрыва. Наложение колостомы в случае подобных травм является обязательным так как в противном случае заживление раны становится невозможным. В течение месяца рана зажила, но сформировался ректовагинальный свищ диаметром около 1 см, что потребовало его пластического закрытия.

Все 5 свищей были экстрасфинктерными и открывались в преддверие влагалища.

Всем пациенткам операция выполнялась под спинномозговой анестезией.

В качестве оперативного пособия во всех случаях применялось иссечение свища с отдельным ушиванием влагалища, ректовагинальной перегородки и устранением внутреннего отверстия свища с низведением полнослойного лоскута прямой кишки.



Наличие послеоперационных осложнений

Среднее время оперативного пособия составило $58,8 \pm 9,4$ минуты.

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 1 (20%) пациентки и были представлены рефлекторной задержкой мочи в первые сутки после операции, которая разрешилась самостоятельно (рисунок). Мы рутинно не применяли постоянную катетеризацию мочевого пузыря во время и после операции в связи с риском возникновения послеоперационного цистита.

Антибактериальную терапию в послеоперационном периоде не применяли.

В послеоперационном периоде 2 раза в день выполнялась перевязка с санацией влагаллица и послеоперационной раны с обработкой раствором антисептика (водный раствор хлоргексидина).

У 1 (20%) пациентки на 12 сутки послеоперационного периода возникло кровотечение из раны прямой кишки, которое было связано с отторжением шва лоскута прямой кишки (рисунок). Оно было купировано тампонадой ануса мазевым тампоном (мазь «Левомеколь») на 4 часа и в последующем не возобновлялось.

Случаев нагноения ран и некроза низведенного лоскута не наблюдалось.

Раны ушивались рассасывающимися швами нитями и не снимались. Нити во влагаллице самостоятельно отторгались в среднем через 17–18 дней, в прямой кишке через 10–14 дней.

Средний срок наблюдения за пациентами после операции составил $11,4 \pm 4,2$ месяцев. За данный период рецидивов свища не отмечено, не было выявлено и недостаточности анального сфинктера, однако у 1 пациентки на месте раны прямой кишки через 3 месяца сформировалась передняя анальная тре-

щина, которая была иссечена. Рана зажила, и пациентка поправилась. Случаев анальной инконтиненции не наблюдалось.

Выводы

1. Ректовагинальные свищи являются достаточно редкими (по данным нашего наблюдения они составили 4,9% случаев), но наиболее сложными из свищей прямой кишки.

2. Этиологическими факторами в развитии ректовагинальных свищей являются: осложнения во время родов (40%), острый парапроктит (40%) и травма (20%).

3. Ранние послеоперационные осложнения были представлены рефлекторной задержкой мочи 1 (20%) и кровотечением 1 (20%) случаев.

4. К поздним осложнениям можно отнести формирование анальной трещины на месте низведенного лоскута (рецидива свища не наблюдалось) в 1 случае (20%).

5. За время послеоперационного наблюдения за пациентками рецидивов свищей не наблюдалось, случаев анальной инконтиненции не было.

Список литературы

1. Ривкин В.Л. Колопроктология: руководство для врачей / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Е.А. Белоусова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 368 с.
2. Takagi C., Baba H., Yamafuji K., Asami A., Takeshima K., Okamoto N., Takahashi H., Kubochi K. Simultaneously Diagnosed and Successfully Treated Rectovaginal and Vesicovaginal Fistulae after Low Anterior Resection with Concomitant Resection of Female Genitalia // Case Reports in Gastroenterology. – 2017. – № 11. – P. 17–22.
3. Шельгин Ю.А. Справочник по колопроктологии / Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.: Литтера, 2014. – 606 с.
4. Грошили В.С. Значение индивидуального подхода в выборе тактики лечения ректовагинальных свищей /

- В.С. Грошили, Е.В. Чернышова, Л.В. Узунян // Медицинский вестник Юга России. – 2016. – № 2. – С. 47–50.
5. Gallo G., Realis Luc A., Clerico G., Trompetto M. Martius flap for recurrent perineal and rectovaginal fistulae in a patient with Crohns disease, endometriosis and a mullerian anomaly // *BMC Surgery*. – 2017. – № 21. <https://doi.org/10.1186/s12893-017-0309-8>.
6. Zheng H., Guo T., Wu Y., Li C., Cai S., Liu F., Xu Y. Rectovaginal fistula after low anterior resection in Chinese patients with colorectal cancer // *Oncotarget*. – 2017. – № 8. – P. 73123–73132.
7. Семирджаниянц Э.Г. Хирургическое лечение больных с лучевыми свищами при раке шейки матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2015. – 24 с.
8. Ommer A., Herold A., Berg E. S3-Leitlinie: Rectovaginal Fisteln // *Coloproctology*. – 2012. – Vol. 34. – P. 211–246.
9. Грошили В.С. Оптимизация выбора метода операции при ректовагинальных свищах / В.С. Грошили, Е.В. Чернышова // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. – 2016. – № 1(57). – С. 132–136.
10. Клинические рекомендации. Колопроктология. Ректовагинальные свищи / Под редакцией Ю.А. Шельгина. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. – С. 108–125.
11. Черкасов М.Ф. Преимущества оригинального метода хирургического лечения сложных ректальных свищей / М.Ф. Черкасов, В.С. Грошили, Д.М. Черкасов, Ю.М. Старцев С.Г. Меликова, К.М. Галашокаян // *Колопроктология*. – 2017. – № 3 (61). – С.46–47.
12. Lee S.G., Lee Y.S., Song S.Y., Lee W.J., Lee D.W. Double-Sided Folded Internal Pudendal Artery Perforator Flap for the Repair of a Recurrent Rectovaginal Fistula // *Archives of Plastic Surgery*. – 2017. – № 27. <https://doi.org/10.5999/aps.2017.00269>.
13. Бапиев Т.А. Ректовагинальные свищи-перспективы хирургического лечения / Т.А. Бапиев, Э.Ш. Султанов // *Вестник хирургии Казахстана*. – 2012. – № 2. – С. 50–54.