

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

В. В. Грубник, С. П. Дегтяренко

Одесский национальный медицинский университет

TACTIC OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX RECTAL FISTULA

V. V. Grubnik, S. P. Degtyarenko

Высокая частота неудовлетворительных результатов лечения сложных СПК, отсутствие четких показаний к применению того или иного метода операции, обуславливают необходимость разработки новых алгоритмов хирургического лечения таких больных для внедрения в практическую деятельность хирурга—проктолога.

Обсуждение тактики лечения сложных СПК невозможно без четкого понимания понятия "сложность" с разделением в зависимости от степени сложности.

Понятие "сложность" СПК недостаточно освещено в современной литературе. В соответствии с наиболее распространенной в странах СНГ классификацией, сложные свищи — это разветвленные, простые — имеющие прямолинейный свищевой ход [1]. Такой же подход к определению сложности свищевого хода отмечен в классификациях, принятых в Европе и США [2].

Чем выше по отношению к сфинктеру заднего прохода (СЗП) расположен свищевой ход, тем чаще формируются не прямые, а разветвленные ходы, гнойные полости в клетчатке, более выражен рубцовый процесс в тканях, окружающих ход, в том числе в СЗП [3]. Как линейные, так и разветвленные СПК могут быть высокими и низкими.

По поводу сложных СПК выполняют операции двух видов:

— сфинктеросохраняющие (пластический метод, пломбирование свищевого хода, интрасфинктерное лигирование);

— с рассечением СЗП (лигатурный метод, иссечение свища с восстановлением СЗП).

Реферат

Обобщен опыт обследования и лечения 646 пациентов по поводу различных форм сложных свищей прямой кишки (СПК). Разработана и внедрена рабочая классификация СПК с учетом их сложности. Применение дифференцированного подхода позволило более широко использовать сфинктеросохраняющие методы, улучшить функциональные результаты, качество жизни пациентов, уменьшить продолжительность периода нетрудоспособности и частоту инвалидизации больных.

Ключевые слова: сложные свищи прямой кишки; классификация.

Abstract

The experience of the examination and treatment of 646 patients for different forms of complex rectal fistula (CRF) summarized. A working classification of the CRF with regard to their complication was developed and implemented. A differentiated approach has allowed greater use sphincter—preserving methods to improve functional outcome, quality of life, reduce the duration of the disability period and frequency of patients disability.

Key words: complex rectal fistula; classification.

Разнообразие существующих классификаций и отсутствие четкого алгоритма выбора оптимального метода лечения СПК обуславливают необходимость проведения дальнейших исследований.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных по поводу сложных СПК на основе дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 646 пациентов в возрасте от 20 до 62 лет, оперированных в Одесской областной клинической больнице в период с 2003 по 2014 г. по поводу различных форм СПК. Выборку формировали по когортному принципу, преобладали мужчины (60,6%), соотношение мужчин и женщин 1,5:1. В исследование не включали пациентов при наличии острого воспалительного процесса, болезни Крона, ятрогенном происхождении СПК. В

зависимости от топографоанатомических особенностей и отношения свищевого хода к волокнам СЗП больные распределены на две группы.

В I клиническую группу включен 351 пациент с простыми СПК. Простыми СПК считаем все интрасфинктерные и низкие транссфинктерные СПК, для устранения которых применяли одномоментную фистулэктомию с допустимой сфинктеротомией без нарушения замыкательной функции СЗП. У всех пациентов применен метод Габриэля.

Во II группу включены 295 пациентов со сложными СПК, требующими индивидуального подхода к лечению в зависимости от пола. К ним относили высокие транссфинктерные и все экстрасфинктерные СПК.

У 120 пациентов применен лигатурный метод; у 108 — пластический метод с перемещением слизистой—подслизистой лоскута по оригинальной методике; у 63 — метод интрасфинктерного лигирования

сложных СПК, из них у 2 — предварительно свищевой ход пломбировали фибриновым клеем; у 4 — свищ иссекали, осуществляли пластику СЗП.

Проктологическое обследование включало осмотр области промежности с пальпацией, пальцевое исследование СЗП и заднепроходного канала, зондирование свищевых ходов, пробу с красителем, аноскопию, ректороманоскопию для выявления ранее возникших и сопутствующих парапроктиту заболеваний прямой кишки (геморрой, трещина заднего прохода, фиброзные полипы прямой кишки). Анализ данных проктологического обследования у 75,2% пациентов позволил получить достоверную информацию о строении свищевых ходов и отношении его к СЗП. Дополнительно проводили сфинктероманометрию, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) свищевых ходов, магниторезонансную томографию (МРТ) в режиме Stir с 3D визуализацией и последующим контролем во время операции.

У 90,2% больных удалось точно установить внутреннее свищевое отверстие и отношение свищевых ходов к волокнам СЗП. Локализация и размеры гнойных полостей в параректальной клетчатке интраоперационно подтверждены у всех больных.

Во время обследования до операции определяли сложность свищевых ходов и ее степень (различаем 2 степени сложности по Лурину). Пациентов при СПК 1 степени сложности оперировали с применением в основном сфинктеросохраняющих методов, при СПК 2 степени сложности — в два этапа. Первым этапом

было иссечение свищевых ходов, дренирование гнойных затеков, выполнение симультанных операций (геморроидэктомии, удаление фиброзных полипов, трещин заднего прохода) с последующим проведением свободной лигатуры через внутреннее отверстие свища для формирования линейного трубчатого свищевых ходов по кратчайшему пути (уменьшение сложности свища до 1 степени).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Рецидивы и несостоятельность швов СЗП после операции по поводу СПК — это основные проблемы практической проктологии.

Рецидивов после операции Габриэля не было. Показатели анальной сфинктероманометрии соответствовали таковым до операции. Возникновение анальной инконтиненции после операции Габриэля возможно только при неправильном установлении диагноза простого СПК.

Рецидивы и наблюдения анальной инконтиненции, по данным клиники, после оперативного лечения сложных СПК с применением различных методов представлены в *таблице*. В основном рецидивы возникали в период отработки метода двухэтапного лечения.

Результаты хирургического лечения сложных СПК изучены у 254 (86,1%) пациентов в сроки 3, 6, 12, 18 и 24 мес.

Причинами возникновения рецидивов было несоблюдение общих принципов выбора метода операции: отношение свищевых ходов к волокнам СЗП; наличие и выраженность рубцового процесса в стенке кишки у внутреннего отверстия и по

ходу свища; наличие гнойных полостей и инфильтратов в параректальных клетчаточных пространствах; наличие сопутствующих заболеваний; наличие заднепроходного канала (геморрой, трещина, фиброзные анальные полипы); наличие и степень анальной инконтиненции.

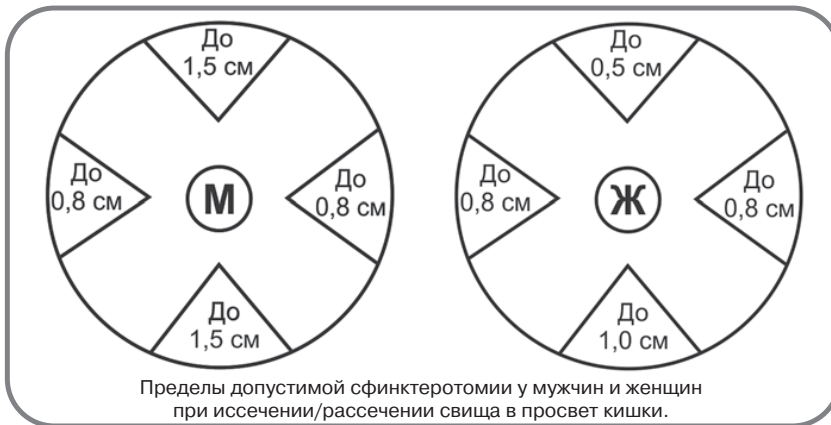
Рецидивы после применения пластического метода возникли у 12 (11,1%) пациентов, обусловлены ранее выполненными операциями в области промежности (у 4), наличием активного воспалительного процесса в параректальных клетчаточных пространствах (у 5), сопутствующими заболеваниями заднепроходного канала (у 3). После операции показатели анальной сфинктероманометрии соответствовали таковым до операции. Все пациенты повторно оперированы с применением сфинктеросохраняющих методов, отдаленные результаты хорошие.

Рецидивы после применения лигатурного метода отмечены у 6 (5%) пациентов, обусловлены неверным определением внутреннего свищевых отверстий на фоне активного воспалительного процесса (у 3), затягиванием лигатуры на фоне сопутствующего поражения заднепроходного канала (у 3).

Показатели анальной сфинктероманометрии у 70% больных в раннем послеоперационном периоде значительно снижены, отмечена анальная инконтиненция I—II степени. У 22,5% больных анальная инконтиненция сохранялась и через 1 год. Трое больных в последующем оперированы с применением метода интрасфинктерного лигирования, 3 — иссечения свища с пластикой СЗП.

Послеоперационные осложнения у больных после оперативного вмешательства

Метод	Число больных	Осложнения					
		анальная инконтиненция в сроки, мес				рецидив свища	
		1		12		абс.	%
абс.	%	абс.	%				
Стандартный с проведением лигатуры	120	84	70	27	22,5	6	5
Пластический	108	—	—	—	—	12	11,1
Пломбирование свищевых ходов	2	—	—	—	—	2	100
Иссечение свища с пластикой СЗП	4	1	25	1	25	1	25
Интрасфинктерное лигирование свищевых ходов	63	—	—	—	—	6	9,5



Рецидив после интрасфинктерного лигирования [3, 4] возник у 6 (9,52%) пациентов, обусловлен активным воспалительным процессом в параректальных клетчаточных пространствах (у 3), сопутствующим поражением заднепроходного канала (у 3). Все пациенты оперированы повторно с применением

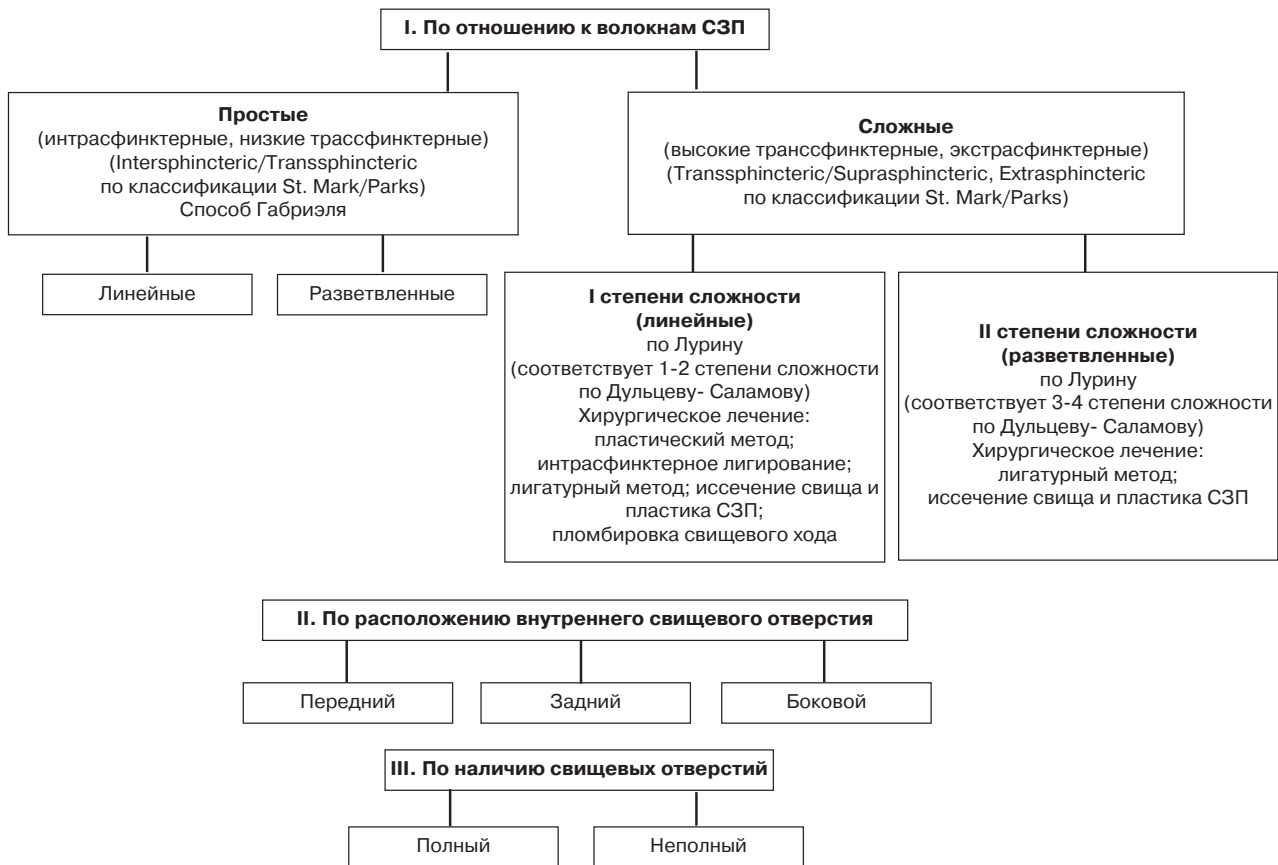
сфинктеросохраняющих методов, отдаленные результаты хорошие. Послеоперационные показатели анальной сфинктероманометрии соответствовали таковым до операции.

Рецидив после применения метода иссечения СПК с пластикой СЗП обусловлен нагноением опера-

ционной раны и расхождением волокон зашитого СЗП. После операции возникла анальная инконтиненция II—III степени. Больному выведена двустольная сигмостома, в последующем выполнена повторная операция с иссечением свища и осуществлением сфинктеропластики.

Опыт применения фибринового клея [5 — 7] небольшой — у 2 пациентов, рецидив без нарушения функции СЗП возник у обоих. В последующем оба пациента оперированы с применением сфинктеросохраняющих методов.

Рецидивы после сфинктеросохраняющих методов не следует сопоставлять с неудачами других вмешательств с пересечением СЗП, поскольку сфинктерный аппарат остается нетронутым, качество жизни пациентов сохраняется [2, 4 — 6]. Рецидивы после применения методов с пересечением СЗП всегда сопро-



Усовершенствованная классификация СПК.

вождаются анальной инконтиненцией различной тяжести.

Важнейшим фактором при выборе адекватного метода операции является отношение свищевого хода к волокнам СЗП. Наиболее надежным методом хирургического лечения СПК является иссечение свища в просвет кишки.

Где же та граница СЗП, пересекая которую, можно избежать нарушения его функции?

Общепринятые классификации не дают четких анатомических представлений об отношении свищевого хода к волокнам СЗП, соответственно, возникают трудности при выборе адекватного метода вмешательства с наименьшей частотой осложнений, основным из которых является несостоятельность СЗП.

При хирургическом подходе к рассечению/иссечению свища некоторые авторы учитывали степень вовлечения СЗП не более чем на 10 — 20% [8]; другие — не более 33% [9].

Полное рассечение лобково—прямокишечной мышцы при иссечении надсфинктерных и вне-сфинктерных СПК обуславливает полную утрату контроля над дефекацией [2], однако и рассечение мышц ниже аноректального кольца может иметь столь же неблагоприятные последствия. Рационально предположить, что максимальный уровень, на котором свищ пересекает сфинктерный аппарат, определяет возможные нарушения функции СЗП после выполнения фистулотомии, и при малейших нарушениях до операции вероятность возникновения таких осложнений многократно увеличивается [10].

Как правило, во время выполнения хирургических вмешательств по поводу СПК отдают предпочтение сохранению целостности наружного СЗП, а не внутреннего.

Авторы приводят четкое анатомическое обоснование допустимой (безопасной) сфинктеротомии

(при иссечении или рассечении СПК в просвет кишки) в зависимости от расположения внутреннего свищевого отверстия по условному циферблату и пола больных [11]. Учитывая анатомию СЗП и опыт выполнения более 1000 операций сфинктеротомии, у мужчин мы рекомендуем рассекать СЗП на глубину 1,5 см по переднему или заднему шву промежности; у женщин — глубина разреза по переднему (влагалищному) шву не должна превышать 0,5 см, по заднему — 1 см (см. рисунок). Рассечение СЗП по боковой стенке кишки на глубину более 0,8 см недопустимо.

При прохождении свищевого хода через волокна СЗП выше указанного уровня сфинктеротомии свищ обозначаем как "сложный".

Противоречивость данных о результатах лечения СПК в большой мере обусловлена отсутствием общепринятой классификации и неадекватностью существующих классификаций клиническим реалиям. На наш взгляд, ни одна из общепринятых классификаций не приближена к условиям практической проктологии и является больше теоретической. Для повседневной деятельности мы разработали и внедрили рабочую классификацию СПК криптогландулярной природы с учетом их сложности. Степень сложности свища определяли с помощью ТРУЗИ, МРТ, выделяли 2 степени сложности по Лурину (схема) [12].

На основании усовершенствованной классификации разработаны показания и противопоказания к применению различных методов хирургического лечения сложных СПК. Четкое понимание структуры СПК позволяет достоверно улучшить результаты оперативного лечения, функциональные результаты, качество жизни пациентов, уменьшить продолжительность периода нетрудоспособности и частоту инвалидизации пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Наличие функционирующего СПК менее опасно для пациента, чем отсутствие замыкательной функции сфинктерного аппарата прямой кишки.

2. С учетом разработанной нами классификации, применение дифференцированного подхода и лечение в один или два этапа позволяют более широко использовать сфинктеросохраняющие методы и, соответственно, уменьшить частоту возникновения анальной инконтиненции.

3. Пластический метод целесообразно применять при СПК 1 степени сложности по Лурину (неприменим при рецидивных свищах с рубцовыми процессами в заднепроходном канале).

4. Метод интрасфинктерного лигирования следует применять при СПК 1 степени сложности по Лурину (применим при рецидивных свищах с рубцовыми процессами в заднепроходном канале без дефекта СЗП и анальной инконтиненции).

5. Пломбирование свищевого хода применимо при СПК 1 степени сложности по Лурину.

6. Лигатурный метод применим при СПК любой степени сложности.

7. Иссечение свища в просвет кишки с восстановлением СЗП применимо при СПК любой степени сложности (наиболее целесообразно — при рецидивных свищах с рубцовыми процессами в заднепроходном канале, дефектом СЗП, сопровождающимися анальной инконтиненцией).

8. Лечение сложных СПК путем применения методов с пересечением СЗП считаем выходом из положения, когда выполнение сфинктеросохраняющих вмешательств невозможно.

9. Применение этих методов для лечения простых СПК нецелесообразно, так как решением проблемы является операция Габриэля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дульцев Ю. В. Параректум / Ю. В. Дульцев, К. Н. Саламов. — М.: Медицина, 1981. — 186 с.
2. Колопроктология и тазовое дно; под ред. М. М. Генри, М. Свонша. — Лондон: Госпиталь святого Марка, 1988. — 295 с.
3. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract / A. Rojanasakul, J. Pattanaarun, C. Sahakitrungruang, K. Tantiphachiva // J. Med. Assoc. Thai. — 2007. — Vol. 90. — P. 581 — 586.

4. Bleier J. I. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas / J. I. Bleier, H. Molloo, S. M. Goldberg // *Dis. Colon Rectum*. — 2010. — Vol. 53. — P. 43 — 46.
5. 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. Mellgren // *Ibid.* — 2009. — Vol. 52. — P. 18 — 22.
6. Ellis C. N. Long-term outcomes with the use of bioprosthetic plugs for the management of complex anal fistulas / C. N. Ellis, J. W. Rostas, F. G. Greiner // *Ibid.* — 2010. — Vol. 53. — P. 798 — 802.
7. Johnson E. K. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas / E. K. Johnson, J. U. Gaw, D. N. Armstrong // *Ibid.* — 2006. — Vol. 49. — P. 371 — 376.
8. Кайзер А. М. Колоректальная хирургия; пер. с англ. Е. Г. Рыбакова; под ред. Ю. А. Шалыгина, С. Е. Урядова. — М.: Изд-во Панфилова, 2011. — 737 с.
9. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных хроническим парапроктитом; под ред. Ю. А. Шалыгина. — М., 2013. — 20 с.
10. Lunniss P. J. The loose seton / P. J. Lunniss, J. P. Thomson // *Anal fistula. Surgical evaluation and management*; eds. R. K. Phillips, P. J. Lunniss. — London: Chapman & Hall, 1996. — P. 87 — 94.
11. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки / А. Н. Рыжих. — М.: Медицина, 1956. — 128 с.
12. Лурін А. Г. Оптимізація діагностично—лікувальної тактики при екстрасфінктерних норицях прямої кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.03. — хірургія / А. Г. Лурін. — К., 2007. — 34 с.

