

**ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАЦИИ
ПРИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ*****В. С. Groshilin, E. B. Chernyshova****Ростовский государственный медицинский университет*

Проведена оптимизация выбора метода хирургического лечения пациенток с ректовагинальными свищами, результатов лечения за счет индивидуального обоснования выбора способа операции и формирования дифференцированного лечебно-диагностического алгоритма. Использование методики радикального иссечения ректовагинального свища, дополненной передней сфинктеролеваторопластикой, является наиболее перспективным способом, позволяющим значительно уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания за счет восстановления послойного строения ректовагинальной перегородки, что уменьшает число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, длительность болевого синдрома и способствует адекватному восстановлению функции запирающего аппарата прямой кишки.

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

**OPTIMIZATION OF SELECTING AN OPERATION METHOD
IN RECTOVAGINAL FISTULAS*****V. S. Groshilin, E. V. Chernyshova****Rostov State Medical University*

We optimized the selection of surgical treatment methods in patients with rectovaginal fistulas by individual justification of the selected method and development of differential diagnosis and treatment algorithm. The use of the technique of radical excision of rectovaginal fistula, complemented with anterior sphincterolevatoroplasty 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, to decrease the duration of pain and promote the restoration of the closing function of the rectum.

Key words: rectovaginal fistula, rectovaginal septum, recurrence, anterior sphincterolevatoroplasty.

Повышение эффективности радикального хирургического лечения генитальных свищей остается актуальной проблемой в современной тазовой хирургии, урологии и гинекологии. Высокий удельный вес неудовлетворительных исходов лечения, послеоперационных рецидивов заболевания побуждает к поиску все более новых хирургических технологий и разработке алгоритмов лечения. Из всех генитальных свищей наиболее часто (49,3% наблюдений) встречаются кишечно-генитальные [3]. Удельный вес ректовагинальных свищей составляет 59,1 % [3]. Наиболее часто встречаются фистулы низкого и среднего уровней [5].

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 [2]. Наиболее часто ректовагинальные свищи возникают у

больных молодого и трудоспособного возраста. Чаще всего производящим фактором возникновения ректо-генитальных свищей являются патологические роды, имеющие затяжной характер 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 [4]. Также 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.

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 [4, 8]. У 25 % больных вследствие травматических повреждений (разрывы в родах, перенесенные операции), длительно текущего гнойного процесса в ректовагинальной перегородке развивается различной степени недостаточность сфинктеров прямой кишки, обусловленная дефектом анального сфинктера по передней полуокружности [1].

В зависимости от причины возникновения ректовагинального свища заболевание имеет различные топографо-анатомические особенности, что требует своеобразного подхода в лечении. Единственный метод радикального излечения ректовагинальных свищей — хирургический. Несмотря на то, что в настоящее время предложено более 100 способов операций, число рецидивов заболевания по-прежнему остается высоким. По данным литературы, они возникают у 4,3—40 % оперированных больных [2, 5, 7, 9, 10]. Основными причинами раннего рецидива являются нагноения ран, неправильный выбор метода операции, технические трудности, обусловленные локализацией свища, деструкцией, рубцовой трансформацией и массивным поражением тканей промежности [8]. Современные исследования показали важность индивидуального выбора метода операции у каждой пациентки. Однако унифицированных и адаптированных алгоритмов выбора хирургической тактики в настоящее время не создано. Подобный алгоритм должен быть основан на объективных количественных и качественных критериях, комплексной оценке таких факторов, 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 запирающего аппарата прямой кишки. Несмотря на то, что разработано более 100 способов оперативного вмешательства при ректовагинальных свищах, до сих пор не выработан единый подход к выбору оптимального метода операций. Лечение до сих пор сопровождается большим числом рецидивов заболевания [2, 3, 6].

Очевидно, что универсальных и идеальных способов операции, предусматривающих все критерии данного заболевания, не существует, поэтому актуальны исследования, направленные на усовершенствование и разработку новых методов лечения, а также оптимизацию выбора показаний к применению существующих оперативных технологий. Считаем, что проводимые исследования позволяют уменьшить число послеоперационных рецидивов и неудовлетворительных исходов лечения до минимума [9].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения больных с ректовагинальными свищами за счет индивидуального обоснования выбора способа операции и формирования дифференцированного лечебно-диагностического алгоритма.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведена оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 15 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.

Пациенткам, в первую очередь, производили осмотр гинеколога, влагалитное исследование для исключения сопутствующей органической патологии и оценку состояния микрофлоры влагалитца.

Больным выполняли пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное и бимануальное исследование, при котором определяли длину анального канала, локализацию внутреннего отверстия, его размеры, высоту, наличие воспалительного инфильтрата, рубцовой деформации дистального отдела прямой кишки, вследствие перенесенной травмы или проведенных ранее оперативных вмешательств, а также функциональный статус внутреннего и компонентов наружного сфинктера.

В рамках дооперационного лабораторного обследования больным выполнен стандартный комплекс анализов. Осуществлялась оценка количественного и качественного состава патогенной микрофлоры влагалитца и прямой кишки для коррекции антибактериальной терапии в послеоперационном периоде, что особенно учитывалось для больных с рецидивными ректовагинальными свищами.

Дооперационный диагностический алгоритм включал (необходимые, по нашему мнению) следующие инструментальные методы исследования: ано- и ректоскопия, аноректальная комплексная манометрия и профилометрия, фистулография, 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.

Больным проводилась дооперационная подготовка, включающая санацию влагалитца антисептиками, при возможности осуществлялась санация (промывание) свищевого хода растворами антисептиков.

Нами применены две категории оперативных вмешательств, представляющихся нам наиболее патогенетически обоснованными. Обязательным компонентом обеих групп является радикальное иссечение ректовагинальных свищей. В исследуемой группе 8 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 влагалитца собственной слизистой без использования компонентов сфинктеропластик

ки. У остальных 7 пациенток 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.

Использование синтетических пластических материалов, как то описано во многих отечественных и зарубежных исследованиях, в данных группах больных не применялось. Причиной отказа от пластики полипропиленовыми сетками и аллопластическими материалами стал более ранний опыт их применения при ректовагинальных свищах, когда использование пластических материалов при гнойной хронической инфекции отличалось высоким удельным весом нагноения ран, септических осложнений. Даже при отсутствии рецидивов у данной категории больных отмечались грубые рубцовые деформации промежности, дисфункция мышечного аппарата промежности и тазового дна, диспареунии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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, зарегистрировано 2 рецидива заболевания, возникшие через 1—1,5 месяца после операции. Сроки заживления ран в данной группе составляли до 20 дней. Основной причиной возникших рецидивов явилось отсутствие адекватного разобщения между стенками влагалища и прямой кишки. Непосредственный контакт послеоперационной раны с просветом прямой кишки привел к инфицированию раны и прорезыванию швов. Для профилактики гнойно-септических осложнений больным проводилась антибактериальная терапия, длительность которой у данной группы пациенток составила от 7 до 10 дней. Купирование послеоперационного умеренно выраженного болевого синдрома (от 3,5 до 6 баллов по визуально-аналоговой шкале в первые сутки после операции) осуществлялось ненаркотическими анальгетиками в течение 3—6 дней.

В группе больных, которым выполнено иссечение ректовагинального свища с сегментарной проктопластикой, передней сфинктеролеваторопластикой и пластикой стенки влагалища мобилизованным слизисто-

слизистым лоскутом, сроки заживления составили до 15 дней. Длительность антибактериальной терапии составила 5—7 дней. Купирование болевого синдрома проводилось до 6 суток, в более поздние сроки продолжалась потребность в парентеральном введении анальгетиков не было. При этом рецидивов заболевания не зарегистрировано. Однако в одном случае после применения комбинированной методики наблюдалось инфильтративное воспаление в послеоперационной ране с прорезыванием швов, не повлекшее за собой развитие рецидива и купированное консервативными методами в течение 3 суток. У данной больной отмечалось повышение температуры до субфебрильных цифр. По результатам анализов — умеренный лейкоцитоз.

Отметим, что у двух пациенток с выявленными впоследствии рецидивами ректовагинальных свищей все же отмечались воспалительные сдвиги в лабораторных тестах (на 5-е и 7-е сутки после операции, максимальный лейкоцитоз составлял $12,5 \times 10^9/\text{л}$). В совокупности с данными объективного физического 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. При стандартном течении послеоперационного периода у больных обеих групп данных за наличие значимых воспалительных реакций не отмечалось (лейкоцитоз не превышал $9,1 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево был минимален — палочкоядерных не более 9%, лимфопении не было).

В сроки от 5 до 12 месяцев больным, которым было выполнено иссечение ректовагинального свища с применением модифицированной методики, проведены контрольные эндоректальные ультразвуковые исследования, показавшие положительную динамику изменений — отсутствие диастаза между леваторами, разрешение воспалительного инфильтрата, соответствие толщины ректовагинальной перегородки нормальным показателям.

Таким образом, с учетом данных контрольного обследования и трактовки положительных результатов, были определены значимые преимущества и перспективность предложенного метода с использованием передней сфинктеролеваторопластики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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.

Эффективность предложенного метода достигается разобщением стенок ректовагинальной перегородки и созданием между ними фасциально-мышечной прослойки за счет передней сфинктероплевропластики, что обеспечивает восстановление анатомических структур промежности и тазового дна, тем самым препятствуя распространению инфекционного процесса из просвета прямой кишки в ректовагинальную перегородку и во влагалище. Данный метод способствует уменьшению болевого синдрома, восстановлению функциональных характеристик прямой кишки и ее запирающего аппарата, о чем свидетельствуют полученные нами непосредственные и отделенные 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, а в связи с уменьшением рецидивов заболевания 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. — 432 с.
2. Додица А. Н. Лечение больных с неполными внутренними, коловагинальными свищами, после сфинкте-

росохраняющих операций на прямой кишке: дис. ... к. м. н. — М., 1998. — 122 с.

3. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. Этиология, диагностика и основные хирургические принципы лечения кишечно-генитальных свищей // Акуш. и гин. — 2001. — № 9. — С. 21—23.

4. Проценко В. М. Хирургическое лечение толстокишечно-влагалищных свищей: дис. ... д. м. н. — М., 1990. — 267 с.

5. 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-н/Д., 2001.

6. Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Справочник по колопроктологии. — М.: Литтерра, 2012. — 608 с.

7. Bahadursingh A. M., Longo W. E. Colovaginal fistulas. Etiology and management // J. Reprod. Med. — 2003. — Vol. 48, № 7. — P. 489—495

8. Holtmann M., Neurath M. Anti-TNF strategies in stenosing and fistulizing Crohn's disease // Colorect. Dis. — 2005. — Vol. 20. — P. 1—8.

9. Ommer A., Herold A., Berg E. S3-Leitlinie: Rectovaginal Fisteln (ohne M. Crohn) // Coloproctology. — 2012. — Vol. 34. — P. 211—246.

10. Van der Hagen S., Baeten C., Soeters P. B., van Gemert W. Long-term outcome following mucosal advancement flap for high perianal fistulas and fistulotomy for low perianal fistulas // Colorectal Dis. — 2006. — Vol. 21. — P. 784—790.

Контактная информация

Грошили Виталий Сергеевич — д. м. н., заведующий кафедрой хирургических болезней № 2, Ростовский государственный медицинский университет, e-mail: Dr.dmitriev@inbox.ru