

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

*Хмельников В.Я.,² Денисенко В.Л.,^{1,2} Цыплаков К.Г.,² Фролов Л.А.,
¹Чепик К.О.,¹ Жингель Ю.А.,² Мицкевич Е.А.*

*¹УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Беларусь,*

*²УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,
Витебск, Беларусь*

Введение. Ректовагинальные свищи являются самыми редкими, но и самыми сложными свищами прямой кишки. По литературным данным, они составляют около 5 % среди всех свищей прямой кишки. Этиологическими факторами формирования ректовагинальных свищей являются: акушерская травма (88%), осложнение при низких резекциях прямой кишки (10%), воспалительные заболевания прямой кишки, болезнь Крона (0,2-2.1%), острый парапроктит (0,5-1.5%), хирургическая коррекция пролапса тазового дна с применением сетчатых трансплантатов (0,15%). Наиболее частой локализацией патологического процесса является нижняя треть влагалища. Реже встречается в средних и верхних отделах ректовагинальной перегородки, вплоть до шейки матки. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей сопряжено с множеством трудностей, что связано с особенностями анатомического строения сфинктера прямой кишки (расположение свища экстрасфинктерно) и ректовагинальной перегородки (наличие рубцов, деформация и др.). Все это обуславливает высокий риск рецидива заболевания, составляющий от 20 до 70%.

Несмотря на различные виды хирургического лечения рецидивных ректовагинальных свищей (пластика с применением местных тканей со смещением мышц или с использованием искусственной сетки) эта патология представляет собой проблему как для хирургов, так и пациенток. 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.

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

Материалы и методы: В исследование включено 20 пациенток с диагнозом: ректовагинальный свищ размерами до 08-15см, оперированных в государственном учреждении здравоохранения «Витебский Областной клинический специализированный центр». Все пациентки, поступившие в отделение, предъявляли жалобы на выделение гноя с каловым запахом из влагалища (непосредственное выделение кала, наблюдалось при диаметре свищевого хода более 1 см), рецидивирующие кольпиты и вагиниты. 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 трансвагинальное ультразвуковое исследования. Всем пациенткам производили радикальное иссечение ректовагинальных свищей с раздельным ушиванием влагалища, ректовагинальной перегородки и устранением внутреннего отверстия свища путем низведения полнослойного лоскута прямой кишки. Операцию проводили на гинекологическом кресле в положении как для промежностной литотомии. После введения красителя, с помощью ректального зеркала, определяли положение внутреннего свищевого отверстия, которое чаще всего располагается на передней полуокружности прямой кишки. На втором этапе производили гидропрепаровку влагалища 0,5 % раствором новокаина в смеси с адреналином с целью снижения кровоточивости хорошо васкуляризованных тканей влагалищной стенки. Далее со стороны влагалища производили рассечение слизистой оболочки вокруг свищевого хода, осуществляли отступ на 2 см влево и вправо, на 4–7 см выше и ниже при свищах более 1 см (в некоторых случаях с полным рассечением передней стенки прямой кишки). Выделенный лоскут вместе с отверстием свища оттягивали в сторону и производили выделение свищевого хода, его затеков до стенки прямой кишки. Для облегчения выделения использовали проведенный через ход пуговчатый зонд, который помогает не «потерять» и не пересечь свищевой ход в тканях промежности. После того как ход выделяли до стенки прямой кишки осуществляли гемостаз. Со стороны прямой кишки производили ушивание стенки прямой кишки двухрядным швом «вкол – выкол» со стороны слизистой. Второй шов серо-серозный, по мере совершенствования хирургической техники. Выделение свищевого хода начинали в дистальном направлении с рассечением поперечной мышцы и фасции, что значительно улучшает выделение свищевого хода, особенно, при рецидивирующих свищах. Затем ушивали поперечную фасцию, мышцы, производили сфинктеропластику. При этом добивались того, чтобы линии швов на мышцах и слизистой оболочке влагалища были смещены относительно друг друга, что будет препятствовать возможному рецидиву заболевания. Такая методика наложения швов помогает на последнем этапе операции, и будет препятствовать контаминации мягких тканей промежности. При свищах менее 1 см свищ ушивали, держалки проводили в просвет прямой кишки. Следующий этап осуществляли со стороны прямой кишки. В прямую кишку вводили ректальное зеркало. Производили гидропрепаровку слизисто-подслизистого слоя прямой кишки 0,5 % раствором новокаина в смеси с адреналином, после чего производили отсепаровку 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 низводили до тех пор, пока внутреннее отверстие не выйдет за пределы ложа лоскута, после чего избыток слизистой вместе с внутренним отверстием, отсекали, а сам лоскут

фиксируют узловыми швами из рассасывающегося материала по всему пегопериметру. При свищах ректовагинальной перегородки с экстрасфинктерным расположением применяют метод сегментарной проктопластики или низведения полноценного слизисто-мышечного лоскута. Одно из технически сложных, но наиболее радикальных методов иссечения свища до свищевого отверстия в прямой кишке, затем мобилизуют и низводят слизисто-мышечный лоскут с последующей фиксацией внутренним отверстием в кишке. После этого производят тампонаду влагалища и прямой кишки турундами с антисептиком.

Результаты и обсуждение: В исследование участвовали пациентки в возрасте от 30 до 54 года (средний возраст $38,8 \pm 7,9$ лет) в трудоспособном возрасте. В 4 случаях причиной возникновения свища были травматические роды, сопровождающиеся разрывами промежности и прямой кишки; у 2 пациенток – острый парапроктит, и у последней пациентки ректовагинальный свищ возник в результате травмы во время полового акта. Среднее время оперативного пособия составило 65 ± 12 минут. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, мочевой пузырь катетеризировался до 1 суток, 2 раза в день выполнялась перевязка с санацией влагалища и послеоперационной раны с обработкой раствором антисептика (водный раствор 0,05% хлоргексидина биглюконата). Случаев нагноения ран и некроза низведенного лоскута не наблюдалось. Раны ушивались рассасывающимися швами нитями и не снимались. Нити во влагалище самостоятельно отторгались в среднем через 17–18 дней, в прямой кишке через $10,2 \pm 1,4$ к.дней. Средний срок наблюдения за пациентами после операции составили 6 месяцев. За данный период рецидивов свища или недостаточности анального сфинктера не выявлено.

Заключение. Таким образом, при крупных ректовагинальных свищах целесообразно использовать широкое выделение свищевого отверстия для лучшей визуализации и дальнейшего рассечения поперечной мышцы и фасции. При свищах ректовагинальной перегородки с экстрасфинктерным расположением используется сегментарная проктопластика или низведение полноценного слизисто-мышечного лоскута.