



Эффективность Лигирования Свищевого Хода В Межсфинктерном Пространстве В Лечение Транссфинктерных Параректальных Свищей

1. Шеркулов К. У.
2. Рустамов М. И.
3. Худойназаров У. Р.

Received 2nd Jul 2022,
Accepted 3rd Aug 2022,
Online 13th Sep 2022

^{1,2,3} Самаркандский государственный
медицинский университет, Узбекистан,
г. Самарканд, ул. Анкабой, 5.
umumxirurgiya@mail.ru

Введение: В структуре хирургических заболеваний прямокишечные свищи составляют 0,8-1,2%. Отмечаются морфологические разнообразия свищей прямой кишки с наличием разветвленных или подковообразных ходов, которые образуются при самопроизвольном вскрытии гнойника. Существует большое количество классификаций хронического парапроктита, однако не всегда в них отражается многообразие клинических форм и их осложнений. Чаще используется классификация свищей прямой кишки, основанная на отношении свищевого хода к волокнам анального сфинктера. Согласно этой классификации, свищи разделяют на интрасфинктерные или подкожно-подслизистые, транссфинктерные и экстрасфинктерные. 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 2018 г. 2021 г., в которое были включены пациенты с транссфинктерными параректальными свищами. В основную группу было включено 42 пациентов, прооперированных по методике LIFT. Контрольную группу также составили 42 пациентов, которым была выполнена традиционная операция иссечения свища со швом сфинктера. Отбор пациентов проводился по следующим критериям включения: возраст от 18 до 69 лет; транссфинктерный параректальный свищ криптогландулярной 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 69 лет; наличие трансфинктерного параректального свища не криптогландулярной 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 12 месяцев. В основной группе было мужчин – 24, женщин – 18. Средний возраст составил ($41,0 \pm 12,0$) лет. В контрольной группе было мужчин – 28, женщин – 14. Средний возраст ($45,5 \pm 12,7$) лет ($p > 0,05$). Все пациенты в анамнезе перенесли острый парапроктит, в результате чего сформировался трансфинктерный 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.

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. 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.

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 болей наблюдалась в течение 5 суток с выраженностью в ($2,8 \pm 0,8$) балла ($p < 0,05$). Первичное выздоровление наступило у 32 пациентов основной группы (76,1 %). В одном случае (2,4%) послеоперационный период осложнился развитием подслизистого парапроктита, по поводу которого было произведено вскрытие гнойника в просвет кишки с последующим выздоровлением. Рецидив заболевания в основной группе возник у 4 пациентов (9,5%). При этом «полный» рецидив свища возник только в двух случаях

(4,8%), в 5 случаях рецидивы развились по типу интрасфинктерного параректального свища (11,9%), ликвидированного вторым этапом путем рассечения в просвет кишки без функциональных нарушений запирающего аппарата прямой кишки. В контрольной группе у всех 11 пациентов (26,1%) рецидив формировался исключительно по типу «полного» свища.

Заключение. Операция лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве представляется эффективной в лечении чрессфинктерных параректальных свищей. 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. 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. 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. 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., Люхуров 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. Zakirovich, G. B. (2020). Super-segment phonostylistics as the basis for studying the problems of accent variants of Russian nouns. *CREATION OF ETHNOGRAPHIES WITH POPULAR TRADITIONS*, 11(13), 39.
8. Gafurov, B. Z. (2021). Study of advertising texts in Russian on the topic of medical terminology. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT)*.– Indonesia, 26(1), 586-590.
9. Gafurov, B. Z. (2020). ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP OF MEDICAL TERMINOLOGY WITH SEGMENT PHONOSTYLISTICS OF THE NOUN IN RUSSIAN, UZBEK AND ENGLISH LANGUAGES. *Theoretical & Applied Science*, (1), 464-466.

10. Шеркулов, К. У., & Давлатов, С. С. (2022). ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). *Достижения науки и образования*, (4 (84)), 41-51.
11. Шеркулов, К. У., & Карабаев, Х. К. (2016). Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания у детей ожоговым шоком. In *Современные аспекты лечения термической травмы* (pp. 148-149).
12. Юнусов, О. Т., Карабаев, Х. К., Сайдуллаев, З. Я., Дусияров, М. М., & Шеркулов, К. У. (2019). Современный подход к лечению пациентов с глубокими ожогами. *Достижения науки и образования*, (11 (52)), 75-78.
13. Мустафакулов, И. Б., Рустамов, М. И., Шеркулов, К. У., Сайдуллаев, З. Я., & Бойсариев, Ш. У. (2016). Хирургическое лечение повреждений желудка при сочетанной травме. *Национальная ассоциация ученых*, (3-1 (19)), 46-47.

