

УДК 616.351-007.253-036.17-089.168

Ф.И. Гюльмамедов, П.Ф. Гюльмамедов, Ю.В. Булавицкий

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕННЫХ СВИЩЕЙ*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

В своей работе авторы приводят свой опыт лечения 176 больных с высокими трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Разработан принципиально новый подход при выполнении операций по поводу сложных свищей прямой кишки, который заключается в диссекции свищевого хода в межфинктерном слое, его пересечении и ушивании внутреннего отверстия. По новой методике было прооперировано 26 больных, результаты проведенных операций были сравнены с результатами операций, проведенных по традиционным методикам.

Ключевые слова: свищ прямой кишки, хирургическое лечение.

Свищи прямой кишки (СПК) являются актуальной проблемой современной медицины. Больные с прямокишечными свищами составляют до 25% от всех госпитализированных в проктологические стационары [1]. На сегодняшний день разработаны и активно применяются десятки принципиально разных способов хирургического лечения прямокишечных свищей, это обилие методик свидетельствует о том, что ни одно из применяемых пособий не может в полной мере удовлетворить хирургов. Также часто после хирургического лечения прямокишечных свищей у больных развиваются такие типичные осложнения, как анальная инконтиненция, рубцовая деформация анального канала, рубцовая деформация промежности [2]. Также по-прежнему остается довольно высокой частота рецидивов заболевания (до 60%) [3].

Цель работы – проанализировать результаты лечения больных со сложными свищами прямой кишки, которые были оперированы по оригинальной, разработанной в клинике методике, с результатами лечения больных, которые были оперированы классическим способом.

Материал и методы

За период с 2006 по 2011 годы в ЦГКБ № 1 г. Донецка и проктологическом отделении ДОКТМО были оперированы 176 больных со сложными СПК, к которым мы относим экстрасфинктерные СПК, а также трансфинктерные СПК, ход которых проходит через глубокую порцию анальных сфинктеров. 150

больных (контрольная группа) были оперированы по общепринятой методике – им выполнялось иссечение свища с пластикой по Масляку либо по Блинничеву. В период с 2008 по 2011 годы в клинике также хирургическому лечению подверглись 26 больных с СПК, которые были оперированы по оригинальной методике лигирования свища в межфинктерном слое с ушиванием внутреннего отверстия свища, которая была разработана в клинике (основная группа).

Большую часть пациентов обеих групп составили мужчины. В контрольной группе мужчин было 98 (65,3%), женщин – 52 (34,7%), в основной группе мужчин было 16 (61,6%), женщин 10 (38,4%). При изучении анамнеза заболевания установлено, что развитию СПК у всех наблюдаемых пациентов предшествовал острый парапроктит, который вскрылся самостоятельно у 26 больных контрольной группы (17,3%) и у 5 больных основной группы (19,2%). Большое значение для результатов хирургического лечения имеют длительность течения заболевания, число обострений хронического парапроктита, количество и характер предшествовавших операций. Как в основной, так и в контрольной группах, средняя длительность заболевания составила 3,5 года. В среднем, до радикальной операции по поводу прямокишечного свища, пациенты основной группы подверглись 3,41 операциям по поводу острого парапроктита, пациенты контрольной группы, в среднем, были оперированы 3,1 раза.

В исследование были включены пациенты с

высокими трансфинктерными свищами, чей ход локализовался в верхней части анальных сфинктеров, и больные с экстрасфинктерными свищами. Распределение больных по типу СПК представлено в таблице 1.

Всем больным основной и контрольной групп перед операцией проводилась сфинктерометрия. Результаты дооперационной сфинктерометрии представлены в таблице 2.

Исследование проводили сфинктерометром пружинного типа, разработанным А.М. Аминовым. Нормальными показателями сфинктерометрии являются следующие: для мужчин – максимальное сокращение 901 г, тонус анального сфинктера 591 г, волевое усилие 310 г; для женщин – максимальное усилие 775 г, тонус анального сфинктера 519 г, волевое усилие 256 г [4].

Больные основной группы были оперированы по разработанной в клинике методике лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое с ушиванием внутреннего отверстия. При выполнении операции по данной методике Первым этапом проводится интраоперационная хромофистулография. Затем над межсфинктерным слоем производится разрез длиной около 3-4 см. Выполняется диссекция межсфинктерного слоя и между вну-

тренним и наружным сфинктерами выделяется свищевой ход. Свищевой ход препарируется со всех сторон диссектором, дважды перевязывается и пересекается между лигатурами. Рана ушивается. Далее производится обработка свищевого хода со стороны наружного отверстия – наружное отверстие иссекается, производится кюретаж свищевого хода, а далее, согласно данным, полученным при дооперационном УЗИ, вскрываются, saniруются и дренируются гнойные полости и затеки. На внутреннее отверстие накладываются два отдельных узловых шва рассасывающимся шовным материалом VICRYL 3-0.

Результаты и обсуждение

При сравнении результатов лечения больных СПК был выявлен ряд преимуществ нового метода операции. Так, при анализе непосредственных результатов, было отмечено снижение койкодня. Средний койкодень в контрольной группе составил 13,1 день, в основной группе – 5,6 дня ($p > 0,05$). У всех больных, перенесших операцию по поводу СПК, контролировался уровень анального держания после операции: сфинктерометрия проводилась всем больным через две недели после операции. При анализе результатов операций в основной и контрольной группах исследова-

Тип СПК у больных, включенных в исследование

Таблица 1.

Тип свища	Количество больных в контрольной группе	Количество больных в основной группе
Высокий трансфинктерный	127 (84,7%)	24 (92,3%)
Экстрасфинктерный	23 (15,3%)	2 (7,7%)
Всего	150 (100%)	26 (100%)

Результаты дооперационной сфинктерометрии у больных СПК основной и контрольной групп

Таблица 2.

Показатели	Показатели сфинктерометрии, г			
	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=150)	
	Мужчины (n=16)	Женщины (n=10)	Мужчины (n=98)	Женщины (n=52)
Максимальное сокращение	804±24	706±31	812±21	731±38
Тоническое напряжение	532±21	484±28	554±25	501±31
Волевое усилие	272±26	222±35	258±28	230±41

ния видно, что разработанная методика лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое с ушиванием внутреннего отверстия имеет меньшее негативное воздействие на анальные сфинктеры, чем классическая методика. При изучении показателей послеоперационной сфинктерометрии было отмечено, что среднее максимальное сокращение в группе больных основной группы составило 746,5 г и 707,5 в контрольной; тоническое напряжение составило 574 г в основной группе и 502,1 в контрольной. Клинически значимая анальная инконтиненция первой степени была отмечена у 11 больных (7,3%) контрольной группы, которые отмечали недержание газа в раннем послеоперационном периоде. В основной группе клинически значимой инконтиненции отмечено не было. Через полгода после проведенных операций было осмотрено 102 больных контрольной и 20 больных основной групп. Рецидив свища был отмечен у 24 больных контрольной группы (23,5%) и у 2 больных основной (10%), что достоверно меньше ($p > 0,05$).

Выводы

Предлагаемая нами оригинальная методика хирургического лечения свищей прямой кишки, направленная на лигирование свища в межсфинктерном слое с ушиванием внутреннего отверстия имеет ряд преимуществ в сравнении с традиционными методами лечения прямокишечных свищей. Преимущества заключаются в уменьшении койкодня, снижении частоты развития клинической и субклинической анальной инконтиненции, а также в снижении частоты рецидивов.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ ПРЯМОКИШКОВИХ НОРИЦЬ

Ф.І. Гюльмамедов, П.Ф. Гюльмамедов, Ю.В. Булавицький

У своїй роботі автори наводять свій досвід лікування 176 хворих з транссфінктерними та екстрасфінктерними норіцями прямої кишки. Був розроблений принципово новий підхід при виконанні операцій з приводу складних норіць прямої кишки, який містить у собі дисекцію норіцевого ходу у міжсфінктерному шарі, його перетин та ушивання внутрішнього отвору. За новою методикою було прооперовано 26 хворих, результати проведених операцій були порівняні з результатами операцій, які були проведені по традиційній методиці.

Ключові слова: норіця прямої кишки, хірургічне лікування.

A MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF THE COMPLICATED FISTULA-IN-ANO

F. Gulmamedov, P. Gulmamedov, Yu. Bulavitskiy

Authors summarize their experience in treatment of 176 patients with transsphincteric and extrasphincteric fistulas-in-ano. A novel approach to the treatment of fistula-in-ano was developed. It contains dissection of the fistula tract in intrasphincteric layer, intersection of the fistula tract and suturing of the inner opening. 26 patients were operated using a novel method. Results of the operation were compared with results of the traditional procedures.

Key words: fistula-in-ano, surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурін І.А. Порівняльна оцінка ефективності хірургічного лікування хворих зі складними екстрасфінктерними норіцями прямої кишки з використанням основних оперативних методів / І.А. Лурін // Клін. Хірургія. – 2007. – № 1. – С. 42-45
2. Joy H.A. The outcome of surgery for complex anal fistulae. / H.A. Joy // Colorectal Dis. – 2002. – № 4. – P. 254-261.
3. Mizrahi N. Endorectal advancement flap. Are there predictors of failure? / N. Mizrahi // Dis Colon Rectum. – 2002. – № 45. – P. 1616-1621.
4. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М. Аминев. – Куйбышев, 1973. – Т.3. – 261 с.

Стаття надійшла 16.03.2011