

©, В.И.Помазкин, 2011
УДК 616.351-007.253-089:616.352-089.844

В.И.Помазкин

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ФЕКАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1» Министерства здравоохранения Свердловской области (главврач — Ф.И. Бадаев), г. Екатеринбург

Ключевые слова: анальный сфинктер, реконструкция, свищ, инконтиненция.

Введение. Большинство «низких» параректальных свищей с удовлетворительными результатами излечиваются простым рассечением в просвет кишки или иссечением по Габриэлю [4, 5]. Однако вмешательство при высоких транссфинктерных или экстрасфинктерных свищах представляет собой достаточно сложную задачу. Это связано с тем, что оперативное их лечение, наряду с высоким риском возврата заболевания, несет в себе угрозу травмирования анальных сфинктеров и пуборектальной мышцы, что приводит к возникновению анальной инконтиненции различной степени выраженности [4, 5]. Еще большая проблема возникает при сочетании рецидивных параректальных свищей, сочетающихся с уже возникшим анальным недержанием. В этом случае, наряду с ликвидацией свища, необходимостью является восстановление нарушенных структур, ответственных за удерживающую функцию прямой кишки. Это может потребовать разделения оперативного лечения на несколько этапов, а иногда и выключения прямой кишки из пассажа каловых масс формированием колостомы [1, 3, 4]. Данные немногочисленных работ, посвященных анализу относительно редко выполняемой операции иссечения параректального свища с первичной реконструкцией анального сфинктера, оцениваются неоднозначно [6–8].

Цель нашего исследования — оценка результатов одномоментной реконструкции анального сфинктера при хирургическом лечении сложных рецидивных параректальных свищей, сочетающихся с фекальной инконтиненцией.

Материал и методы. В исследование вошли результаты лечения 20 больных с параректальными свищами, осложненными анальной недостаточностью, оперированными в отделении колопроктологии СОКБ № 1 г. Екатеринбурга в период с 2003 по 2010 г. Мужчин было 14, женщин — 6. Средний возраст пациентов составил $(45,2 \pm 5,1)$ года. Все свищи были криптоглангулярного происхождения. Кри-

териями исключения из исследования были пациенты с имеющимися на момент операции гнойными полостями и больные с болезнью Крона с перианальными поражениями.

Ранее все пациенты перенесли вмешательства по поводу острого парапроктита, а также попытки ликвидации хронических параректальных свищей. Среднее число операций на одного больного составило 2,8. Средний срок продолжительности существования свища был $(31,3 \pm 7,4)$ мес. Основной этиологической причиной анальной недостаточности являлась операционная ятрогенная травма. Лишь у 2 женщин в развитии инконтиненции дополнительную роль играли предшествующие формированию свища последствия тяжелых родов с разрывами промежности.

Экстрасфинктерные параректальные свищи были у 13 пациентов, трансфинктерные — у 7. Морфологической особенностью свищей у данной категории больных являлось относительно частое расположение внутреннего отверстия в стороне от мест типичной локализации в анальном канале на 6 и 12 ч. Так свищи были боковыми у 7 (35%) пациентов. В целом локализация внутреннего отверстия по задней полуокружности анального канала отмечалась у 15, по передней — у 5 больных. Второй морфологической особенностью свищей, сочетающихся с анальной недостаточностью, являлось отсутствие разветвленной системы свищевых ходов в перианальной области, что, по нашему мнению, являлось результатом формирования свища при разрушении сложной системы межфасциальных перегородочных структур анального канала. У всех пациентов основной свищевой ход проходил через рубцово-измененные ткани внутреннего и внешнего анального сфинктера (рис. 1). У 3 больных свищевой ход затрагивал нижнюю порцию пуборектальной мышцы.

Дооперационная оценка включала физикальное клиническое исследование, эндоскопическое исследование толстой кишки для исключения других этиологических факторов формирования свища, а также эндоректальное ультразвуковое исследование для оценки сфинктерного аппарата анального канала. Для более точного представления о степени фекального недержания использовался показатель оценки тяжести инконтиненции по шкале Wexner [2]. По ней полная континенция была равной 0 баллов, полная инконтиненция соответствовала 20 баллам. Средний исходный показатель тяжести инконтиненции составил $(9,3 \pm 2,4)$ балла. Функциональные результаты были оценены не менее чем через 6 мес после операции при полном заживлении ран.

Вмешательства выполняли в плановом порядке на подготовленной прямой кишке, под спинномозговой анестезией, в положении камнесечения. При операции свищевой ход, включая внутреннее и наружное отверстие и окружающие его рубцовые ткани, иссекали единым блоком вместе с покрыв-

вающей свищ периаанальной кожей и прилежащей к нему внутренней стенкой анального канала. В блок удаляемых тканей включали рубцово-измененные части внутреннего и наружного сфинктера заднего прохода и нижней части пуборектальной мышцы при ее изменениях. В промежностной ране выделяли малоизмененные части пересеченных сфинктеров и пуборектальной мышцы и производили их раздельное послойное сшивание с созданием дубликатуры.

В зависимости от техники дальнейшего восстановления раневого дефекта больные были разделены на две группы. В 1-й группе, включающей 7 пациентов, слизистую оболочку и периаанальную кожу ушивали над восстановленными сфинктерами в продольном направлении с формированием линейной раны по оси анального канала. Особенностью операции во 2-й группе, в которую вошли 13 больных, являлось то, что в соответствии с расположением и размером образовавшегося дефекта сфинктера мобилизовали полнослойный лоскут стенки нижеампулярного отдела прямой кишки, с последующим его низведением к краю вновь созданного анального канала. Низведенный лоскут перекрывал, таким образом, сшитые мышечные структуры (рис. 2).¹ Рану периаанальной кожи частично ушивали до стыка с низведенным ректальным лоскутом. Периферическую часть периаанальной раны использовали для дренирования. Группы пациентов были сравнимы по возрасту, сопутствующей патологии, локализации свищей и степени тяжести инконтиненции [$(8,9 \pm 2,4)$ и $(9,5 \pm 3,3)$ балла соответственно].

Антибактериальные препараты (метронидазол и цефтриаксон) использовали у всех больных как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде. Для задержки стула в течение 3–4 дней после операции использовали противодиарейные средства (лоперамид).

В качестве статистического метода для оценки достоверности результатов использовали непараметрический критерий Манна—Уитни. Значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты и обсуждение. Неосложненный ранний послеоперационный период был у 15 (75%) больных. Раневые осложнения отмечены у 5 (25%) пациентов. При этом, если в 1-й группе больных с линейным ушиванием раны по оси анального канала ее нагноение наблюдалось у 3 (42,9%) пациентов, то при низведении полнослойного лоскута стенки прямой кишки частота гнойно-воспалительных осложнений была меньшей. Они возникли у 2 больных (15,3%) ($p < 0,05$). Нагноения ран сопровождались практически полным расхождением сшитых мышечных структур у 2 пациентов 1-й группы, с длительным вторичным заживлением раны. Во 2-й группе раневые осложнения сопровождались частичной ретракцией низведенного ректального лоскута. Это приводило к несостоятельности части швов, наложенных на анальные сфинктеры, хотя случаев полного расхождения краев ран, подобных наблюдениям в 1-й группе, не было.

В обеих группах больных при оценке поздних результатов в сроки от 7 до 36 мес отмечена их корреляция с течением раннего послеоперационного периода. Рецидив параректального свища возник у 2 (10%) пациентов. У всех из них ранее

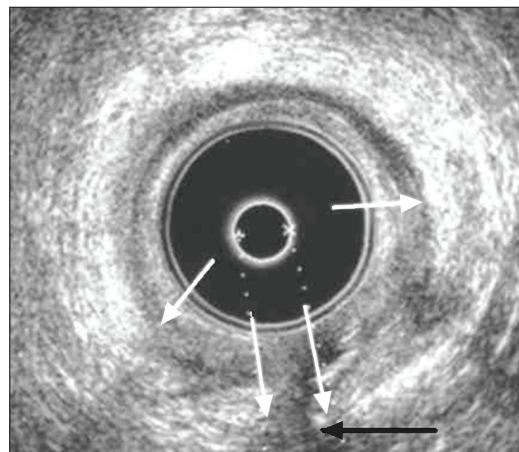


Рис. 1. Высокий трансфинктерный свищ, сочетающийся с анальной недостаточностью (короткие белые стрелки — границы повреждения внутреннего анального сфинктера; длинные белые стрелки — границы повреждения наружного сфинктера; черная стрелка — свищевой ход).

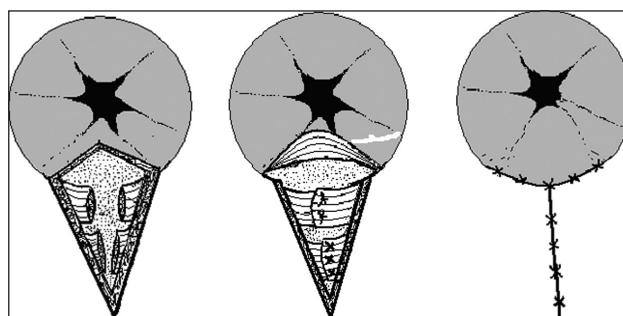


Рис. 2. Схема этапов иссечения параректального свища со сфинктеро-леваторопластикой и низведением лоскута стенки прямой кишки.

были гнойные осложнения. Если в 1-й группе частота возврата заболевания составила 14,2% (1 больной), то во 2-й — 7,6% (1 пациент) ($p < 0,05$).

При оценке континентной функции, оцениваемой по шкале Wexner, средний показатель тяжести инконтиненции уменьшился с $[(9,3 \pm 2,4)$ до $(2,4 \pm 1,1)$ балла] ($p < 0,01$). В 1-й группе пациентов снижение показателя составило 4,5 балла (уменьшение — с $8,9 \pm 2,4$ до $4,4 \pm 2,1$). Во 2-й группе улучшение показателей было значительно большим, составляя 7,7 балла (снижение — с $9,5 \pm 3,3$ до $1,8 \pm 0,9$) ($p < 0,05$). Особенно неудовлетворительные результаты были у пациентов с гнойными осложнениями и расхождением краев раны, оставаясь практически на том же уровне, как и до операции. Это требовало повторной восстановительной операции у 2 больных 1-й группы.

Хирургия сложных параректальных свищей сопровождается высоким риском развития анальной недостаточности. Частота недержания газов достигает 25%, а недержания стула — 17% в зависимости от различных типов операции [5,

¹ Патент РФ № 2322196 от 20.04.2008. Способ лечения анального экстрасфинктерного параректального свища. — Заявл. 31.08.2006 г. № 2006131392.

9]. Рецидив возникновения свища, частота которого достигает 32%, является другой проблемой при лечении этого заболевания [4, 5, 9]. Вероятно, наихудшие результаты ожидаемы при вмешательствах по поводу рецидивных свищей, сочетающихся с уже развившейся недостаточностью анального сфинктера. Использование традиционных методик не может полноценно решить эту проблему. Лигатурный метод может ухудшить и без того скомпрометированную функцию анального сфинктера, а использование низведения лоскута слизистой оболочки прямой кишки для пластики внутреннего отверстия свища не может изменить фекальную инконтиненцию.

Одномоментное радикальное иссечение параректального свища с первичным восстановлением анального сфинктера, несмотря на техническое усложнение, является оптимальным путем решения проблемы, избавляя пациента от сочетания двух патологий. Несмотря на то, что техника этой операции описана давно, есть относительно ограниченное число работ, посвященных результатам ее применения, причем преимущественно при исходной сохраненной функции анального удерживания. Несмотря на относительно удовлетворительные результаты, в этих публикациях содержатся рекомендации осторожного отношения к таким вмешательствам при сложных видах свищей [6, 7]. А некоторые авторы в случаях сложной реконструкции анального сфинктера при его недостаточности после иссечения свища использовали колостому для выключения прямой кишки из пассажа каловых масс [3, 8]. Объясняется это тем, что реальное выполнение этой операции наталкивается на серьезные проблемы, возникающие при развитии гнойно-воспалительных осложнений, приводящих к дальнейшему ухудшению анального держания и, как следствие, к значительному снижению качества жизни пациентов. Эти опасения достаточно обоснованы, так как и в нашем исследовании основным фактором ухудшения результатов в виде рецидива свища и сохранения фекальной инконтиненции являлось нагноение послеоперационной раны и несостоятельность швов, наложенных на мышцы сфинктерного аппарата.

Реальной мерой, позволяющей уменьшить риск возникновения этих осложнений, является отсутствие ушитой раны в просвете прямой кишки расположенной над швами сфинктера, за счет мобилизации и низведения полнослойного лоскута стенки прямой кишки к краю сформированного анального канала, предупреждая, тем самым, контакт восстановленных мышечных структур с каловыми массами. Мы полагаем, что дальнейшее накопление результатов лечения этой относительно нечасто встречающейся патологии будет способствовать реальному представлению о месте описанной операции среди многочисленных вмешательств при параректальных свищах.

Выводы. 1. Одномоментная реконструкция анального сфинктера при хирургическом лечении сложных рецидивных параректальных свищей, сочетающихся с фекальной инконтиненцией у большинства пациентов, позволяет получить приемлемые клинические и функциональные результаты.

2. Метод, сочетающий иссечение свищевого хода с рубцово-измененными тканями, реконструкцию анального сфинктера и низведение полнослойного лоскута стенки прямой кишки к краю вновь созданного анального канала, позволяет добиться снижения послеоперационных осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Марченко В.К., Саламов К.Н. Лечение рецидивных экстра-сфинктерных свищей прямой кишки, осложненных недостаточностью анального сфинктера // Пробл. проктологии. — 1989. — Вып. 10. — С. 24–29.
2. Недозимов А.И. Оценка степени тяжести инконтиненции кала // Колопроктология. — 2003. — № 4. — С. 20–23.
3. Christiansen J., Rønholt C. Treatment of recurrent high anal fistula by total excision and primary sphincter reconstruction // Int. J. Colorect. Dis. — 1995. — Vol. 10. — P. 207–209.
4. Corman M. Colon and rectal surgery. — 5th ed. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. — 1743 p.
5. Gordon P., Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. — 3rd ed. — New York: Informa Health, 2006. — 1354 p.
6. Lux N., Athanasiadis S. Functional results following fistulectomy with primary muscle suture in high anal fistula. A prospective clinical and manometric study // Chirur. — 1991. — Vol. 62. — P. 36–41.
7. Parkash S., Lakshmiratan V., Gajendran V. Fistula-in-ano: treatment by fistulectomy, primary closure and reconstitution // Aust. N.Z.J. Surg. — 1985. — Vol. 55. — P. 23–27.
8. Roig J., Garcia-Armengol J., Jordán J. et al. Immediate reconstruction of the anal sphincter after fistulectomy in the management of complex anal fistulas // Colorectal Disease. — 1999. — Vol. 1. — P. 137–140.
9. The Standards Practice Task Force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano // Dis. Colon Rectum. — 1996. — Vol. 39. — P. 1361–1372.

Поступила в редакцию 14.01.2011 г.

V.I.Pomazkin

RESULTS OF ONE-STAGE RECONSTRUCTION OF ANAL SPHINCTER IN SURGICAL TREATMENT OF FISTULAS-IN-ANO COMBINED WITH FECAL INCONTINENCE

The investigation included 20 patients. Mean index of the severity of incontinence before operation by the Wexner scale was 9.3 ± 2.4 scores. After radical dissection of the fistula and sphincter plasty in 7 patients (the first group) the wound of the rectum mucosa was sutured in longitudinal direction, in 13 patients (the second group) the rectum wall graft was brought down to the edge of the created anal canal. Uncomplicated post-operative period was noted in 15 (75%) patients. Suppuration of the wound developed in 3 (42.9%) patients of the first group and in 2 (15.3%) patients of the second group. The index of incontinence severity decreased to 2.4 ± 1.1 scores (reduction of 4.5 scores in the first group and 7.7 scores in the second group).