

УДК [616.351+618.15]-007.253-089
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-5-62-65

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

А.М. Мадаминов, Ы.А. Бектенов, А.Ю. Айсаяев, Б.Т. Арбышев

Аннотация. Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных с ректовагинальными свищами путем дифференцированного подхода к выбору методики оперативного вмешательства. Материалом данного исследования стали результаты обследования и хирургического лечения 46 больных с ректовагинальными свищами. Из 46 больных у 28 (60,8 %) пациенток был низкий ректовагинальный свищ, т. е. свищ располагался не выше трех сантиметров от края заднего прохода, а у 18 (39,2 %) был ректовагинальный свищ среднего уровня, т. е. свищ располагался от трех сантиметров до шести сантиметров от края заднего прохода. 7 (15,3 %) женщинам произведена операция – иссечение свища в просвет прямой кишки, 21 (45,6 %) женщине осуществлена операция – ликвидация свища с низведением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки, а 18 (39,1 %) пациенткам произведена операция – иссечение свища с леватеропластикой влагалищным доступом. Анализ результатов хирургического лечения ректовагинальных свищей показал, что дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства при этой патологии в зависимости от уровня его расположения от края заднего прохода позволяет значительно уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Ключевые слова: прямая кишка; влагалище; ректовагинальный свищ; хирургическое лечение.

КӨТӨН ЧУЧУК-КЫН ИРИНДҮҮ ТҮТҮКЧӨЛӨРҮН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫГЫ

А.М. Мадаминов, Ы.А. Бектенов, А.Ю. Айсаяев, Б.Т. Арбышев

Аннотация. Бул изилдөөнүн максаты – хирургиялык кийлигишүү ыкмасын тандоодо дифференцирленген жол аркылуу көтөн чучук-кын ириңдүү түтүкчөсү бар бейтаптарды дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу болуп саналат. Бул изилдөөнүн материалы көтөн чучук -кын ириңдүү түтүкчөсү бар 46 бейтапты текшерүүнүн жана хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы болгон. 46 бейтаптын ичинен, 28 (60,8 %) бейтаптын көчүк-кын ириңдүү түтүкчөсүн төмөнкү деңгээлде болгон, башкача айтканда, ириңдүү түтүкчөсү көтөн чучуктун четинен үч сантиметрден жогору эмес жерде жайгашкан, ал эми 18 (39,2 %) бейтаптын көтөн чучук -кын ириңдүү түтүкчөсү ортоңку деңгээлде болгон, башкача айтканда, ириңдүү түтүкчөсү көтөн чучуктун четинен үч сантиметрден алты сантиметрге чейин жайгашкан. 7 (15,3 %) аялга жаракатты ачык калтыруу менен көтөн чучуктун ичиндеги ириңдүү түтүкчөсүн кесип алуу операциясы жасалды, 21(45,6 %) бейтапка көтөн чучуктун былжырлуу лоскутун ылдый тартып түшүрүү менен ириңдүү түтүкчөсүн жок кылуу операциясы жасалды, ал эми 18 (39,1 %) бейтапка вагиналдык кирүү жолу менен леватеропластика операциясы жасалып, ириңдүү түтүкчөсү алынды. Көтөн чучук -кын ириңдүү түтүкчөсүнүн хирургиялык кийлигишүү жыйынтыктарын талдоо жүргүзүү көрсөткөндөй, көтөн чучук -кын ириңдүү түтүкчөсүнүн көтөн чучуктун ичинде жайгашуу деңгээлине жараша дифференциалдап жасоо, операциядан кийинки кабылдоолордун жана оорунун кайталануусун санын кыйла азайтат.

Түйүндүү сөздөр: көтөн чучук; кын; көтөн чучук-кын ириңдүү түтүкчөсү; хирургиялык дарылоо.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECTOVAGINAL FISTULAS

A.M. Madaminov, Y.A. Bektenov, A.Yu. Aisayev, B.T. Arbyshev

Abstract. The aim of this study is to improve the results of treatment of patients with rectovaginal fistulas by taking a differentiated approach to the choice of surgical technique. The material of this study was the results of examination and surgical treatment of 46 patients with rectovaginal fistulas. There was in 28 (60.8 %) of 46 patients a low rectovaginal fistula, that is, the fistula was located no higher than three centimeters from the edge of the anus, and 18 (39.2 %) had a rectovaginal fistula of the middle level, that is, the fistula was located from three centimeters to six centimeters from

the edge of the anus. To 7 (15.3 %) women underwent surgery-excision of the fistula into the lumen of the rectum, to 21 (45.6 %) women underwent surgery-elimination of the fistula with bringing down the muco-submucosal flap of the rectum, and to 18 (39.1 %) women underwent operation – excision of the fistula with levateroplasty by vaginal access. Analysis of the results of surgical treatment of rectovaginal fistulas showed that a differentiated approach to the choice of surgical intervention for this pathology, depending on the level of its location from the edge of the anus, can significantly reduce the number of postoperative complications and relapses of the disease.

Keywords: rectum; vagina; rectovaginal fistula; surgical treatment.

Введение. Ректовагинальный свищ – это свищ между просветами прямой кишки и влагалища [1–3]. Наиболее частые причины ректовагинальных свищей – патологические роды и воспалительные осложнения оперативных пособий во время родовспоможения. Сравнительно реже ректовагинальные свищи возникают вследствие ранения стенки прямой кишки при выполнении различных операций на органах малого таза, спонтанного вскрытия острого парапроктита в просвет влагалища, травматического повреждения ректовагинальной перегородки [1–4].

Послеродовые и послеоперационные ректовагинальные свищи носят губовидный характер. У 1/3 пациенток ректовагинальные свищи образовались после травм и острого парапроктита бывают трубчатыми [1–4].

Удельный вес ректовагинальных свищей в общей структуре проктологических заболеваний составляет 2,6–2,7 % [1], а из всех генитальных свищей в 49,3 % наблюдений встречаются кишечно-генитальные свищи, среди которых ректовагинальные свищи составляют 59,1 % [5].

Больные ректовагинальными свищами жалуются на выделение газов и кала из влагалища. Эти больные иногда жалуются на выделения гноя из влагалища, дизурию, боль в промежности, невозможность осуществления половых контактов. Кроме того, каждая четвертая пациентка отмечает недостаточность анального сфинктера [2, 3].

Различают три вида ректовагинальных свищей:

- 1) *низкие ректовагинальные свищи*, которые возникают не выше 3-х сантиметров от края заднего прохода;
- 2) *ректовагинальные свищи среднего уровня*, которые располагаются от 3-х сантиметров до 6 сантиметров от края заднего прохода;
- 3) *высокие ректовагинальные свищи*, когда свищ находится на расстоянии 6 сантиметров и выше от края заднего прохода [1–3].

Наиболее часто встречаются ректовагинальные свищи низкого и среднего уровней [6].

Для диагностики ректовагинальных свищей применяются пальцевое исследование прямой кишки, осмотр влагалища в зеркалах с использованием пуговчатого зонда, бимануальное исследование, проба с красителем, фистулография, осмотр ректальным зеркалом, ректороманоскопия и при необходимости колоноскопия и ирригоскопия [1, 5].

Единственным методом радикального лечения ректовагинальных свищей является хирургический, но ликвидация ректовагинальных свищей является довольно сложной задачей [7–10].

Для выбора метода операции необходимо оценить этиологию ректовагинального свища, расстояние его положения от края заднего прохода, взаимоотношение дефекта или свищевого хода с мышечным аппаратом жома, выраженность рубцового перипроцесса, функциональное состояние замыкательного аппарата прямой кишки [1–3, 10].

При наличии гнойного перипроцесса приходится наложить превентивную колостому и только через 2–3 месяца осуществлять радикальное хирургическое вмешательство по поводу ректовагинального свища [1–3].

В настоящее время при ректовагинальных свищах используются три вида оперативного доступа: влагалищный, промежностный и прямокишечный [1–4].

Несмотря на то, что разработано много методик оперативного вмешательства при ректовагинальных свищах, до сих пор рецидивы заболевания после операции наблюдаются у 4,3–40 % больных, а недостаточность сфинктера прямой кишки развивается у 6,6–20 % женщин [1–4].

Причинами рецидива заболевания являются нагноения послеоперационной раны, неправильный выбор методики операции, технические трудности, обусловленные локализацией свища

и массивным поражением тканей промежности [2, 3].

Вышеизложенное показывает, что до сих пор универсального способа оперативного вмешательства, применяемого при ректовагинальных свищах и учитывающего все критерии данного заболевания, не существует, поэтому поиски путей, направленных на использование существующих оперативных методов дифференцировано являются актуальным.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных с ректовагинальными свищами путем дифференцированного подхода к выбору методики оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. В отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2000–2021 годы на стационарном лечении находились 46 больных с ректовагинальными свищами.

Из 46 больных у 28 (60,8 %) пациенток был низкий ректовагинальный свищ, т. е. свищ располагался не выше трех сантиметров от края заднего прохода, а у 18 (39,2 %) был ректовагинальный свищ среднего уровня, т. е. свищ располагался от трех сантиметров до шести сантиметров от края заднего прохода.

Возраст женщин колебался от 21 до 40 лет, т. е. все пациентки были в трудоспособном возрасте. Некоторые пациентки при поступлении в отделение жаловались на выделение газов и кала из влагища, другие – на выделение из влагища гноя с каловым запахом. Из 46 женщин причиной возникновения свища у 36 (82,6 %) пациенток были травматичные роды, сопровождавшиеся разрывами промежности и прямой кишки, а у 7 (15,3 %) женщин – перенесенный острый парапроктит, у одной (2,1 %) пациентки ректовагинальный свищ возник в результате травмы во время полового акта. Для установления диагноза нами осуществлены, кроме общеклинических исследований, осмотр гинеколога с оценкой микрофлоры влагища, исследование прямой кишки, вагинальное и бимануальное исследование, сфинктерометрия, аноскопия, ректороманоскопия, фистулография, эндоректальное и вагинальное ультразвуковое исследование.

Из 46 пациенток интрасфинктерный ход свища выявлен в 7 (15,3 %), трансфинктер-

ный – в 21 (45,6 %) и экстрасфинктерный в 18 (39,1 %) случаях. При необходимости в предоперационном периоде проводили санацию влагища антисептиками. При ректовагинальных свищах нами были применены три вида оперативных вмешательств: У больных перенесших острый парапроктит применили операцию иссечения свища в просвет прямой кишки. У больных с низкими ректовагинальными свищами осуществляли ликвидацию свища с низведением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки, а при ректовагинальных свищах среднего уровня применяли операцию иссечения свища с леватеропластикой влагищным доступом.

У 7 (15,3 %) женщин, перенесших острый парапроктит, был интрасфинктерный свищ без признаков инконтиненции. У этих пациенток произведена операция иссечения свища в просвет прямой кишки. Свищевой ход рассекали на желобоватом зонде и производили экономное иссечение рубцовых тканей и внутреннего отверстия. Рана заживала вторичным натяжением.

Ликвидация свища с низведением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки была осуществлена 21 (45,6 %) женщине с трансфинктерным свищом. Операцию производили дугообразным разрезом кожи и подкожной клетчатки от 3-х до 9 часов по циферблату на расстоянии 0,5 сантиметров от кожно-слизистого края заднего прохода. Острым путем слизисто-подслизистый слой кишки мобилизовали на 1,5–2,0 см выше свища с его пересечением после иссечения влагищной части свища. Рана влагища ушивалась длительно рассасывающимся шовным материалом. Мобилизованную часть слизисто-подслизистого слоя кишки низводили за пределы раны и фиксировали узловыми швами к краям раны также длительно рассасывающимся шовным материалом. При этом внутреннее отверстие свища оказывалось ниже этих швов. На 14-й день отсекали низведенную часть слизисто-подслизистого слоя прямой кишки.

У 18 (39,1 %) женщин ректовагинальный свищ располагался экстрасфинктерно, т. е. свищи были среднего уровня, была произведена операция – иссечение свища влагищным доступом с леватеропластикой: осуществляли иссечение треугольного лоскута влагища с удалением внутреннего и наружного

отверстий свища. После экономного иссечения рубцов монофильной ниткой ушивали внутреннее отверстие свища в стенке прямой кишки. Потом осуществляли переднюю леватеропластику для создания естественной “прокладки” – разграничения между двумя органами. После чего ушивали рану влагалища длительно рассасывающийся нитью.

Результаты лечения и их обсуждение. В сравнительном аспекте изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных ректовагинальными свищами. Среди пациенток, которым выполнена операция – иссечение свища в просвет прямой кишки, рецидив заболевания не наблюдался, рана заживала вторичным натяжением. Сроки заживления ран в данной группе составляли до 30 дней. В группе больных, которым была выполнена ликвидация свища с низведением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки, у одной пациентки развился рецидив заболевания из-за некроза низведенной части слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки. Сроки заживления ран в этой группе больных составляли до 25 дней.

У больных, которым была выполнена операция – иссечение ректовагинального свища влагалищным доступом с леватеропластикой, рецидива заболевания мы не зарегистрировали. Сроки заживления ран в этой группе пациенток составляли до 30 дней.

Всем больным ежедневно осуществляли перевязки, в течение 7–10 дней проводилась антибактериальная терапия. Купирование болевого синдрома проводилось до 5–6 суток. В отдаленные сроки у больных рецидива ректовагинального свища мы не наблюдали.

Таким образом дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства при ректовагинальных свищах в зависимости от уровня его расположения от края заднего прохода позволяет значительно уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Поступила: 06.12.21; рецензирована: 24.12.21; принята: 28.12.21.

Литература

1. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2006. 432 с.
2. Ривкин В.Л. Колопроктология: руководство для врачей / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Е.А. Белоусова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 368 с.
3. Шельгин Ю.А. Справочник по колопроктологии / Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Литтерра, 2014. 608 с.
4. Bahadursingh A.M., Longo W.E. Colovaginal fistulas. Etiology and management // J. Reprod. Med. 2003. № 7. Vol. 48. P. 489–495.
5. Краснопольский В.И. Этиология, диагностика и основные хирургические принципы лечения кишечно-генитальных свищей / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Шукина // Акушерство и гинекология. 2001. № 9. С. 21–23.
6. Джавадов Э.А. Хирургическое лечение средних и низких ректовагинальных свищей методом инвертации / Э.А. Джавадов, Г.А. Аббазова // Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. № 2. С. 44–46.
7. Грошилин В.С. Оптимизация выбора метода операции при ректовагинальных свищах / В.С. Грошилин, Е.В. Чернышова // Вестник Волгоградского гос. мед. ун-та. 2016. № 1 (57). С. 132–136.
8. Грошилин В.С. Значение индивидуального подхода в выборе тактики лечения ректовагинальных свищей / В.С. Грошилин, Е.В. Чернышова, Л.В. Узунян // Медицинский вестник Юга России. 2016. № 2. С. 47–50.
9. Бапиев Т.А. Ректовагинальные свищи – перспективы хирургического лечения / Т.А. Бапиев, Э.Ш. Султанов // Вестник хирургии Казахстана. 2012. № 2. С. 50–52.
10. Карташев А.А. Опыт лечения ректовагинальных свищей / А.А. Карташев, А.В. Смолькина, С.В. Макаров [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 12 (часть 2). С. 282–286.