

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Грошили В.С.¹, Чернышова Е.В.¹, Швецов В.К.¹

¹ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия (344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29), e-mail: stella-star23@mail.ru

Ректовагинальные свищи являются тяжелым заболеванием, приводящим к возникновению расстройств, связанных с недержанием газов и кала, часто осложняющимся гнойной инфекцией. Несмотря на большое количество оперативных вмешательств, число рецидивов и послеоперационных осложнений не имеет тенденции к снижению. Выполнена оценка результатов хирургического лечения 15 пациенток с ректовагинальными свищами. Больным выполнен комплекс обследований, включая лабораторные и инструментальные методы. Применены две категории оперативных вмешательств: 8 пациенткам проведено иссечение свищей с последующим послойным ушиванием операционной раны наглухо без использования компонентов сфинктеролеваторопластики. У остальных 7 пациенток операция дополнена выполнением сегментарной проктопластики, пластики стенки влагалища мобилизованным слизисто-подслизистым лоскутом после выполнения передней сфинктеролеваторопластики. В первой группе больных (сроки заживления ран составляли до 20 дней) зарегистрировано 2 рецидива заболевания, возникших через 1-1,5 месяца после операции. Во второй группе больных (сроки заживления составили до 15 дней) рецидивов отмечено не было. Таким образом, использование методики радикального иссечения ректовагинального свища, дополненной передней сфинктеролеваторопластикой, является наиболее перспективным способом за счет разобщения стенок 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.

POSSIBILITY OF CORRECTION RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECTOVAGINAL FISTULA

Groshilin V.S.¹, Chernyshova E.V.¹, Shvetsov V.K.¹

¹ GBOU VPO "Rostov State Medical University" Rostov-on-Don, Russia (344022, Rostov-on-Don, lane Nakhychevansky, 29), e-mail: stella-star23@mail.ru

Rectovaginal fistulas is a severe disease, leading to the emergence of disorders associated with incontinence of gases and feces, often complicated by purulent infection. Despite the large number of surgical interventions, the number of relapses and postoperative complications has no tendency to decrease. Results of surgical treatment 15 patients with rectovaginal fistulas have been evaluated. Patients underwent complex examination, including laboratory and instrumental methods. Applied two categories of surgical procedures: 8 patients underwent excision of the fistula, followed by stratified suturing wound tight without of components sphincterolevatoroplasty. 7 patients supplemented operation performing segmental proctoplasty, plastic vaginal wall mobilized mucous and submucosal graft after anterior sphincterolevatoroplasty. 2 cases of recurrence were registered in the first group (healing time of wounds up to 20 days). In the first group was not registered any recurrences (healing time of wounds up to 15 days). Using the method of radical excision rectovaginal fistula, supplemented by anterior sphincterolevatoroplasty is the most promising way by separation walls of rectovaginal septum. This reduces the number of postoperative complications and recurrence of the disease, duration of pain and restoration of function contributes to an adequate sphincter apparatus of the rectum.

Keywords: rectovaginal fistula, rectovaginal septum, recurrence, anterior sphincterolevatoroplasty.

Проблема радикального оперативного лечения генитальных свищей остается актуальной в современной тазовой хирургии, урологии и гинекологии. Высокий удельный вес неудовлетворительных исходов лечения, послеоперационных рецидивов заболевания побуждают к поиску все более новых хирургических технологий и разработке алгоритмов

лечения. Из всех генитальных свищей наиболее часто (59,1% наблюдений) встречаются ректовагинальные свищи [5]. Ректовагинальные свищи являются тяжелым заболеванием, доставляющим непрерывные страдания пациентам, значительно ухудшают качество жизни и вызывают социальную дезадаптацию. Рассматриваемые патологические состояния способны приводить к возникновению расстройств, связанных с недержанием газов и кала, часто осложняющимся гнойной инфекцией. Заболевание при длительном непрерывном течении отличается сложностью хирургического лечения и высоким риском развития послеоперационных рецидивов [2].

Наиболее часто рассматриваемая патология наблюдается у больных молодого и трудоспособного возраста и возникает в результате разрывов промежности в родах, бытовых травм, перенесенных оперативных вмешательств. Большинство из этих больных поступает в проктологические отделения после многократных попыток оперативного лечения в гинекологических и общехирургических стационарах.

Непроизвольное выделение кала и газов, попадание их во влагалище вызывают мацерацию и раздражение кожи перианальной области и слизистой влагалища. При наличии постоянной высокопатогенной бактериальной инфекции в области влагалища часто происходит обострение воспалительных заболеваний и со стороны мочевыводящих путей [4]. 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].

Свищ может располагаться как в нижних отделах влагалища (ановестибулярные свищи, наиболее частая локализация патологического процесса), так и в средних и верхних отделах ректовагинальной перегородки, вплоть до самой шейки матки [3].

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. Современные исследования показали важность индивидуального выбора метода операции у каждой пациентки. Однако унифицированных и адаптированных алгоритмов выбора хирургической тактики на сегодняшний день 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 [6].

По данным литературы, рецидивы возникают у 4,3-40% больных, недостаточность сфинктера прямой кишки развивается после операций у 6,6—20% женщин [7]. Основными причинами раннего рецидива являются нагноения ран, неправильный выбор метода операции, технические трудности, обусловленные локализацией свища и массивным поражением тканей промежности [8].

Очевидно, что универсальных и идеальных способов операции при данном заболевании 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 позволят уменьшить число послеоперационных рецидивов и неудовлетворительных исходов лечения до минимума [9].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с ректовагинальными свищами за счет индивидуального обоснования выбора способа операции и формирования дифференцированного лечебно-диагностического алгоритма.

Материалы и методы исследования

Выполнена оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 15 пациенток с ректовагинальными свищами различной степени сложности, находившихся на лечении в клинике РостГМУ с 2012 по 2015 г.

Пациенткам в первую очередь производили влагалищное исследование для исключения органической патологии и оценки микрофлоры влагалища.

Больным выполняли пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное и бимануальное исследование, при котором определяли длину анального канала, локализацию внутреннего отверстия, его размеры, 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.

Больным выполнен стандартный комплекс анализов в рамках дооперационного лабораторного обследования. Также осуществлялась оценка состава патогенной микрофлоры влагалища и прямой кишки (что особенно важно у больных с рецидивными прямокишечно-влагалищными свищами) для коррекции антибактериальной терапии в послеоперационном периоде.

Инструментальные методы исследования включали обязательное выполнение ано- и ректоскопии, аноректальную комплексную манометрию и профилометрию, эндоректальное и вагинальное УЗИ, фистулографию. При необходимости, наличии сложных, рецидивных свищей и последствиях тяжелых разрывов промежности дополнительно выполняли проктографию, спиральную или магнитно-резонансную томографию, при грубых рубцовых деформациях – электромиографию.

Все больные проходили предоперационную подготовку, заключающуюся в санации влагиалища антисептиками, при возможности осуществлялась санация (промывание) свищевого хода растворами антисептиков.

Нами применены две категории оперативных вмешательств, обязательным компонентом которых являлось 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 влагиалища собственной слизистой без использования компонентов сфинктеролеваторопластики. 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 влагиалища «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 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

В послеоперационном периоде создавались наиболее благоприятные условия для заживления раны и быстрого восстановления больных – 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 сфинктероплевропластики (сроки заживления ран составляли до 20 дней), зарегистрировано 2 рецидива заболевания, возникших через 1-1,5 месяца после операции, связанных с непосредственным контактом послеоперационной раны с просветом прямой кишки (ввиду отсутствия адекватного стойкого 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 до 10 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 3-6 дней.

В группе больных, которым выполнено иссечение ректовагинального свища с сегментарной проктопластикой, передней сфинктероплевропластикой и пластикой стенки влагалища мобилизованным слизисто-подслизистым 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 продолжающейся потребности в парентеральном введении анальгетиков не было. При этом рецидивов заболевания не было отмечено. Однако в одном наблюдении после применения комбинированной методики отмечено инфильтративное воспаление в послеоперационной ране с прорезыванием швов, не повлекшее за собой развитие рецидива. Данное состояние было купировано консервативными методами в течение двух недель.

По результатам анализов, 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), 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 3 суток. 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 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 5 до 12 месяцев 7-ми больным, которым 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, в результате исследования были определены значимые преимущества и перспективность предложенного метода с использованием передней сфинктеролеваторопластики.

Выводы

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 сфинктеролеваторопластики), восстановлением анатомических структур промежности и тазового дна, что препятствует распространению инфекционного процесса из просвета прямой кишки в ректовагинальную перегородку и во влагалище, способствуя уменьшению болевого синдрома, восстановлению функциональных характеристик прямой кишки и ее запирающего аппарата в отдаленные сроки. Метод отличается хорошим косметическим эффектом.

Практическое внедрение 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 повторные госпитализации больных, что подчеркивает социальную и экономическую эффективность предложенного метода.

Список литературы

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М., 2006. – 432 с.
2. Додица А.Н. Лечение больных с неполными внутренними, коловагинальными свищами, после сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке : дис. ... канд. мед. наук. – 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-ра мед. наук. – М., 1990. – 267 с.
5. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. – М. : Литтерра, 2012. – 608 с.
6. Bahadursingh A.M., Longo W.E. Colovaginal fistulas. Etiology and management // J. Reprod. Med. – 2003. – Vol. 48, N 7. – P. 489–495.
7. Holtmann M., Neurath M. Anti-TNF strategies in stenosing and fistulizing Crohn's disease // Colorect. Dis. - 2005. - V. 20. - P. 1-8.
8. Ommer A., Herold A., Berg E. S3-Leitlinie: Rectovaginal Fisteln (ohne M. Crohn) // Coloproctology. – 2012. – Vol. 34. – P. 211–246.
9. 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. - V. 21. - P. 784-790.

Рецензенты:

Смолькина А.В., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии, ортопедии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск;

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.