

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Новожилов В.А.^{1,2}, Степанова Н.М.^{1,2}, Петров Е.М.²**МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ПЕРЕДНИЙ САГИТТАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ Н-ТИПЕ РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФИСТУЛЫ**¹ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», 664003, Иркутск;
²ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», 664009, Иркутск;

Ректовестибулярная/ректовагинальная фистула при нормально сформированном анусе, так называемый Н-тип (H-type fistula) – достаточно редкий вид аноректальных мальформаций, представляющий собой сложную проблему с точки зрения оперативной коррекции порока. Возможности коррекции порока в грудном возрасте сопряжены с техническими трудностями, связанными с анатомическими взаимоотношениями и топографией промежности в данной возрастной группе. В связи с этим встает вопрос об усовершенствовании оперативного доступа, позволяющего получить хорошие анатомо-функциональные результаты и достойное качество жизни пациентов в последующем. Авторы представляют клиническое наблюдение успешного лечения Н-типа ректовестибулярной фистулы усовершенствованным промежностным доступом у ребенка 1 года.

Ключевые слова: Н-тип ректовестибулярной фистулы; аноректальные мальформации; передняя сагиттальная аноректопластика.

Для цитирования: Новожилов В.А., Степанова Н.М., Петров Е.М. Модифицированный передний сагиттальный доступ при Н-типе ректовестибулярной фистулы. *Детская хирургия.* 2020; 24(4): 283-286. DOI: <https://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-4-283-286>

Для корреспонденции: Степанова Наталья Маратовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», 664003, г. Иркутск. E-mail: dm.stepanova@mail.ru

Novozhilov V.A.^{1,2}, Stepanova N. M.^{1,2}, Petrov E.M.²**A MODIFIED ANTERIOR SAGITTAL APPROACH IN A H-TYPE RECTOVESTIBULAR FISTULA**¹Irkutsk State Medical University, Irkutsk, 664003, Russian Federation;²Irkutsk Municipal Pediatric Clinical Hospital, Irkutsk, 664009, Russian Federation

A rectovestibular / rectovaginal fistula with a normally formed anus, so-called H-type (H-type fistula), is rather rare anorectal malformation which causes a serious problem for surgical correction of the defect. A surgical correction in infancy is associated with technical difficulties because of specific anatomical relationships and perineum topography in this age group. Thus, an improved surgical access which allows to get good anatomical and functional results and a worthy quality of life in such patients in future is a relevant issue. The authors describe a clinical case of successful treatment of H-type rectovestibular fistula with improved perineal access in a 1-year old child.

Key words: H-type rectovestibular fistula; anorectal malformations; anterior sagittal anorectoplasty.

For citation: Novozhilov V.A., Stepanova N. M., Petrov E.M. A modified sagittal access in a H-type rectovestibular fistula. *Detskaya khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery)* 2020; 24(4): 283-286. (In Russian). DOI: <https://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-4-283-286>

For correspondence: Nataliya M. Stepanova, MD, Candidate of Medical Sciences, associate professor at department of pediatric surgery. Irkutsk State Medical University, Irkutsk, 664003, Russian Federation. E-mail: dm.stepanova@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received: May 19, 2020

Accepted: July 20, 2020

Ректовестибулярный свищ Н-типа при нормально сформированном заднем проходе является достаточно редким заболеванием аноректальной области у девочек. До настоящего времени его точная частота не изучена, но, как правило, оно чаще встречается в азиатских странах. Этиология возникновения этих фистул до конца не ясна. По международной классификации их относят к аноректальным порокам развития. Однако в большинстве случаев возникновению Н-фистулы предшествует воспалительный процесс в области промежности и половых органов.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что оперативное вмешательство лучше всего проводить через передний промежностный или трансанальный доступ, несмотря на этиологическое противоречие относительно того, является ли это врожденным или приобретенным свищом. Одним из главных показаний к хирургическому вмешательству является психологический дискомфорт па-

циентов и родителей, нарушение гигиены промежности и функциональные нарушения, имеющие влияние на социальную адаптацию ребенка.

Эта патология может быть четко диагностирована на основании изучения анамнеза (воспалительный процесс в младенческом возрасте), недержания газа или жидкого стула через свищевое отверстие в преддверии влагалища при наличии нормального заднего прохода. Свищевое отверстие обычно располагается в области ладьевидной ямки. Внутреннее отверстие всегда располагается в анальных криптах по передней средней линии над зубчатой каймой.

В качестве метода оперативного вмешательства чаще используется промежностный доступ. Особенностью лечения ректовестибулярных свищей является высокий процент рецидивов. На наш взгляд, одна из причин этого – неадекватная мобилизация патологического соустья из промежностного доступа, отсутствие протективной колостомы,



Рис. 1. Свищевое отверстие в преддверии влагалища (указано стрелкой).

обеспечивающей оптимальные условия для заживления промежности. В этой связи нами предложен вариант расширенного промежностного переднего сагиттального доступа.

Особенностью оперативного разреза является широкий доступ к анатомическим образованиям передней промежности путем рассечения сагиттального шва и дополнительным инсизиям по верхней полуокружности наружного анального сфинктера и нижней полуокружности задней спайки больших половых губ. Это позволяет выполнить комфортный для хирурга маневр по мобилизации фистулы на всем протяжении – от передней стенки анального канала до задней стенки преддверия влагалища.

Мы представляем клинический случай Н-типа ректовестибулярной фистулы у девочки 1 года, у которой оперативная коррекция мальформации была выполнена с использованием модифицированного переднего сагиттального доступа.

Анамнез жизни. Девочка от 2-х оперативных родов на сроке 39 нед. Масса тела при рождении 3860 г, длина тела 53 см. Антенатальный скрининг по месту жительства проведен, патологии не обнаружено. В первом триместре – токсикоз, на сроке 26 нед мать перенесла ОРВИ с гипертермией, симфизит. Вредные привычки родители отрицают. Брак не родственник, старший ребенок здоров.

Анамнез настоящего заболевания. В возрасте ребёнка 1 мес мать заметила выделения кала из половой щели, по поводу чего ребенок был госпитализирован в отделение хирургии новорожденных ОГАУЗ ГИМДКБ для обследования и уточнения диагноза. По данным осмотра выставлен диагноз ректовестибулярной фистулы при нормально сформированном анусе (Н-тип). Сформирована отдельная сигмостома и ребенок был выписан домой с рекомендациями проведения основного этапа хирургического лечения через 1 мес.

Повторная госпитализация в возрасте 1 год в хирургическое отделение Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска для выполнения основного этапа лечения – разобщения ректовестибулярной фистулы. Ранее неоднократные попытки проведения хирургического



Рис. 2. Зондирование пуговчатым зондом ректовестибулярной фистулы.

ческого лечения с возраста 4 мес безуспешны в связи с присоединением острых респираторных заболеваний и ветряной оспы, требующих лечения и последующей медпаузы.

Осмотр. Самочувствие удовлетворительное. Физическое и нервно-психическое развитие девочки по возрасту. В левой боковой области отдельная сигмостома с явлениями минимального контактного перистомального дерматита. При осмотре промежности наружные половые органы развиты по женскому типу. Анус в типичном месте, сомкнут. Кожно-анальный рефлекс сохранен, выражен достаточно. Копчик присутствует. Большие и малые половые губы, преддверие влагалища, гимен, уретра, клитор в должествующем месте, анатомическое взаимоотношение между структурами правильное. В преддверии влагалища в области ладьевидной ямки по средней линии визуализируется свищевое отверстие до 0,3–0,4 см в диаметре, уходящее каудально. При зондировании убедительно верифицируется свищевой ход и отверстие со стороны прямой кишки, расположенное на передней её стенке в 0,5 см от зубчатой линии. Таким образом, по результату осмотра диагноз был верифицирован как Н-тип ректовестибулярной фистулы (рис. 1, 2).

Обследование. При поступлении ребенка в клинику выполнено дополнительное инструментальное обследование. С целью исключения присутствия синдрома Куарино выполнено УЗИ промежности и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника – патологии не выявлено.

Лечение. По результатам осмотра и обследования принято решение о разобщении ректовестибулярной фистулы передним сагиттальным доступом в собственной модификации. Литотомическое положение на операционном столе, катетеризация мочевого пузыря. Выполнена передняя сагиттальная перинеотомия от входа преддверия влага-

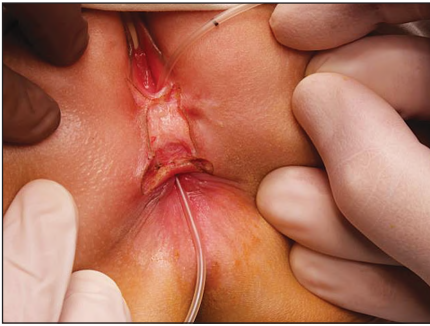


Рис. 3. Модифицированный передний сагиттальный доступ.

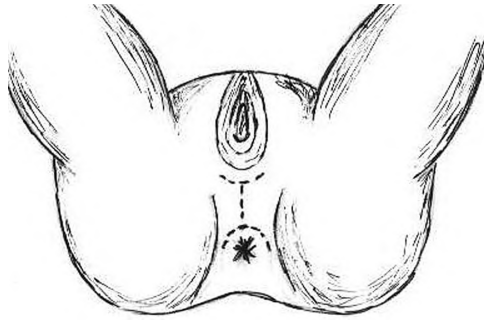


Рис. 4. Схема переднего сагиттального доступа в собственной модификации.

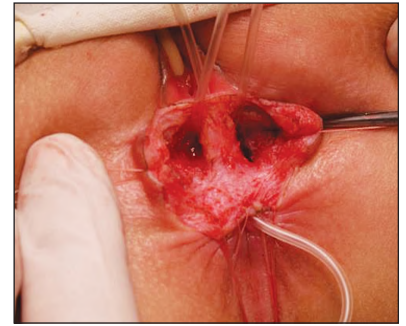


Рис. 5. Этап выделения ректовестибулярной фистулы.

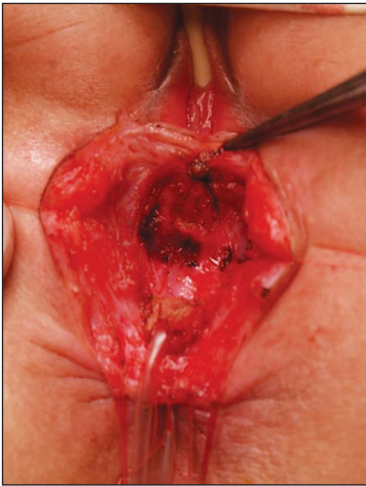


Рис. 6. Фистула отсечена от стенки преддверия влагалища, последняя ушита узловыми швами.

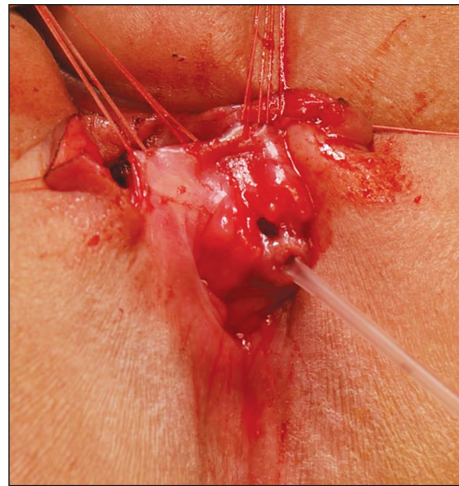


Рис. 7. Этап отсечения свища от стенки прямой кишки.

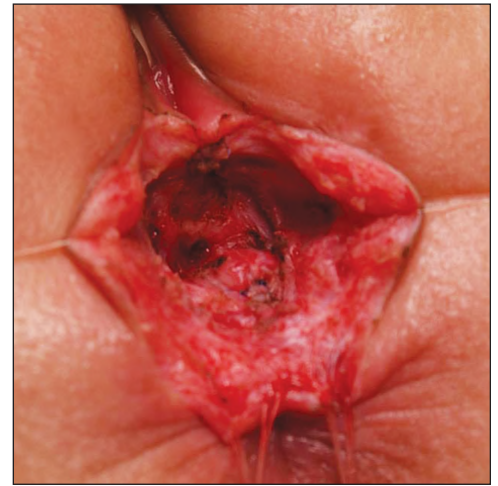


Рис. 8. Восстановление стенки прямой кишки со стороны промежности.

лица до анального отверстия с дугообразным продолжением разреза на 1/2 диаметра вокруг ануса и преддверия влагалища (рис. 3, 4).

С помощью электрокоагуляции этапно выделен свищевой ход на предварительно установленном в его просвет катетере (рис. 5).

Следующим шагом выполнено отсечение фистулы от стенки преддверия влагалища и последующее её восстановление путем ушивания узловыми швами нитью PDS 6-0 изнутри (рис. 6).

Учитывая малые размеры свищевое отверстие со стороны прямой кишки и невозможность обработки традиционной техникой с выворачиванием в просвет, выполнено отсечение свища у стенки прямой кишки и восстановление её целостности ушиванием узловыми швами со стороны слизистой оболочки и дополнительным этажным ушиванием со стороны промежности (рис. 7, 8).

Завершающим этапом выполнена реконструкция передней промежности (рис. 9).

Послеоперационный период протекал гладко. Строгий постельный режим и катетеризация мочевого пузыря на протяжении 10 сут. Местное лечение дополнено магнитотерапией на послеоперационную область. На 11-е сутки проведен поднаркозный осмотр, снятие швов промежности в связи с заживлением первичным натяжением операционной раны, разработана индивидуальная программа реабилитации. С рекомендациями соблюдения режима жизни (туалет наружных половых органов, ограничение

двигательного режима), продолжения местной терапии антисептиками, ребенок был выписан домой на медицинскую паузу.

Катамнез. Диспансерное наблюдение осуществляется колопроктологом Центра коррекции аноректальных аномалий и колоректальной хирургии при ОГАУЗ ГИМДКБ. При очередном контрольном осмотре линия п/о рубца промежности состоятельная, без признаков келлоидообразования. Симптомов, свидетельствующих о рецидиве фистулы, нет (рис. 10).



Рис. 9. Вид промежности после окончания реконструкции.

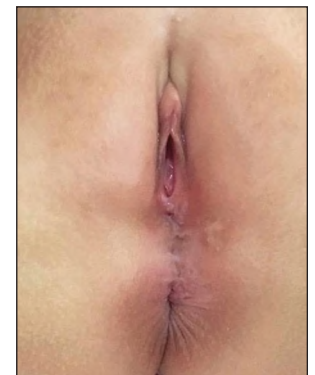


Рис. 10. Вид промежности через 2 мес после реконструкции.

Заключение

Коррекция Н-типа ректовестибулярной/ректовагинальной фистулы может быть выполнена с использованием предложенного модифицированного переднего сагиттального доступа, позволяющего улучшить обзор и доступность для основных заинтересованных анатомических структур, что особенно актуально в группе детей грудного возраста. Предварительный этап, на наш взгляд, – выполнение колостомии, которая может быть выполнена одновременно с этапом разобщения фистулы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 3–5см. в References)

1. Эргашев Н.Ш., Отамуратов Ф.А. Редкие формы аноректальных аномалий у девочек. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2016; 4(3): 40-4.
2. Карташев А.А., Смолькина А.В., Макаров С.В., Дёмин В.П., Барбашин С.И., Мидленко И.И. Опыт лечения ректовагинальных свищей. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2017; 12(2): 282-6.
6. Грошилин В.С., Чернышова Е.В., Дмитриев А.В., Харагезов А.Д. *Способ хирургического лечения ректовагинальных свищей*. Патент РФ 2621166. 2016.
7. Мудров А.А., Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Фоменко О.Ю., Благодарный Л.А., Соколова Ю.А., Костарев И.В., Омарова М.М. Мало-

инвазивный подход при лечении ректовагинальных свищей высокого уровня (первый опыт применения «инвагинационного» метода). *Колопроктология*. 2018; 4(66): 39-44.

REFERENCES

1. Ergashev N.Sh., Otamuradov F.A. Rare regional forms of anorectal malformations in girls. *Rossiyskiy vestnik detskoy hirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2016; 4(3): 40-4. (in Russian)
2. Kartashev A.A., Smolkina A.V., Makarov S.V., Demin V.P., Barbashin S.I., Midlenko I.I. Experience of treatment of rectovaginal facilities. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2017; 12(2): 282-6. (in Russian)
3. Wu Y., Wang C., Lv F., Zhang C., Yan Z. The Surgical Management of H-Type Rectovestibular Fistula: A Novel Modification. *European Journal of Pediatric Surgery*. 2015; 26(4): 336-9. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552569>.
4. Okur M.H., Cal S., Otcu S. Diagnosis and surgical repair of congenital H-type rectovestibular fistula in girls with normal anus: Two case reports and a review of the literature. *Pediatric urology case reports*. 2018; 5(5): 136-40. DOI: <https://doi.org/10.14534/j-pucr.2018542546>.
5. Otamuradov F.A. Rectovestibular fistula with normal anus. *European science review*. 2016; 5-6: 98-101. DOI: <https://doi.org/10.20534/esr-16-5-6-98-101>.
6. Groshilin V.S., Chernyshova E.V., Dmitriev A.V., Kharagezov A.D. Method of surgical treatment of rectovaginal facilities [Sposob khirurgicheskogo lecheniya rektovaginalnykh svisheshey. Patent RU 2621166. 2016. (in Russian)
7. Mudrov A.A., Shelygin Y.A., Titov A.Y., Fomenko O.Y., Blagodarny L.A., Sokolova Y.A., Kostarev I.V., Omarova M.M. Minimal-invasive treatment of high level rectovaginal fistulas (the first experience of «invagination» method). *Koloproktologia*. 2018; 4: 39-44. DOI: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-4-39-44>. (in Russian)

Поступила 28 мая 2020

Принята 20 июля 2020