

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ. ОПЫТ ПЛАСТИКИ ЛУЧЕВОГО РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА ЛОСКУТОМ MARTIUS-SYMMONDS

**Д.Э. Елисеев¹, Э.Н. Елисеев², О.Н. Аймамедова³,
В.Б. Грингауз⁴, Е.Н. Черникова¹, Д.С. Огай⁵**

¹ ГБУЗ «Московский клинический научный центр ДЗМ», г. Москва

² ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», г. Балашиха

³ ГБУЗ МО «Люберецкий онкологический диспансер», г. Люберцы

⁴ ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, г. Москва

⁵ ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», г. Балашиха

В статье приводится общая характеристика ректовагинальных свищей, методы их хирургического лечения. Наиболее сложная группа больных с ректовагинальными свищами — онкологические пациентки. Одна из причин образования у них свищей — местно-распространенные опухолевые процессы в малом тазу. Свищи при онкологической патологии могут быть не только следствием прогрессирования основного заболевания, но и осложнением противоопухолевого лечения, чаще всего — лучевой терапии.

Ключевые слова: ректовагинальные свищи, методы терапии, реабилитация.

SURGICAL TREATMENT OF RECTOVAGINAL FISTULAE. EXPERIENCE OF PLASTY FOR RADIATION-INDUCED RECTOVAGINAL FISTULA USING MARTIUS-SYMMONDS GRAFT TECHNIQUE

**D.E. Eliseev¹, E.N. Eliseev², O.N. Aymamedova³,
V.B. Gringauz⁴, E.N. Chernikova¹, D.S. Ogay⁵**

¹ State Budgetary Enterprise of Healthcare «Moscow Clinical Scientific Center of Moscow Department of Healthcare», Moscow

² State Budgetary Enterprise of Healthcare of Moscow region «Moscow Regional Perinatal Center», Balashikha

³ State Budgetary Enterprise of Healthcare of Moscow Region «Lyubertsy Oncological Dispensary», Lyubertsy

⁴ Federal State Budgetary Enterprise Federal Bureau of Medical and Social Expertise of the Ministry of Labour of Russia, Moscow

⁵ State Budgetary Enterprise of Healthcare of Moscow Region « Moscow Regional Oncological Dispensary», Balashikha

The article presents the general characteristics of rectovaginal fistulae, the techniques of their surgical management. Among patients with rectovaginal fistulae cancer patients are the most difficult groups. One of the causes of fistulae formation in such patients is locally-advanced tumor process in pelvis. Fistulae in cancer may be not only a consequence of the progression of underlying disease, but be related to the complication of cancer treatment as well, most often — of radiation therapy.

Key words: rectovaginal fistulae, types of therapy, rehabilitation.

Ректовагинальные свищи — относительно редкое, но крайне тяжелое заболевание. Не представляя непосредственной угрозы для жизни, ректовагинальные свищи приво-

дят к стойкой инвалидизации женщин, причиняя тяжелые физические и эмоциональные страдания. Постоянное и произвольное выделение кала и газов из влагалища обрекают

женщин на общественный ostrакизм и стойкую социальную изоляцию. Вынужденная неопрятность создает непреодолимые препятствия в интимной жизни, может привести к распаду семьи или невозможности ее создать [14].

Ректовагинальные свищи традиционно делят на врожденные и приобретенные. Врожденный ректовагинальный свищ — это редкое заболевание, которое обычно сочетается с другими аноректальными аномалиями развития (атрезия ануса и др.). По данным Rosen N.G. и соавт., из 617 обследованных девочек с аноректальными аномалиями развития только у шести девочек (1%) были обнаружены ректовагинальные свищи [36]. Обычно аноректальные аномалии развития требуют оперативной коррекции в детском возрасте — это компетенция детских хирургов. В большинстве же случаев ректовагинальные свищи имеют приобретенный характер и делятся на травматические, воспалительные, онкологические и лучевые.

Частота встречаемости ректовагинальных свищей неизвестна, что, по мнению В.М. Проценко и соавт., можно объяснить разнообразием этиологических факторов этой патологии и все-таки относительно редкой ее встречаемостью. Пациентки с ректовагинальными свищами — «многопрофильные», получают лечение в проктологических и гинекологических стационарах. По данным И.В. Куколева и А.М. Аминова, среди всех больных, госпитализированных в проктологические отделения, ректовагинальные свищи выявляются в 2,6–2,7% наблюдений, а в гинекологические — 5,5% [13]. Mitra P. и соавт. считают, что частота их встречаемости составляет менее 5% от всех аноректальных свищей [34]. В своем исследовании Kaiser A.M. показал, что ректовагинальные свищи были связаны с акушерской травмой в 0,1–1% наблюдений, с лучевой терапией — в 1 — 6% наблюдений, с болезнью Крона — в 5–10% наблюдений [1].

Травматические свищи — следствие травмы ректовагинальной перегородки во время родов или оперативных вмешательств. По-

слеродовые свищи, возникающие вследствие длительной компрессии и некроза тканей ректовагинальной перегородки при затяжных родах, встречаются в основном в развивающихся странах Африки и Азии [30]. Образование ректовагинальных свищей также может быть следствием разрывов промежности III стадии, технических ошибок при выполнении эпизиотомии, плодоразрушающих операций, вакуум-экстракции плода, использовании акушерских щипцов. Goldaber K.G. и соавт., проанализировавшие 24 000 родов через естественные родовые пути, показали, что 1,7% из них осложнились разрывами промежности IV степени, а 0,5% — ректовагинальными свищами [24]. По данным же В.М. Проценко, R. Homsí, 88% ректовагинальных свищей — следствие акушерской травмы, при этом травма промежности с последующим формированием свища имела место после 0,1% родов через естественные родовые пути [10, 27]. Обычно такие свищи локализуются в нижней или средней трети ректовагинальной перегородки и могут сочетаться с повреждением анального сфинктера. Гинекологические операции также могут быть причиной образования ректовагинальных свищей.

Наиболее часто травма прямой кишки случается при выполнении задней кольпотомии, гистерэктомии, кольпоперинеолеваторопластики, пластики ректоцеле с использованием синтетических протезов, сакровагинопексии, удалении ретроцервикального эндометриоза. Согласно статистике В.И. Краснопольского и С.Н. Буяновой, осложнения гинекологических операций становятся причиной ректовагинальных свищей в два раза реже, чем роды. При этом ранение прямой кишки при пластических влагалищных операциях происходит в 70,8% случаев, а при лапаротомном доступе — в 29,2% [7]. Частота формирования ректовагинальных свищей после оперативной коррекции пролапса тазовых органов с использованием синтетических протезов, по данным Saquant F. и соавт., достигает 0,15% [20]. Eun Ju Jo и соавт. проанализировали опыт 12 354 лапароскопических гинекологических операций, при этом частота травм

прямой кишки составила 0,12% от всех оперативных вмешательств и 0,28% была связана с онкогинекологическими операциями [23].

Donnez J. и Squifflet J., анализируя осложнения 500 лапароскопических операций удаления инфильтративного ретроцервикального эндометриоза, обнаружили семь перфораций прямой кишки, что составило 1,4% от всех оперативных вмешательств [21]. Ректовагинальные свищи могут быть и осложнением проктологических операций (степлерная ректопексия, резекции прямой кишки и др.). По данным Nakagoe T. и соавт., обладающих опытом 140 низких передних резекций прямой кишки, частота формирования ректовагинальных свищей у таких больных составила 2,9% [35], а резервуарно-вагинальных свищей — 3–12% [25, 37, 39, 45].

Также причинами ректовагинальных свищей являются производственные и бытовые травмы, травмы прямой кишки при половом акте, мастурбации. В литературе описаны случаи формирования ректовагинальных свищей при использовании с целью мастурбации вибраторов и других инородных тел [44, 33]. Эти факторы в последние годы остаются актуальными в этиологической структуре заболеваемости. Так, по данным Herbenik D., в США 46,2% опрошенных женщин в возрасте от 18 до 60 лет используют вибратор для мастурбации и при сексе с партнером [26].

Ректовагинальные свищи воспалительного происхождения чаще являются либо следствием специфического процесса в прямой кишке при болезни Крона, либо следствием перфорации гнойника ректовагинальной перегородки (переднего парапроктита) в просвет влагалища и прямой кишки. Так, ректовагинальные свищи после переднего

парапроктита встречаются у 34–35% больных [13], перианальные осложнения (свищи, трещины, абсцессы) при болезни Крона — в 30–40% наблюдений [14]. По данным А.М. Kaiser, ректовагинальные свищи были выявлены у 5–10% больных с болезнью Крона [1].

Наиболее сложная группа больных с ректовагинальными свищами — онкологические пациентки. Одна из причин образования у них свищей — местно-распространенные опухолевые процессы в малом тазу. Прорастая смежные органы, злокачественные опухоли мочевого пузыря, гениталий, прямой кишки или анального канала могут приводить к образованию кишечных и мочевых свищей. При отсутствии отдаленных метастазов единственный шанс помочь такой пациентке — это выполнить хирургическое вмешательство (экзентерацию таза).

Однако свищи при онкологической патологии могут быть не только следствием прогрессирования основного заболевания, но и осложнением противоопухолевого лечения, чаще всего — лучевой терапии. Лучевая терапия активно используется в онкогинекологии в качестве самостоятельного метода лечения, а также входит в состав комбинированных и комплексных схем терапии. Возможные постлучевые осложнения обусловлены непосредственной анатомической близостью органов женской мочеполовой системы и прямой кишки. По мнению А.М. Гранова и В.Л. Винокурова (2002), лучевая терапия в лечении онкогинекологических заболеваний сопряжена с достаточно высоким риском повреждений. И связано это с воздействием на так называемые «критические» органы и ткани, имеющие ограниченную толерантность [4].

Таблица 1

Классификация ректовагинальных свищей Ротенбергера–Гольдберга (1983)

Простые ректовагинальные свищи	<ul style="list-style-type: none"> • Расположение: нижняя или средняя треть влагалища • Диаметр < 2,5 см • Этиология: травма, инфекция
Сложные ректовагинальные свищи	Расположение: верхняя треть влагалища <ul style="list-style-type: none"> • Диаметр > 2,5 см • Этиология: воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона), лучевая терапия, карцинома

Дж.Ф. Дисаи и У.Т. Крисман (2012) считают, что осложнения после адекватной лучевой терапии у больных раком шейки матки и влагалища минимальны. А возможные постлучевые осложнения объясняют неадекватными методиками и режимами облучения [5].

По данным В.В. Горбуновой (2002), частота возникновения лучевого проктита при традиционной сочетанной лучевой терапии рака шейки матки составляет 9,4%, а в сочетании с полихимиотерапией — 12,1% [3]. А.С. Павлов и К.Н. Костромина при анализе опыта лучевого лечения 784 больных раком шейки матки показали, что поздние лучевые реакции и осложнения были выявлены у 55 (7,0%) больных, из них ректовагинальные свищи составили 0,8% [9]. Частота формирования ректовагинальных свищей после лучевой терапии рака шейки матки может достигать 1–10% [16]. Обычно такие свищи возникают через 6–12 месяцев после лучевой терапии на фоне явлений лучевого проктита. Постлучевые ректовагинальные свищи обычно локализуются в верхней трети влагалища, могут достигать больших размеров, имеют очень плотные края.

Отечественными и зарубежными учеными предложено множество классификаций ректовагинальных свищей в соответствии с их размером, локализацией и этиологией. Наиболее удобна классификация, предложенная в 1983 году Ротенбергером и Гольдбергом, объединившая все наиболее важные характеристики ректовагинальных свищей [41]. Преимущество классификации заключается также и в том, что она позволяет разделить свищи на две группы, требующие различных лечебных подходов (табл. 1).

Диагностика ректовагинальных свищей не представляет больших сложностей. Обычно алгоритм обследования включает осмотр влагалища в зеркалах, бимануальное влагалищное и ректовагинальное исследование, зондирование и прокрашивание свищевого хода (при небольшом размере свища), эндоскопические и рентгенологические исследования. Учитывая хронический лучевой проктит и цистит, часто осмотр влагалища в зеркалах

и колоноскопию удается выполнить только под наркозом. Комплекс диагностических исследований должен дать врачу информацию о топографии и размере свищевого хода, состоянии тканей влагалища и прямой кишки, выраженности воспаления в окружающих тканях, проходимости прямой кишки, а при необходимости и функции запирающего аппарата прямой кишки.

Лечение больных, страдающих ректовагинальными свищами, остается трудной задачей. Учитывая крайне низкую вероятность самопроизвольного зарращения лучевого свища и самоизлечения, высокую частоту рецидивов свищей после хирургического лечения, улучшение результатов реабилитации пациентов может быть связано только с совершенствованием и повышением надежности методик хирургической фистулопластики.

За время изучения проблемы было предложено множество доступов для пластики свищей. Трансанальный, перинеальный и влагалищный доступ удобны для коррекции простых ректовагинальных свищей, согласно классификации Ротенбергера-Гольдберга. Сама же методика фистулопластики может быть различной: разобщение органов с послойным ушиванием, рассечение ректовагинальной перегородки до свища или пластика полнослойным низведенным лоскутом стенки прямой кишки. В некоторых случаях единственной возможностью ликвидировать свищ бывает низкая передняя резекция прямой кишки вместе со свищом. Так, по данным Э.Г. Семирджаняца и соавт., наиболее эффективный способ хирургического лечения лучевых ректовагинальных свищей — брюшно-анальная резекция прямой кишки, а выполнение операций меньшего объема (передняя резекция прямой кишки, резекция передней стенки прямой кишки, колостомия) может приводить к удовлетворительным результатам только при небольшом дефекте стенки и при отсутствии продолжающихся ишемических и склеротических нарушений [12].

При сложных ректовагинальных свищах (к которым относятся и лучевые свищи),

по нашему мнению, предпочтение следует отдать влагалищному доступу, а при отсутствии условий для трансвагинальной фистулопластики — абдоминальному. Абсолютными показаниями к абдоминальному доступу являются большие размеры свища и сужение прямой кишки на уровне свища, что требует выполнения так называемой «аугментационной» фистулопластики, например, в модификации Брикера [19].

Принципы хирургического лечения генитальных свищей разработаны более 100 лет назад Симсом и Тренделенбургом, а в последующем дополнены и модифицированы. Спустя годы, в 1849 г. Симс написал: «Наконец-то мои труды увенчались успехом. Я сделал, возможно, одно из наиболее важных открытий времени для избавления человечества от страданий». Принципы фистулопластики едины для мочевых и кишечных свищей: 1) разобщение органов, образующих свищ; 2) по возможности полное иссечение рубцов; 3) раздельное ушивание полых органов; 4) отсутствие натяжения; 5) ориентация линий швов в разных направлениях; 6) герметичность; 7) дренирование и декомпрессия.

При планировании фистулопластики особое внимание необходимо обращать на состояние местных тканей. Ткани в области лучевого свища всегда рубцово изменены, с нарушенным кровообращением вследствие гиалиноза сосудов, а слизистая оболочка прямой кишки и влагалища истончена, легко кровоточит при прикосновении. В такой ситуации не следует надеяться на успех стандартной фистулопластики. По мнению О.Б. Лорана и соавт., типовыми методами закрыть сложные фистулы трудно, поэтому хирург вынужден творчески разрабатывать ход операции. Лишь иногда при небольших фистулах и при незначительных трофических изменениях тканей удается добиться успеха с помощью общепринятых методик [8].

Пластика лучевых свищей основывается не только на перечисленных выше принципах, но и на необходимости создания «прокладки» между ушиваемыми органами, улучшения питания и васкуляризации тканей

в области свища. Наиболее полно эти задачи можно реализовать, используя различные лоскуты. Основой лоскута может быть мышечная или жировая ткань, фасции. Иногда при необходимости в состав лоскута может быть включена кожа. Выбор донорской зоны и планирование размера лоскута должны проводиться с учетом особенностей кровообращения донорской зоны. Длина, диаметр и расположение осевого сосуда составляют основу для планирования геометрии лоскута, так как адекватное кровоснабжение лоскута является профилактикой послеоперационных осложнений, в первую очередь некроза лоскута.

В настоящее время описаны более 300 различных комплексов тканей с осевым кровоснабжением. Практически не осталось области тела, где не выкраивали бы какой-либо из видов сложных лоскутов [6]. Учитывая особенности смежных анатомических областей, для пластики ректовагинальных свищей можно использовать следующие кожные, жировые, мышечные и сложные лоскуты: паховый, бедренно-промежностный Wee-Joseph, мышечно-жировой лоскут Martius, кожно-мышечно-жировой лоскут Martius-Symmonds, лоскуты на основе *m. gluteus maximus*, лоскуты на основе *m. gracilis*, лоскуты на основе *m. rectus abdominis*, лоскут из большого сальника. Влагалищный доступ предоставляет хирургу больше возможностей для использования разнообразного пластического материала, чем абдоминальный, который ограничен сальниковым, перитонеальными лоскутами и лоскутом на основе *m. rectus abdominis*.

Хорошие пластические свойства большого сальника и эффективность оментопластики в лечении генитальных свищей подтверждены многими экспериментальными и клиническими работами [17, 28]. Но планируя оментопластику, необходимо принимать во внимание, что большой сальник у разных людей отличается вариабельностью размеров, строения и сосудистой архитектоники, может быть вовлечен в спаечный процесс после предыдущих операций, резецирован или

удален (а многие хирурги даже не указывают в протоколе операции резекции части большого сальника). Эти обстоятельства могут быть обнаружены только во время операции при ревизии брюшной полости и большого сальника. Так Stephan J. van der Hagen и соавт. (2011) из 40 пациенток, которым планировали лапароскопическую оментопластику, смогли выполнить ее только у 38. У двоих пациенток интраоперационно были выявлены обстоятельства, затрудняющие оментопластику [42].

Интересно использование мышечно-жирового лоскута Martius и кожно-мышечно-жирового лоскута Martius-Symmonds. В 1928 году профессор гинекологии Heinrich Martius из Геттингена впервые описал лоскут на основе жировой ткани половой губы и поверхностных мышц урогенитальной диафрагмы (луковично-губчатая и седалищно-пещеристая мышца) для пластики уретровагинальных свищей [31]. В 1984 году Symmonds R.E. модифицировал лоскут Martius, превратив его в сложный осевой островковый кожно-мышечно-жировой лоскут, по сути, добавив только кожный компонент [43]. Осевые сосуды лоскута — это ветви внутренней и наружных половых артерий, которые анастомозируют между собой в середине лоскута. Эти лоскуты имеют следующие преимущества: 1) длина лоскута позволяет достигать влагалищных сводов; 2) два изолированных источника кровоснабжения позволяют формировать лоскут как на вентральной, так и на дорсальной ножке; 3) отсутствие значимых анатомических, функциональных и косметических дефектов донорской зоны после забора лоскута. Лоскут Martius-Symmonds имеет еще одно важное преимущество. Кожная порция лоскута позволяет закрыть дефект в стенке влагалища в виде «заплатки», что имеет большое значение при дефиците и ригидности влагалищной стенки, например, при лучевом стенозе влагалища. Также отсутствие необходимости сведения швами краев стенки влагалища уменьшает ишемию в зоне операции. По данным литературы, эффективность

использования лоскута Martius в лечении ректовагинальных свищей составляет 60 — 100% [32, 40, 22, 15, 46, 18].

Трансвагинальный доступ для фистулопластики требует не только мастерства хирурга, но и хорошего инструментально-технического оснащения. Удобные и эргономичные инструменты сокращают время операции, облегчают работу в узком операционном поле, способствуют минимальной травматизации тканей и прецизионной технике оперирования. Скальпель с удлиненной рукояткой и серповидным лезвием, обоюдо-острые препаровочные ножницы, иглодержатель с изогнутыми браншами и сосудистые пинцеты — незаменимые составляющие хирургического инструментального набора для фистулопластики.

Успех любой операции, особенно реконструктивно-пластической, зависит также от качества шовного материала. Если в течение многих лет единственным рассасывающимся материалом был кетгут, то в начале 1980-х годов ситуация начала кардинально меняться с появлением синтетических рассасывающихся материалов. Большинство современных рассасывающихся шовных материалов (монокрил, викрил) сделаны на основе полимеров гликолевой кислоты. Такие свойства, как прочность, заданные сроки рассасывания, гипоаллергенность, рассасывание путем гидролиза, низкий пилящий эффект, делают эти шовные материалы идеальными для реконструктивных операций. По мнению Д.Ю. Пушкаря и соавт., при пластике пузырновлагалищных свищей это дает возможность более точного наложения швов на дефект стенки мочевого пузыря и, следовательно, лучшей адаптации тканей, что чрезвычайно важно при выполнении повторных операций, когда стенки влагалища и мочевого пузыря изменены за счет рубцового процесса [11]. Сказанное в отношении мочевых свищей можно в полной мере отнести и к ректовагинальным свищам. Размер и форма иглы также могут облегчить работу хирурга. Для наложения швов в глубине влагалища удобны иглы 3/8 или 5/8 окружности.

Постлучевые изменения тканей, выраженный рубцовый процесс, инфицирование и воспаление влагалища обуславливают необходимость тщательной и многокомпонентной предоперационной подготовки. К вопросу о необходимости превентивной колостомии рекомендуют подходить индивидуально в каждом конкретном случае. По данным литературы, формирование превентивной колостомы позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений у больных со сложными и высокими ректовагинальными свищами [14, 10, 2, 38]. Большинству больных перед фистулопластикой выполняют колостомию в связи с тем, что постоянное выделение кала и газов из влагалища доставляет крайний дискомфорт больным и не дает возможности адекватно подготовить местные ткани к фистулопластике. От момента колостомии до фистулопластики должно пройти не менее двух месяцев. Следует остановиться на технике колостомии. Мы в своей практике не выполняем двуствольную петлевую колостомию, отдаем предпочтение одноствольной для исключения возможности заброса кишечного содержимого или микрофлоры в отводящий отдел.

Также предоперационная подготовка включает удаление инородных тел, лигатур и вторичных лигатурных камней из влагалища, промывание влагалища и прямой кишки антисептиками, введение во влагалище мазевых тампонов, местную заместительную гормонотерапию (свечи или крем «Овестин»), обработку кожи промежности и бедер антисептиками. При планировании лоскутной фистулопластики целесообразно провести электроэпиляцию кожи донорской зоны, с целью уменьшения роста волос во влагалище в последующем. Длительность предоперационной подготовки определяется индивидуально и зависит от скорости купирования воспаления и формирования рубцового процесса в области свища. Общепринятые сроки фистулопластики: 3–6 месяцев после формирования травматического свища и 6–12 месяцев — после лучевого. Оперативное вмешательство в более ранние сроки может привести к его рецидиву.

Правильное ведение послеоперационного периода не менее важно, чем предоперационная подготовка. Мы придерживаемся следующих принципов ведения больных после операции. Ранняя активизация больных способствует адекватному функционированию сердечно-сосудистой и дыхательной системы, является профилактикой бронхолегочных и тромбоэмболических осложнений. Больные не ограничиваются в употреблении жидкости и пищи, учитывая наличие колостомы. В связи с повышенным риском инфекционно-воспалительных осложнений, больным показана пролонгированная антибактериальная профилактика.

Стандартные схемы антибактериальной профилактики: цефалоспорины III поколения + метронидазол или фторхинолон + метронидазол. Результаты предоперационных бактериологических посевов отделяемого из области свища могут вносить коррективы в схемы антибактериальной профилактики. По показаниям проводится комплексная профилактика венозных тромбозов и ТЭЛА (гемодилюция, эластическая компрессия нижних конечностей, ранняя активизация больных, низкомолекулярные гепарины). Местное лечение заключается во введении во влагалище с 1–2 суток послеоперационного периода свечей «Овестин» для местной заместительной гормонотерапии и свечей «Депантол» для санации влагалища и стимуляции репаративных процессов.

В качестве примера успешной реабилитации пациентки приведем клинический случай пластики сложного лучевого ректовагинального свища осевым островковым кожно-мышечно-жировым лоскутом Martius-Symmonds. Описание подобной методики операции в отечественной медицинской литературе нами не обнаружено.

В 2012 году к нам обратилась больная Б., 36 лет, с лучевым ректовагинальным свищом и двуствольной колостомой. Из анамнеза известно, что в мае 2009 года у больной диагностирован рак шейки матки II стадии. Гистологическое заключение: плоскоклеточный неороговевающий рак. В мае-июле

2009 года больной проведена сочетанная лучевая терапия с радиомодификацией цисплатином. В 2010 году на фоне явлений лучевого проктита сформировался ректовагинальный свищ. В феврале 2011 года больной выполнена двуствольная сигмостомия по месту жительства, а в сентябре 2011 года — ликвидация сигмостомы без предшествующей попытки фистулопластики в надежде на самостоятельное закрытие свища. На 3–4 сутки после операции отмечено выделение кала из влагалища, в связи с чем на седьмые сутки после ликвидации колостомы выполнена двуствольная реклостомия. В таком состоянии в 2012 году больная обратилась в нашу клинику. После предоперационного обследования установлен диагноз: Рак шейки матки II стадии, состояние после сочетанно-лучевого лечения. Лучевой ректовагинальный свищ больших размеров (2,5–3 см). Лучевой стеноз влагалища. Хронический лучевой проктит, ремиссия. Ятрогенная менопауза (индуцированная лучевой терапией). Двуствольная сигмостома.

Хирургическое вмешательство данной пациентке было решено осуществить в три этапа: I этап — реконструкция сигмостомы, II этап — фистулопластика, III этап — ликвидация колостомы. В октябре 2012 года больной была выполнена реконструкция сигмостомы из двуствольной в одноствольную с целью полного отключения прямой кишки. После длительной предоперационной подготовки в феврале 2013 года больной была выполнена трансвагинальная фистулопластика осевым островковым кожно-мышечно-жировым лоскутом Martius-Symmonds. Выбор влагалищного доступа для фистулопластики был обусловлен описанными выше преимуществами. Трудности, связанные с адекватной экспозицией свища, были ликвидированы перинеотомией по Шухардту. После окаймляющего разреза свища, мобилизации прямой кишки и влагалища стенка прямой кишки была ушита одним рядом узловых швов (с целью избежать натяжения и ишемизации тканей, от наложения второго

ряда швов было решено отказаться). После разметки и формирования лоскута (рис. 1, 2) произведена его транспозиция в область свища. Включение кожи в состав сложного лоскута было обусловлено необходимостью замещения дефицита ткани стенки влагалища. Перемещенный лоскут фиксирован отдельными узловыми швами к стенке влагалища. Донорская зона дренирована активным дренажем по методике Редона (рис. 3).

Состояние лоскута три месяца после операции представлено на рисунке 4. Нормальный цвет кожной части лоскута и рост на ней волос свидетельствуют о его хорошем кровоснабжении.

При контрольной колоноскопии, выполненной в октябре 2013 года, данных за рецидив свища выявлено не было. После подготовки прямой кишки в декабре 2013 года сигмостома была ликвидирована наложением сигмоанастомоза «конец в бок», восстановлен естественный пассаж по кишечнику. Рост волос в глубине влагалища не доставлял неудобств пациентке и не влиял на ее сексуальную жизнь. Перед планированием лоскутной фистулопластики можно заблаговременно удалить волосы с кожи донорской зоны. Эффективность электроэпиляции достигает 90% при проведении нескольких сеансов. Но в большинстве случаев рост волос во влагалище больше смущает хирурга, а не пациентку. По данным Knapstein P.G. и соавт., только 3 из 70 больных выразили свою обеспокоенность по этому поводу [29].

Результаты лечения больных со сложными, в том числе постлучевыми, свищами пока не столь оптимистичны. Многие больные переносят не одну фистулопластику, не приносящую результата. Другим больным просто отказывают в операции, считая их incurable. Объективный взгляд врача, ориентирующегося в гинекологии и хирургии, индивидуальный подход к каждой пациентке, использование эффективных методик фистулопластики позволяют эффективно реабилитировать эту непростую категорию пациенток.



Рис. 1. Разметка лоскута на левой большой половой губе

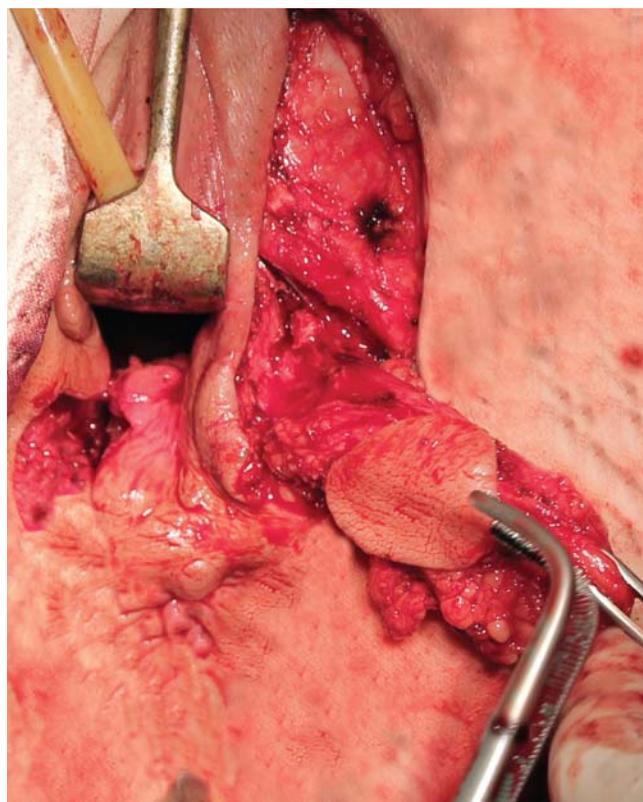


Рис. 2. Сформированный лоскут Martius-Symmonds

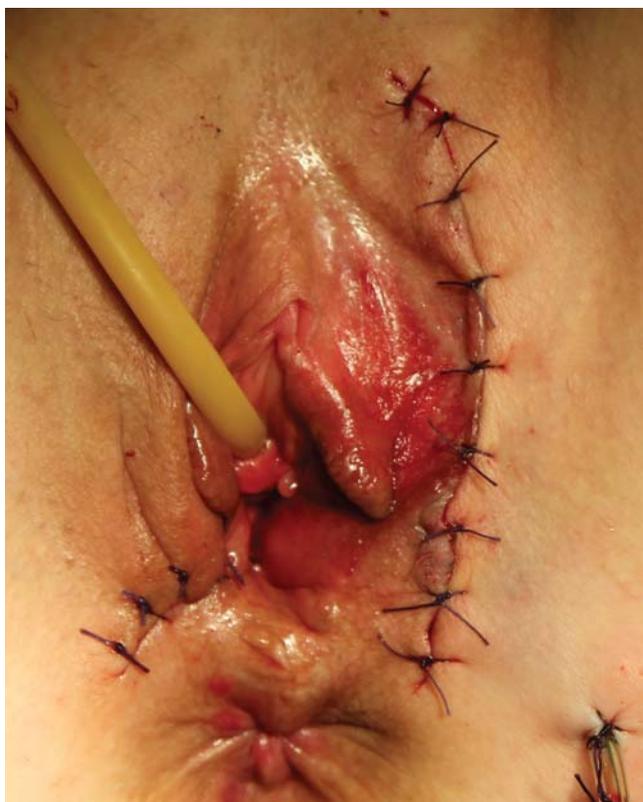


Рис. 3. Вид операционного поля после окончания операции



Рис. 4. Состояние через 3 месяца после фистулопластики

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андреас М. Кайзер.* Колоректальная хирургия. — М.: Бином; 2011. — С. 382–387.
2. *Воробьёв Г.И.* Основы колопроктологии. — М., 2006. — 432 с.
3. *Горбунова В.В.* Оптимизация сочетанной лучевой терапии местно-распространённого рака шейки матки и рецидивов рака яичников в условиях химиотерапии: Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2002. — 149 с.
4. *Гранов А.М., Винокуров В.Л.* Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии. — СПб.: Фолиант, 2002. — С. 84–308.
5. *Дисаи Дж.Ф., Крисман У.Т.* Клиническая онкогинекология: В 3 т. — М.: Практическая медицина, 2012. — Т. 3. — С. 235–278.
6. *Кичемасов С.Х., Скворцов Ю.Р.* Кожная пластика лоскутами с осевым кровоснабжением при ожогах и отморожениях IV степени. — СПб.: Гиппократ, 2012. — С. 10.
7. *Краснопольский В.И., Буянова С.Н.* Генитальные свищи. — М.: МЕДпресс, 2001. — С. 21.
8. *Лоран О.Б., Синякова Л.А., Серёгин А.В., Твердохлебов Н.Е.* Оперативное лечение больных со сложными мочевыми свищами // Урология. — 2010. — № 5. — С.76–79.
9. *Павлов А.С., Костромина К.Н.* Рак шейки матки. — М.: Медицина, 1983. — 160 с.
10. *Проценко В.М., Додица А.Н., Мурадов Б.Т.* Хирургическое лечение толстокишечно-влагалищных свищей. — М.: ПК НПО «Союзмединформ». 1993. — 14 с.
11. *Пушкарь Д.Ю., Годунов Б.Н., Дьяков В.В., Гумин Л.М.* Применение современных шовных материалов в хирургическом лечении пузырно-влагалищных свищей // Фарматека. — 2005; 16: — С.45–47.
12. *Семирджаянц Э.Г., Петровский А.В., Фанштейн И.А., Нечушкин М.И., Геворкян В.С., Автомонов Д.Е.* Хирургическая реабилитация больных с постлучевыми ректо-вагинальными свищами при раке шейки матки // Колопроктология. — 2013; 4 (46). — С. 13–17.
13. *Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В.* Проктология. — М.: Медицина, 1984. — С. 107–114.
14. *Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А.* Справочник по колопроктологии. — М.: Литера, 2012. — 608 с.
15. *Aartsen E.K., Sindram I.S.:* Repair of radiationinduced rectovaginal fistulas without or with interposition of the bulbocavernosus muscle (Martius procedure). *Eur J Surg Oncol* — 1988; 14: 171–77.
16. *Alert J., Jimenez J., Beldarrain L., Montaivo J., Roca C.* Complications from irradiation of carcinoma of the uterine cervix. *Acta Radiol Oneol.* — 1980; 19: 13.
17. *Baines R.E.M., Orford H.J.L., Theron J.L.L.* The repair of vesicovaginal fistulae by means of omental slings and grafts. — *S. Afr. J. Med. Sci.*, — 1976, 50, 959–961.
18. *Boronow R.C.:* Repair of radiation-induced rectovaginal fistula utilizing the Martius technique. *World J Surg* — 1986; 10: 237–48.
19. *Bricker E.M., Kraybill W.G., Lopez M.J.* Functional results after postirradiation rectal reconstruction. *World J Surg* 10: 249, 1986.
20. *Caquant F., Collinet P., Debodinance P., Berrocal J., Garbin O., Rosenthal C., Clave H., Villet R., Jacquetin B., Cosson M.* Safety of Trans Vaginal Mesh procedure: retrospective study of 684 patients // *J Obstet Gynecol Res.* — 2008. № 34(4). — P. 449–456.
21. *Donnez J., Squifflet.* Complications, pregnancy and recurrence in a prospective series of 500 patients operated on by the shaving technique for deep rectovaginal endometriotic nodules. *Human Reproduction.* — 2010; 25 (8); 1949–1958.
22. *Elkins T.E., DeLancey J.O., McGuire E.J.:* The use of modified Martius graft as an adjunctive technique in vesicovaginal and rectovaginal fistula repair. *Obstet Gynecol* — 1990; 75: 727–33.
23. *Eun Ju Jo, Yoo-Young Lee, Tae-Joong Kim, Chel Hun Choi, Jeong-Won Lee, Duk-Soo Bae, Byoung-Gie Kim.* Management and Outcome of Rectal Injury Gynecologic Laparoscopic Surgery. *JMIG* — 2013; 20 (2); 166–171.
24. *Goldaber K.G., Wendel P.J., McIntire D.D., Wendel G.D. Jr.* Postpartum perineal morbidity after fourth-degree perineal repair. *Am J Obstet Gynecol.* — 1993. № 168 (2). — P. 489–493.
25. *Groom J.S., Nicholls R.J., Hawley P.R., Phillips R.K.* Pouch-vaginal fistula. *Br J Surg* — 1993; 80: 936–940.
26. *Herbenik D.* The female patient. — 2010; 12 (35); 46–49.

27. Homsy R., Daikoku N.H., Littlejohn J., Wheelless C.R. Jr. Episiotomy: risks of dehiscence and Rectovaginal fistula. // *Obstet Gynecol Surv*, — 1994. № 49(12). — P. 803–808.
28. Kiricuta I., Goldstein M.B. The repair of extensive vesicovaginal fistulas with pedicled omentum: a review of 27 cases. *J. Urol.*, — 1972, 108, 724 — 727.
29. Knapstein P.G., Friedberg V. *Plastische Chirurgie in der Gynakologie*. Stuttgart: Thieme; 1987.
30. Lawson J.B. Rectovaginal fistulae following difficult labour: *Proc Roy Soc Med.* — 1972; 65; 283
31. Martius H. Die operative Wiederherstellung der vollkommen fehlenden Harnrohre und des Schliessmuskels derselben. *Zentralbi Gynakol.* — 1928; 92: 480–486.
32. McNevin M.S., Lee P.Y., Bax T.W.: Martius flap: an adjunct for repair of complex, low rectal vaginal fistula. *Am J Surg* — 2007; 193: 596–99.
33. Meniru G.I., Moore J., Thomlinson J. Aerosol caps and Rectovaginal fistula: Unusual findings at routine cervical smear. *Int. J. Gynecol. Obstet.* — 1996; Feb; 52 (2): 179–80.
34. Mitra P., Mukherjee S., Hassan H., Soreng P.S., Adhikari S., Roy T.K.: Rectovaginal fistula of different etiologies: clinical case reports. *NJOG* 2012; 7 (2); 43–46.
35. Nakagoe T., Sawai T., Tuji T., et al. Avoidance of Rectovaginal fistula as a complication after low anterior resection for rectal cancer using a double-stapling technique. *J Surg Oncol* 1999; 71: 196–197.
36. Nelson G. Rosen, Andrew R. Hong, Samuel Z. Soffer, George Rodriguez, Alberto Pena: Rectovaginal fistula: a common diagnostic error with significant consequences in girls with anorectal malformations. *Journal of Pediatric Surgery* 2002; 37 (7): 961–965.
37. O'Kelly T.J., Merrett M., Mortensen N.J., Dehn T.C., Kettlewell M. Pouch-vaginal fistula after restorative proctocolectomy: aetiology and management. *Br J Surg* 1994; 81: 1374–1375.
38. Ommer A., Athanasiadis S., Köhler A., Psarakis E. Die Bedeutung der Stomaanlage im Rahmen der Behandlung der komplizierten Analfisteln und der rektovaginalen Fisteln // *Coloproctology*. 2000. № 22. P. 14–22.
39. Paye F., Penna C., Chiche L., Turet E., Frileux P., Parc R. Pouch-related fistula following restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1996; 83 1574–1577.
40. Pitel S., Lefevre J.H., Parc Y. et al.: Martius advancement flap for low rectovaginal fistula: short- and long-term results. *Colorectal Dis* 2011; 13: 112–15.
41. Rothenberger D.A., Goldberg S.M. The management of rectovaginal fistulae. *Surg Clin N Amer.* 1983; 63: 61.
42. Stephan J. van der Hagen, Peter B. Soeters, Cor G. Baeten, Wim G. van Gemert. Laparoscopic fistula excision and omentoplasty for high rectovaginal fistulas: a prospective study of 40 patients. *Int J Colorectal Dis* (2011) 26:1463–1467
43. Symmonds R.E. Incontinence: Vesical and urethral fistulas. *Clin Obstet Gynecol.* 1984; 27: 499.
44. Wakrim B., El Haouss A., Barjani F., Dahami Z., Moudouni M.S., Sarf I. Combined vesicovaginal and rectovaginal fistulas associated with a vaginal foreign body. *African Journal of Urology*. 2009; 15 (3); 186–188.
45. Wexner S.D., Rothenberger D.A., Jensen L., et al. Ileal pouch vaginal fistulas: incidence, etiology and management. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 460–465.
46. White A.J., Buchsbaum H.J., Blythe J.G., Lifshitz S.: Use of the bulbocavernosus muscle (Martius procedure) for repair of radiation-induced rectovaginal fistulas. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 114–18.