

АО «Медицинский Университет Астана»

Ректо-вагинальный свищ

Выполнил: Макен Р. 697 гр.

Проверил: Туребаев Д.К.

Ректо-вагинальный свищ – патологическое соустье между прямой кишкой и влагалищем.



Свищевой ход
между прямой
кишкой и
влагалищем



Классификация

По этиологическому фактору

- Посттравматические:

1. послеродовые (разрывы в родах)
2. послеоперационные:

а) низкие резекции прямой кишки (с аппаратными анастомозами и без межкишечных соустьев)

б) операции по поводу геморроя (степлерные резекции и др.)

в) операции по поводу тазового пролапса (STARR и др.)

г) дренирование абсцессов малого таза

3. Ранения инородными предметами и половые девиации :

- перианальные проявления ВЗК (БК, ЯК)

- воспалительные (парапроктиты, бартолиниты) .

- опухолевая инвазия .

- постлучевые .

- ишемические (локальная ишемия, вызванная применением ректальных суппозиторий с сосудосуживающими препаратами, НПВС и др.) .

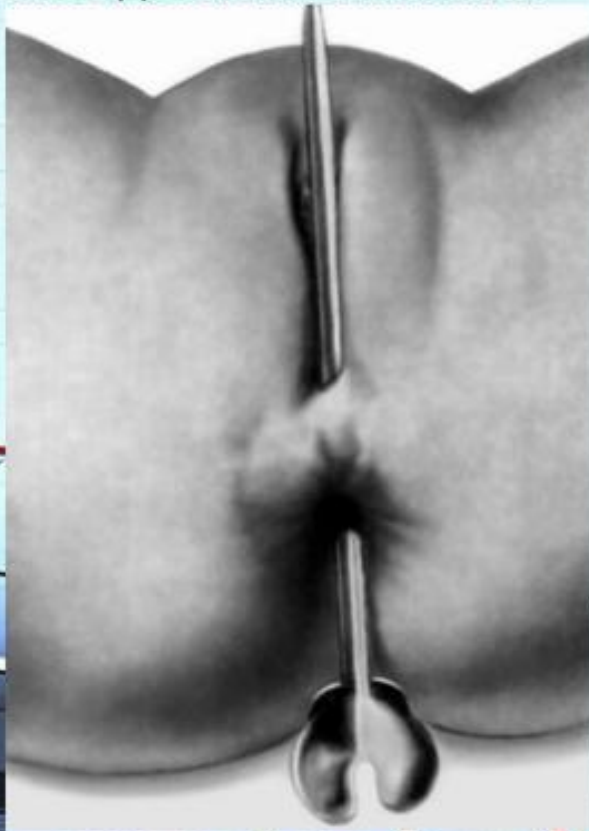
По уровню расположения свищевого отверстия в кишке :

а. Высокий (свищевое отверстие располагается выше зубчатой линии в прямой кишке);

б. Низкий (свищевое отверстие располагается в анальном канале ниже и на уровне зубчатой линии).

Ректовагинальный свищ:

- выделение мекония, газов, каловых масс через половую щель с первых дней жизни;
- анальное отверстие отсутствует;
- свищевое отверстие расположено выше девственной плевы.



Пузырно-влагалищный свищ

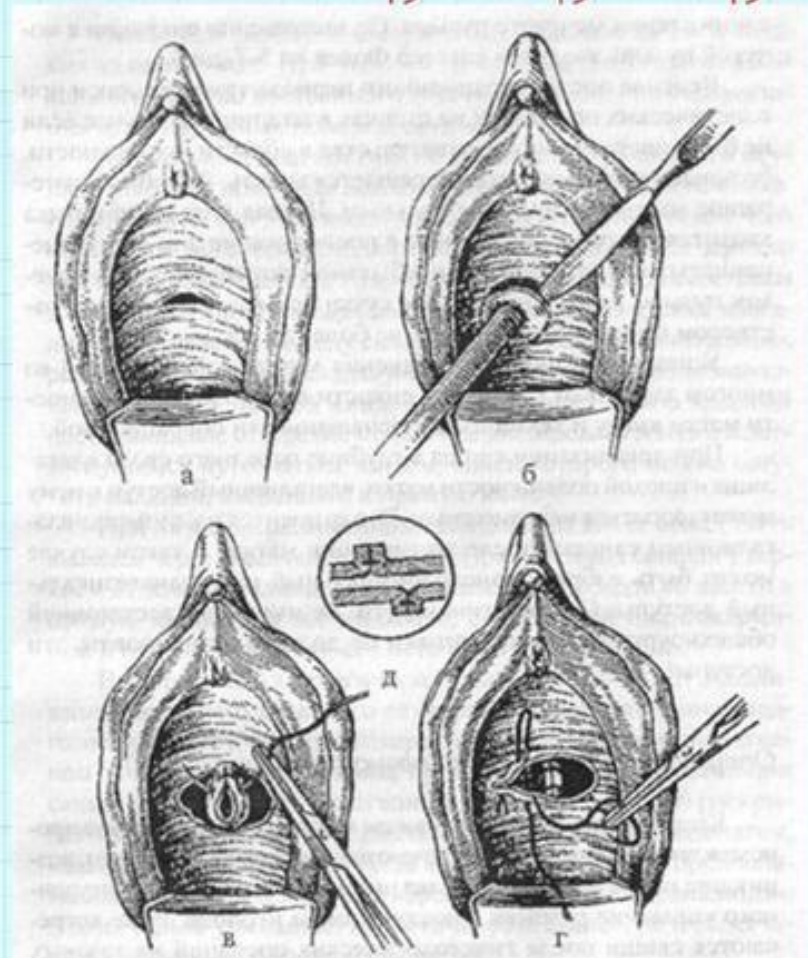


Рис. 66. Трансвагинальная пластика пузырно-влагалищного свища (по Капу)

а – пузырно-влагалищный свищ; б – очерчивающий разрез слизистой влагалища вокруг свища; в – швы на стенку мочевого пузыря; г – швы на слизистую влагалища. М – место наложения наложенных швов

Послеродовые свищи



ДИАГНОСТИКА

Жалобы:

- дискомфорт в области заднего прохода;
- боли в области заднего прохода;
- выделение кишечных компонентов через влагалище;
- при низких свищах возможно наличие наружного свищевого отверстия на коже промежности либо в преддверии влагалища.

Анамнез

Выявляются этиологические факторы возникновения заболевания: роды и особенности их течения; наличие в анамнезе оперативных вмешательств.

Физикальное обследование

Проводят на гинекологическом кресле в положении как для литотомии. При этом оценивают расположение и сомкнутость заднепроходного отверстия, наличие рубцовой деформации промежности и заднего прохода, состояние кожных покровов перианальной, крестцово-копчиковой области и ягодиц. Оценивается состояние наружных женских половых органов. При пальпации определяют наличие рубцового и воспалительного процесса области промежности, наличие гнойных затеков, состояние подкожной порции наружного сфинктера

Вагинальное исследование.

Определяется наличие, уровень расположения свищевого отверстия во влагалище, наличие и выраженность рубцового процесса во влагалище, наличие гнойных затеков в полости таза [1, 2, 8, 10].

Оценка анального рефлекса:

Используется для изучения сократительной способности мышц сфинктера. Нормальный рефлекс - при штриховом раздражении перианальной кожи происходит полноценное сокращение наружного сфинктера; повышенный - когда одновременно со сфинктером происходит сокращение мышц промежности; ослабленный - реакция наружного сфинктера малозаметна [1, 10].

Пальцевое исследование прямой кишки:

Определяется наличие, уровень расположения свищевого отверстия в кишке. Определяется наличие и протяженность рубцового процесса в области свищевого отверстия и в ректовагинальной перегородке. Выявляются гнойные затеки в полости таза. Оценивается состояние анального сфинктера, сохранность и состояние мышц тазового дна.

Определяются также анатомические соотношения мышечных и костных структур тазового кольца. Во время исследования оцениваются тонус и волевые усилия сфинктера заднего прохода, характер его сокращений, наличие зияния заднего прохода после извлечения пальца

Бимануальное исследование:

Оценивается состояние ректовагинальной перегородки, подвижность передней стенки прямой кишки и задней стенки влагалища относительно друг друга. Определяется наличие и выраженность гнойных затеков и рубцового процесса в ректовагинальной перегородке и полости таза. Определяется характер свищевого хода: трубчатый либо губчатый [1, 2, 8, 10]).

Зондирование свищевого хода:

Определяют характер свищевого хода, его протяженность, отношение свищевого хода к анальному сфинктеру [1, 2, 8, 10]).

Проба с красителем (выполняется только при наличии наружного свищевого отверстия). Выявляют сообщение наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки, прокрашивают дополнительные свищевые ходы и полости

Инструментальные исследования:

физикальное исследование:

- anosкопия - осматривают зону аноректальной линии, нижеампулярный отдел прямой кишки, оценивают состояние стенок анального канала, визуализируют свищевое отверстие [1, 2, 8, 10];
- ректороманоскопия - осматривают слизистую оболочку прямой и дистального отдела сигмовидной кишки. Оценивают характер сосудистого рисунка, наличие воспалительных изменений в дистальном отделе толстой кишки. Визуализируют зону свищевое отверстия [1, 2, 8, 10];
- кольпоскопия - оценивается состояние стенок влагалища, шейки матки. Визуализируют зону свищевое отверстия [1, 2, 8, 10];
- колоноскопия - оценивается состояние слизистой толстой кишки, наличие ВЗК, новообразований и т.п. [1,2,8,10];
- проктография, ирригоскопия - выявляется уровень выхода контраста из прямой кишки во влагалище, протяженность свищевое хода при его трубчатом характере, наличие и распространенность гнойных затеков. Также определяется рельеф слизистой оболочки прямой кишки, величина ректоанального угла, состояние тазового дна, наличие суженных и расширенных участков, каловых камней, аномальное расположение отделов толстой кишки и т.д.

№ п/п	Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследование		Критерии исключения диагноза
	Ректовагинальный свищ	свищевое отверстие в области ректовагинальной перегородки	Внутреннее свищевое отверстие	Перенесенный острый парапроктит	Воспалительный процесс в прямой кишке
1	Хронический свищ прямой кишки	в перианальной области, чаще одно	определяется в области пораженных крипт	да	нет
2	Хроническое воспаление эпителиального копчикового хода	В межъягодичной складке, чаще несколько	нет	нет	нет
3	Специфические инфекции (туберкулез, актиномикоз)	Несколько на фоне деформации промежности, кожа перианальной области напоминает пчелиные соты	не всегда	нет	не всегда
4	Воспалительными заболеваниями кишечника с перианальными осложнениями (болезнь Крона,	да	да	да	да

Лечение

Тактика лечения: единственным радикальным методом лечения ректовагинальных свищей является хирургический [9].

Немедикаментозное лечение:

Режим:

- в первые пять суток после операции – строгий постельный режим, на 5-7-е сутки после операции – режим II,
- далее – при гладком течении послеоперационного периода – свободный режим.

Диета:

- в первые четверо суток после операции – голод, далее – при гладком течении послеоперационного периода – стол №15.

Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

В дооперационном периоде за 30 минут до хирургического вмешательства необходимо провести антибактериальную терапию (цефтриаксон разовую дозу в/в или в/м) с целью профилактики послеоперационных осложнений.

В послеоперационном периоде рекомендуется терапия из нижеследующих препаратов:

- с антибактериальной целью рекомендуется монотерапия для профилактики послеоперационных осложнений по показаниям: цефалоспорины 3 поколения цефтазидим назначают по 0,5г каждые 12 часов в течение 5-7 дней;
- с обезболивающей целью назначается тримеперидин 2%-1,0 каждые 8 часов в течение 1-2 дня; далее ненаркотические анальгетики: метамизол натрия 50%-2,0 или кетопрофен 200мг в/м 2-3 раз в день 3-4 дня.

При низких свищах (свищевое отверстие расположено ниже 3 см от края заднего прохода) доступ зависит от этиологии заболевания. Если его причиной явился острый парапроктит, используется только прямокишечный доступ, так как необходимо ликвидировать не только фистулу, но и первопричину — инфицированную крипту. Во всех остальных случаях наиболее надежной является операция низведения слизисто-мышечного лоскута прямой кишки. Для этого проводится дугообразный разрез кожи и подкожной клетчатки от 3 до 9 часов по циферблату на расстоянии 0,5 см от кожно-слизистого края заднего прохода. Острым путем кишечная стенка мобилизуется на 1,5—2,0 см выше свища с его пересечением (влагалищная порция свища перед этим уже иссечена), трансплантат низводится за пределы раны с фиксацией узловыми шелковыми швами к ее краям так, что внутреннее отверстие свища оказывается ниже этих швов. Необходим постоянный контроль за состоянием лоскута для принятия своевременных мер при его некрозе или ретракции. При неосложненном течении отсечение трансплантата и снятие швов производятся на 12—14-й день после операции. Низкие ректовагинальные свищи, так же как и криптогенные прямокишечные, могут иметь интра-, транс- или экстрасфинктерный ход. Операции при этом не имеют своих особенностей, за исключением того, что производится также иссечение свищевое отверстие во влагалище с ушиванием раны кетгутом.

Примерно в 50 % случаев встречаются свищи среднего уровня (свищевое отверстие на высоте от 3 до 6 см от перианальной кожи). Их устранение выполняется как промежностным, так и влагалищным доступом. Первый заключается в обнажении передней стенки кишки и задней стенки влагалища путем острой препаровки после полулунного разреза промежности с пересечением и иссечением внутреннего и наружного отверстий, при втором — та же цель достигается после иссечения треугольного лоскута влагалища вместе с дефектом. После экономного иссечения рубцов монофильными нитями ушивают внутреннее отверстие в стенке кишки. Следующим этапом производят переднюю леваторопластику для создания естественной «прокладки» — разграничения между двумя органами, затем — ушивание дефекта влагалища кетгутом. Если операция производилась промежностным доступом, кожу ушивают узловыми шелковыми швами. Следует подчеркнуть, что вагинальный доступ предпочтительней, так как при нем нет кожной раны и риск развития воспалительных осложнений значительно меньше.

Достаточно редко удастся выполнить вмешательство по методике, применяемой для ликвидации свищей среднего уровня. В этих случаях применяется модификация операции А. Э. Мандельштама, который использовал «пломбировку» дефекта губой шейки матки. Суть предложения состоит в том, что после иссечения свища дефект кишечной стенки ушивается однорядным атравматическим швом, затем производится мобилизация участка задней губы шейки матки и сшивание узловыми швами краев ран влагалища и шейки матки.

При обширном рубцовом процессе используется единственная альтернатива — ликвидация свища и ушивание дефектов в обоих органах через лапаротомный доступ. Для этого предложен ряд методик, которые применяются в условиях специализированных стационаров.

Чрезвычайно важное значение в успешном исходе лечения играет правильное ведение раннего послеоперационного периода, включающего в себя задержку стула на 4—5 дней, последующую очистку кишечника только с помощью сифонных клизм в течение 5-7 дней, тщательный контроль за состоянием раны со стороны кишки и влагалища.

Прогноз благоприятный. В специализированных отделениях удастся излечить более 96 % пациенток; они живут полноценной жизнью, некоторые имеют повторные роды (путем кесарева сечения).