

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ДВУМЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ (клиническое наблюдение)

Алиев Ф.Ш.<sup>1</sup>, Алиев Р.Ф.<sup>1</sup>, Ильканич А.Я.<sup>2</sup>, Алиев В.Ф.<sup>1</sup>, Матвеев И.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России (ул. Одесская, д. 54, г. Тюмень, 625023, Россия)

<sup>2</sup> БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница» (ул. Энергетиков, д. 24, корпус 2, г. Сургут, 628408, Россия)

*Представлено описание клинического случая пациентки с двумя ректовагинальными свищами высокого и низкого уровня. На первом этапе была наложена отключающая двустольная сигмостома и проведена дренирующая латексная лигатура через нижний ректовагинальный свищ. Спустя 3 месяца был выполнен следующий этап: верхний ректовагинальный свищ был иссечен и инвагинирован в просвет кишки с наложением на него компрессионного зажима из никелида титана с памятью формы. Нижний ректовагинальный свищ был иссечен в просвет кишки с ушиванием сфинктера. Послеоперационный период протекал без осложнений, было отмечено полное заживление ран. Спустя 7 месяцев было выполнено закрытие сигмостомы. В течение 2 месяцев после восстановления естественного пассажа по кишечнику осложнений и развития рецидива свища не отмечено.*

**[Ключевые слова: ректовагинальный свищ, никелид титана, компрессионный шов, инвагинационный метод]**

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

Для цитирования: Алиев Ф.Ш., Алиев Р.Ф., Ильканич А.Я., Алиев В.Ф., Матвеев И.А. Хирургическое лечение пациентки с двумя ректовагинальными свищами (клиническое наблюдение). *Колопроктология*. 2020; т. 19, № 3, с. 92-96. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-3-92-96>

## SURGICAL TREATMENT FOR A PATIENT WITH TWO RECTOVAGINAL FISTULAS (case report)

Fuad S. Aliev<sup>1</sup>, Ruaf F. Aliev<sup>1</sup>, Andrey Ya. Ilkanich<sup>2</sup>, Vagif F. Aliev<sup>1</sup>, Ivan A. Matveev<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Tyumen State Medical University (Odesskaya str., 54, Tyumen, 625023, Russia)

<sup>2</sup> Surgut district clinical hospital (Energetikov str., 24, bld. 2, Surgut, 628408, Russia)

*The article describes clinical case of a patient with two rectovaginal fistulas of high and low level. The first stage included diverting loop sigmoidostomy and latex seton for low fistula. Three months later, on the second stage, fistulectomy with invagination of the fistula to rectal lumen with compression of invaginated part by titanium nickelide clamp was done. The fistulectomy with sphincteroplasty was done for the lower fistula. No postoperative complications developed; the complete recovery was detected. Seven months later, on the third stage, the stoma closure was done. No complications and fistula recurrence were obtained in 2 months of follow-up.*

**[Key words: rectovaginal fistula, titanium nickelide, compression clamp, invagination method]**

**CONFLICTS OF INTERESTS: The authors declare no conflicts of interest.**

For citation: Aliev F.S., Aliev R.F., Ilkanich A.Ya., Aliev V.F., Matveev I.A. Surgical treatment for a patient with two rectovaginal fistulas (case report). *Koloproktologia*. 2020; v. 19, no. 3, pp. 92-96. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-3-92-96>

Адрес для переписки: Алиев Фуад Шамильевич, ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России,  
ул. Одесская, д. 54, Тюмень, 625023, Россия;

тел.: +7 (912) 383-56-04; e-mail: [alifuad@yandex.ru](mailto:alifuad@yandex.ru)

Address for correspondence: Aliev F.S., Tyumen State Medical University, Odesskaya str., 54, Tyumen, 625023, Russia; e-mail: [alifuad@yandex.ru](mailto:alifuad@yandex.ru)

Дата поступления – 14.04.2020  
Received – 14.04.2020

После доработки – 22.06.2020  
Revised – 22.06.2020

Принято к публикации – 20.08.2020  
Accepted for publication – 20.08.2020

## ВВЕДЕНИЕ

Ректовагинальные свищи (РВС) являются относительно редким заболеванием и наблюдаются в 5% случаев среди всех свищей прямой кишки [1]. Наиболее часто формирование ректовагинальных свищей связано с родовой травмой, воспалительными заболеваниями кишечника, операционным повреждением, последствиями лучевой терапии опухолей органов малого таза, реже острым парапроктитом [2]. Очевидно, что единственным способом радикального лечения ректовагинальных свищей является хирургический. Несмотря на многочисленные разработанные способы оперативного вмешательства при РВС, удельный вес рецидивов сохраняется на высоком уровне, варьируя в пределах 20-80% [3,4]. Неудачи лечения обусловлены не только анатомо-функциональными особенностями зоны операции, но и несовершенством тактических принципов выбора способа операции.

В последние годы все чаще в качестве альтернативы традиционным способам при лечении высоких ректовагинальных свищей применяется «инвагинационный» способ. За рубежом инвагинационный способ лечения прямокишечных свищей впервые был использован Koenig F. в 1903 году [5]. Методика операции широкого распространения в клинической практике не получила. В России первые 3 наблюдения инвагинационной фистулэктомия были применены в 1970-80-х годах в НИИ проктологии [6]. Куценко И.К. в 1994 году был предложен «Способ хирургического лечения прямокишечно-влагалищных свищей». Суть его заключается в отделении задней стенки влагалища от передней стенки прямой кишки, пересечении свищевого хода. Культы свищевого хода выворачивают в просвет влагалища и прямой кишки, накладывают клипсы из никелида титана с эффектом «памяти» формы ниже основания свищевого хода. В ректовагинальную перегородку помещают пористую никелид титановую пластину, пропитанную антибиотиками. Использование никелид титанового материалов определяется соответствием их высоким медико-техническим требованиям к имплантатам: биохимической и биомеханической совместимостью с тканями организма, которые проявляются сверхэластичными свойствами, близкими к живым системам [7]. Аналогичный способ операций при сложных экстрафинктерных свищах прямой кишки у 5-ти больных применен Алиевым Ф.Ш. и соавторами в 2001 году [8]. Авторы после иссечения свища до подслизистого слоя прямой кишки инвагинируют культю свищевого хода в просвет кишки. Затем со стороны анального

канала на основание культы накладывают предварительно охлажденный и раскрытый зажим из никелида титана с эффектом «памяти» формы, что обеспечивает дозированное соприкосновение слизисто-подслизистых слоев, богатых коллагеновыми и мышечными волокнами. После формирования компрессионного шва зажим самостоятельно отторгся и выделялся естественным путем. Протекторная стома не выводилась. Наблюдение за результатами операций в сроки до 20 месяцев рецидива заболевания и нарушение функции сфинктера не выявило. Агаев Б.А. и соавторы описали 18 наблюдений, модифицировав методу Фюта-Мейо, при которой выполнялась пластика с инверсией свищевого хода в просвет прямой кишки. Рецидив наблюдался всего в 1 случае [9]. Мудров А.А. и соавт. использовали инвагинационный метод при лечении 37 женщин РВС с локализацией свищевых отверстий в кишке выше зубчатой линии различной этиологии. Из них 20 (54,1%) пациенток были оперированы ранее. В четырех (10,8%) случаях была ранее сформирована сигмостома. Средний период наблюдения составил  $14,7 \pm 6,6$  месяцев. У 8 (21,6%) пациенток возник рецидив заболевания в сроки от 2 до 6 недель после операции. Авторы пришли к заключению, что данный метод является безопасной и эффективной операцией выбора при лечении РВС высокого уровня. При этом применение метода возможно без наложения превентивной колостомы [10].

При анализе современной литературы мы не встретили ни одного клинического наблюдения хирургической коррекции множественных ректовагинальных свищей.

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациентка О., 38 лет, обратилась в апреле 2019 года с жалобами на выделение газов и жидкого кала из влагалища, периодические боли после дефекации. Данные жалобы возникли 10 лет назад после родов. Роды осложнились разрывом промежности, что потребовало ее ушивания. В последующем, пациентка дважды оперирована по поводу ректовагинального свища: в 2011 и 2013 гг. Характер перенесенных операций нам установить не удалось. Физикальное обследование пациентки установило наличие 2 свищевых ходов между влагалищем и прямой кишкой (Рис. 1).

Первое свищевое отверстие диаметром 10 мм локализовалось в кишке на 2 см выше зубчатой линии в проекции 12 часов и соединялось со средней третью влагалища прямым ходом протяженностью до 1 см с наличием незначительных фиброзно-рубцовых изменений в парасвищевой области. Диаметр свищевого отверстия во влагалище – 10 мм. Свищевое отверстие вто-

рого хода имело щелевидную форму и располагалось на уровне зубчатой линии в проекции 12 часов, далее ход шел транссфинктерно и открывался в нижней трети влагалища через отверстие диаметром до 3 мм. При осмотре отмечалось наличие скудного гнойного отделяемого из свищевого отверстия во влагалище и воспалительная инфильтрация тканей в этой области. При исследовании зондом свищевой ход захватывал подкожную и поверхностную порции анального сфинктера. Также при клиническом осмотре данных за наличие дефектов анального сфинктера, снижение его тонуса и волевых усилий выявлено не было.

Пациентка обследована. При функциональном исследовании ЗАПК (сфинктрометрия) данных за наличие недостаточности анального сфинктера (НАС) не выявлено. При ТРУЗИ – гнойные затеки и дефекты мышечных структур промежности не выявлены.

Лечение носило многоэтапный характер. Первый этап (апрель 2019) – выведение превентивной двустольной сигмостомы и проведение дренирующей латексной лигатуры через низкий ректовагинальный свищ. В послеоперационном периоде пациентка в течение 5 дней получала антибактериальную терапию (цефтриаксон, метрогил), суппозитории салофалька 500 мг ректально в течение 15 дней. В последующем, ежедневные спринцевание полости влагалища и микроклизмы с настоем ромашки.

Второй этап (июль 2019 г.) – комбинированная хирургическая коррекция ректовагинальных свищей высокого и низкого уровня.

### ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Под спинномозговой анестезией в положении пациентки на операционном столе как для литотомии выполнялся циркулярный окаймляющий разрез сви-

щцевого отверстия высокого РВС влагалища на расстоянии до 5 мм от края. Свищевой ход мобилизовали до кишечной стенки (Рис. 2).

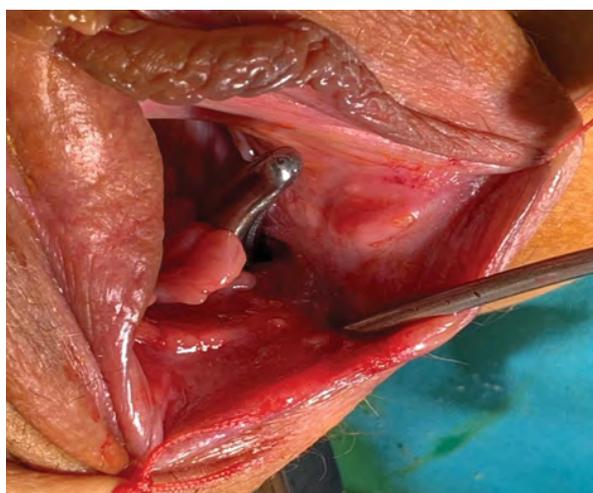
Далее выполнялась инвагинация выделенного свищцевого хода в просвет кишки так, чтобы просвет самого хода был вывернут и находился снаружи. Затем проводили компрессионное закрытие основания культи инвагинированного свища со стороны прямой кишки.

Для компрессионного закрытия использовался никелид титановый зажим в виде двух взаимопараллельных линейных браншей, сомкнутых на концах, обладающий свойством эффекта памяти формы. После предварительного охлаждения в холодном антисептике и разведения браншей никелид титанового зажима свищевой ход подтягивался, и на основание свища накладывался никелид титановый зажим с обязательным захватом слизистой прямой кишки. При соприкосновении с тканями имплантат согревался и восстанавливал первоначальную форму (эффект «памяти» формы), дозированно сдавливая ткани.

После установки компрессионного зажима, рана во влагалище послойно ушивалась.

Низкий ректовагинальный свищ был иссечен в просвет анального канала с последующей сфинктеропластикой.

В просвет прямой кишки и влагалища на сутки устанавливались мазевые тампоны с левомеколем. Продолжительность оперативного вмешательства составила 40 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. В послеоперационном периоде проводились ежедневные санации влагалища растворами антисептиков, перевязки. Для нормализации стула пациентке были назначены послабляющие препараты, также рекомендовано полное



**Рисунок 1.** Ректовагинальные свищи высокого и низкого уровня

**Figure 1.** High and low rectovaginal fistulas



**Рисунок 2.** Циркулярное иссечение и мобилизация ректовагинального свища со стороны влагалища

**Figure 2.** Circular fistula excision and mobilization from vagina to rectum

исключение физических нагрузок и пребывание в сидячем положении. Никелид титановый зажим отторгся на 7 сутки в ампулу прямой кишки вместе с некротизированной культей РВС (Рис. 3).

В последующем зажим выделялся из организма естественным путем с формированием компрессионного шва стенки кишки на месте свищевого отверстия. Пациентка выписалась из стационара на 7 сутки.

Третий этап операции – закрытие превентивной сигмостомы – выполнен через 7 месяцев (март 2020 г). Сроки наблюдения после восстановления непрерывности пассажа кишечного содержимого составили 2 месяца. При комплексном клинико-инструментальном контрольном обследовании данных за рецидив заболевания и нарушение функции анального сфинктера не выявлено. На МРТ малого таза данных за наличие гнойно-воспалительного процесса, жидкостных образований в зоне операции, рецидива ректовагинальных свищей не выявлено (Рис. 4).

## ОБСУЖДЕНИЕ

На наш взгляд, такой многоэтапный подход, выбранная техника и объем операции явились оптимальными в данном клиническом случае. Превентивная колостома необходима, прежде всего, пациентам, у которых ранее уже предпринимались попытки устранения РВС [11], так как рецидивное течение заболевания достоверно ухудшает результаты лечения заболевания. Так, если после первой операции по поводу РВС вероятность успеха составляет 85%, то к третьей попытке выздоровление пациентов отмечается менее, чем в 55% случаев [12]. Исследование, проведенное Pinto et al., также показало, что длительная предше-

ствующая хирургическая история коррелирует с более высокой частотой неудач [13]. Также, помимо рецидивного течения, показанием к превентивной колостоме является наличие сложных и множественных свищей [14]. Срок 3 месяца между первым и вторым этапами операции, а также наличие дренирующей латексной лигатуры, являются достаточными для устранения локального воспаления и отека в зоне низкого РВС. Технические аспекты инвагинационного метода при лечении ректовагинальных свищей обуславливают, на наш взгляд, целый ряд его преимуществ. Прежде всего, инвагинация свищевого хода в просвет прямой кишки является малоинвазивной и позволяет обеспечить интактность кишечной стенки [10]. Формирование компрессионного шва при помощи никелид титанового зажима обеспечивает лучшие условия для заживления тканей, менее выраженной и непродолжительной воспалительной реакции тканей, раннее развитие репаративной регенерации тканей [15].

Таким образом, учитывая сложность РВС, выбор многоэтапного хирургического вмешательства и инвагинационно-компрессионного способа коррекции высокого свищевого хода является предпочтительным, а подготовка свища низкого уровня оправданным, поскольку обеспечивается как купирование воспалительного процесса, так и создаются лучшие условия для герметичности зоны шва и регенерации тканей.

## УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Концепция и дизайн исследования: Алиев Ф.Ш., Ильканич А.Я.

Сбор и обработка материала: Алиев Ф.Ш., Алиев В.Ф., Матвеев И.А., Алиев Р.Ф.

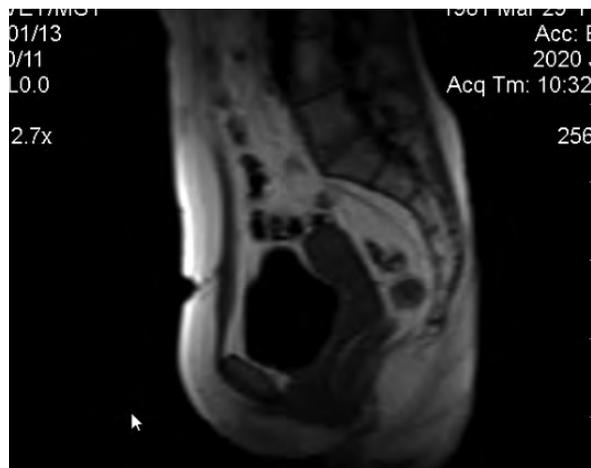
Написание текста: Алиев Ф.Ш., Алиев Р.Ф.

Редактирование: Алиев Ф.Ш.



**Рисунок 3.** Обзорная рентгенограмма области малого таза. Отторжение никелид титанового зажима линейной формы в просвет прямой кишки

**Figure 3.** Pelvic X-ray. Rejection of the titanium nickelide compression clamp to rectal lumen



**Рисунок 4.** МРТ малого таза. 6 месяцев после операции. Признаков гнойно-воспалительного процесса в зоне операции, рецидива свищей не визуализируется

**Figure 4.** Pelvic MRI 6 months after the 2nd stage. No inflammatory complications or fistula recurrence detected

## THE PARTICIPATION OF THE AUTHORS:

Concept and design of the study: *Aliev F.Sh., Ilkanich A.Ya.*

Collection and processing of the material: *Aliev F.Sh.,*

*Aliev V.F., Matveev I.A., Aliev R.F.*

Writing of the text: *Aliev F.Sh., Aliev R.F.*

Editing: *Aliev F.Sh.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Mitra P, Mukherjee S, Hassan H. et al. Rectovaginal fistula of different etiologies: clinical case reports. *NJOG*. 2012;7(2):43-46.
2. Eun Ju. Jo, Yoo-Young Lee, Tae-Joong Kim et al. Management and Outcome of Rectal Injury Gynecologic Laparoscopic Surgery. *JMIG*. 2013;20(2):166-171.
3. Ommer A, Herold A, Berg E. S3-Leitlinie: Rectovaginal Fisteln (ohne M. Crohn). *Coloproctology*. 2012;34:211-246.
4. Göttgens K, Smeets R, Stassen L. et al. The disappointing quality of published studies on operative techniques for rectovaginal fistulas: a blueprint for a prospective multi-institutional study. *Dis Colon Rectum*. 2014 Jul;57(7):888-98.
5. Koenig F. Ueber Einstülpungs method ebei der Operation der Fistula collicongenita und die gelegentliche Auwendungbeieiner Mastdarmfistel. *Arch f klin Chir*. 1905;70:1008.
6. Проценко В.М. Хирургическое лечение толстокишечно-влагалищных свищей. Дис. ... д.м.н. М., 1990; с. 253.
7. Gyunther V, Dambaev GTs, Sisyolyatin PG. et al. Delay law and new class of materials and implants in medicine. *Northampton: SST*. Томск, 2000; 441 p.
8. Алиев Ф.Ш., Кечеруков А.И., Чернов И.А. Совершенствование техники операций толстой кишки с использованием имплантов из никелида титана. В книге: Биосовместимые материалы и имплантаты с памятью формы /под редакцией В.Э. Гюнтера. *Northampton: SST*; 2001;168-170.
9. Агаев Б.А., Джавадов Э.А., Аббасова Г.А. Хирургическое

лечение средних и нижних ректовагинальных свищей методом инвертации. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2010; № 2, с. 44-46.

10. Мудров А.А., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Фоменко О.Ю. и соавт. Малоинвазивный подход при лечении ректовагинальных свищей высокого уровня (первый опыт применения инвагинационного метода). *Колопроктология*. 2018; № 4, с. 39-44. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-4-39-44>.

11. Fu J, Liang Z, Zhu Y. et al. Surgical repair of rectovaginal fistulas: predictors of fistula closure. *Int Urogynecol J*. 2019;30:1659-1665.

12. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Goldberg SM. Repair of simple rectovaginal fistulas. Influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum*. 1988;31(9):676-8.

13. Pinto RA, Peterson TV, Shawki S, Davila GW et al. Are there predictors of outcome following rectovaginal fistula repair? *Dis Colon Rectum*. 2010;53(9):1240-7. <https://doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181e536cb>.

14. Devesa JM, Devesa M, Velasco GR. Benign rectovaginal fistulas: management and results of a personal series. *Tech Coloproctol*. 2007;11(2):128-34. <https://doi.org/10.1007/s10151-007-0342-1>.

15. Алиев Ф.Ш., Молокова О.Ф., Гюнтери В.Э. соавт. Компрессионный способ анастомозирования – альтернатива традиционному швам. *Онкологическая колопроктология*. 2015; т. 5, № 2, с. 14-19. <https://doi.org/10.17650/2220-3478-2015-5-2-14-26>.

## REFERENCES

1. Mitra P, Mukherjee S, Hassan H. et al. Rectovaginal fistula of different etiologies: clinical case reports. *NJOG*. 2012;7(2):43-46.
2. Eun Ju. Jo, Yoo-Young Lee, Tae-Joong Kim et al. Management and Outcome of Rectal Injury Gynecologic Laparoscopic Surgery. *JMIG*. 2013;20(2):166-171.
3. Ommer A, Herold A, Berg E. S3-Leitlinie: Rectovaginal Fisteln (ohne M. Crohn). *Coloproctology*. 2012;34:211-246.
4. Göttgens K, Smeets R, Stassen L. et al. The disappointing quality of published studies on operative techniques for rectovaginal fistulas: a blueprint for a prospective multi-institutional study. *Dis Colon Rectum*. 2014 Jul;57(7):888-98.
5. Koenig F. Ueber Einstülpungs method ebei der Operation der Fistula collicongenita und die gelegentliche Auwendungbeieiner Mastdarmfistel. *Arch f klin Chir*. 1905;70:1008.
6. Protsenko V.M. Surgical treatment of colonic-vaginal fistulas. Diss. ... doct. med. nauk. М., 1990; p. 253. (in Russ.).
7. Gyunther V, Dambaev GTs, Sisyolyatin PG. et al. Delay law and new class of materials and implants in medicine. *Northampton: SST*. Томск, 2000; 441 p.
8. Aliev F.Sh., Kecerukov A.I., Chernov I.A. Perfection of technique of operations of the colon with the use of titanium-nickelide implants. / In the book: Biocompatible materials and implants with shape memory / edited by V.E. Gunter. *Northampton: SST*, 2001; pp. 168-170. (In Russ.).
9. Aгаев В.А., Дзхавадов Е.А., Аббасова Г.А. Surgical treatment

of median and inferior rectovaginal fistula by inversion. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2010; no. 2, pp. 44-46. (In Russ.).

10. Mudrov A.A., Shelygin Yu.A., Titov A.Yu., Fomenko O.Yu. et al. Minimalinvasive treatment of high level rectovaginal fistulas (the first experience of «invagination» method). *Koloproktologia*. 2018; no. 4(53), pp. 39-44. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-4-39-44>. (In Russ.).

11. Fu J, Liang Z, Zhu Y. et al. Surgical repair of rectovaginal fistulas: predictors of fistula closure. *Int Urogynecol J*. 2019;30:1659-1665.

12. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Goldberg SM. Repair of simple rectovaginal fistulas. Influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum*. 1988;31(9):676-8.

13. Pinto RA, Peterson TV, Shawki S, Davila GW et al. Are there predictors of outcome following rectovaginal fistula repair? *Dis Colon Rectum*. 2010;53(9):1240-7. <https://doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181e536cb>.

14. Devesa JM, Devesa M, Velasco GR. Benign rectovaginal fistulas: management and results of a personal series. *Tech Coloproctol*. 2007;11(2):128-34. <https://doi.org/10.1007/s10151-007-0342-1>.

15. Алиев Ф.Ш., Молокова О.А., Гюнтери В.Э. et al. Compression method of anastomosis by implants with memory of shape: alternative to traditional sutures. *Onkologicheskay koloproktologia*. 2015; v. 5, no. 2, pp. 14-19. <https://di.org/10.17650/2220-3478-2015-5-2-14-26>. (In Russ.).