

пассажа психологически, социально и экономически обоснована, поскольку только после выполнения РВО может состояться полноценная медико-социальная реабилитация пациента.

ВАРИАНТЫ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ И СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Высоцкий Ф. М.², Рычагов Г. П.¹, Алексеев С. А.¹, Корик В. Е.¹,
Жидков С. А.¹, Попков О. В.¹, Сивец А. Н.¹, Логащ Е. И.²,
Корнов А. Г.², Бородинец А. Л.², Трусевич Т. Л.², Махахей А. В.²,
Ляшко О. И.²

¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

²Минский городской центр колопроктологии, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Ректовагинальный свищ – это патологическое сообщение между передней стенкой прямой кишки и задней стенкой влагалища. Не представляя непосредственной угрозы для жизни, ректовагинальные свищи приводят к стойкой инвалидизации женщин, причиняя тяжелые физические и эмоциональные страдания. В структуре всех свищей прямой кишки ректовагинальные свищи составляют около 5%. Самая частая причина возникновения свищей (около 80%) – это послеродовая травма, затем болезнь Крона, язвенный колит, лучевая терапия, травма прямой кишки и влагалища.

Цель: оценить результаты хирургического лечения ректовагинальных свищей разной сложности.

Материал и методы. С 2013 г. по декабрь 2017 г. в Минском городском центре колопроктологии прооперировано 17 пациенток со свищом ректовагинальной перегородки. Средний возраст пациенток составил 33±3 года. Преобладающая часть ректовагинальных свищей – у пациенток после родовой травмы – 13 (76%). Остальные 2 (12%) пациентки после хирургического лечения рака матки и 2 (12%) пациентки после осложнения язвенного колита. По локализации: у 14 пациенток (82%) свищи локализовались в нижней трети ректовагинальной перегородки.

У 2 (12%) пациенток в средней трети перегородки и у одной пациентки (6%) в верхней трети. Размеры свищевого отверстия варьировали от 0,3 до 2 см.

В раннем послеродовом периоде оперированы 5 (29%) пациенток, не дожидаясь формирования свищевого хода. Дефект ректовагинальной перегородки возник после инфицирования эпизиотомической раны на 5-6-е сутки после родов. У этих пациенток дефект был локализован в н/3 влагалища. Они были оперированы на 12-14-е сутки после родов, была выполнена операция с ушиванием дефекта передней стенки прямой кишки и леватеропластика с восстановлением слизистой влагалища.

Все остальные пациенты 12 (71%) оперированы в более поздние сроки – от 2,5 месяца до 1 года. 7 пациентам (41%) с локализацией свищевого отверстия в н/3 ректовагинальной перегородки и размером свищевого отверстия до 1 см была также выполнена операция с ушиванием дефекта прямой кишки, леватеропластикой и восстановлением слизистой влагалища. Пациентам с локализацией свищей в с/трети и в/трети ректовагинальной перегородки с размером свищевого отверстия до 0,5 см, операция заключалась в задней кольпорафии, мобилизации передней стенки прямой кишки, ушивании дефекта передней стенки прямой кишки однорядным непрерывным швом без захвата слизистой. Следующий этап – шов слизистой влагалища.

Двум пациенткам с размером ректовагинального дефекта до 2 см была выполнена пластика ректовагинальной перегородки с ушиванием свища при помощи перемещенного мышечно-жирового лоскута из большой половой губы по Martius. Техника операции заключалась в задней кольпорафии с иссечением ректовагинального свища, широко отпрепаровывалась ректовагинальная перегородка, ушивался дефект прямой кишки однорядным непрерывным швом без захвата слизистой прямой кишки. Затем из правой большой половой губы препарировали мышечно-жировой лоскут, перемещали его в ректовагинальное пространство и фиксировали отдельными швами в виде «заплатки». Леватеропластика при этом не выполнялась, а только шов слизистой влагалища. Во всех случаях стома не выводилась.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде у 2 (12%) пациенток через 2 недели отмечено нагноение раны и рецидив свища, они были повторно оперированы через 3 месяца после осложнения с хорошим результатом. У всех остальных 15 (88%) пациенток послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением, достигнут хороший анатомический и физиологический результат. Швы снимались на 9-10 сутки после операции. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у 2 пациенток, которым была выполнена пластика по Martius, отмечалось снижение чувствительности около 3-х месяцев в области большой половой губы, где производился забор лоскута.

Выводы. Раннее хирургическое лечение послеродовых ректовагинальных свищей позволяет получить хорошие результаты, не дожидаясь формирования ректовагинального свища в отдаленном послеродовом периоде.

Хирургическое лечение сложных ректовагинальных свищей больших размеров методом перемещенного лоскута по Martius позволяет добиться хороших результатов без выведения колостомы.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО МЕТОДИКЕ LIFT

Высоцкий Ф. М.², Рычагов Г. П.¹, Алексеев С. А.¹, Корик В. Е.¹,
Жидков С. А.¹, Сивец А. Н.¹, Логаш Е. И.², Корнов А. Г.²,
Махахей А. В.², Бородинец А. Л.², Ляшко О. И.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

²Минский городской центр колопроктологии, г. Минск,
Республика Беларусь

Введение. LIFT (the Ligation of Intersphincteric Fistula Tract) – лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое – новый метод хирургического лечения транс- и экстрасфинктерных