

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Василенко Л.И., Шаламов В.И., Полунин Г.Е., Гюльмамедов В.А., Волков В.И., Лыков В.А., Танасов И.А., Герасименко Е.А., Федорчук О.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Кафедра общей хирургии № 1, г. Донецк
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор А.В.Борота)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить результаты хирургического лечения свищей заднего прохода и прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обобщен материал хирургического лечения 53 пациентов с различными видами свищей заднего прохода и прямой кишки за период 2010-2015 гг. на базе колопроктологического центра ДОКТМО. Используются общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования по общепринятым стандартам в колопроктологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Использован индивидуализированный подход, где, наряду с известными операциями: проведение лигатур, Габриель-1 и Габриель-2, применены и более современные радикальные методы оперативных вмешательств с учетом «футлярности» строения стенки прямой кишки: 1) слизисто-подслизистый лоскут; 2) слизисто-мышечный лоскут (состоящий из слизистого и подслизистого слоев и внутреннего циркулярного гладкомышечного слоя кишки). У 39 (73,6%) пациентов с трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами выполнены методики радикально-пластических вмешательств: по способу Масляка В.М. и соавт. (1990) – 18 (34%) больных и слизисто-мышечным лоскутом по разработанной в клинике методике – 21 (39,6%) пациентов. Пациенты удовлетворительно перенесли вмешательство. У 4 (7,6%) пациентов выявлен рецидив заболевания спустя 3 недели (1 пациент) и 2-3 месяца (3 пациента) после вмешательства. Из них у 2 (3,8%) больных с трансфинктерными свищами, у 2 (3,8%) – с экстрасфинктерными прямокишечными свищами. Больные с рецидивными свищами оперированы повторно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения в хирургической проктологии трансанальных пластических вмешательств с перемещением слизисто-подслизистого или слизисто-мышечного лоскутов по известным и усовершенствованным нами методикам.

[Ключевые слова: свищ заднего прохода, свищ прямой кишки]

TO THE PROBLEM OF SURGICAL TREATMENT FISTULA ANUS AND RECTUM

Vasilenko L.I., Shalamov V.I., Polunin G.E., Gulmamedov V.A., Volkov V.I., Likov V.A., Tanasov I.A., Gerasimenko Y.A., Fedorchuk O.N.
Donetsk National medical university named after M.Gorky, Donetsk

PURPOSE. Examine the results of surgical treatment of fistulas of the anus and rectum.

MATERIALS AND METHODS. Generalized material surgical treatment of 53 patients with different types of fistulas of the anus and rectum during the period 2010-2015. based coloproctological DRKTMU center. We used clinical, laboratory and instrumental methods of investigation according to generally accepted standards of coloproctology.

RESULTS. We used an individualized approach, which, along with the known operations: seton, Gabriel-1, Gabriel-2, and used more modern methods of radical surgical procedures, taking into account «case» building the wall of the rectum: 1) muco-submucosal flap; 2) muco-muscular flap (consisting of mucosal and submucosal layers and inner circular smooth muscle layer of the gut). Methods of radical plastic surgery were performed in 39 (73,6%) patients with transsphincteral and extrasphincteral fistulas. Among them by the method of V.M.Maslyak (1990) – 18 (34,0%) patients and mucosal flap according to the technique developed in the clinic – 21 (39,6%) patients. Patients satisfactorily suffered an intervention. In 4 (7,6%) patients the disease recurred. Among them in 1 patient after 3 weeks and in 3 patients after 2-3 months after the intervention the recurrence of disease was detected. Of these in 2 (3,8%) patients was detected transsphincteral fistulae and in 2 (3,8%) – extrasphincteral rectum fistulas. Patients with recurrent fistulas were reoperated.

CONCLUSION. The results indicate the feasibility of application in surgical proctology transanal plastic interventions with the movement of mucous-submucosal or mucosal-muscle flap from the known and improved our procedures.

[Key words: anal fistula, rectum fistula]

Адрес для переписки: Василенко Леонид Иванович, Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра общей хирургии № 1, Проспект Ильича, д. 16, Донецк, 83003, тел. 0622956574, e-mail: vugulmamed@rambler.ru

ВВЕДЕНИЕ

Проблема эффективного хирургического лечения свищей заднего прохода (СЗП) и прямой кишки (СПК) продолжает оставаться актуальной в наши дни [1,2,7,8,10,12] и имеет свою более чем вековую историю [1,6-9]. Наибольшее внимание практику-

ющих проктологов привлекают следующие традиционные методики хирургического лечения СЗП и СПК:

- 1) методика рассечения СЗП в просвет прямой кишки (способ Габриель 1) – при интрасфинктерных свищах;
- 2) методика рассечения СЗП в просвет прямой

кишки с последующий пластикой наружной части сфинктера узловыми швами (способ Габриель 2) – при транссфинктерных свищах (ТСС) (при расположении свища во внутренней трети порции сфинктера прямой кишки);

3) иссечение стенки свища до стенки прямой кишки с трансанальным иссечением внутреннего отверстия (ТИВО) СПК, формированием из стенки кишки лоскута с последующим пластическим низведением сформированного лоскута и закрытием дефекта кишки на месте внутреннего свищевого отверстия перемещенным лоскутом (операция: Judd E; Judd – Picot – Robles; Laird D.R.; В.М.Масляка и др.) [1,2,6-8].

4) Не утратил своей актуальности при хирургическом лечении экстрасфинктерных, рецидивных транссфинктерных СПК и лигатурный метод (проведение 2-3 шелковых лигатур (или, в настоящее время, так называемого «сетона»), через свищевой ход (наружное и внутреннее отверстие свища с помощью изогнутого пуговчатого зонда), лигирования снаружи на ПХВ трубках с последующим дозированным подтягиванием в послеоперационном периоде [1].

Из более современных способов хирургического лечения СЗП и СПК с применением высокотехнологического оборудования, биологических или биосовместимых материалов заслуживают внимания [7] следующие:

1) операция (LIFT) [12] – перевязка свищевых ходов в межсфинктерном пространстве;

2) видеоассистированные вмешательства с использованием фистулоскопа (VAAFT) [10,11];

3) ликвидация СЗП и СПК с помощью биологических герметизирующих тампонов (PLUG) [10,11];

4) введение в свищевой ход различных композитных составов (фибриновый клей – через наружное отверстие), улучшающих регенерацию и заживление в сочетании с закрытием внутреннего свищевого отверстия перемещенным лоскутом стенки прямой кишки с целью снижения рецидива [9].

По данным Костарева И.В. и соавт. [7], операции, при которых осуществляется закрытие внутреннего свищевого отверстия одним из способов перемещенного лоскута, до настоящего времени остаются методом выбора при лечении сложных свищей прямой кишки, поскольку располагают достаточно хорошими (70-90% случаев) результатами и не вызывают выраженной травмы анального сфинктера.

В литературе [5-8] описываются различные варианты формирования лоскутов (по виду и форме с включением различного количества слоев стенки прямой кишки), каждый из которых обладает своими преимуществами и недостатками [7]. В кли-

нической практике наиболее часто применяют 4 варианта формирования лоскутов стенки прямой кишки с учетом футлярности строения прямой кишки [3,4,6-8]:

1) слизисто-подслизистый лоскут;

2) слизисто-мышечный лоскут (состоящий из слизистого и подслизистого слоев и внутреннего циркулярного гладкомышечного слоя кишки);

3) полнослойный (слизисто-подслизисто-мышечный) лоскут, в который входит и наружный продольный слой гладких мышц кишки;

4) кожно-анальный лоскут (состоит из слизисто-подслизистого слоев анального канала, части прилежащего внутреннего сфинктера и перианальной кожи). Первые три варианта лоскутов низводят в дистальном направлении, последний (четвертый вариант лоскута) перемещают в проксимальном направлении.

В клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ, которая является областным колопроктологическим центром в Донбассе, в последние годы отдают предпочтение слизисто-подслизистому и слизисто-подслизисто-мышечному лоскутам, при низведении которых осуществляют пластическое закрытие внутреннего свищевых отверстий прямой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить результаты хирургического лечения свищей заднего прохода и прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящем сообщении обобщен материал клинических исследований, при хирургическом лечении 53 пациентов с различными видами свищей заднего прохода и прямой кишки (Табл. 1) за период 2010-2015 гг. на базе колопроктологического центра ДОКТМО. При обследовании больных использовались общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования по общепринятым стандартам в колопроктологии. При обследовании пациентов с хроническими свищами предварительно выполняли контрастную фистулографию и последующую интраоперационную фистулохромоскопию. Использованы общестатистические методы исследования. При оперативном лечении пациентов использовали индивидуальный подход в выборе разновидности вмешательства, с учетом разновидностей свищей. Наряду известными способами операции (способ Габриель 1, 2; способ Масляка В.М.) применяли усовершенствованный в клинике лоскутный способ [5] пластики внутрен-

Таблица 1. Перечень выполняемых операций в зависимости от вида прямокишечных свищей

№ п/п	Способ операции	Виды прямокишечных свищей по отношению к сфинктеру			Всего	
		Интра-	Транс-	Экстра-	Абс.	%
1	Габриель-1	6 (11,3%)	-	-	6	11,3
2	Габриель-2	-	8 (15,1%)	-	8	15,1
3	Иссечение свища с пластикой внутреннего отверстия низведенным лоскутом (по В.М.Масляку)	-	12 (22,6%)	6 (11,3%)	18	33,9
4	Иссечение свища с пластикой внутреннего отверстия низведенным лоскутом (по методике клиники)	-	15 (28,4%)	6 (11,3%)	21	39,7
Всего		6 (11,3%)	35 (66,1%)	12 (22,6%)	53	100

него отверстия свищевого канала, который состоял в следующем (Рис. 1 и Рис. 2).

Выделяли рубцово-измененный трубчатый кишечный свищ в виде шнура путем иссечения из окружающих тканей перианальной области до стенки прямой кишки с помощью скальпеля, ножниц, электрокоагулятора. С целью гемостаза использовали диатермокоагуляцию и аппарат биологического сваривания тканей ЕК-300М1, разработанный и постоянно совершенствуемый институтом электросварки им. акад. Е.О.Патона НАН Украины, обеспечивавших надежный гемостаз в ране. На расстоянии 0,5-1 см от стенки кишки прошивали

стенки свища кетгутовой нитью или рассасывающейся нитью викрил (2-0), перевязывали просвет свищевого хода в глубине раны и пересекали свищ с помощью электроножа или аппарата биологического сваривания тканей. Наружную часть свища удаляли. Трансанально осуществляли иссечение внутреннего отверстия свищевого хода (1) (Рис. 1) из поперечного полулунного окаймляющего разреза (2) на задней стенке (4) прямой кишки на протяжении 2,5-3 см.

Далее формировали трапециевидной формы слизисто-подслизисто-мышечный лоскут (3) (из слизисто-подслизистого слоя и циркулярного слоя

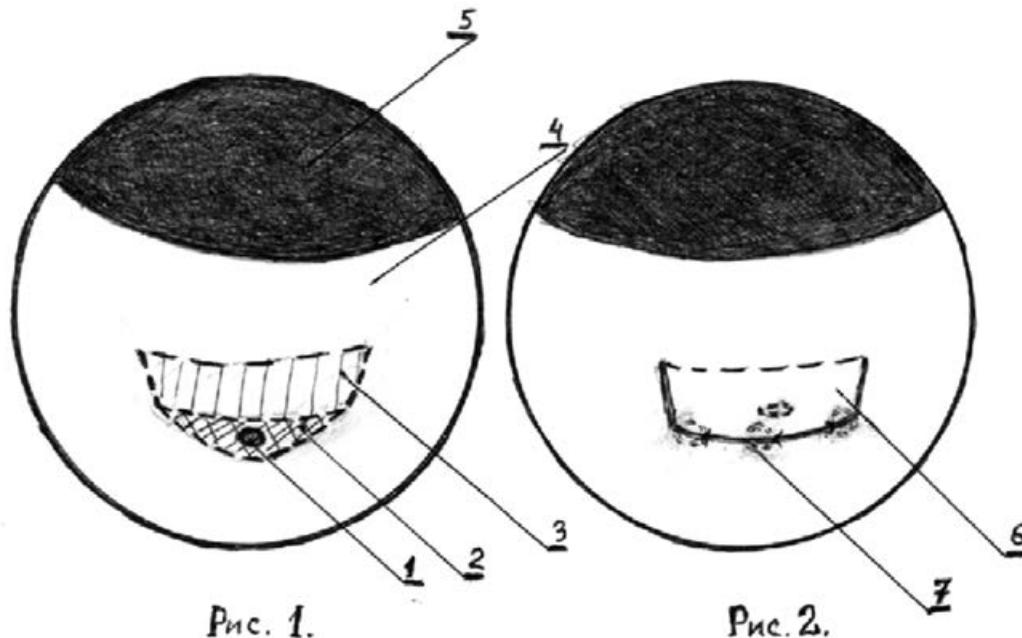


Рисунок 1. Схематическое изображение выкраивания слизисто-мышечного лоскута по методике, усовершенствованной в клинике. 1) внутреннее отверстие свищевого хода; 2) иссеченный участок стенки кишки со свищем; 3) формируемый трапециевидный слизисто-мышечный лоскут из задней стенки кишки; 4) вид задней стенки кишки; 5) просвет кишки

Рисунок 2. Схематическое изображение пластического закрытия дефекта задней стенки и свищевого хода слизисто-мышечным лоскутом. 6) общий вид лоскута; 7) швы

гладких мышц стенки прямой кишки), основанием, обращенным проксимально, из собственной стенки прямой кишки путем расслаивания стенки кишки с помощью ножниц Зибальда. Сформированный лоскут низводили в дистальном направлении (Рис. 2) и осуществляли пластическое закрытие внутреннего отверстия свищевого хода (1) подшиванием дистального края сформированного слизисто-мышечного лоскута (6) к нижнему краю неполного дефекта задней стенки прямой кишки (после иссечения внутреннего свищевого отверстия (1) обычными узловыми (7) или погружными узловыми кетгутowymi швами с использованием рассасывающейся нити викрил. При погружном шве вкол иглы, в большинстве случаев, осуществляли с наружной стороны сформированного лоскута мышечно-подслизистым швом на расстоянии 1,5-2 см от края, а выкол иглы – в подслизисто-мышечный слой дистального края стенки раны прямой кишки. При этом низведенный лоскут (6) прикрывал дефект краев раны, после иссечения внутреннего отверстия свища (1).

Больные оперированы в возрасте от 27 до 68 лет, преимущественно в трудоспособном возрасте – 43 (82,7%). Мужчин было 38 (71,7%), женщин – 15 (28,3%). Большинство пациентов – 47 (88,7%) – оперированы под эпидурально-сакральной анестезией с использованием 2% раствора лидокаина или маркаина (бупивакаина) – 20 мл – раствор для инъекций 5 мг/мл. Пять (9,4%) больных оперированы под внутривенным наркозом. Всем пациентам со свищами в послеоперационном периоде назначали адекватную антибактериальную терапию (первые 3-5 суток), с целью профилактики возможных гнойно-воспалительных осложнений; осуществляли ежедневные перевязки с адекватной санацией послеоперационных ран, наложением повязок с растворами антисептиков. В первые трое суток старались у пациентов задержать стул назначением соответствующей диеты и жидкой пищи с целью улучшения протекания репаративных процессов в тканях пациентов. С четвертых суток переводили пациентов на диету № 1.

В зависимости от разновидности свищей заднего прохода и прямой кишки выполнены 4 основных вида оперативных вмешательств, которые наглядно представлены в Табл. 1. Оперлируемые пациенты разделены на следующие 4 группы: 1) иссечение интрасфинктерных прямокишечных свищей по способу Габриель-1 – 6 (11,5%); 2) иссечение трансфинктерных свищей по способу Габриель-2 – 8 (15,4%); 3) иссечение трансфинктерных, экстрасфинктерных и рецидивных прямокишечных свищей с пластикой внутреннего отверстия лоскутным способом по Масляку В.М. и соавт. (1990) –

18 (34%) пациентов, соответственно: 12 (22,6%), 5 (9,4%) и 1 (1,9%); 4) Иссечение трансфинктерных, экстрасфинктерных и рецидивных прямокишечных свищей с пластикой внутреннего отверстия лоскутным способом по усовершенствованной методике клиники – 21 (39,6%) пациент, соответственно: 14 (26,4%), 6 (11,3%) и 1 (1,9%).

Следует отметить, что у 3 (5,7%) больных произведено иссечение сложных («подковообразных») экстрасфинктерных прямокишечных свищей с пластикой внутреннего отверстия лоскутным способом по Масляку В.М. и соавт. (1990) – 1 (1,9%), по усовершенствованной методике клиники – 2 (3,8%). У 13 (24,5%) пациентов с трансфинктерными свищами выявлена сочетанная патология. Из них у 8 (15,1%) пациентов выявлено сочетание трансфинктерных свищей и хронической геморроидальной болезни: выполнена сочетанная операция иссечения трансфинктерных свищей с геморроидэктомией; при этом, осуществлено иссечение трансфинктерных свищей с пластикой внутреннего отверстия лоскутным способом по Масляку В.М. и соавт. (1990) – 3 (5,7%) больных, по усовершенствованной методике клиники – 5 (9,4%). В 5 (9,4%) случаях у пациентов выявлено сочетание трансфинктерных свищей с хронической трещиной анального канала, произведено иссечение трансфинктерных свищей с пластикой внутреннего отверстия лоскутным способом по Масляку В.М. и соавт. (1990) – 2 (3,8%), по методике клиники – 3 (5,7%).

Таким образом, при лечении трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей у 39 (73,6%) пациентов отдавали предпочтение двум основным радикально-пластическим способам сфинктерсохраняющих вмешательств: иссечению свищей до стенки прямой кишки, прошиванием свища с перевязкой и отсечением у стенки прямой кишки с последующей трансанальной пластикой внутреннего отверстия перемещенным слизисто-подслизистым лоскутом прямой кишки по методике Масляка В.М. и соавт. (1990) – оперировано 18 (34%) пациентов и слизисто-мышечным лоскутом по разработанной в клинике методике – оперирован 21 (39,6%) больной.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Оперированные пациенты удовлетворительно перенесли вмешательство. У 4 (7,6%) пациентов выявлен рецидив заболевания – спустя 3 недели (1 пациент) и 2-3 месяца (3 пациента) после вмешательства. Из них у 2 (3,8%) больных с трансфинктерными свищами, у 2 (3,8%) – с экстрасфинктер-

ным прямокишечным свищем. Больные с рецидивными свищами оперированы повторно. Двум (3,8%) пациентам с рецидивными трансфинктерными свищами произведено иссечение свища с обработкой окружающих свищ тканей диатермокоагулятором у 1 (1,9%) больного и аппаратом биологического сваривания тканей – у 1 (1,9%) пациента. У 1 (1,9%) больного с рецидивным экстрасфинктерным свищом был проведен через просвет свища сетон (выполнена операция Гиппократ). У пациентки с экстрасфинктерным рецидивным свищом была выполнена повторная радикальная операция: иссечение свища с пластикой внутреннего отверстия слизисто-мышечным лоскутом по методике клиники. Контрольное исследование повторно оперированных больных в сроки 4-8 недель, 3,6,12 мес. после вмешательства выявило рецидив заболевания у 1 (25%) пациента с экстрасфинктерным свищом, у которого не было выявлено сообщения свища с просветом прямой кишки. Данный больной был оперирован в третий раз, после предварительной контрастной фистулографии и интраоперационной фистулохромоскопии – произведено иссечение свища с помощью диатермокоагулятора и аппарата биологического сваривания тканей из параректальной клетчатки на глубину до 9-10 см. Связи иссеченного свища с прямой кишкой при повторном иссечении не выявили. Свищ в глубине тканей был прошит и перевязан рассасывающейся нитью, отсечен. Культи свища дополнительно была обработана «проварена» аппаратом биологического сваривания тканей. Контрольное наблюдение за больным до года рецидива свища не выявило. Следует отметить, что использование в качестве гемостаза современной гемостатической и сварочной аппаратуры и рассасывающегося лигатурного материала при перевязке иссекаемых свищей в глубине раны (в ходе иссечения трансфинктерных и экстрасфинктерных прямокишечных свищей) определенно ускорило (по нашим данным, в среднем, на $18 \pm 1,34$ мин.) выполнение операций и вторичное заживление послеоперационных ран (в среднем, на $4 \pm 0,56$ дня). Сроки заживления ран у оперированных, в среднем, варьировали в пределах 4-9 недель после вмешательства. Жалоб на наличие затруднений акта дефекации, вследствие рубцовых стриктур просвета анального канала не наблюдали. Случаев слабости анального сфинктера в виде недержания стула и газов у первично оперированных пациентов в сроки наблюдения от 2-3 недель до года не выявлено. У 4 (7,6%) пациентов с трансфинктерными свищами в возрасте 58-65 лет, оперированных повторно после вскрытия парапроктитов, с сочетанной геморроидальной болезнью при

контрольном осмотре, спустя 1-3 года после операции (при детализации жалоб), выявлена недостаточность анального сфинктера кишки 1 степени [после выполненных операций: у 2 (3,8%) – после операции по методике Масляка В.М. и соавт. и у 2 (3,8%) – после операции по методике клиники] в виде недостаточного удержания газов и выделения слизи на нижнем белье при сохраненном тоне сфинктера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Хирургическое лечение пациентов с хроническими свищами заднего прохода и прямой кишки требует индивидуализированного комплексного подхода.
2. В хирургическом лечении пациентов с хроническими свищами заднего прохода и прямой кишки должны, по возможности, рационально быть использованы, наряду с ранее известными операциями: Гиппократ, Габриель-1 и Габриель-2, и более современные радикальные методы оперативных вмешательств с учетом «футлярности» строения стенки прямой кишки: 1) слизисто-подслизистый лоскут; 2) слизисто-мышечный лоскут (состоящий из слизистого и подслизистого слоев и внутреннего циркулярного гладкомышечного слоя кишки).
3. Улучшение результатов лечения пациентов с хроническими свищами заднего прохода и прямой кишки обеспечивает использование современной гемостатической и сварочной аппаратуры, а также рассасывающегося лигатурного материала.
4. Наш опыт хирургического лечения пациентов с хроническими свищами заднего прохода и прямой кишки и полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения в хирургической проктологии трансанальных пластических вмешательств с перемещением слизисто-подслизистого и слизисто-мышечного лоскутов по известным и усовершенствованным нами методикам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев, А.М. Руководство по проктологии. / А.М.Аминев // Куйбышев: «Волжская коммуна», 1973. – т. 3. – 536 с.
2. Борота, А.В. Хирургическое лечение сочетанной неопухоловой патологии анального канала и прямой кишки. / А.В.Борота, Ф.И.Гюльмамедов, В.А.Гюльмамедов и соавт. // Колоректология. – 2016. – т. 58. – № 4. – с. 22-5.

3. Василенко, Л.И. Основы ручного кишечного шва. / Л.И.Василенко, А.В.Борота, И.Е.Седаков и соавт. // Учебное пособие (под ред. проф. Л.И. Василенко) Донецк: «Каштан», 2013. – 476 с.
4. Василенко, Л.И. Ручной кишечный шов. Монография. / Л.И.Василенко // Донецк: «Каштан», 2013. – 424 с.
5. Декларационный патент Украины UA № 43050 AA 61 B 17/00 Спосіб ліквідації внутрішнього отвору при екстрафінктерних прямокишкових норицях / Ф.І.Гюльмамедов, В.І. Шаламов, Ю.В. Карпенко, Г.Є. Полунін, П.Ф. Гюльмамедов // Бюл. № 10, 2001 р.
6. Джанелидзе, Ю.Ю. Лечение свищей заднего прохода и прямой кишки частичным низведением слизистой. / Ю.Ю.Джанелидзе // Вестник хирургии. – 1934. – № 35. – с. 76-83.
7. Костарев, И.В. Лечение свищей прямой кишки перемещенным лоскутом: устаревший подход или современный метод? (систематический обзор литературы). / И.В.Костарев, Ю.А.Шельгин, А.Ю.Титов // Колопроктология. – 2016. – т. 55. – № 1. – с. 6-15.
8. Масляк, В.М. Практическая колопроктология. / В.М.Масляк, М.П.Павловский, Ю.С.Лозинский и соавт. // Львов: «Світ», 1990. – 184 с.
9. Ellis, C.N. Fibrin glue as an adjunct to flap repair of anal fistulas: A randomized, controlled study. / C.N.Ellis, S.Clark // Dis. Colon Rectum. – 2006 Nov; 49 (11): 1736-1740.
10. Meinerо, P. Video-assisted anal fistula treatment: a new concept of treating anal fistulas. / P.Meinerо, L.Mori, G.Gasloli // Dis. Colon Rectum. – 2014 Mar; 57 (3): 354-9.
11. Schwandner, O. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) combined with advancement flap repair in Crohn's disease. / O.Schwandner // Dis. Colon Rectum. – 2013 Apr; 17 (2): 221-5.
12. Yassin, N.A. Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review. / N.A.Yassin, T.M.Hammond, P.J.Lunniss et al. // Colorectal Dis. – 2013 May; 15 (5): 527-35.