

Способ оперативной коррекции экстрасфинктерных параректальных свищей

А.Н. Разин, Б.Н. Жуков, С.Е. Каторкин

Кафедра и клиника госпитальной хирургии,
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Целью исследования является улучшение результатов лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами. Лигатурный метод выполнен у 50 (I группа), проктопластика с боковым смещением лоскута прямой кишки (II группа) – у 50, предложенный способ коррекции (III группа) – у 46 пациентов. Кровотечение диагностировано: в I группе – в 4,0 %, во II – 6,0 %, в III – 3,4 %, нагноение раны – в 4,0, 6,0 и 4,3 % в группах I, II и III соответственно, рецидив заболевания – в 6,0, 12,0, 8,6 % в группах I, II и III соответственно, недостаточность сфинктера – в 32,0, 2,0 и 0 % в группах I, II и III соответственно. Преимуществами способа являются малая травматичность, отсутствие недостаточности анального сфинктера и небольшое количество рецидивов.

Ключевые слова: экстрасфинктерный свищ, перемещение слизистой, оперативное лечение.

Актуальность

Сложные формы заболевания с экстрасфинктерным расположением свищевого хода выявляются в 30–45 % наблюдений у пациентов с хроническим парапроктитом [1, 2]. Несмотря на то что частота встречаемости данного вида свищей наименьшая (15–30 %), их лечение остается довольно трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии [3, 4]. Это обусловлено высокой частотой рецидивов заболевания, достигающей 30–78 % от общего количества оперированных по поводу данной патологии, а также недостаточностью анального сфинктера, развивающейся у 5–83 % пациентов [5, 6]. Данные обстоятельства свидетельствуют об актуальности проблемы и заставляют специалистов искать оптимальную тактику лечения пациентов с рассматриваемой патологией, разрабатывать новые способы оперативной коррекции экстрасфинктерных параректальных свищей [7–9].

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами за счет применения нового оперативного способа пластической коррекции.

Материал и методы

В ходе исследования проведен анализ результатов обследования и оперативного лечения 146 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Возраст пациентов варьировал от 21 года до 73 лет. Средний возраст составил $43,48 \pm 3,7$ года. При анамнезе от 3 месяцев до 34 лет средняя продолжительность заболевания составила $3,65 \pm 0,6$ года. Из общего количества

прооперированных пациентов было 104 мужчины и 42 женщины. Следует отметить, что большая часть пациентов (67,74 %) являлись лицами трудоспособного возраста от 25 до 60 лет. Это подчеркивает социальную значимость рассматриваемой проблемы.

В работе использовалась классификация параректальных свищей ГНЦ колпроктологии Минздрава России. Рецидивирующее течение заболевания отмечено у 26 (17,8 %) пациентов. У 18 пациентов с рецидивирующим течением заболевания, ранее перенесших оперативные вмешательства, была диагностирована различная степень недостаточности анального сфинктера. Они были исключены из проводимого исследования.

Применялись следующие методы исследования: клинический осмотр, пальцевое исследование, ректороманоскопия, проба с витальным красителем, зондирование свищевого хода, сфинктерометрия, трансректальное ультразвуковое исследование и фистулография.

Проведен сравнительный анализ применения нами различных методов оперативного лечения. Все пациенты были разделены на три группы. Группу I составили 50 (34,2 %) пациентов, которым был проведен лигатурный метод лечения; группу II – 50 (34,2 %) пациентов, которым выполнялась проктопластика с боковым смещением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки; группу III – 46 (31,5 %) пациентов, оперированных предложенным способом [10]. При определении показаний к оперативному вмешательству строго соблюдался принцип информированного согласия пациентов. Все группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу и длительности заболевания.

Разработанный способ оперативного лечения осуществляется под спинальной анестезией в про-

межностном положении пациента на операционном столе. После двукратной обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина производится дугообразный разрез перианальной кожи на 2–3 мм ниже переходной кожно-анальной линии длиной 1–1,5 см с отсепаровыванием слизисто-подслизистого слоя прямой кишки соответственно расположению внутреннего отверстия свища и на 1 см выше свищевого хода с пересечением его. Отсепарованный лоскут имеет форму равнобедренного треугольника с длиной основания 1–1,5 см. В 1 см от его вершины должно находиться внутреннее свищевое отверстие, после чего отсепарованный слизисто-подслизистый лоскут иссекается также в форме равнобедренного треугольника в пределах границ его мобилизации так, чтобы вершина треугольника находилась на 0,5 см выше внутреннего свищевого отверстия. Внутреннее отверстие свища ушивается в мышечном слое прямой кишки двухрядным узловым швом. С промежности в стороне от наружного свищевого отверстия производится вкол иглы с длинной полипропиленовой нитью. Выкол иглы осуществляется в ране, образовавшейся после иссечения слизисто-подслизистого лоскута в виде треугольника, причем выкол производится на 1 см ниже ушитого в мышечной стенке прямой кишки внутреннего свищевого отверстия. Данной нитью рана ушивается непрерывным швом за подслизистый слой сверху вниз с захватом мышечной оболочки прямой кишки. Первый вкол захватывает угол раны за подслизистую оболочку, низводя и закрывая ушитое в мышечной стенке прямой кишки внутреннее отверстие свища здоровой слизистой оболочкой, отсепарованной на 1 см выше. Рана, имевшая форму сектора, после ушивания приобретает линейный вид. Края слизистой оболочки вплотную соприкасаются между собой. Полипропиленовая нить после ушивания раны выкалывается на промежность в 1 см от места ее вкола. Оба конца нити связывают между собой на фрагменте резиновой трубки без натяжения. Свищевой ход иссекается через отдельный разрез на промежности от наружного отверстия до мышечной оболочки прямой кишки. Рана послойно ушивается либо ведется открытым способом или ушивается после установки сквозного трубчатого дренажа. Полипропиленовая нить удаляется на 10-е сутки.

Проведен сравнительный анализ результатов оперативного лечения в раннем (до 3 месяцев) и отдаленном (от 1 года до 4 лет) периодах. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета компьютерных программ Microsoft Excel 2003. Применялись методы описательной статистики. Рассчитывались среднее арифметическое (M) и стандартная ошибка среднего (m). Для оценки достоверности различий в зависимости от вида анализируемых использовали t-критерий Стьюдента или χ^2 -критерий Пирсона. Различия между величинами считали статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза 95 % и более ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

При проведении сравнительного анализа оперативного лечения пациентов в раннем послеоперационном периоде были выявлены особенности, представленные в табл. 1.

Осложнения	Группы сравнения, абс. (%)			Всего, абс. (%), 146 (100)
	I группа, 50 (34,2)	II группа, 50 (34,2)	III группа, 46 (31,5)	
Кровотечение	2 (4,0)	3 (6,0)	0 (0)	5 (3,4)
Краевой некроз лоскута	0 (0)	2 (4,0)	0 (0)	2 (1,4)
Нагноение раны	2 (4,0)	3 (6,0)	2 (4,3)	7 (4,8)
Нарушение мочеиспускания	4 (8,0)	5 (10,0)	4 (8,7)	13 (8,9)
Ранний рецидив свища	2 (4,0)	3 (6,0)	1 (2,2)	6 (4,1)
Итого	10 (20,0)	16 (32,0)	7 (15,2)	33 (22,6)

Послеоперационные осложнения возникли у 33 (22,6 %) из 146 оперированных пациентов. Их наибольшая частота была во II группе – 16 (32,0 %), затем (по убыванию) в I – 10 (20,0 %) и в III – 7 (15,2 %). В раннем послеоперационном периоде диагностировано кровотечение у 10 (6,8 %) пациентов: в I группе – в 2 (4,0 %) наблюдениях, во II – в 3 (6,0 %), а в III – в 5 (3,4 %). Нагноение операционной раны – у 7 (4,8 %): в I группе у 2 (4,0 %), во II – у 3 (6,0 %), в III – у 2 (4,3 %) пациентов. Осложнение в виде нарушения мочеиспускания отмечено у 13 (8,9 %) пациентов, из них в I группе было отмечено в 4 (8,0 %) наблюдениях, во II – в 5 (10,0 %), в III – в 4 (8,7 %). Краевой некроз перемещенного слизисто-подслизистого лоскута анального канала наблюдался во II группе у 2 (4,0 %) пациентов. Ранний рецидив свища был выявлен в 6 (4,1 %) наблюдениях. В I группе – у 2 (4,0 %), во II – у 3 (6,0 %), в III – у 1 (2,2 %) пациента.

Средний период нахождения пациентов в клинике составил в I группе $19,2 \pm 1,61$, во II – $14,3 \pm 1,23$, а в III – $12,4 \pm 1,34$ дня. Средний период реабилитации у прооперированных пациентов во II ($28,5 \pm 2,1$) и III группах ($28,1 \pm 2,0$) оказался значительно меньше, чем в I группе, – $46,4 \pm 2,8$ дня ($p \leq 0,05$).

Таким образом, преимуществом предложенного способа оперативного лечения в раннем послеоперационном периоде является отсутствие некроза перемещенного слизисто-подслизистого лоскута и кровотечения из послеоперационной раны.

Отдаленные результаты оперативного лечения изучены у 115 (78,8 %) пациентов при сроках наблюдения от 1 года до 4 лет и представлены в табл. 2.

Таблица 2. Отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами (n = 115)				
Осложнения	Группы сравнения, абс. (%)			Всего, абс. (%), 135 (100)
	I группа, 50 (37,0)	II группа, 50 (37,0)	III группа, 35 (26,0)	
Рецидив свища	3 (6,0)	6 (12,0)	3 (8,6)	12 (8,9)
Недостаточность сфинктера	16 (32,0)	1 (2,0)	0 (0)	17 (12,6)
Итого	19 (38,0)	7 (14)	3 (8,6)	29 (21,5)

При анализе отдаленных результатов оперативного лечения было выявлено, что рецидив заболевания в I группе имел место у 3 (6,0 %) пациентов, во II – у 6 (12,0 %), а в III – у 3 (8,6 %) ($p < 0,05$). Различная степень функциональной недостаточности анального сфинктера в I группе составила 16 (32,0 %) пациентов, во II недостаточность анального сфинктера I степени наблюдалась лишь у 1 (2,0 %) пациента. В III группе недостаточность анального сфинктера не выявлена ($p < 0,05$).

При лигатурном методе оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами количество рецидивов заболевания в отдаленном послеоперационном периоде в 2 раза меньше по сравнению с пластической операцией путем бокового смещения слизисто-подслизистого лоскута анального канала и в полтора раза меньше, чем при предложенном нами способе оперативного лечения. Однако недостаточность анального сфинктера после применения лигатурного метода лечения достигает 32 %. Это не позволяет считать его операцией выбора.

Заключение

Учитывая малую травматизацию тканей анального канала, снижение риска нагноения и кровотечения из раны при ее ушивании с захватом всех слоев, а также исключение некроза перемещенного лоскута, уменьшение вероятности возникновения лигатурных абсцессов и свищей с отсутствием риска возникновения недостаточности анального сфинктера, разработанный способ целесообразно использовать для оперативной коррекции экстрасфинктерных параректальных свищей. Предложенный способ оперативного лечения пациентов с параректальными свищами является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения.

Литература

1. Жуков Б.Н., Каторкин С.Е., Мышенцев П.Н. Основы поликлинической хирургии в работе врача общей практики: учебное пособие. – Самара: Медицина, 2011. – 139 с.
2. Mitalas L.E. et al. Identification of epithelialization in high transsphincteric fistulas // *Tech. Coloproctol.* – 2012. – Vol. 2, № 11. – P. 113–117.
3. Муравьев А.В. и др. Способ пластической операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки // *Колопроктология.* – 2012. – № 3 (41). – С. 11–14.
4. Wallin U.G. et al. Does ligation of the intersphincteric fistula tract raise the bar in fistula surgery? // *Dis. Colon Rectum.* – 2012. – Vol. 55, № 11. – P. 1173–1178.
5. Жуков Б.Н. и др. Оптимизация хирургического лечения пациентов со сложными формами хронического парапроктита // *Врач-аспирант.* – 2012. – № 3–4 (52). – С. 517–520.
6. Ratto C. et al. Fistulotomy with end-to-end primary sphincteroplasty for anal fistula: results from a prospective study // *Dis. Colon Rectum.* – 2013. – Vol. 56, № 2. – P. 226–233.
7. Tsunoda A. et al. Anal function after ligation of the intersphincteric fistula tract // *Dis. Colon Rectum.* – 2013. – Vol. 56, № 17. – P. 898–902.
8. Разин А.Н. и др. Способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами // *Новости хирургии.* – 2014. – Т. 22, № 1. – С. 83–88.
9. Van Onkelen R.S., Gosselink M.P., Schouten W.R. Treatment of anal fistulas with high intersphincteric extension // *Dis Colon Rectum.* – 2013. – Aug; Vol. 56, № 8. – P. 987–91.
10. Жуков Б.Н., Разин А.Н., Чернов А.А., Разин Н.Н., Каторкин С.Е. Способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами: патент № 2491024 РФ, МПК А61В17/00.

The method of surgical correction of the extrasphincteric pararectal fistulas

A.N. Razin, B.N. Zhukov, S.E. Katorkin

SBEE HPE "Samara State Medical University", Russian Federation, Samara

The aim of the study is to improve patient outcomes with ekstrasfinkternymi adrectal fistulas. Ligation method performed in 50 (I group), proktoplastika with lateral displacement of the flap of the rectum (II group) – 50, the proposed method of correction (group III) – at 46. Bleeding diagnosed: in the I group – 4,0 %, in the II – 6,0 %, in the III – 3,4 %, festering wounds – in 4,0 %, 6,0 % and 4,3 %, recurrence of the disease - in 6,0 %, 12,0 %, 8,6 % sphincter deficiency - in 32,0 %, 2,0 % and 0 %. The advantages of this method are low invasiveness, lack of failure of the anal sphincter and a small number of relapses.

Keywords: extrasphincteric fistula, mucosa displacement, operative treatment.