

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

*К. Н. Гришин, Д. Г. Мустафин*

*Астраханская медицинская академия, Александрo-Мариинская областная клиническая больница,  
Астрахань*

Среди 130 оперированных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки преобладали больные со свищами III—IV степени сложности, составляя 61,5 %. Разработан и у 38 больных применен новый способ иссечения свища с проведением вдоль волокон сфинктера П-образной лигатурной петли. По сравнению с контрольной группой снижено число рецидивов в 6 раз при отсутствии недостаточности анального жома, в 2 раза сокращены сроки лечения.

*Ключевые слова:* парапроктит, экстрасфинктерный ректальный свищ, способ операции.

## SURGICAL TREATMENT OF EXTRASPHINCTERIC RECTUM FISTULAS

*K. N. Grishin, D. G. Mustafin*

The purpose of this study is to evaluate a new method of fistula excision by means of U-shaped ligature loop running on a needle along the sphincter fibers. 130 patients with extrasphincteric rectum fistulas were operated, 61,5 % of them with a fistula of 3—4 degree of complication. The method was worked out and applied to 38 patients. In comparison with a control group the number of recurrence was two times lower, and the treatment period was twice shortened in the absolute absence of insufficiency rectum sphincter.

*Key words:* paraproctitis, extrasphincteric rectum fistula, method of treatment.

Лечение сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки остается серьезной проблемой [2, 5, 7, 8]. Наиболее часто применяющиеся методики их ликвидации (иссечение с дозированной сфинктеротомией, пластические способы с использованием фасциально-мышечных аутоотсплантатов, сегментарная проктопластика, лигатурный способ) имеют ряд существенных недостатков, технически сложны, требуют высокой квалификации хирурга [1, 4, 6, 9, 10]. При этом частота рецидивов, по данным литературы, составляет 8—19,8 % с недостаточностью анального сфинктера у 14,6 % больных. В связи с этим дальнейший поиск рациональных способов оперативного лечения этих больных остается актуальной задачей.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В колопроктологическом отделении клиники за период 1999—2007 г. лечились 130 больных [мужчин — 80, женщин — 50, средний возраст —  $(40,5 \pm 2,4)$  лет] с экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Исследована топография свищевого хода и его соотношение с замыкательным аппаратом кишки, выраженность рубцовых изменений путем зондирования, ректоскопии и фистулографии. Ректальное ультразвуковое исследование позволило уточнить топографию свищевого хода по отношению к анальному сфинктеру в ограниченной группе больных — 21 (16,1 %). Наиболее информативной визуальной методикой обследования была фистулогра-

фия. Поступление контраста (йодолипол) в просвет кишки установлено у 127 (97,7 %) больных. Разветвленный характер хода выявлен в 70 % случаях. У 93 (71,5 %) больных обнаружено слепо заканчивающееся ответвление. Согласно полученным данным комплексного клинико-инструментального исследования с использованием классификации экстрасфинктерных свищей по Дульцеву Ю. В. и Саламову К. Н. (1981), сложность I ст. установлена у 21 (16,1 %), II ст. — у 29 (22,3 %), III ст. — у 39 (30 %), IV ст. — у 41 (31 %). 73 (56,2 %) пациента оперированы под эндотрахеальным наркозом, остальные 57 (43,8 %) — с использованием сакральной анестезии 2%-м раствором лидокаина. Критериями сравнительной оценки были сроки прорезывания и удаления лигатуры, сроки стационарного лечения и нетрудоспособности, частота рецидивов и повторных операций, недостаточность анального сфинктера, определяемая на основании клинических признаков и сфинктероманометрии. Для оценки отдаленных результатов оперативного лечения нами использованы критерии Кузьминова А. М. с соавт. (2003), включающие отсутствие или возникновение рецидивов и наличие признаков недостаточности анального сфинктера. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программы Microsoft Excel 2002. Применялись стандартные методы вариационной статистики с расчетом средних величин, стандартной ошибки, стандартного отклонения от среднего. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента, погрешность количественной характеристики не превышала 5 % ( $p < 0,05$ ).

Приводим описание разработанного и примененного нами способа операции при экстрасфинктерных свищах с проведением П-образной лигатурной петли по авторской методике (патент РФ на изобретение № 2155537). После иссечения свищевого хода до сфинктера, как и при традиционном способе, при помощи зонда проводили лигатуру (капрон № 6) через свищевой ход (рис. А). При диаметре внутреннего отверстия, превышающем 0,5 см, использовали двойную лигатуру. Выведенный в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища конец лигатуры вдевали в хирургическую иглу 5—7 см (рис. Б) с диаметром 1/2 кривизны. Затем под контролем зеркала производили вкол, отступив 5—10 мм от внутреннего отверстия свища. При помощи иглы, огибая сфинктер сзади, проводили лигатуру в операционную рану или на перианальную кожу (рис. В). Таким образом, формировалась П-образная петля (рис. Г). Вершина петли ложилась на слизистую по зубчатой линии, вдоль мышечных волокон сфинктера. Оба конца лигатуры завязывали провизорным швом. Рану обрабатывали растворами антисептиков. При лечении раны промежности после иссечения свища в первые 2 суток применяли 1%-й спиртовой раствор хлоргексидина с последующим переходом на рыхлое тампонирование сорбалгоном (Harthman). Затягивание лигатуры, избегая форсированного натяжения нити, начинали на 7—9-й день, когда происходило формирование грануляционной ткани (рис. Д). В 69 случаях достаточно было повторное 2-кратное, а у остальных 9 — трехкратное неинтенсивное затягивание петли через 3—4 дня. В процессе медленного пересечения лигатурой мостика тканей вокруг свищевого хода происходит образование грануляционной ткани, заполняющей просвет свища с рубцеванием и ликвидацией внутреннего отверстия, определяемого аноскопией. В сроки (10,7 ± 1,6) дней лигатура удаляется.

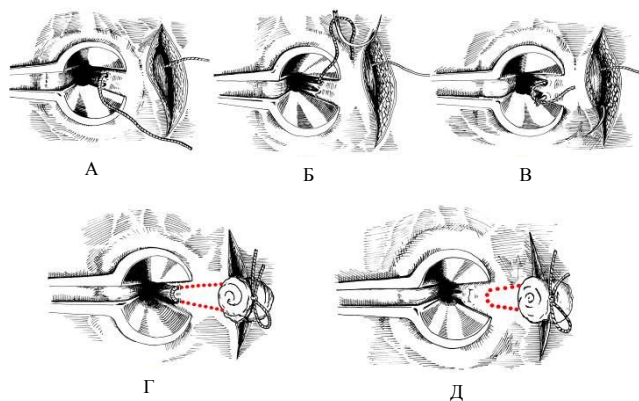


Рис. Этапы разработанного способа операции (объяснение в тексте)

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен сравнительный анализ 5 видов оперативных вмешательств, в том числе с вновь разработанным способом (табл. 1)

Таблица 1

### Распределение способов оперативного лечения экстрасфинктерных свищей, (%)

Способы операций	Степень сложности экстрасфинктерного свища				Всего
	I	II	III	IV	
Способ А. Н. Рыжиха	11 (8,5)	-	-	-	11 (8,5)
Перемещение слизистой	10 (7,7)	7 (5,4)	-	-	17 (13,1)
Пластика сфинктера	-	9 (6,9)	15 (11,5)	-	24 (18,5)
Лигатурный способ	-	4 (3,1)	13 (10)	23 (17,7)	40 (30,7)
Новый способ	-	9 (6,9)	11 (8,5)	18 (13,8)	38 (29,2)
Итого	21 (16,2)	29 (22,3)	39 (30,0)	41 (31,5)	130 (100)

В группе наиболее тяжелых 80 (61,5 %) больных с экстрасфинктерными свищами III—IV степени сложности основным был лигатурный способ операции, выполненный у 65 из них. Иссечение свища с сфинктеропластикой было показано у 15 больных. При свищах IV степени сложности из-за обширных рубцов и рецидивов лигатурный способ был единственным приемлемым, вынужденным.

При анализе исходов оперативного лечения было выявлено, что после применения традиционных способов достаточно высок процент через 6—12 мес. послеоперационных осложнений за счет возникшей анальной недостаточности, рецидивов (табл. 2)

Таблица 2

### Послеоперационные осложнения, возникшие у больных, оперированных по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки, (%)

Способы операций	Всего больных	Рецидивы	Недостаточность анального сфинктера		
			I ст.	II ст.	III ст.
Способ А. Н. Рыжиха	11	5 (45,4)	6 (54,5)	1 (9,1)	-
Перемещение слизистой	17	5 (29,4)	2 (11,8)	-	-
Пластика сфинктера	24	4 (16,7)	8 (33,3)	1 (4,2)	1 (4,2)
Лигатурный способ	40	7 (17,5)	7 (17,5)	4 (10,0)	-
Новый способ	38	1 (2,6)	-	-	-

Для оценки эффективности разработанного нами лигатурного способа проведен сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов в двух группах больных, сопоставимых по степени тяжести. Основную группу (с применением разработанного нами

способа) составили 38 больных, а группу клинического сравнения (с применением традиционного лигатурного способа) — 40 больных. Критериями оценки были сроки прорезывания и удаления лигатуры, сроки стационарного лечения и нетрудоспособности, частота рецидивов и повторных операций, недостаточность анального сфинктера (табл. 3). В послеоперационном периоде необходимость введения наркотических анальгетиков из-за болевого синдрома возникла у 27 (67,5 %) больных контрольной группы в период затягивания лигатуры с прорезыванием сфинктера. У больных основной группы болевой синдром отмечен только в 3 (7,9 %) случаях. Мы считаем, что уменьшение выраженности болевого синдрома происходит за счет малой травматичности при небольшой по объему порции прорезываемой ткани. При этом происходит сокращение сроков прорезывания лигатуры с 13 до 4 дней.

В отдаленные сроки до 24 месяцев после операции клинически и по данным сфинктероманометрии недостаточность анального сфинктера I степени в контрольной группе при применении традиционного лигатурного способа возникла у 7, II степени — у 4, что не наблюдалось в основной группе. В 6,5 раза меньше было число рецидивов у больных, оперированных вновь разработанным способом.

Таблица 3

### Ближайшие результаты лигатурного способа операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки

Критерий оценки	Основная группа (n = 38)	Группа сравнения (n = 40)
Начало прорезывания лигатуры	7,4 ± 1,5	7,5 ± 1,5
Сроки прорезывания (дней)	4,7 ± 1,1*	13,2 ± 1,8
Сроки удаления (дней)	12,7 ± 1,7*	19,4 ± 2,0
Послеоперационный койко-день	12,7 ± 1,7*	19,4 ± 2,0
Сроки временной нетрудоспособности (в днях)	20,1 ± 2,1*	39,6 ± 2,8

\*  $p < 0,05$ .

Отдаленные результаты через 2 года у больных, оперированных по разработанной нами методике, по критериям Кузьмина А. М. (2003), были хорошими у 37 (97,4 %) больных (недостаточность анального сфинктера отсутствовала), неудовлетворительными — у 1 больного (из-за рецидива, возникшего в срок 18 месяцев). Эти показатели достоверно отличались от показателей группы сравнения, где результаты были расценены как хорошие у 22 (55 %), удовлетворительные — у 7 (17,5 %) и у 11 (27,5 %) — неудовлетворительные.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, после применения традиционных способов ликвидации экстрасфинктерных свищей II—IV ст. сложности (109 больных) (иссечение его с перемещением слизистой, пластикой сфинктера, лигатурный способ) остается высоким процент недостаточности

анального сфинктера, составляющий в среднем 21 %, и рецидива — 14,7 %. В структуре экстрасфинктерных свищей прямой кишки свищи III—IV степени встречаются в 61,5 % случаях, и при свищах IV степени из-за обширности рубцов и рецидивов лигатурный способ остается единственно приемлемым или вынужденным. Однако при применении традиционного лигатурного способа в этих случаях у 4 (16 %) больных возникла недостаточность анального сфинктера II степени и рецидив через 6—12 месяцев у 7 (28 %).

После применения разработанного способа с П-образным проведением лигатуры по сравнению с традиционным лигатурным значительно сократились сроки прорезывания лигатуры с 13,2 до 4,7 дней с уменьшением болевого синдрома и сокращением времени нетрудоспособности после выписки на 17,5 дней. При использовании данного нового способа недостаточность анального сфинктера в сроки 6—12 мес. не наблюдалась, а через 2 года рецидив выявлен у 1 (2,6 %), что в 6,5 раза меньше, чем в контрольной группе. С учетом небольшой травматичности и технической простоты выполнения разработанного нами способа устранения сложных экстрасфинктерных свищей, полученные нами результаты могут служить основанием для его более широкого применения в клинике.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абуладзе Т. В., Иашвили П. Н. // Актуальные вопросы колопроктологии. — Киев, 1989. — С. 199—201.
2. Аминев А. М. Лекции по проктологии. — М., 1969. — С. 145—168.
3. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит. — М.: Медицина, 1981. — 207 с.
4. Кузнецов Н. Ю. Профилактика осложнений после радикальных операций по поводу острого парапроктита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001.
5. Мартинов А. С. Лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки. — Нижний Новгород, 1993. — 175 с.
6. Марченко А. С. Лечение рецидивных свищей прямой кишки, осложненных недостаточностью анального сфинктера // Сборник научных трудов. — М., 1989. — № 10. — С. 24—29.
7. Назаров Л. У. Свищи прямой кишки. — М., 1966. — 206 с.
8. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. — М., 1956. — 189 с.
9. Чубарова Е. Е. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения осложненных форм хронического парапроктита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 23 с.
10. Шешаберидзе М. С. // Хирургия. — 2001. — № 10. — С. 43—46.

### Контактная информация:

**Гришин Константин Николаевич** — врач-хирург колопроктологического отделения Александро-Мариинской областной клинической больницы, e-mail: bormentalchic@mail.ru