

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Рустамов Иноятулла Мурадудла угли

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11480839>

Аннотация: по данным общемировой литературы самостоятельное заживление РВС встречается крайне редко, а хирургическое лечение является основным методом лечения. Контингент пациентов с РВС получают квалифицированную помощь в гинекологических, проктологических, общехирургических стационарах либо не лечатся вообще. РВС можно разделить на низкие и высокие. Расположение свища определяет оперативный доступ (промежностный или вагинальный). Низкий РВС обычно расположен дистальнее анального сфинктера выше зубчатой линии. Высокий уровень РВС имеет расположение вблизи шейки матки.

Ключевые слова: ректовагинальный свищ, свищ прямой кишки, свищ промежности, свищ, дефект ректовагинальной перегородки.

OPTIMAL CHOICE OF SURGICAL TREATMENT OF LARGE-SIZED DISTAL RECTOVAGINAL FISTULAS

Abstract: according to global literature, independent healing of RVS is extremely rare, and surgical treatment is the main method of treatment. A contingent of patients with RVS receive qualified care in gynecological, proctological, general surgical hospitals or are not treated at all. RVS can be divided into low and high. The location of the fistula determines the surgical approach (perineal or vaginal). The low RVS is usually located distal to the anal sphincter above the dentate line. A high level of RVS is located near the cervix.

Keywords: rectovaginal fistula, rectal fistula, perineal fistula, fistula, rectovaginal septal defect.

ВВЕДЕНИЕ

Ректовагинальный свищ (РВС) представляют собой патологический канал между прямой кишкой и влагалищем, проявляясь симптомами, при котором кал выходит во влагалище и причиняет неудобства пациенткам. Этиология РВС многогранна и обусловлена врожденными пороками развития, акушерской травмой, болезнью Крона или являются ятрогенным. По данным как зарубежной, так и отечественной литературы, количество пациентов с РВС не превышает 5 процентов от всех свищей прямой кишки. По литературным данным до 88% РВС возникают вследствие акушерской травмы в 0,1% родов через естественные родовые пути. Кроме того, РВС может быть перианальным осложнением у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в 0,2-2,1% наблюдений. После выполнения низких резекций прямой кишки частота выявления РВС составляет до 10%. При применении сшивающих аппаратов и синтетических имплантов при хирургической коррекции тазового пролапса количество РВС значительно увеличилось и достигает 0,15% случаев. РВС наиболее часто встречается у молодых женщин в возрасте от 20 до 40 лет, что имеет социальную значимость. По данным общемировой литературы самостоятельное заживление РВС встречается крайне редко, а хирургическое лечение является основным методом лечения. Контингент пациентов с РВС получают квалифицированную помощь в гинекологических, проктологических, общехирургических

стационарах либо не лечатся вообще. РВС можно разделить на низкие и высокие. Расположение свища определяет оперативный доступ (промежностный или вагинальный). Низкий РВС обычно расположен дистальнее анального сфинктера выше зубчатой линии. Высокий уровень РВС имеет расположение вблизи шейки матки.

На сегодня в мире имеется широкий спектр вариантов устранения РВС с учетом этиологии заболевания. Помимо первичной пластики варианты выборочно включают выдвижение слизистого лоскута (со сфинктеропластикой или без нее), интерпозицию мышц или мягких тканей (графтинг Марсиуса, грацилопластика и интерпозиция биологической сетки), фибринового клея, свищевые заглушки, лигирование межсфинктерного свищевого хода. процедура, известная как LIFT. При выполнении традиционной пластики (метод прерывистого шва) часто приводит к неадекватному закрытию дефекта. Промежутки между швами могут быть раздавлены быстрым повышением местного давления при акте дефекации. При этом, шов из шелковой или капроновой нити ненадежно выдерживает локальное высокое давление, что приводит к расхождению швов. В мире нет единой тактики в лечении ректовагинальных свищей. По мнению А. Troja (2013) ректовагинальные свищи представляют собой серьезную проблему для пациентов и серьезную проблему для оперирующего хирурга. Окончательное хирургическое лечение свища зависит от размера и местоположения свища, основного заболевания и любых предыдущих методов лечения. В отношении осложненных рецидивирующих ректовагинальных свищей транспозиция тонкой мышцы является одним из хорошо зарекомендовавших себя терапевтических вариантов с вероятностью успеха до 70%.

На сегодня ведется поиск более прочных шовных материалов и использование непрерывного шва для стабилизации краев раны, что может эффективно снизить риск несостоятельности швов после наложения последних. Применение степлерных аппаратов, используемых в работе, являясь одновременно непрерывным по своему применению по закрытию дефекта не лишена недостатков. Ретроспективное сравнительное исследование показало, что степлерное закрытие ЛРВ безопасно и эффективно, при этом частота рецидивов фистулы значительно ниже. При использовании степлерной пластики количество рецидива заболевания и недержанием мочи был ниже по сравнению с применением традиционных методов лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В РУз «Многопрофильной клиники СамГМУ» в отделении проктологии проходили лечение 7 пациенток в возрасте от 30 до 54 года (средний возраст $38,8 \pm 7,9$ лет) с диагнозом ректовагинальный свищ. Размеры свища составляли до

0,8-1,1см, в диаметре. При этом 4 случая возникновения свищей явились результатом травматичных родов (3 степень разрыва промежности); в 2 случаях свищи возникли в результате перенесенного острого парапроктита, в 1 случае свищ сформировался в результате травмы в ходе полового акта. При поступлении в отделение пациентки жаловались на выделение зловонного гноя из влагалища. Выделение кала, выявлялось при диаметре свища более 1 см. Было произведено комплексное обследование пациенток – кольпоскопия, трансанальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование. Определялась локализация свищевых отверстий во влагалище и прямой кишке. Всем пациенткам в условиях спинальной анестезии было выполнено радикальное иссечение ректовагинальных свищей с раздельным ушиванием влагалища, ректовагинальной перегородки и устранением внутреннего отверстия свища путем

низведения полнослойного лоскута прямой кишки. После проведения на первом этапе ревизии и окрашивания свищевого хода красителем определяли локализацию внутреннего свищевого отверстия. Затем с помощью 0,5% раствора новокаина в смеси с адреналином проводили гидропрепаровку ректовагинальной перегородки, тем самым достигали снижения кровотоковости тканей стенки влагалища. Слизистую оболочку со стороны влагалища рассекали вокруг свищевого хода и, отступая при этом на 2 см влево и вправо, на 4-7см выше и ниже (при свищах более 1 см и выраженных рубцовых изменений производили с полным рассечением передней стенки прямой кишки). Мобилизованный лоскут оттягивали в сторону и осуществляли дальнейшее выделение свищевого хода вместе с дополнительными ходами до стенки прямой кишки. При этом добивались того, чтобы линия швов на мышцах и слизистой оболочке влагалища были смещены относительно друг друга, что препятствовало развитию рецидива заболевания. Если диаметр свища составил менее 1 см последний ушивали, а держалки проводили в просвет прямой кишки. После введения ректального зеркала в просвет прямой кишки, проводили ревизию внутреннего свищевого отверстия. Гидропрепаровка слизисто-подслизистого слоя прямой кишки производилась по описанной выше методике. Осуществляли отсепаровку лоскута прямой кишки, окаймляющего внутреннее свищевое отверстие. Чтобы не допустить некроза лоскута, ему придавали трапециевидную форму с широким основанием, обращенным краниально и шириной не менее 1/4 окружности прямой кишки. Производилось низведение лоскута до тех пор, пока внутреннее отверстие не выходило за пределы ложа лоскута. Последний фиксировали узловыми швами из рассасывающегося материала по всему по периметру. При свищах ректовагинальной перегородки с экстрасфинктерным расположением использовался метод сегментарной проктопластики или низведения полноценного слизисто-мышечного лоскута. Тампонада влагалища и прямой кишки осуществлялась турундами с антисептиком. В послеоперационном периоде осуществлялась антибактериальная терапия, катетеризация мочевого пузыря до 1 суток, 2 раза в день осуществлялись перевязки с санацией влагалища и послеоперационной раны с обработкой раствором антисептика (водный раствор 0,05% хлоргексидина биглюконата).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного исследования среднее время оперативного пособия составило 65 минут. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 10-12 дней. Случаев нагноения ран и некроза низведенного лоскута не наблюдалось. Раны ушивались рассасывающимися швами и не снимались. Нити во влагалище самостоятельно отторгались в среднем через 17-18 дней, в прямой кишке через 10-14 дней. Средний срок наблюдения за пациентами после операции составили 6 месяцев. За данный период рецидивов свища (выделения воздуха из влагалища) или недостаточности анального сфинктера (недержание газов и кала) не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Операции по поводу ректовагинальных свищей требуют четкого знания анатомии, физиологии, поэтому плановое лечение таких пациенток следует проводить только в специализированном центре. Применяемые в мире методики по лечению РВС с использованием степлерной пластики показало его относительную простоту использования и низкую заболеваемость. Помимо отдельных местных ректальных и вагинальных швов, учитывая высокую частоту рецидивов РВС с течением времени, альтернативные методы включали использование аугментаций, таких как замена жировой ткани губ Martius,

интерпозиционная грацилопластика, ометопластика или закапывание жира и введение рассасывающейся биосовместимой сетки. Несмотря на эти новые усовершенствованные методы, хирургическое лечение РВС остается серьезной проблемой, при этом частота рецидивов составляет от 0% до 80%.

Исследования показали преимущество закрытия свищей с помощью скобок в оцениваемых группах (хорошо подобранных по количеству повторных операций по восстановлению свищей в прошлом). Данные о выведении колостомы при лечении РВС остаются спорными. За исключением более сложных случаев или случаев, исключенных из нашего анализа [13], отведение стомы с большей вероятностью будет использоваться в случаях РВС с сопутствующим сепсисом или после нескольких неудачных операций. Таким образом, хирург должен выделить достаточно места, чтобы совместить использование степлера и восстановление сфинктера или леваторную пластику. Представляется, что наличие достаточного свободного пространства для размещения степлера и выполнения леваторопластики или сфинктеропластики во время процесса сшивания у пациентов значительно уменьшит местное давление на разрез, что, возможно, будет способствовать более низкой частоте рецидивов, кроме того, наше среднее наблюдение было относительно коротким, с ожиданием более поздних рецидивов свищей с течением времени. Важно тщательно физическое обследование и предоперационная визуализация сфинктера для успешного функционального результата и удовлетворенности пациентов после лечения, отражая не только заживление свищей, но и улучшение удержания мочи.

Сфинктеропластика (иссечение свища) рекомендована при наличии сопутствующей недостаточности анального сфинктера, рубцовом замещении мышечной ткани анального сфинктера). Сегментарная проктопластика (иссечение свища с перемещением слизистоподслизистого, слизисто-мышечного или полнослойного лоскута прямой кишки в анальный канал) рекомендована при сохранной функции анального сфинктера, интактной стенке нижеампулярного отдела прямой кишки). Комментарии: выполняется иссечение свища до свищевого отверстия в кишке. Мобилизуется и низводится слизисто-подслизистый, слизистомышечный либо полнослойный лоскут с его фиксацией в анальном канале. Излечение больных описано в 50-70% наблюдений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При крупных дистальных 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.

Литература:

1. Дусияров М. М., Рахматова Л. Т., Рустамов И. М. Результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-359.
2. Кан С. А., Рустамов И. М., Шербекова Ф. У. Хирургическая тактика у больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 361-362.

3. Eshonkhodjaev, O., Dusiyarov, M. M., Sherkulov, K. U., Rustamov, M. I., & Bobokambarov, N. A. Evaluation of the Effectiveness of Anti-adhesive Coating on a Model of a Lung Wound in an Experiment. *JournalNX*, 7(02), 87-98.
4. Шеркулов К. У., Рустамов М. И., Худойназаров У. Р. Эффективность Лигирования Свищевого Хода В Межсфинктерном Пространстве В Лечении Транссфинктерных Параректальных Свищей // *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 112-115.
5. Шербекоев У.А., Рустамов И.М. Эффективность комплексной терапии острого парапроктита // *ReFocus*. 2023. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-terapii-ostrogo-paraproktita-1> (дата обращения: 17.10.2023).
6. Sherbekov U.A., & Rustamov I.M. (2023). Optimization of draining ligations in the treatment of complex forms of acute paraproctitis. *Research Focus International Scientific Journal*, 2(3), 169–174. Retrieved from <https://refocus.uz/index.php/1/article/view/74>
7. Karabayev J.A., Rustamov I.M., Shakulov A.M., & Juraboyev Yu.Sh. (2023). Draining ligature in the treatment of acute paraproctitis. *Research Focus International Scientific Journal*, 2(4), 223–229. Retrieved from <https://refocus.uz/index.php/1/article/view/138>
8. Kurbaniazov B. Zafar, Sherbekov A. Ulugbek, Rustamov M. Inoyatulla. Loose set-on in the treatment of acute paraproctitis// *Journal of Biomedicine and Practice*. 2023, vol. 8, issue 2, pp.390-398
9. Bobokulov A. U. et al. Analyze acute paraproctitis // *European Journal of Medical Genetics and Clinical Biology*. – 2024. – Т. 1. – №. 1. – С. 159-160.
10. Бобокулов А. У., Усмонкулов М. К., Бабакулова Ф. У. Оптимизация Тактики Хирургического Лечения Острого Гангренозно-Некротического Парапроктита // *Research Journal of Trauma and Disability Studies*. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 155-159.
11. Bobokulov A. U. Develop and improve treatment tactics for acute gangrenous-necrotic paraproctitis // *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*. – 2023. – Т. 5. – №. 06. – С. 11-14.
12. Sherkulov K. U., Bobokulov A. U., Usmonkulov M. K. Results of treatment of patients with acute gangrenous-necrotic paraproctitis // *World Bulletin of Public Health*. – 2023. – Т. 19. – С. 161-163.