

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИГИРОВАНИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ В ЛЕЧЕНИИ ЧРЕССФИНКТЕРНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

В.В. Хомочкин¹, С.С. Маскин², Н.В. Хомочкина¹, Ю.В. Перов¹, А.В. Павлов²

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

¹кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ,

²кафедра госпитальной хирургии

Современное лечение хронического парапроктита направлено на сохранение целостности анального жома с целью снижения риска развития инконтиненции. Одной из этих методик является операция лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT). В статье представлены данные о результатах органосохраняющей операции LIFT и сравнение эффективности последней с традиционным способом лечения – иссечением свища со швом сфинктера. В основную и контрольную группу было включено по 36 пациентов с чрессфинктерными параректальными свищами. Первичное выздоровление в первой группе составило 77,7 %. Рецидив заболевания возник в 16,7 % случаев по типу интрасфинктерного параректального свища, в 5,6 % сформировался «полный» свищ. Во второй группе рецидив возник в 25 % случаев и исключительно по типу «полного» свища. Явления инконтиненции отмечены только в контрольной группе.

Ключевые слова: иссечение свища, сфинктеросохраняющие методики, лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве.

DOI 10.19163/1994-9480-2018-3(67)-99-102

THE EFFICIENCY OF THE LIGATION OF INTERSPHINCTERIC FISTULA TRACT IN THE TREATMENT OF TRANSSPHINCTERIC ANAL FISTULAS

V.V. Homochkin¹, S.S. Maskin², N.V. Homochkina¹, YU.V. Perov¹, A.V. Pavlov²

FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,

¹Department of surgical diseases and neurosurgery of the Faculty of Physicians' Improvement,

²Department of hospital surgery

Modern treatment of chronic paraproctitis is aimed at preserving the integrity of the anal sphincter in order to reduce the risk of incontinence. One of these techniques is the operation of the ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT). The data are presented in the article about the results of sphincter-saving operation of the LIFT and comparison of the effectiveness with the traditional method of treatment-fistula excision with the sphincter suture. The main and control group included 36 patients with transsphincteric fistula-in-ano. Primary recovery in the first group was 77,7 %. Disease recurrence occurred in 16,7 % cases as intersphincteric fistula, 5,6 % developed a «complete» fistula. In the second group, the relapse occurred in 25 % cases and exclusively by the type of «complete» fistula. The phenomena of incontinence were noted only in the control group.

Key words: fistula treatment, sphincter-saving techniques, ligation of the fistula in the interspersed space.

Лечение параректальных свищей по праву считается одним из самых спорных вопросов в колопроктологии. В общей структуре колоректальных заболеваний хронический парапроктит занимает в среднем 25–30 %, при этом страдает чаще работоспособная часть населения, что является немаловажной социальной проблемой. Как правило, параректальный свищ является следствием перенесенного острого парапроктита и представляет собой патологический ход, соединяющий пораженную анальную крипту с наружным отверстием на перианальной коже. Определяющее значение в выборе способа лечения последнего играет топографическое отношение свищевого хода к анальному жому прямой кишки. В 1976 г. А.Г. Parks предложил классификацию параректальных свищей: интрасфинктерные, чрессфинктерные (транссфинктерные), экстрасфинктерные, супрасфинктерные.

Интрасфинктерные свищи располагаются подкожно-подслизисто, что позволяет без риска нарушения функции держания рассекать свищ в просвет кишки с последующим выздоровлением. Другие категории свищей проходят через определенную порцию сфинктера и выбор тактики лечения становится неоднозначным. Предложено более 100 операций по поводу ликвидации свищевого хода. К основным из них относятся: операция со швом сфинктера, иссечение свища с низведением лоскута прямой кишки, видеоассистированное лечение, методы с использованием биопластических материалов, способ лазерной абляции и многие другие. В настоящий момент тенденция оперативного вмешательства при хроническом парапроктите сводится к минимальному повреждению мышечных структур запирающего аппарата прямой кишки. Причиной этому служит высокий риск развития анальной инконтиненции

в послеоперационном периоде (до 83 %). В 2007 г. Arun Rojanasakul предложил сфинктеросохраняющую методику лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве. По данным автора эффективность способа составляет 94,4 %. По нашему мнению операция LIFT соответствует современным принципам хирургического лечения параректальных свищей и является перспективной в лечении хронического парапроктита.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения параректальных свищей методом иссечения свища со швом сфинктера и лигированием свища в межсфинктерном пространстве прямой кишки при транссфинктерных параректальных свищах.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в период с сентября 2014 г. по июнь 2017 г., в которое были включены пациенты с чрессфинктерными параректальными свищами. В основную группу было включено 36 пациентов, прооперированных по методике LIFT. Контрольную группу также составили 36 пациентов, которым была выполнена традиционная операция иссечения свища со швом сфинктера. Отбор пациентов проводился по следующим критериям включения: возраст от 18 до 89 лет; чрессфинктерный параректальный свищ криптоглангулярной теории происхождения; отсутствие в анамнезе операций по поводу хронического парапроктита; письменное согласие пациента на участие в исследовании. Критериями исключения явились: пациенты моложе 18 и старше 89 лет; наличие чрессфинктерного параректального свища не криптоглангулярной этиологии; наличие в анамнезе операций по поводу хронического парапроктита; отказ пациента от участия в клиническом исследовании.

Продолжительность наблюдения в обеих группах варьировалась от 1 до 24 месяцев. В основной группе было мужчин – 26, женщин – 10. Средний возраст составил $(41,0 \pm 12,0)$ лет. В контрольной группе было мужчин – 24, женщин – 12. Средний возраст $(45,5 \pm 12,7)$ лет ($p > 0,05$). Все пациенты в анамнезе перенесли острый парапроктит, в результате чего сформировался чрессфинктерный параректальный свищ. В предоперационном периоде были проведены следующие исследования: сбор анамнеза, осмотр перианальной области и промежности, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, зондирование свищевого хода, проба с красителем бриллиантовым зеленым. При поступлении и в послеоперационном периоде всем пациентам проводилось анкетирование по шкале Wexner и части пациентам сфинктерометрия. При этом, в предоперационном периоде, по результатам анкетирования и сфинктерометрии, не было выявлено ни одного случая недостаточности анального жома.

Данные сфинктерометрии оценивались в состоянии покоя и в состоянии максимального волевого усилия. Все пациенты были осведомлены о возможных интра- и послеоперационных осложнениях и последствиях, после чего дали письменное добровольное согласие на участие в исследовании.

Техника операции. Операция LIFT выполнялась под наркозом или спинномозговой анестезией в положении пациента на операционном столе как при гинекологическом исследовании. После обработки операционного поля и прямой кишки раствором бетадина свищевой ход прокрашивался 2%-м раствором бриллиантового зеленого и проводилось зондирование последнего с целью определения внутреннего отверстия свища, его протяженности, а также возможных полостей и затеков, зонд оставлялся в просвете хода. Далее в проекции межсфинктерной борозды производился разрез кожи до 3 см, тупым путем выделялся свищевой ход, за который заводился диссектор, с помощью последнего проводились две капроновые лигатуры, после чего зонд извлекался, и выполнялась перевязка свищевого хода без его сквозного прошивания. Далее свищевой ход пересекался острым путем, дистальная часть которого иссекалась со стороны наружного свищевого отверстия до волокон наружного анального жома и удалялась, дефект наружного сфинктера ушивался нитью сафил 3/0, кожная рана ушивалась отдельными узловыми швами. После обработки проксимальной культи свищевого хода раствором антисептика, межсфинктерная рана ушивалась отдельными узловыми швами, накладывалась повязка с мазью левомеколь. По данной методике было прооперировано 29 пациентов. По предложенной нами модификации операции LIFT, заключающейся в дополнительном выведении проксимальной культи из межсфинктерного пространства и подшивании последней к медиальному краю периаанальной раны, было прооперировано 7 пациентов.

В контрольной группе операция проводилась также под наркозом или спинномозговой анестезией. После аналогичной обработки операционного поля и прямой кишки производилась проба с красителем (2%-й раствор бриллиантового зеленого) и исследование пуговчатым зондом. Производился разрез, окаймляющий наружное свищевое отверстие, затем острым путем выполнялось выделение свищевого хода до перехода последнего в стенку прямой кишки, где ход отсекался. Далее, в культию свища проводился желобоватый зонд, над которым острым путем пересекался «мостик» тканей с порцией сфинктера, при этом края раны иссекались. После обработки раны раствором бетадина и контроля гемостаза накладывали отдельные узловые швы нитью сафил 3/0, начиная с проксимальной части раны. Кожная рана частично ушивалась отдельными узловыми швами. По завершении операции накладывалась повязка с мазью левомеколь.

В послеоперационном периоде пациенты получали анальгетики и ежедневные перевязки с мазью левомеколь в первую фазу течения раневого процесса и с мазью метилурацил в стадии эпителизации. В первые сутки послеоперационного периода назначался постельный режим, начиная со вторых суток общий режим и общий стол. Первая дефекация осуществлялась на 3-й день с помощью очистительной клизмы.

В течение 10 дней оценивался болевой синдром по визуально-аналоговой шкале, где 0 – нет боли, 1 – слабые боли, 2 – боли средней интенсивности, 3 – боли выраженной интенсивности, 4 – очень сильные боли, а также, на момент выписки, проводилось анкетирование по шкале Wexner.

Статистика. При статистической обработке использованы методы вариационной статистики. Проверка на нормальность распределения выполнялась по критерию Колмогорова-Смирнова, для заданного уровня значимости $\alpha = 0,05$ не выявлено значимых отклонений от нормального распределения исследуемых величин во всех выборках. Произведено вычисление значений средней арифметической выборки (M) и ошибки репрезентативности (m). Достоверность выявленных различий проверялась с использованием t -критерия Стьюдента и точного критерия Фишера. Различия в показателях считали статистически достоверным при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность госпитализации пациентов основной группы составила ($7,6 \pm 1,3$) дня, пациентов контрольной группы – ($11,7 \pm 1,3$) дня ($p < 0,05$). При этом болевой синдром у пациентов, оперированных по методике LIFT, в среднем оценивался в ($1,4 \pm 0,7$) балла с максимальной выраженностью в первые двое суток после операции. У пациентов, которым было выполнено иссечение свища со швом сфинктера, максимальная интенсивность боли наблюдалась в течение 5 суток с выраженностью в ($2,8 \pm 0,8$) балла ($p < 0,05$). Первичное выздоровление наступило у 27 пациентов основной группы (77,7 %). В одном случае (2,7 %) послеоперационный период осложнился развитием подслизистого парапроктита, по поводу которого было произведено вскрытие гноя в просвет кишки с последующим выздоровлением. Рецидив заболевания в основной группе возник у 8 пациентов (22,3 %). При этом «полный» рецидив свища возник только в двух случаях (5,6 %), в 6 случаях рецидивы развились по типу интрасфинктерного параректального свища (16,7 %), ликвидированного вторым этапом путем рассечения в просвет кишки без функциональных нарушений запирающего аппарата прямой кишки. В контрольной группе у всех 9 пациентов (25,0 %) рецидив формировался исключительно по типу «полного» свища (табл.).

Частота развития различных видов рецидивов параректальных свищей в основной и контрольной группах

Группа	Вид рецидива					
	полный		малый		всего	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Основная (<i>n</i> = 36)	2	5,6	6	16,7	8	22,3
Контрольная (<i>n</i> = 36)	9	25,0	0	–	9	25,0
<i>p</i>	< 0,05		< 0,05		> 0,05	

Примечание. Достоверность различий проверялась с использованием точного критерия Фишера.

В послеоперационном периоде по шкале Wexner у пациентов основной группы нарушений функции держания не отмечилось ни в одном случае (0 баллов). В контрольной группе явления инконтиненции различной степени выраженности выявлены у 6 пациентов (16,7 %) ($p < 0,05$), из них у 4 нарушения проявляются в виде недержания газов (3 балла), у 2 – в виде недержания газов и жидкого кала (6 баллов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Операция лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве представляет эффективной в лечении чрессфинктерных параректальных свищей.
2. Применение операции LIFT в сравнении с операцией иссечения свища со швом сфинктера является безопасным в отношении функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки, так как не было выявлено ни одного случая развития анальной инконтиненции.
3. Рецидивы, в случае их развития, после лигирования свища в межсфинктерном пространстве в сравнении с традиционной методикой преимущественно формируются по типу интрасфинктерных свищей, что позволяет, без риска инконтиненции, рассекать свищ в просвет кишки с последующим выздоровлением.
4. Операция LIFT относительно иссечения свища со швом сфинктера для пациента является более предпочтительной ввиду менее выраженного болевого синдрома, короткого срока госпитализации, отсутствия функциональных нарушений анального жома.
5. Лигирование свища в межсфинктерном пространстве является доступной для широкого круга колопроктологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришин К.Н., Мустафин Д.Г., Есин В.И. Сравнительная оценка результатов различных способов хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки // Колопроктология. – 2009. – № 3 (29). – С. 4–8.
2. Мадаминов А.М., Бектенов Ы.А., Айсаев А.Ю., Люхов Р.Н. Способ хирургического лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки // Вестник КРСУ. – 2015. – № 7 (15). – С. 99–101.

3. Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А. Современные подходы к выбору хирургической тактики в лечении больных прямокишечными свищами // Колопроктология. – 2014. – № 3 (49). – С. 62– 69.

4. Ratto C., Litta F., Parello A., Zacccone G., Donisi L., De Simone V. 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.

5. Garg P. Is fistulotomy still the gold standard in present era and is it highly underutilized? An audit of 675 operated case // Int. J. Surg. – 2018. – Vol. 8 (56). – P. 26–30.

6. Vergara-Fernandez O., Espino-Urbina L.A. Ligation of intersphincteric fistula tract: What is the evidence in a review? // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19 (40). – P. 6805–6813.

7. Ommer A., Wenger F.A., Rolfs T., Walz M.K. Continence disorders after anal surgery – a relevant problem? // Int. J. Colorectal. Dis. – 2008. – Vol. 23 (11). – P. 1023–1031.

8. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungruang C., Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract // J. Med. Assoc. Thai. – 2007. – Vol. 90 (3). – P. 581–586.

REFERENCES

1. Grishin K.N., Mustafin D.G., Esin V.I. Sravnitel'naja ocenka rezul'tatov razlichnyh sposobov hirurgicheskogo lechenija jekstrasfinkternyh svishhej prjamoj kishki [Comparative evaluation of the results of different methods of surgical treatment of extrasphincter fistulas of the rectum]. *Koloproktologija* [Coloproctology], 2009, no. 3 (29), pp. 4–8. (In Russ., Abstr. In Engl.).

2. Madaminov A.M., Bektenov Y.A., Ajsaev A.Ju., Ljuhurov R.N. Sposob hirurgicheskogo lechenija transsfinkternyh i jekstrasfinkternyh svishhej prjamoj kishki [Method of surgical treatment of transsphincter and extrasphincter fistulas of the rectum]. *Vestnik KRSU* [Herald of Kyrgyz-Russian Slavic University], 2015, no. 7 (15), pp. 99–101. (In Russ., Abstr. In Engl.).

3. Jektov V.N., Popov R.V., Vollis E.A. Sovremennye podhody k vyboru hirurgicheskoy taktiki v lechenii bol'nyh prjamokishechnymi svishhami [Modern approaches to the choice of surgical tactics in the treatment of patients with rectal fistulas]. *Koloproktologija* [Coloproctology], 2014, no. 3 (49), pp. 62– 69. (In Russ., Abstr. In Engl.).

4. Ratto C., Litta F., Parello A., Zacccone G., Donisi L., De Simone V. Fistulotomy with end-to-end primary sphincteroplasty for anal fistula: results from a prospective study. *Dis. Colon. Rectum.*, 2013, Vol. 56 (2), pp. 226– 233.

5. Garg P. Is fistulotomy still the gold standard in present era and is it highly underutilized? An audit of 675 operated case. *Int. J. Surg.*, 2018, Vol. 8 (56), pp. 26–30.

6. Vergara-Fernandez O., Espino-Urbina L.A. Ligation of intersphincteric fistula tract: What is the evidence in a review? *World J. Gastroenterol.*, 2013, Vol. 19 (40), pp. 6805–6813.

7. Ommer A., Wenger F.A., Rolfs T., Walz M.K. Continence disorders after anal surgery – a relevant problem? *Int. J. Colorectal. Dis.*, 2008, Vol. 23 (11), pp. 1023–1031.

8. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungruang C., Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. *J. Med. Assoc. Thai.*, 2007, Vol. 90 (3), pp. 581–586.

Контактная информация

Хомочкин Виталий Викторович – к. м. н., доцент кафедры хирургических болезней и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: homochkinS@rambler.ru