

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Штыркова С.В.^{1*}, Ходжаев Г.Г.¹, Мудров А.А.^{2,3}, Титов А.Ю.², Никишин Т.В.², Сабиров К.Р.¹, Дадашев И.И.³, Омарова М.М.², Данишян К.И.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125167, г. Москва, Российская Федерация

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 123423, г. Москва, Российская Федерация

³ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125993, г. Москва, Российская Федерация

РЕЗЮМЕ

Введение. Свищи прямой кишки (СПК) могут быть как самостоятельным источником инфекции, так и причиной повторного формирования параректальных абсцессов. Использование сфинктеросохраняющих пластических методов ликвидации СПК у больных с опухолевыми заболеваниями системы крови относится к малоизученным вопросам.

Цель: показать возможность применения пластических методов ликвидации ректовагинальных и прямокишечных свищей у гематологических больных.

Материалы и методы. В 2022–2024 гг. по поводу сложных прямокишечных и ректовагинальных свищей были выполнены операции 5 больным в возрасте 36 до 56 лет, из них 3 больным острым миелоидным лейкозом (ОМЛ), 1 — неходжкинской лимфомой и 1 — иммунной тромбоцитопенией. В 1 случае выполнена ликвидация ректовагинального свища расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом, в остальных — ликвидация свища прямой кишки перемещенным латеральным лоскутом. Сроки наблюдения составили от 8 до 28 мес.

Результаты. Ликвидация свища была достигнута у 4 из 5 больных. У 1 больной на 2-е сутки после операции развился тромбоз геморроидального узла в зоне перемещенного лоскута, а на 10-е сутки констатирован рецидив свища. Признаки анальной недостаточности 1-й степени диагностированы у 2 больных, ранее перенесших операции на анальном канале. Противоопухолевое лечение после операции продолжено у 2 больных, одной из которых выполнена трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК), у другой — индукция второй ремиссии в связи с рецидивом ОМЛ.

Заключение. Учитывая минимальность хирургической травмы и низкое количество осложнений, ликвидация свищей с использованием перемещенных лоскутов может быть использована у гематологических больных. При соблюдении сроков реабилитации возможно возобновление противоопухолевой терапии, в том числе проведение алло-ТГСК.

Ключевые слова: лейкоз; нейтропения; опухоли системы крови, свищ прямой кишки, ректовагинальный свищ, прямокишечный лоскут, влагалищный лоскут

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: работа не имела спонсорской поддержки.

Для цитирования: Штыркова С.В., Ходжаев Г.Г., Мудров А.А., Титов А.Ю., Никишин Т.В., Сабиров К.Р., Дадашев И.И., Омарова М.М., Данишян К.И. Хирургическое лечение ректовагинальных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки у гематологических больных. Гематология и трансфузиология. 2025; 70(3):374–382. <https://doi.org/10.35754/0234-5730-2025-70-3-374-382>

SURGICAL TREATMENT OF RECTOVAGINAL AND EXTRASPHINCTER FISTULAS OF THE RECTUM IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE BLOOD SYSTEM

Shtyrkova S.V.^{1*}, Khodzhaev G.G.¹, Mudrov A.A.^{2,3}, Titov A.Y.², Nikishin T.V.², Sabirov K.R.¹, Omarova M.M.², Dadashev I.I.³, Danishyan K.I.¹

¹ National Medical Research Center for Hematology, 125167, Moscow, Russian Federation

² Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, 123423, Moscow, Russian Federation

³ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Healthcare of Russia, 125993, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Anal fistulas (AF) can be both an independent source of infection and the cause of perianal abscess recurrence. The use of sphincter-preserving plastic surgical methods for the elimination of AF in patients with hematologic malignancies is an insufficiently studied issue.

Aim: To demonstrate the possibility of using plastic surgical methods for the elimination of rectovaginal and anal fistulas in hematological patients.

Materials and methods. Between 2022 and 2024, 5 patients aged 36 to 56 years were operated on for complex anal and rectovaginal fistulas; of these, 3 patients had acute myeloblastic leukemia (AML), 1 had non-Hodgkin's lymphoma, and one patient had immune thrombocytopenia. In one case, elimination of a rectovaginal fistula was performed using a split vaginal-rectal flap; in the rest — the anal fistulas were eliminated using a displaced lateral flap. The follow-up period ranged from 8 to 28 months.

Results. Elimination of the AF was achieved in 4 out of 5 patients. On the 2nd day after surgery, 1 patient developed thrombosis of hemorrhoids in the area of the displaced flap, and on the 10th day, a recurrence of the fistula was detected. Signs of 1st degree anal insufficiency were diagnosed in two patients who had previously undergone anal surgery. Treatment for hematologic malignancies was continued after surgery for two patients, one of whom underwent allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (allo-HSCT), while the other underwent induction of a second remission due to a AML relapse.

Conclusion. Given the minimal surgical trauma and low complication rate, fistula repair using displaced flaps can be used in hematological patients. If rehabilitation timelines are observed, it is possible to resume antitumor therapy, including performing allo-HSCT.

Keywords: hematologic malignancy, leukemia; neutropenia, blood system tumors, anal fistula, rectovaginal fistula, vaginal flap, rectal flap

Conflict of Interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Financial disclosure: the study had no sponsorship.

For citation: Shtyrkova S.V., Khodzhaev G.G., Mudrov A.A., Titov A.Y., Nikishin T.V., Sabirov K.R., Omarova M.M., Dadashev I.I., Danishyan K.I. Surgical treatment of rectovaginal and extrasphincter fistulas of the rectum in patients with diseases of the blood system. Russian Journal of Hematology and Transfusiology (Gematologiya i transfuziologiya). 2025; 70(3):374–382 (in Russian). <https://doi.org/10.35754/0234-5730-2025-70-3-374-382>

Введение

Частота рецидивов инфекции мягких тканей параректальной области у гематологических больных достигает 73,7%, что может препятствовать реализации программ противоопухолевой химиотерапии и негативно влияет на результаты лечения [1, 2]. Свищи прямой кишки (СПК) могут быть как самостоятельным

источником инфекции, так и причиной повторного формирования параректальных абсцессов. По данным исследования Н. Chang и соавт. [1], больные с предшествующим параректальным абсцессом и СПК имеют 10-кратный риск развития последующего абсцесса и рецидива свища после продолжения цитостатиче-

ской терапии. В то же время успешное хирургическое лечение свищей прямой кишки, выполненное перед началом противоопухолевого лечения или в перерывах между курсами химиотерапии, позволяет избежать повторных эпизодов инфицирования параректальной клетчатки [1, 3].

Согласно литературным данным [3, 4] возможными методами хирургического лечения свищей у больных, получавших терапию цитостатиками, являются иссечение и проведение дренирующей лигатуры. Однако достижение хороших функциональных результатов при ликвидации ректовагинальных свищей (РВС), транссфинктерных (вовлекающих более 1/3 сфинктера) и экстрасфинктерных СПК требует использования сфинктеросохраняющих пластических методов. Выполнение таких операций сопряжено с техническими сложностями и высокой частотой рецидивов, а их применение у иммунокомпрометированных больных с нарушением процессов репарации крайне ограничено. Предложенная в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А. Н. Рыжих» Минздрава России концепция лечения сложных прямокишечных и ректовагинальных свищей подразумевает применение малоинвазивных методов, даже в случае неудач, не ухудшающих состояние больных. Такой подход особенно актуален у онкогематологических больных. Пластические методы ликвидации внутреннего свищевого отверстия с перемещением различного вида лоскутов (латерального и дистального) удовлетворяют требованиям данной концепции, так как не предусматривают ни расширения зоны свищевого отверстия, ни рассечения сфинктера [5–7]. Возможность применения данного метода ликвидации СПК у онкогематологических больных требует изучения.

Цель настоящей работы — показать на клинических примерах возможность применения пластических методов ликвидации ректовагинальных и прямокишечных свищей у гематологических больных.

Материалы и методы

В 2022–2024 гг. по поводу ректовагинальных и экстрасфинктерных СПК были выполнены операции 5 больным, из которых у 3 был острый миелоидный лейкоз (ОМЛ), у 1 — неходжкинская лимфома, 1 — иммунная тромбоцитопения (табл. 1). Все больные были женского пола, возраст — от 36 до 56 лет. В одном случае операция была выполнена на базе ФГБУ «НМИЦ колопроктологии» Минздрава России, в остальных — на базе ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России.

Формирование СПК во всех случаях было следствием криптогенного парапроктита, который в 3 случаях был дренирован хирургически (с последующим проведением дренирующей лигатуры), у 2 больных с нейтропенией было проведено лечение антибиотиками. Отключение пассажа кишечного содержимого

(двуствольная сигмостомия) на предыдущих этапах лечения было выполнено у одной больной с РВС. У онкогематологических больных на момент выполнения операции были завершены этапы индукции и консолидации ремиссии, у одной больной выполнена трансплантация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК), у одной — трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (алло ТГСК). Операции во всех случаях выполняли после достижения ремиссии гематологического заболевания, на фоне компенсированных показателей гемограммы и в отсутствие терапии цитостатическими препаратами в периоперационном периоде.

Методики оперативных вмешательств

1. Ликвидация РВС расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом (РВПЛ). Оперативное вмешательство выполняли в 2 этапа. При влагалищном этапе V-образным разрезом выделяли лоскут стенки влагалища с захватом свищевого отверстия. После кюретажа и ушивания свищевого отверстия лоскут низводили и фиксировали к краю влагалищной раны. При прямокишечном этапе в проксимальном от свищевого отверстия направлении из стенки кишки формировали слизисто-подслизистый лоскут, который низводили и фиксировали дистальнее свищевого отверстия на заранее подготовленной площадке.

2. Ликвидация СПК перемещенным латеральным лоскутом (ЛЛ) (рис. 1–5). Свищевой ход иссекали до структур наружного сфинктера и стенки прямой кишки. Осуществляли кюретаж части свищевого хода, расположенного в стенке кишки. После гидравлической препаровки продольным разрезом рассекали анодерму и слизистую оболочку нижеампулярного отдела прямой кишки по краю внутреннего свищевого отверстия. В латеральном направлении выделяли лоскут, включавший анодерму и слизистую оболочку дистальной части прямой кишки. После экономного иссечения патологически измененных тканей либо кюретажа зоны внутреннего свищевого отверстия дефект стенки кишки (анального канала) ушивали. Мобилизованный ранее лоскут смещали в латеральном направлении на зону иссеченного внутреннего отверстия и фиксировали отдельными швами.

Результаты

В послеоперационном периоде умеренный болевой синдром сохранялся в течение 3–4 дней. В послеоперационном периоде в течение 5 дней проводили антибактериальную терапию. Местное лечение включало гигиенические процедуры, обработку водными растворами антисептиков, аппликации мазей, содержащих гидрокортизон, гепарин. Сроки наблюдения составили от 8 до 28 мес. Ликвидация свища была достигнута у 4 из 5 больных. У одной больной на 2-е сутки после операции развился тромбоз геморроидального узла

Таблица 1. Характеристики больных
Table 1. Characteristics of patients

№	Пол, возраст, годы Sex, age, years	СПК Perianal fistula	Болезнь крови Blood disease	Операция Surgery	Срок наблюдения, мес. Follow up period, months	Результаты Results
1	Ж/Ф 56	Пельвиоректальный парапроктит, РВС Pelviorectal abscess, rectovaginal fistula	ОМЛ. Ремиссия AML Remission	Дренирование параректального абсцесса. Сигмостомия. Ликвидация РВС РВПЛ Drainage of pararectal abscess. Sigmoidostomy. Elimination of rectovaginal fistula with a vaginorectal flap	28 мес. После операции перенесла алло-ТГСК. 28 months. After the operation, she underwent allo HSCt	Свищ ликвидирован Fistula is eliminated
2	Ж/Ф 56	Передний экстрафинктерный СПК Anterior extrasphincter fistula of the rectum	ФЛ. После ауто-ТГСК FL After auto HSCt	Консервативное лечение парапроктита в период нейтропении. Иссечение анальной трещины. Ликвидация СПК ЛЛ Conservative treatment of paraproctitis during neutropenia. Anal fissure Excision. Elimination of rectal fistula with a lateral flap	22 мес. 22 months	Свищ ликвидирован, анальная недостаточность I ст. Fistula elimination. Anal insufficiency 1 st degree
3	Ж/Ф 39	Передний экстрафинктерный СПК Anterior extrasphincter rectal fistula	ИТП ITP	Дренирование параректального абсцесса. Ликвидация СПК ЛЛ Drainage of pararectal abscess. Elimination of rectal fistula with a lateral flap	21 месяц 21 months	Свищ ликвидирован Fistula elimination
4	Ж/Ф 50	Передний сложный (подковообразный) СПК Anterior complex (horseshoe-shaped) rectal fistula	ОМЛ. 2-я ремиссия AML 2nd remission	Дренирование парапроктита. Проведение дренирующих лигатур. Ликвидация СПК ЛЛ Drainage of pararectal abscess. Carrying out drainage ligatures. Elimination of rectal fistula with a lateral flap	9 мес., после операции проведена индукция, достигнута ремиссия 9 months, induction course was performed after surgery. remission has been achieved	Рецидив свища. анальная недостаточность I ст. Fistula recurrence. Anal insufficiency 1 degree
5	Ж/Ф 36	Передний экстрафинктерный неполный внутренний СПК Anterior extrasphincteric internal rectal fistula	ОМЛ. Ремиссия. После алло-ТГСК AML Remission. After allo HSCt	Консервативное лечение парапроктита в период нейтропении. Ликвидация СПК ЛЛ Conservative treatment of paraproctitis during neutropenia. Elimination of rectal fistula with a lateral flap	9 месяцев 9 months	Свищ ликвидирован Fistula is eliminated

Примечания: ИТП — идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, ФЛ — фолликулярная лимфома.

Notes: ITP — Idiopathic thrombocytopenic purpura, FL — Follicular lymphoma.

Рисунки 1–5. Этапы ликвидации свища прямой кишки методом перемещения латерального прямокишечного лоскута

Figures 1–5. The stages of elimination of the rectal fistula by moving the lateral rectal flap:



Рисунок 1. Передний экстрасфинктерный свищ прямой кишки. С помощью зонда идентифицирован свищевой ход

Figure 1. Anterior extrasphincter fistula of the rectum. A fistula passage was identified using a probe

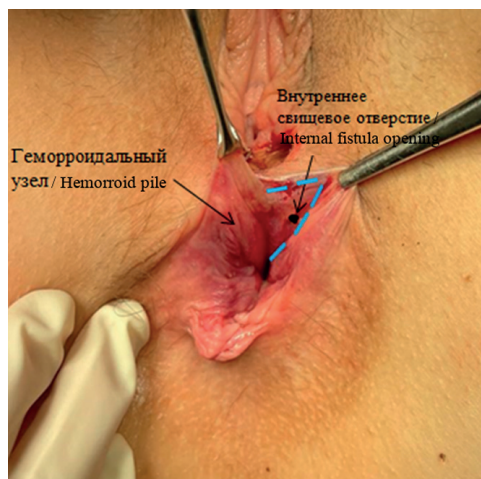


Рисунок 2. Свищевой ход иссечен до структур наружного сфинктера и стенки прямой кишки

Figure 2. The fistulous passage is excised to the structures of the external sphincter and the wall of the rectum

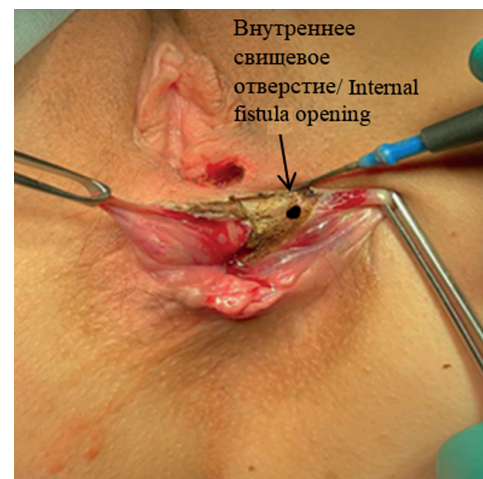


Рисунок 3. Продольным разрезом рассечена анодерма и слизистая оболочка нижеампулярного отдела прямой кишки по краю внутреннего свищевое отверстие

Figure 3. The anoderm and the mucous membrane of the lower ampullary rectum are dissected along the edge of the internal fistula



Рисунок 4. Выделен лоскут, включающий анодерму и слизистую оболочку дистальной части прямой кишки

Figure 4. A flap is isolated, including the anoderm and the mucous membrane of the distal part of the rectum

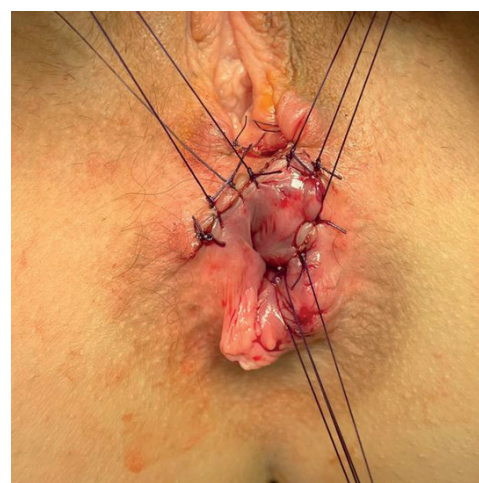


Рисунок 5. Лоскут смещен в латеральном направлении на зону иссеченного внутреннего отверстия и фиксирован отдельными швами

Figure 5. The flap is shifted laterally to the area of the excised inner opening and fixed with separate sutures

в зоне перемещенного лоскута, а на 10-е сутки констатирован рецидив свища. Недостаточность анального сфинктера в послеоперационном периоде отмечена у 3 больных. Во всех случаях больные были ранее оперированы на анальном канале: иссечение анальной трещины (1), дренирование пельвиоректального абсцесса (1), иссечение свища с ушиванием сфинктера (1). У 2 больных недостаточность анального сфинктера 1 степени диагностирована по клиническим данным в сроки наблюдения от 1 до 6 мес. Признаки анальной недостаточности у этих больных носили постепенно регрессирующий характер и корректировались диетой. Анальная недостаточность 3-й степени была диагностирована по данным профилометрии у больной с ранее наложенной колостомой через 12 мес. после

ликвидации РВС перемещенным влагалищно-прямокишечным лоскутом. Исследование выполняли в рамках подготовки к реконструктивной операции, от которой с учетом данных профилометрии отказались. Приведем два клинических наблюдения.

Клиническое наблюдение 1

Больная Х., 56 лет, была госпитализирована в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России 02.06.2022 с диагнозом «ОМЛ, протекающий с мутацией FLT3 ITD делецией 7q22–7q31, группы высокого риска». Больная была госпитализирована в тяжелом состоянии, обусловленном фебрильной лихорадкой 39°C, анемией, тромбоцитопенией, опухолевым агранулоцитозом. При поступлении на основании клинических

данных и результатов магниторезонансной томографии (МРТ) органов малого таза был диагностирован пельвиоректальный абсцесс, ректовагинальный свищ. В срочном порядке выполнено дренирование абсцесса (рис. 6).

Учитывая тяжелое состояние больной, гранулоцитопению, угрозу развития сепсиса была выполнена лапароскопическая сигмостомия. В раннем послеоперационном периоде, с 10.06.2022 по 14.06.2022, проведен курс индукции ремиссии (децитабин 32 мг/сут., венетоклакс 400 мг/сут.). Период миелотоксического агранулоцитоза осложнился развитием фебрильной нейтропении, двусторонней пневмонии с выраженной дыхательной недостаточностью и потребностью в ингаляции кислородом, снижением белково-синтетической функции печени, развитием отека синдрома, грубых электролитных нарушений (гипонатриемии до 120 ммоль/л, гипохлоремии до 88 ммоль/л). Терапию проводили в отделении реанимации. 6.07.2022 была констатирована ремиссия, негативная минимальная остаточная болезнь (МОБ). Далее проводили терапию малыми дозами цитарабина. Больная предъявляла жалобы на отхождение газов через половые пути, по данным клинического обследования сохранялся РВС. В хирургическом отделении ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России 10.11.2022 была выполнена ликвидация РВС расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом, без осложнений.

Через 6 месяцев выполнена алло-ТГСК. Учитывая высокий риск развития несостоятельности толстокишечного анастомоза, при проведении алло-ТГСК от реконструктивной операции в предтрансплантационном периоде было решено отказаться. Предтрансплантационное кондиционирование в режиме пониженной интенсивности: флударабин 180 мг/м², бусульфан 8 мг/кг перенесла удовлетворительно. Иммуносупрессивная терапия: циклофосфамид 25 мг/кг +3, +4 дни, циклоспорин 3 мг/кг/сут с +5 дня, микофенолата мофетил 30 мг/кг/сут с +5 дня.

Ранний посттрансплантационный период осложнился развитием мукозита 2 степени тяжести, а также клостридиального колита. Проводилась антибактериальная терапия с эффектом в виде регресса инфекции. Восстановление показателей было отмечено на +20 день алло-ТГСК. Осложнений, связанных с наличием стомы, отмечено не было. При контрольных осмотрах через 1, 3 и 6 месяцев после алло-ТГСК ректовагинальная перегородка герметична, пластика состоятельна, достигнут хороший пластический и косметический эффект. Реконструктивная операция планируется после реабилитации больной.

Клиническое наблюдение 2

Больная П., 36 лет, диагноз: «ОМЛ, ремиссия. Состояние после алло-ТГСК. Передний экстрасфинктерный неполный внутренний свищ прямой киш-

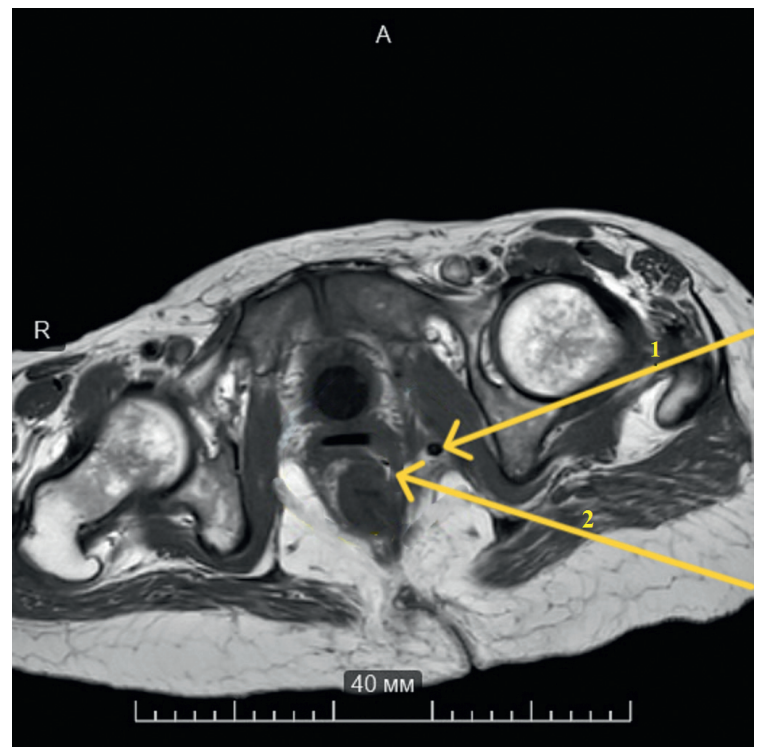


Рисунок 6. МРТ органов малого таза. Дренирован пельвиоректальный абсцесс (1). Ректовагинальный свищ (2)

Figure 6. MRI of pelvis. A pelviorectal abscess has been drained (1). A rectovaginal fistula (2)

ки». Диагноз ОМЛ был установлен в июне 2023 г. В миелограмме — бластные клетки 71 %, в гемограмме — лейкоцитоз до $47 \times 10^9/\text{л}$, бластные клетки 60 %. С 1.06.2023 по 14.07.2023 проведено 2 курса химиотерапии по протоколу «7 + 3». После первого курса достигнута МОБ-негативная ремиссия заболевания. В качестве следующего этапа противоопухолевого лечения 3.04.2024 была выполнена алло-ТГСК от неродственного полностью совместимого донора.

В период подготовки и проведения алло-ТГСК с марта по апрель 2024 г. больная отмечала боли в анусе постоянного характера. При клиническом осмотре выявлен воспалительный инфильтрат в области промежности. В результате проводимой антибактериальной терапии инфильтрат частично регрессировал, однако сохранялись боли и гнойные выделения из анального канала. При осмотре в области промежности определялся инфильтрат 2×2 см. Отмечено гнойное отделяемое из анального канала. При ректальном исследовании на 12 часах определялся дефект 1,0×0,5 см, расположенный на 0,5 см выше зубчатой линии. В результате проведенного обследования установлен диагноз: передний экстрасфинктерный неполный внутренний СПК, который был подтвержден при МРТ (рис. 2).

Больная была госпитализирована в хирургическое отделение ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России 21.06.2024 для планового оперативного лечения по поводу СПК. При обследовании на +70 день после алло-ТГСК сохранялась МОБ-негативная ремиссия

заболевания, 100% донорское кроветворение. С целью профилактики реакции «трансплантат против хозяина» больная получала иммуносупрессивную терапию (циклоsporин, микофенолата мофетил). В гемограмме были умеренная анемия (гемоглобин 94 г/л, эритроциты $2,68 \times 10^{12}/л$), лейкопения ($3,37 \times 10^9/л$), нейтропения ($1,52 \times 10^9/л$). Остальные клинико-лабораторные данные были в пределах нормальных значений.

Учитывая экстрасфинктерное расположение свищевого хода, выполнена ликвидация свища прямой кишки латеральным лоскутом. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Умеренный болевой синдром сохранялся в течение 5 суток после операции и был купирован местными анестетиками. Учитывая иммуносупрессию, в послеоперационном периоде в течение 5 дней проводили антибиотическую терапию цефоперазон/сульбактамом. При осмотре через 23 дня после операции больная жалоб не предъявляла, рана зажила первичным натяжением, замыкательная функция анального канала была удовлетворительной.

Обсуждение

Проблема хирургической коррекции ректовагинальных и экстрасфинктерных СПК у онкогематологических больных не представлена в литературе, что можно объяснить относительной малочисленностью этой категории больных и крайне неблагоприятными условиями для выполнения пластических операций. В настоящее время не сформулированы показания к применению хирургических методов, не выявлены предикторы неудачи, нет критериев применения пластических методов ликвидации свищей прямой кишки. При сложных прямокишечных и ректовагинальных свищах применяются следующие способы ликвидации свищевого отверстия в прямой кишке [8, 9]:

1. Иссечение свища в просвет кишки. Недостатком метода является тот факт, что при транссфинктерных и экстрасфинктерных прямокишечных свищах, при ректовагинальных свищах для адекватного иссечения свищевого отверстия в прямой кишке требуется пересечение анального сфинктера, что приводит к развитию анальной инконтиненции.

2. Ушивание свищевого отверстия в прямой кишке. Недостатками метода являются необходимость значительной мобилизации стенки кишки в проксимальном и дистальном направлениях для формирования полноценного межкишечного анастомоза по передней стенке; избыточное натяжение на линии швов в прямой кишке при повышении кишечного давления и возникновение рецидива заболевания при прорезывании любого шва; невозможность использования метода при поражении кишечной стенки (системные заболевания: болезнь Крона; язвенный колит и т.п.).

3. Низведение проксимального полнослойного лоскута прямой кишки. Недостатками метода являются:

невозможность использования низведения проксимальных отделов стеки прямой кишки при поражении кишечной стенки (системные заболевания: болезнь Крона; язвенный колит и т.п.), при низведении лоскута, сформированного из вышележащих отделов передней стенки прямой кишки, может отмечаться избыточное натяжение низведенного и фиксированного лоскута, развитие выраженных фиброзно-рубцовых изменений в нижеампулярном отделе прямой кишки при ретракции полнослойного лоскута, возможность развития недостаточности анального сфинктера при травме внутреннего анального сфинктера.

Качество жизни больных после выполнения описанных выше методов оперативного лечения значительно снижено в течение нескольких месяцев из-за жестких ограничений по двигательному режиму.

Для улучшения результатов лечения больных со сложными прямокишечными и ректовагинальными свищами, в том числе функциональными, внедрены и успешно применяют различные малоинвазивные методы. Для ликвидации внутреннего свищевого отверстия применяют различные виды лоскутов, отличающихся от прямокишечного лоскута, формируемого при «классической» проктопластике, неполностенной структурой и вектором смещения, что позволяет минимизировать операционную травму. Такой малоинвазивный подход к ликвидации внутреннего отверстия может быть использован у гематологических больных.

При выборе тактики лечения ректовагинальных и сложных прямокишечных свищей у онкогематологических больных необходимо учитывать этап противоопухолевого лечения. В отсутствие ремиссии основного заболевания, в период проведения миелотоксической терапии следует отдавать предпочтение минимально инвазивным хирургическим вмешательствам, цель которых — локализовать воспаление и предотвратить рецидивы парапроктита. Успешное выполнение радикальных операций по ликвидации параректальных свищей возможно при условии восстановления способностей тканей организма к репарации и наличия достаточного периода реабилитации без активной цитостатической терапии. По этой причине подобные вмешательства лучше выполнять после достижения ремиссии онкогематологического заболевания.

Таким образом, учитывая минимальность хирургической травмы и низкое количество осложнений, ликвидация с выполнением пластики внутреннего свищевого отверстия при лечении сложных прямокишечных и ректовагинальных свищей различными лоскутами может быть использована у онкогематологических больных. В то же время при соблюдении сроков реабилитации возможно возобновление противоопухолевой терапии, в том числе проведение алло-ТГСК после ликвидации параректального свища без ущерба для результатов операции.

Литература

1. Chang H., Kuo M.C., Tang T.C., et al. Clinical Features and Recurrence Pattern of Perianal Abscess in Patients with Acute Myeloid Leukemia. *Acta Haematol.* 2017;138(1):10–3. DOI: 10.1159/000475589.
2. Solmaz S., Korur A., Gereklioğlu Ç., et al. Anorectal Complications During Neutropenic Period in Patients with Hematologic Diseases. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2016;8(1):e2016019. DOI: 10.4084/MJHID.2016.019.
3. Штыркова С.В., Чабаяева Ю.А., Куликов С.М. и др. Факторы риска развития рецидивов перианальных инфекционных осложнений у пациентов с опухолевыми заболеваниями системы крови: результаты одноцентрового проспективного исследования. *Клиническая онкогематология.* 2024;17(2):204–12. (In Russian). DOI: 10.21320/2500-2139-2024-17-2-204-212.
4. Pini Prato A., Castagnola E., Micalizzi C., et al. Early diverting colostomy for perianal sepsis in children with acute leukemia. *J Pediatr Surg.* 2012;47(10):e23–7. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2012.05.034.
5. Мудров А.А., Омарова М.М., Фоменко О.Ю. и др. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2021;7:5–11. DOI: 10.17116/hirurgia20210715.
6. Ачкасов С.И., Шельгин Ю.А., Титов А.Ю. и др. Способ ликвидации свищевого отверстия в прямой кишке высокоvascularизированным латеральным лоскутом при ректовагинальных и прямокишечных свищах. Патент № 2022104283 от 18.12.2022
7. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Мудров А.А. и др. Способ ликвидации ректовагинальных свищей «Y-образным» лоскутом. Патент № 2675348 от 18.12.2018.
8. Zutoia B., Uribe N., Balciscueta I., et al. Rectal Advancement Flap for the Treatment of Complex Cryptoglandular Anal Fistulas: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32(5):599–609. DOI: 10.1007/s00384-017-2779-7.
9. Francesco L., Bracchitta S., Naldini G., et al. FISSIT (Fistula Surgery in Italy) Study: A Retrospective Survey on the Surgical Management of Anal Fistulas in Italy over the Last 15 Years. *Surgery.* 2021;170(3):689–95. DOI: 10.1016/j.surg.2021.02.055

Информация об авторах

Штыркова Светлана Витальевна*, кандидат медицинских наук, колопроктолог хирургического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
e-mail: sv-styrkova@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4272-8433>

Ходжаев Геннадий Геннадьевич, кандидат медицинских наук, гинеколог хирургического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
e-mail: khodzhaev.g@blood.ru
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4500-5687>

Мудров Андрей Анатольевич, доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отделения общей и реконструктивной колопроктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации; профессор кафедры колопроктологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
e-mail: info@gnck.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1207-5988>

References

1. Chang H., Kuo M.C., Tang T.C., et al. Clinical Features and Recurrence Pattern of Perianal Abscess in Patients with Acute Myeloid Leukemia. *Acta Haematol.* 2017;138(1):10–3. DOI: 10.1159/000475589.
2. Solmaz S., Korur A., Gereklioğlu Ç., et al. Anorectal Complications During Neutropenic Period in Patients with Hematologic Diseases. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2016;8(1):e2016019. DOI: 10.4084/MJHID.2016.019.
3. Shtyrkova S.V., Chabaeva Yu.A., Kulikov S.M. et al. Risk Factors for Relapses of Perianal Infectious Complications in Patients with Hematological Malignancies: Results of a Single-Center Prospective Trial. *Klinicheskaya Oncogematologiya.* 2024;17(2):204–12. (In Russian). DOI: 10.21320/2500-2139-2024-17-2-204-212.
4. Pini Prato A., Castagnola E., Micalizzi C., et al. Early diverting colostomy for perianal sepsis in children with acute leukemia. *J Pediatr Surg.* 2012;47(10):e23–7. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2012.05.034.
5. Mudrov, A. A., Omarova M.M., Fomenko O.Yu., et al. Surgical Treatment of Rectovaginal Fistula with Vaginal Rectangular Flap. *Khirurgiya. Zhurnal Im. N.I. Pirogova.* 2021;7:5–11 (In Russian). DOI: 10.17116/hirurgia20210715.
6. Achkasov S. I., Shelygin Y.A., Titov A.Yu., et al. Method for eliminating a fistulous opening in the rectum with a highly vascularized lateral flap in rectovaginal and rectal fistulas: the patent no. 2022104283 from 18.12.2022 (In Russian).
7. Shelygin Y.A., Titov A.Yu., Mudrov A.A., et al. Method for eliminating rectovaginal fistulas with y-shaped flap: the patent no. 2675348 from 18.12.2018 (In Russian).
8. Zutoia B., Uribe N., Balciscueta I., et al. Rectal Advancement Flap for the Treatment of Complex Cryptoglandular Anal Fistulas: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32(5):599–609. DOI: 10.1007/s00384-017-2779-7.
9. Francesco L., Bracchitta S., Naldini G. et al. FISSIT (Fistula Surgery in Italy) Study: A Retrospective Survey on the Surgical Management of Anal Fistulas in Italy over the Last 15 Years. *Surgery.* 2021;170(3):689–95. DOI: 10.1016/j.surg.2021.02.055.

Information about the authors

Svetlana V. Shtyrkova, Cand. Sci. (Med.) Coloproctologist, Department of Surgery, National Medical Research Center for Hematology,
e-mail: sv-styrkova@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4272-8433>

Gennady G. Khodzhaev, Cand. Sci. (Med.), gynecologist Department of Surgery, National Medical Research Center for Hematology,
e-mail: khodzhaev.g@blood.ru
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4500-5687>

Andrey A. Mudrov, Dr. Sci. (Med.), Associated Professor, Researcher, Department of General and Reconstructive Coloproctology, Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology. Professor at the Department of Coloproctology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education,
e-mail: info@gnck.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1207-5988>

Титов Александр Юрьевич, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения общей и реконструктивной колопроктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: info@gnck.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1636-8075>

Никишин Тимур Владимирович, колопроктолог отделения общей и реконструктивной колопроктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: nikishin_tv@gnck.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6991-1716>

Сабиров Кирилл Рустемович, хирург хирургического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: sabkirill@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3677-0480>

Дадашев Икромжон Иброхимович, аспирант кафедры колопроктологии хирургического факультета ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: ikosh1001@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2294-7169>

Омарова Мариям Магомедовна, кандидат медицинских наук, колопроктолог отделения общей и реконструктивной колопроктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: ommariyam@bk.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7329-7878>

Данишян Карен Исмаилович, доктор медицинских наук, заведующий хирургическим отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: danishyan.k@blood.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3662-9751>

*** Автор, ответственный за переписку**

Поступила: 05.04.2025

Принята к печати: 01.09.2025

Alexander Yu. Titov, Dr. Sci. (Med.), Chief Researcher of the Department of General and Reconstructive Coloproctology, Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology, e-mail: info@gnck.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1636-8075>

Timur V. Nikishin, Coloproctologist, National Medical Research Centre for Coloproctology, e-mail: nikishin_tv@gnck.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6991-1716>

Kirill R. Sabirov, Surgeon Department of Surgery, National Medical Research Center for Hematology, e-mail: sabkirill@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3677-0480>

Ikromjon I. Dadashev, postgraduate student at the Department of Coloproctology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, e-mail: ikosh1001@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2294-7169>

Maryam M. Omarova, Cand. Sci. (Med) Coloproctologist, Department of General and Reconstructive Coloproctology, Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology, e-mail: ommariyam@bk.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7329-7878>

Karen I. Danishyan, Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Surgery, National Medical Research Center for Hematology, e-mail: danishyan.k@blood.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3662-9751>

*** Corresponding author**

Received 05 Apr 2025

Accepted 01 Sep 2025