

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

А. В. Муравьев<sup>1</sup>, В. С. Малюгин<sup>1</sup>, В. И. Линченко<sup>1</sup>, Д. А. Халин<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ставропольский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Центральная городская больница, Кисловодск

**Н**а долю свищей прямой кишки приходится 15–45 % пациентов в структуре колоректальной патологии [1, 2, 5, 10, 13]. Наиболее спорным остается вопрос о выборе метода лечения экстрасфинктерных свищей. Несмотря на то что они встречаются достаточно редко (15–30 % от всех свищей прямой кишки), их лечение остается весьма трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии [6, 9, 11]. Это обусловлено стабильно высоким процентом рецидивов заболевания (8–32 %), а также нередко развивающейся послеоперационной недостаточностью запирающего аппарата прямой кишки, частота которой достигает 30–78 % от общего числа оперированных больных [3, 4, 7, 13].

Следует отметить, что в последние годы благодаря разработке и совершенствованию отдельных аспектов различных операций наметилась тенденция к снижению частоты рецидивов заболевания до 2–20 %, а недостаточности сфинктера до 15 %. Тем не менее эти показатели не могут полностью удовлетворить колопроктологов, занимающихся этой проблемой. Таким образом, улучшение результатов лечения остается актуальной задачей и диктует необходимость в разработке новых методов ликвидации экстрасфинктерных свищей прямой кишки [8, 11, 13].

Цель исследования: разработка нового метода пластической операции, улучшающей результаты лечения больных со сложными экстрасфинктерными свищами прямой кишки.

**Материал и методы.** В работе представлены результаты обследования и лечения 128 больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки, находившихся на лечении в краевом колопроктологическом отделении г. Ставрополя с 2003 по 2011 год. Средний возраст пациентов составил 38 лет. Мужчин было 74, женщин – 36 (табл. 1). При поступлении в стационар все

пациенты предъявляли жалобы на наличие одного или нескольких свищевых отверстий в перианальной области с гнойным или каловым отделяемым. Среди прочих жалоб отмечались: дискомфорт, вызванный рубцовыми изменениями в перианальной области, – у 2 пациентов, анальный зуд – у 8 пациентов. У 5 пациентов в зоне наружного отверстия отмечался инфильтрат и мацерация кожи вокруг. Длительность заболевания варьировалась от одного месяца до 25 лет. У 12 больных после ранее перенесенных операций возникла анальная недостаточность, установленная на основе клинической оценки и данных сфинктерометрии.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст (лет)	Мужчин		Женщин		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
20–40	30	23,4	5	3,9	35	27,3
40–60	56	43,7	21	16,5	77	60,2
60 и более	14	10,9	2	1,6	16	12,5
всего	100	78	28	22	128	100

Среди дополнительных методов исследования применялась фистулография и УЗИ трансректальным датчиком. По степени сложности свищей больные распределились следующим образом: 1 степень установлена у 6 пациентов; 2 степень – у 19 больных; 3 степень – у 72 человек и 4 степень – у 31 пациента.

Для сравнения результатов лечения пациенты были разделены на 3 группы: I группа – 33 пациента с экстрасфинктерными свищами прямой кишки оперированы лигатурным методом, II группа – 59 больным выполнены операции с перемещением слизистой мышечного лоскута по Джад – Робле или Блиничеву – классическим способом, и III группа – 36 человек, оперированных по предложенной нами методике.

*Описание способа операции при экстрасфинктерных свищах с использованием препарата «тахомб».*

Выделенный в виде тяжа свищ отсекали в области внутреннего свищевого отверстия от стенки прямой кишки без повреждения последней и ушивали двурядным швом. Гнойные полости раскрывали, ревизовали и обрабатывали растворами антисептиков.

Со стороны прямой кишки выполняли пластику внутреннего отверстия по типу операции Джад – Робле. Если же рубцовые изменения в области внутреннего отверстия не позволяли мобилизовать трапециевидный лоскут по Джад – Робле, мы выполняли пластику внутреннего отверстия по Блиничеву. В том случае, когда мы сталкивались с обширным внутренним отверстием (0,5 и более см в диаметре), применяли операцию с использованием перемещения двух лоскутов

Муравьев Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета, заведующий отделением колопроктологии городской клинической больницы № 2 г. Ставрополя; тел.: (8652) 714895

Малюгин Вячеслав Сергеевич, соискатель кафедры общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета, врач-колопроктолог городской клинической больницы № 2, г. Ставрополя; тел.: (8652) 714895; e-mail: satory28@gmail.com

Линченко Владимир Иванович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: (8652) 714895

Халин Денис Анатольевич, кандидат медицинских наук, врач-хирург ГБУЗ СК «Кисловодская ЦГБ», тел.: (87937) 86898

к центру (рационализаторское предложение СтГМА № 1251 от 03.12.2010). После мобилизации лоскута на внутреннее отверстие свища со стороны просвета кишки укладывали пластину препарата «тахокомб», соответствующую размеру подготовленной площадки. Лоскут перемещали и фиксировали отдельными швами (рационализаторское предложение СтГМА № 1247 от 17.05.2010).

В просвет кишки вводили трубку и мазевой тампон, в рану мазевой тампон.

Благодаря свойствам препарата «тахокомб» достигался гемостаз в области внутреннего отверстия, под перемещенным слизистым лоскутом, что, в свою очередь, значительно снижало вероятность отслоения последнего в послеоперационном периоде, а также благодаря тому, что препарат создает водо- и воздухо непроницаемый слой, устранялась причина заболевания: проникновение кишечной микрофлоры в окологпрямокишечную клетчатку.

Различия между сравниваемыми средними значениями оценивались с использованием величин стандартного отклонения и считались достоверными по критерию Стьюдента  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Оценка проводилась согласно следующим критериям: частота рецидивов заболевания и послеоперационная недостаточность анального сфинктера.

В I группе хорошие результаты были достигнуты лишь в 18,2 % случаев. Это было связано с большим количеством случаев развития анальной инконтиненции у пациентов в этой группе.

Удовлетворительные результаты достигнуты у 12 пациентов (36,4 %), у которых развилась недостаточность сфинктера I степени. Неудовлетворительные результаты были у 15 больных (45,5 %). При этом у 7 (21,1 %) пациентов отмечались рецидивы заболевания, у 6 (18,2 %) – развитие недостаточности сфинктера II степени и у 2 больных (6,1 %) – анальная инконтиненция III степени.

Во II группе хорошие результаты получены у 33 (55,9 %) пациентов. Удовлетворительные результаты – у 10,2 % пациентов: 6 больных с анальной инконтиненцией I степени, из которых у 4 недостаточность сфинктера была диагностирована на дооперационном этапе и являлась следствием ранее перенесенных радикальных операций. Неудовлетворительные результаты были у 33,9 % больных и все являлись следствием рецидива заболевания.

Хорошие результаты в III группе были достигнуты в 94,4 % случаев. К удовлетворительным результатам мы отнесли 1 пациента, у которого в отдаленные сроки отмечена недостаточность анального сфинктера I степени. Однако следует добавить, что анальная инконтиненция у этого пациента была установлена в предоперационном периоде и являлась следствием ранее перенесенных оперативных вмешательств. К неудовлетворительным результатам отнесен 1 случай рецидива экстрасфинктерного свища, который был вызван некрозом и частичным отхождением перемещенного лоскута (табл. 2).

Таблица 2

Отдаленные результаты лечения пациентов трех исследуемых групп

Результаты	I группа (n=33)		II группа (n=59)		III группа (n=36)		P
	абс	%	абс	%	абс	%	
Хорошие	6	18,2±6,7	33	55,9±6,4	34	94,4±3,8	P<0,05
Удовлетворительные	12	36,4±8,4	6	10,2±3,9	1	2,8±2,6	P<0,05
Неудовлетворительные	15	45,5±8,6	20	33,9±6,2	1	2,8±2,6	P<0,05

Несмотря на неоднозначное отношение большинства колопроктологов, на протяжении последних семидесяти с лишним лет самой распространенной методикой хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки, сопровождающихся наличием обширных рубцовых изменений анального канала и гнойных затеков в окологпрямокишечной клетчатке, остается лигатурный метод. Однако в последние годы отмечается тенденция к увеличению пластических методов хирургического лечения сложных свищей. К преимуществам этих методик относительно лигатурного метода относятся:

1. Минимальная травматизация запирающего аппарата прямой кишки.
2. Снижение риска возникновения анальной инконтиненции.
3. Препятствие проникновению кишечной флоры в окологпрямокишечную клетчатку и рану промежности, что способствует снижению рецидивов заболевания.
4. Меньшие сроки заживления послеоперационных ран.

5. Универсальность применения при различных степенях сложности.

Таким образом, при использовании традиционного лигатурного метода хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки недостаточность анального сфинктера, согласно полученным данным, составляет 58,1 %. При выполнении операций с перемещением слизисто-мышечного лоскута по Джад – Робле или Блиничеву классическим способом частота рецидивов заболевания составила 33,9 %. При применении пластических методов закрытия внутреннего отверстия с использованием препарата «тахокомб» развития недостаточности сфинктера не наблюдалось, а рецидив заболевания был отмечен только в 2,8 % случаев.

Принимая во внимание минимальную травматичность и отсутствие риска возникновения недостаточности, разработанный способ показан для лечения сложных экстрасфинктерных, а также рецидивных свищей прямой кишки.

**Выводы**

1. Для экстрасфинктерных свищей при применении лигатурного метода характерно развитие

анальной недостаточности в 58,1 % случаев. При использовании традиционных пластических методик закрытия внутреннего отверстия рецидивы возникают в 33,9 % случаев.

2. Благодаря своим свойствам препарат «тахоконб» в области внутреннего отверстия под перемещенным слизистым лоскутом создает водо- и воздухо непроницаемый слой и таким образом устраняется сама причина заболевания.
3. Разработанный способ перемещения слизистой с использованием препарата «тахоконб» позволяет снизить число рецидивов до 5,6 % и не приводит к возникновению анальной недостаточности.

#### Литература

1. Аминев, А. М. Руководство по проктологии / А. М. Аминев. – М., 1973. – Т. 3. – С. 163–345.
2. Блиничев, Н. М. Острый и хронический парапроктит : дис. ... д-ра мед. наук / Блиничев Н. М. – Куйбышев, 1972. – 283 с.
3. Головачев, В. Л. Оценка результатов лечения параректальных свищей / В. Л. Головачев, Б. М. Норбекова // Здоровоохранение Казахстана. – 1984. – № 5. – С. 54–55.
4. Дименюк, Д. Г. Лечение параректальных свищей прямой кишки / Д. Г. Дименюк, И. А. Гиленко // Клиническая хирургия. – 1993. – № 2. – С. 45–47.
5. Дульцев, Ю. В. Послеоперационная недостаточность анального жома / Ю. В. Дульцев, Ю. Б. Кугаевский, Л. С. Богуславский, К. Н. Саламов // Хирургия. – 1978. – № 3. – С. 91–96.
6. Жуков, Б. Н. Лечебная гимнастика в комплексном лечении больных сложными формами хронического парапроктита / Б. Н. Жуков, В. Р. Исав, А. И. Савинков [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии. – 2007. – № 2. – С. 40–45.
7. Капитанов, А. С. Лечение параректальных свищей / А. С. Капитанов, Т. В. Нарциссов, В. П. Брежнев // Клиническая хирургия. – 1990. – № 2. – С. 39–40.
8. Кузьминов, А. М. Новый метод лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки / А. М. Кузьминов, А. С. Бородкин, Ю. Ю. Чубаров, Ш. Т. Минбаев // Актуальные вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 81–82.
9. Мансуров, Ю. В. Хирургическое лечение хронического парапроктита с рецидивными экстрасфинктерными свищами прямой кишки / Ю. В. Мансуров, В. И. Помазкин, Д. П. Соловьев // Актуальные вопросы колопроктологии. – Уфа, 2007. – С. 71–72.
10. Balogh, G. Tube loop (seton) drainage treatment of recurrent extrasphincteric perianal fistulae / G. Balogh // Am. J. Surg. – 1999. – Vol. 177, № 2. – P. 147–149.
11. Christoforidis, D. Treatment of transsphincteric anal fistulas by endorectal advancement flap or collagen fistula plug: a comparative study / D. Christoforidis, M. C. Pieh, R. D. Madoff, A. F. Mellgre // Dis. Colon Rectum. – 2009. – Vol. 52, № 1. – P. 18–22.
12. Hamadani, A. Who is at risk for developing chronic anal fistula or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess? / A. Hamadani, P. I. Haigh, I. L. Liu, M. A. Abbas // Dis. Colon Rectum. – 2009. – Vol. 52, № 2. – P. 217–221.
13. Van Koperen, P. J. Perianal fistulas: developments in the classification and diagnostic techniques, and a new treatment strategy / P. J. Van Koperen, K. Horsthuis [et al.] // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 2008. – Vol. 20. – P. 51–52.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

А. В. МУРАВЬЕВ, В. С. МАЛЮГИН,  
В. И. ЛИНЧЕНКО, Д. А. ХАЛИН

Цель исследования: разработка нового оперативного метода лечения больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки.

Материал и методы: проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 128 больных с данной патологией, которым проводилось хирургическое лечение: лигатурным методом (I группа), пластическими методами Джад – Робле, Блиничева (II группа) и предложенным методом (III группа).

Результаты: в I группе получено 45,5 % неудовлетворительных результатов (недостаточность сфинктера), во второй группе – 33,9 % (рецидивы), в III группе неудовлетворительный результат зафиксирован в одном случае – 2,8 %.

Заключение. Разработанный способ при лечении экстрасфинктерных свищей перемещения слизистой с использованием препарата «тахоконб» позволил снизить количество рецидивов до 5,6 % и не приводил к возникновению анальной недостаточности.

**Ключевые слова:** экстрасфинктерный свищ, тахокомб, перианальная область, прямая кишка

#### COMPARATIVE ASSESSMENT OF SURGICAL TREATMENT OF RECTAL EXTRASPHINCTER ANAL FISTULA

MURAVYOV A. V., MALYUGIN V. S.,  
LINCENKO V. I., KHALIN D. A.

Objective: Development of a new surgical method of treatment of patients with rectal extrasphincter anal fistula.

Material and Methods: We analyzed the immediate and long-term outcomes of 128 patients with this disorder who underwent surgical treatment: with ligature method (I group), plastic methods of Jad-Roble, Blinichev (II group) and the proposed method (III group).

Results: In Group I we received 45.5 % of unsatisfactory results (sphincter deficiency) in the second group – 33.9 % (relapses), in Group III unsatisfactory result was recorded in one case – 2.8 %.

Conclusion. The developed method of mucous membrane transfer using the drug «Tachocomb» for the treatment of extrasphincter anal fistula helped to reduce the number of relapses to 5.6 % and did not lead to the occurrence of anal disease.

**Key words:** extrasphincter anal fistula, Tachocomb, perianal area, rectum