УДК 616.351+618.5-007.253-089

**В.С. Грошилин, Е.В. Чернышова, Л.В. Узунян**

# ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

*Ростовский государственный медицинский университет,*
*Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: stella-star23@mail.ru*

**Цель:** улучшение результатов лечения больных с ректовагинальными свищами за счет индивидуального обоснования выбора способа операции и формирования дифференцированного лечебно-диагностического алгоритма. **Материалы и методы:** проведена оценка результатов хирургического лечения 17 пациенток с ректовагинальными свищами. Применены две категории оперативных вмешательств. Восьми пациенткам проведено иссечение свищей с последующим послойным ушиванием операционной раны наглухо без использования компонентов сфинктеролеваторопластики. У остальных девяти пациенток операция дополнена выполнением сегментарной проктопластики, пластики стенки влагалища мобилизованным слизисто-подслизистым лоскутом после выполнения передней сфинктеролеваторопластики. **Результаты:** в первой группе больных зарегистрировано 2 рецидива заболевания. Во второй группе больных рецидивов отмечено не было. **Заключение:** использование методики радикального иссечения ректовагинального свища, дополненной передней сфинктеролеваторопластикой, является наиболее перспективным способом, позволяющим уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания за счет восстановления послойного строения ректовагинальной перегородки.

*Ключевые слова:* ректовагинальный свищ, ректовагинальная перегородка, рецидив, передняя сфинктеролеваторопластика.

**V.S. Groshilin, E.V. Chernyshova, L.V. Uzunjan**

# THE VALUE OF AN INDIVIDUAL APPROACH IN THE CHOICE OF TREATMENT TACTICS OF RECTOVAGINAL FISTULA

*Rostov State Medical University,*
*29 Nakhichevanskiy st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: stella-star23@mail.ru*

**Purpose:** to improve the results of treatment in patients with recto-vaginal fistulas by individual justification of selection the method and formation of differential diagnostic and treatment algorithm. **Materials and methods:** results of surgical treatment 15 patients with rectovaginal fistulas have been evaluated. Applied two categories of surgical procedures: 8 patients underwent excision of the fistula, followed by stratified suturing wound tight without of components sfinkterolevatoroplasty. 7 patients supplemented operation performing segmental proctoplasty, plastic vaginal wall mobilized mucous and submucosal graft after anterior sfinkterolevatoroplasty. **Results:** two cases of recurrence were registered in the first group occurring. In the second group was not registered any recurrences. **Summary:** the use of radical excision techniques of rectovaginal fistula, supplemented anterior sfinkterolevatoroplasty is the most promising way to significantly reduce the number of postoperative complications and recurrence of the disease by restoring the layered structure of the rectovaginal septum.

*Keywords:* rectovaginal fistula, rectovaginal septum, recurrence, anterior sfinkterolevatoroplasty.

## Введение

Прямокишечно-влагалищные свищи являются одной из трудных и до конца не решенных проблем колопроктологии, тазовой хирургии, гинекологии и урологии. Предложены разнообразные методы хирургического лечения ректовагинальных свищей. Несмотря на это, удельный вес рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений остается высоким. Основной причиной этого является отсутствие индивидуального подхода к определению способа хирургического лечения ректовагинальных свищей, что побуждает к поиску более новых хирургических технологий и разработке алгоритмов лечения. Из всех генитальных свищей наиболее часто (49,3% наблюдений) встречаются кишечно-генитальные [1]. Удельный вес ректовагинальных свищей составляет 59,1% [2]. Наиболее часто встречаются фистулы низкого и среднего уровней [3].

Ректовагинальные свищи являются сложной социальной проблемой, вызывают дезадаптацию, ведут к тяжелым моральным и физическим страданиям пациентки, ставят ее в сложное взаимоотношение с семьей и окружающими.

Рассматриваемые патологические состояния способны приводить к возникновению расстройств, связанных с недержанием газов и кала, зачастую свищи развиваются на фоне аноректальной хронической патологии, осложняющейся гнойной инфекцией. Заболевание при длительном непрерывном течении отличается сложностью хирургического лечения и высоким риском развития послеоперационных рецидивов [4]. Наиболее часто ректовагинальные свищи возникают у больных молодого и трудоспособного возраста. Чаще всего производящим фактором возникновения ректогенитальных свищей являются патологические роды, отличающиеся затяжным характером с длительным безводным промежутком, возникновение разрывов промежности после родов и другие послеродовые травмы. При этом свищи характеризуются низкой локализацией, губовидным строением, рубцовым поражением тканей промежности. В таких случаях, нередко развивается недостаточность анального сфинктера. Прорыв гнойника во влагалище при остром парапроктите, осложнения воспалительных заболеваний кишечника, таких как болезнь Крона, дивертикулярная болезнь, а также травмы ректовагинальной перегородки и операции на органах малого таза также могут послужить причиной развития прямокишечно-влагалищных свищей [5].

Непроизвольное выделение кала и газов, попадание их во влагалище вызывают мацерацию и раздражение кожи перианальной области и слизистой влагалища. Дополнительные трудности в сложившуюся ситуацию вносит и упорное, порой безуспешное лечение вагинита, поддерживаемого постоянным обсеменением кишечной микрофлорой. При наличии постоянной высокопатогенной бактериальной инфекции в области влагалища часто происходит обострение воспалительных заболеваний и со стороны мочевыводящих путей [6]. У 25% больных, вследствие травматических повреждений (разрывы в родах, перенесенные операции), длительнотекущего гнойного процесса в ректовагинальной перегородке развивается различной степени недостаточность сфинктеров прямой кишки, обусловленная дефектом анального сфинктера по передней полуокружности [7].

В зависимости от причины возникновения ректовагинального свища заболевание имеет различные топографоанатомические особенности, что требует дифференцированного подхода в выборе методов лечения. Единственный метод радикального излечения ректовагинальных свищей — хирургический. Несмотря на то, что в настоящее время предложено более 100 способов операций, число рецидивов составляет 10-40% [8, 9]. Основными причинами раннего рецидива являются нагноения ран, неправильный выбор метода операции, технические трудности, обусловленные локализацией свища, деструкцией, рубцовой трансформацией и массивным поражением тканей промежности [9]. После многочисленных операций в ректовагинальной перегородке и промежности формируются обширные морфологические изменения, представленные рубцовыми деформациями. Современные исследования показали важность индивидуального выбора метода операции у каждой пациентки. Однако унифицированных и адаптированных алгоритмов выбора хирургической тактики, учитывающих такие факторы, как этиология свища, его синтопия, положение и ход относительно края заднего прохода, промежности, взаимоотношение дефекта или свищевого хода с мышечным аппаратом прямокишечного жома, выраженность рубцового перипроцесса, функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки на сегодняшний день не создано. Большинство авторов пытаются создать один, универсальный метод лечения всех форм прямокишечно-влагалищных свищей. В этой связи оптимизация лечебной тактики при ректовагинальных свищах остается весьма актуальной проблемой современной проктологии [10].

Для оптимизации хирургического лечения больных с ректовагинальными свищами необходимо четко определить тактические подходы и способы технического выполнения этапов операции, которые должны быть строго индивидуализированы с учетом клинических и объективных проявлений заболевания. Проводимые исследования позволят уменьшить число послеоперационных рецидивов и неудовлетворительных исходов лечения до минимума [10].

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с ректовагинальными свищами за счет индивидуального обоснования выбора способа операции и формирования дифференцированного лечебно-диагностичекского алгоритма.

## Материалы и методы

Проведена оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 17 пациенток с ректовагинальными свищами различной степени сложности, находившихся на лечении в клинике ГБОУ ВПО РостГМУ с 2012 по 2015 гг. Сроки послеоперационного мониторинга составляли не менее 6 месяцев. Все больные — первично поступившие в клинику РостГМУ. Доминирующим этиопатогенетическим фактором была родовая травма, разрыв промежности в родах II-III ст. с последующим инфицированием из просвета прямой кишки, в двух наблюдениях имело место самопроизвольное дренирование острого парапроктита в просвет влагалища. Пациенты исследуемых групп поступили в клинику со сформированными ректовагинальными свищами, для радикального оперативного лечения.

Пациенткам, в первую очередь проводили осмотр гинеколога, влагалищное исследование для исключения сопутствующей органической патологии и оценку состояния микрофлоры влагалища.

Больным выполнялся стандартный комплекс объективных исследований: пальцевое исследования прямой кишки, вагинальное и бимануальное исследование, при котором определяли длину анального канала, локализацию внутреннего отверстия, его размеры, высоту, наличие воспали-

тельного инфильтрата, рубцовой деформации дистального отдела прямой кишки, обычно возникающие вследствие перенесенной травмы или проведенных ранее оперативных вмешательств. Также оценивался функциональныйстатус внутреннего и компонентов наружного сфинктера.

Диагностический алгоритм инструментальных методов исследования включал в себя ано- и ректоскопию, аноректальную комплексную манометрию и профилометрию, фистулографию, эндоректальное и вагинальное УЗИ. При исследовании сложных, рецидивных свищей и последствий тяжелых разрывов промежности дополнительно выполняли проктографию, спиральную или магнитно-резонансную томографию (для оценки топографии свища и при необходимости исключения сопутствующей хирургической или онкологической патологии), при грубых рубцовых деформациях — электромиографию.

В рамках дооперационного периода больным выполнен стандартный комплекс лабораторных обследований. Проводилась оценка количественного и качественного состава патогенной микрофлоры влагалища и прямой кишки для коррекции антибактериальной терапии в послеоперационном периоде, что особенно учитывалось для больных с рецидивными ректовагинальными свищами.

Предоперационная подготовка пациенток заключалась в санации влагалища антисептиками, при возможности проводилась санация (промывание) свищевого хода растворами антисептиков.

Применены две категории оперативных вмешательств, которые представляются наиболее патогенетически обоснованными. Распределение больных на группы проведено с учетом принципов стратификационной рандомизации, включающих максимальное сходство определяющих послеоперационный прогноз качественных признаков. Так, во вторую группу клинических наблюдений (основная группа) включены исключительно пациентки, перенесшие разрыв промежности в родах III ст., острый парапроктит, а также больные с опущением и релаксацией тазового дна, то есть когорта пациенток с наихудшим послеоперационным прогнозом при выполнении стандартных вмешательств. Обязательным компонентом обеих групп являлось радикальное иссечение ректовагинальных свищей. В контрольной группе девяти пациенткам проведено иссечение свищей с ушиванием внутреннего отверстия в прямой кишке или закрытием его слизисто-подслизистым лоскутом с последующим послойным ушиванием операционной раны наглухо и пластикой стенки влагалища собственной слизистой без использования компонентов сфинктеролеваторопластики. У остальных восьми пациенток (основная группа) примененная операция модифицирована за счет выполнения сегментарной проктопластики зоны внутреннего свищевого отверстия в прямой кишке П-образным перемещенным полнослойным лоскутом стенки кишки, фиксированным швами по периметру раны стенки кишки, а дефект стенки влагалища «укрыт» мобилизованным слизисто-подслизистым лоскутом после выполнения предварительной передней сфинктеролеваторопластики (подобно операциям при ректоцеле) с ушиванием передних порций мышц, поднимающих задний проход и созданием фасциально-мышечной прослойки в ректовагинальной перегородке в зоне иссеченного свища (подана заявка на получение патента РФ, получена приоритетная справка).

Использование синтетических пластических материалов (полипропиленовые сетки и аллопластические материалы), как то описано во многих отечественных и зарубежных исследованиях, в данных группах больных не применялось ввиду высокого удельного веса нагноения ран, септических осложнений, возникающих вследствие использования пластических материалов при хронической гнойной инфекции. Даже при отсутствии рецидивов у данной категории больных осложнениями могут являться грубые рубцовые деформации промежности, дисфункция мышечного аппарата промежности и тазового дна, диспареунии.

**Результаты и их обсуждение**

В послеоперационном периоде создавались наиболее благоприятные условия для заживления раны и быстрого восстановления больных, а именно режим, диета, коррекция общих и местных нарушений, перевязки.

Начиная с первых суток после оперативного вмешательства пациенткам выполнялись ежедневные перевязки, во время которых производилось спринцевание влагалища растворами антисептиков.

Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных ректовагинальными свищами. Среди пациенток, которым выполнено иссечение свища с послойным ушиванием операционной раны наглухо и пластикой стенки влагалища собственной слизистой без использования компонентов сфинктеролеваторопластики (сроки заживления ран составляли до 20 дней), зарегистрировано 2 рецидива заболевания, возникших через 1-1,5 месяца после операции, связанных с отсутствием адекватного разобщения между стенками влагалища и прямой кишки, инфицированием раны, прорезыванием швов. Для профилактики гнойно-септических осложнений больным проводилась антибактериальная терапия, длительность которой у данной группы пациенток составила от 7 до10 дней. Купирование послеоперационного умеренно выраженного болевого синдрома (от 3,5 до 6 баллов по визуально-аналоговой шкале в первые сутки после операции), осуществляемое ненаркотическими анальгетиками, выполнялось в течение 3-6дней.

В группе больных, которым выполнено иссечение ректовагинального свища с сегментарной проктопластикой, передней сфинктеролеваторопластикой и пластикой стенки влагалища мобилизованным слизисто-подслизистым лоскутом (сроки заживления составили до 15 дней), рецидивов заболевания не зарегистрировано. Однако в одном наблюдении после применения комбинированной методики отмечено инфильтративное воспаление в послеоперационной ране с прорезыванием швов, не повлекшее за собой развитие рецидива, купированное консервативными методами в течение двух недель.

Длительность антибактериальной терапии составила 5-7 дней. Купирование болевого синдрома проводилось до 6 суток, в более поздние сроки продолжающейся потребности в парентеральном введении анальгетиков не было. По результатам анализов, при стандартном течении послеоперационного периода у больных обеих групп данных за наличие значимых воспалительных реакций не отмечалось (лейкоцитоз на превышал 9,3х109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево был минимален – палочкоядерных не более 10%, лимфопении не было). Исключение составили наблюдения с рецидивами и пациентки с инфильтративными изменениями раны в раннем послеоперационном периоде, что проявилось умеренным лейкоцитозом. У данной больной отмечалось повышение температуры до субфебрильных цифр. На фоне проводимой терапии данные проявления

были ликвидированы в течение трёх суток. Отметим, что у двух пациенток, с выявленными впоследствии рецидивами ректовагинальных свищей все же отмечались воспалительные сдвигив лабораторных тестах (на 5-е и 7-е сутки после операции, максимальный лейкоцитоз составлял 12,5х109/л). В совокупности с данными объективного физикального контроля мы трактуем это как ранние «предвестники» рецидивов, вероятными причинами которых считаем микроабсцедирование инфильтратов, нагноение гематомы ректовагинальной перегородки в зоне операционных ран и негерметичность швов прямой кишки.

В сроки от 6 до 12 месяцев восьми больным, которым выполнено иссечение ректовагинального свища с применением модифицированной методики проведены контрольные эндоректальные ультразвуковые исследования, которые показали положительную динамику изменений – отсутствие диастаза между леваторами, разрешение воспалительного инфильтрата соответствие толщины ректовагинальной перегородки нормальным показателям.

Таким образом, в результате исследования были определены значимые преимущества и перспективность предложенного способа с использованием передней сфинктеролеваторопластики. Предложенная методика позволяет послойно восстановить структуру ректовагинальной перегородки, препятствуя распространению инфекции из просвета прямой кишки на ректовагинальную перегородку и во влагалище, тем самым являясь необходимым этапом профилактики послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, о чем свидетельствуют непосредственные и отдаленные результаты исследования. Уменьшение сроков заживления послеоперационной раны, длительности применения антибактериальной терапии, меньшая потребность в использовании обезболивающих и противовоспалительных средств, также показывают перспективность предложенного способа.

**Выводы**

Проведенные исследования показали, что использование методики радикального иссечения ректовагинального свища, дополненной сегментарной проктопластикой, передней сфинктеролеваторопластикой и пластикой стенки влагалища мобилизованным слизисто-подслизистым лоскутом (с его боковым перемещением) является наиболее перспективным способом, позволяющим значительно уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Разобщение стенок ректовагинальной перегородки, создание между ними фасциально-мышечной прослойки за счет передней сфинктеролеваторопластики обеспечивает восстановление анатомических структур промежности и тазового дна, препятствуя распространению инфекционного процесса из просвета прямой кишки в ректовагинальную перегородку и во влагалище. Полученные во второй клинической группе стабильные положительные результаты, подчеркивают правильность выбранной тактики, поскольку именно эти пациентки исходно имели наибольший риск развития осложнений и послеоперационных рецидивов заболевания.

Данный способ способствует уменьшению болевого синдрома, восстановлению функциональных характеристик прямой кишки и ее запирательного аппарата, о чем свидетельствуют полученные нами непосредственные и отдаленные результаты. Метод отличается хорошим косметическим эффектом.

Практическое внедрение разработанной и патогенетически обоснованной модифицированной методики операции позволит уменьшить продолжительность пребывания больных в стационаре за счет ранней реабилитации и уменьшения числа послеоперационных осложнений. Уменьшение рецидивов заболевания позволяет сократить число повторных госпитализаций больных, что подчеркивает социальную и экономическую эффективность предложенного метода. Отдельные хирургические приемы при выполнении мобилизации лоскута стенки влагалища и пластического этапа операции нуждаются в техническом анализе и совершенствовании по мере набора материала, что требует дальнейших исследований, однако уже сейчас преимущества метода убедительны.

**ЛИТЕРАТУРА**


1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М.,2006. – 432с.
2. Van der Hagen S., Baeten C., Soeters P. B., van Gemert W. Long-term outcome following mucosal advancement flap for high perianal fi stulas and fistulotomy for low perianal fi stulas.//Colorectal Dis.-2006. -V. 21. - P. 784-790.
3. Мусаев Х.Н. Хирургическое лечение прямокишечно-влагалищных свищей. Хирургия, 2009.-N 9.-С.55-58.
4. КраснопольскийВ.И., БуяноваС.Н., Щукина Н.А. Этиология, диагностика и основные хирургические принципы лечения кишечно-генитальных свищей //Акуш. игин. – 2001.- №9. – С.21-23
5. Додица А.Н. Лечение больных с неполными внутренними, коловагинальными свищами, после сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке: Дис. … канд. Мед.наук. – М., 1998. – 122с.
6. Ommer A, Herold A., Berg E. S3-Leitlinie: Rectovaginal Fisteln (ohneM.Crohn) // Coloproctology. – 2012. – Vol. 34. – P. 211 – 246.
7. Holtmann M., Neurath M. Anti-TNF strategies in stenosingandfistulizing Crohn's disease//Colorect. Dis.-2005. -V. 20. -P. 1-8.
8. Смирнов В.Е., Лаврешин П.М., Муравьев А.В., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И. Хирургическая тактика в лечении больных с ректовагинальными свищами. //Материалы Всероссийской конференции заведующих кафедрами общей хирургии ВУЗов РФ, Ростов-на-Дону, 2001.
9. Проценко В.М. Хирургическое лечение толстокишечно-влагалищных свищей: Дис. …д-ра мед.наук. – М., 1990. – 267с.
10. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. справочник по колопроктологии. – М.: Литтерра, 2012. – 608с.


*ПОСТУПИЛА: 02.03.2016*