

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СФИНКТЕРОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

С. П. Дегтяренко

Одесский национальный медицинский университет

## EFFICACY OF APPLICATION OF A SPHINCTERPRESERVING OPERATIONS IN THE TREATMENT OF COMPLEX RECTAL FISTULAS

S. P. Degtyarenko

Свищи прямой кишки (СПК), по данным статистических исследований, выявляют преимущественно у пациентов трудоспособного возраста. Неудачно выполненная операция чревата инвалидизацией пациентов, что определяет важное социально-экономическое значение проблемы лечения сложных СПК [1 — 3].

Разветвленность свища и наличие гнойных затеков, полостей существенно влияют на выздоровление пациента. Важнейшим критерием сложности СПК является отношение свищевого хода к волокнам сфинктера заднего прохода (СЗП). Выделяют СПК простые и сложные.

Простой СПК излечивают путем одномоментной фистулоэктомии с допустимой сфинктеротомией (операция Габриэля) без нарушения замыкательной функции СЗП в дальнейшем. Сложный СПК требует индивидуального подхода в зависимости от пола больного. У мужчин различают высокие задние и передние СПК; возможна сфинктеротомия на глубину более 1,5 см; боковые, возможна сфинктеротомия на глубину более 0,8 см; у женщин — передние транс- и экстрасфинктерные СПК, возможна сфинктеротомия на глубину не более 0,5 см; боковые, возможна сфинктеротомия более 0,8 см; задние высокие СПК, возможна сфинктеротомия более 1 см [4]. Степень сложности СПК определяли с помощью трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) и магниторезонансной томографии (МРТ), выделяли 2 степени сложности. СПК I степени слож-

### Реферат

Для повышения эффективности лечения больных по поводу сложных свищей прямой кишки (СПК) усовершенствованы методы сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств, разработан принципиально новый алгоритм лечения. Обследован 291 пациент в возрасте от 20 до 62 лет, всех оперировали в Одесской областной клинической больнице в период с 2003 по 2014 г. по поводу сложных транссфинктерных и экстрасфинктерных СПК. У 120 пациентов (I клиническая группа) применен лигатурный метод по стандартной методике; у 108 (II группа) — пластический метод с перемещением слизистой—подслизистой лоскута по оригинальной методике; у 63 (III группа) — метод интрасфинктерного лигирования сложных СПК. Использование пластического метода интрасфинктерного лигирования сложных СПК позволило избежать анальной инконтиненции, уменьшить длительность периода нетрудоспособности в 2 — 2,5 раза. Однако частота рецидивов после сфинктеросохраняющих операций несколько больше: при применении лигатурного метода — 5%, пластического — 11,1%, интрасфинктерного лигирования — 9,2%. Применение разработанного алгоритма лечения пациентов по поводу сложных СПК способствовало сохранению высокого качества жизни у 96,3% больных, уменьшению частоты их инвалидизации.

**Ключевые слова:** сложные свищи прямой кишки; анальная инконтиненция; хирургическое лечение; лигатурный метод; интрасфинктерное лигирование; пластический метод.

### Abstract

The methods of sphincterpreserving operative interventions, and a principally new algorithm of treatment was elaborated for enhancing of the treatment efficacy in patients, suffering complex rectal fistulas. There were examined 291 patients, ageing 20 — 62 yrs old, all of whom operated on in Odessa Rural Clinical Hospital in 2003—2014 yrs for complex transsphincteric and extrasphincteric rectal fistulas. In 120 patients (I clinical group) a ligature method in accordance to standard procedure was applied; in 108 (II group) — a plastic method with transposition of mucosa—submucosal flap in accordance to original procedure; in 63 (III group) — a method of intrasphincteric ligature of complex rectal fistulas. Application of plastic method of intrasphincteric ligature of complex rectal fistulas have permitted to omit the anal incontinence, to reduce the unemployment period in 2 — 2.5 times. But a recurrence rate after sphincterpreserving operations is certainly bigger: while a ligature method application — by 5%, of a plastic one — 11.1%, of intrasphincteric ligature — 9.2%. Application of elaborated algorithm for the patients treatment for complex rectal fistulas have promoted preservation of high quality of life in 96.3% patients, as well as reduction of rate of their disabling.

**Key words:** complex rectal fistulas; anal incontinence; surgical treatment; the ligature method; intrasphincteric ligature; plastic method.

ности (линейные) по Лурину [5] соответствуют 1, 2 степени сложности по Дульцеву, Саламову [6]; СПК II степени сложности (разветвленные) по Лурину соответствуют 3, 4 степени по Дульцеву — Саламову.

По поводу сложных СПК выполняют два вида операций:

— сфинктеросохраняющие (пластический метод, пломбирование свищевого хода, интрасфинктерное лигирование);

— с рассечением СЗП (лигатурный метод, иссечение свища с восстановлением СЗП).

В клинике руководствуются принципом, что лечение сложных СПК путем применения методов с пересечением СЗП допустимо при невозможности выполнения других методов.

Высокая частота рецидивов и анальной инконтиненции обусловлена тем, что большинство пациентов по поводу острого или хронического парапроктита оперируют в неспециализированных клиниках. Частота рецидивов после радикальных операций по поводу сложных СПК составляет 7 — 42%, недостаточности СЗП 7 — 35% [3, 7 — 9].

Учитывая высокую частоту неудовлетворительных результатов лечения сложных и рецидивных СПК, необходима разработка новых алгоритмов хирургического лечения таких больных, предусматривающих эффективное устранение первичного отверстия свищевого хода с максимальным сохранением функции СЗП.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных по поводу сложных СПК на основе разработки усовершенствованных сфинктеросохраняющих методов оперативного вмешательства и принципиально нового алгоритма лечения.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Одесской областной клинической больнице в период с 2003 по 2014 г. по поводу сложных трансфинктерных и экстрасфинктерных СПК оперирован 291 пациент в возрасте от 20 до 62 лет. Выборку формировали по когортному принципу, преобладали мужчины (60,6%), соотношение мужчин и женщин 1,5:1. Всего обследованы 642 больных, у 351 из них на дооперационном этапе диагноз сложного СПК исключен. При формировании клинических групп не включали пациентов, у которых обнаружены острый воспалительный процесс, болезнь Крона, ятрогенное происхождение СПК.

Больные в зависимости от проведенного лечения распределены на три группы. У 120 пациентов (I клиническая группа) применяли лигатурный метод по стандартной методике; у 108 (II группа) — пластический метод с перемещением слизистой—подслизистой лоскута по оригинальной методике (пат. України 19388, опубл. 15.12.06); у 63 (III группа) — метод интрасфинктерного лигирования.

Все больные обследованы с использованием единого алгоритма (приказ МЗ Украины № 544 от 24.11.03). Проктологическое исследование обязательно включало осмотр области промежности, пальпацию, пальцевое исследование заднепроходного канала, аноскопию, ректороманоскопию для выявления ранее существовавших и сопутствующих парапроктиту заболеваний прямой кишки (геморрой, трещина заднего прохода, фиброзные полипы) [6]. По показаниям выполняли ТРУЗИ и МРТ в режиме Stir с 3D визуализацией и последующим контролем во время операции. Анализировали жалобы, данные анамнеза, результаты клинического обследования, бактериологического исследования с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам, сфинктерометрических исследований. Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) до и после операции [10]. После операции проводили анкетирование больных посредством электронной почты и мобильной связи. Опросник включает 36 пунктов, оцениваемых по пятибалльной шкале, более высокий балл соответствует более высокому качеству жизни. Сумма баллов по шкалам выраженности клинических симптомов, эмоционального состояния, общего физического состояния, уровня социальной адаптации может составить от 36 до 180, по данным литературы [10], у пациентов с СПК она составляет от 91 до 120. Существуют официальные версии опросника на немецком, китайском, голландском, английском, французском, итальянском и испанском языках [10]. Таким

образом, использованный в работе русскоязычный вариант опросника является первым в странах СНГ.

Лечение пациентов осуществляли по единому алгоритму. До операции определяли сложность свищевого хода и ее степень. Пациентов при I степени сложности СПК оперировали с применением сфинктеросохраняющих методов, при II степени сложности — в два этапа.

Первым этапом лечения было иссечение свищевых ходов, дренирование гнойных затеков, выполнение симультанных операций (геморроидэктомия, удаление фиброзных полипов, трещин) в целях уменьшения частоты послеоперационных осложнений, с последующим проведением свободной лигатуры (этибоновая нить) через внутреннее отверстие свища для формирования линейного трубчатого свищевого хода по кратчайшему пути (уменьшение до I степени сложности СПК). В сроки 1,5 — 2 мес после первой операции выполняли второй этап с применением сфинктеросохраняющих методов. В период между операциями у пациентов полностью сохранена трудоспособность, они вели активный образ жизни.

Линейность свищевого хода и отсутствие гнойных затеков, полостей перед выполнением сфинктеросохраняющих операций контролировали по данным ТРУЗИ.

Использование такого подхода позволило расширить показания к выполнению сфинктеросохраняющих операций, значительно уменьшить частоту применения лигатурного метода, соответственно, улучшить отдаленные результаты и качество жизни пациентов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Важным результатом использования пластического метода и интрасфинктерного лигирования сложных СПК является отсутствие анальной инконтиненции, в то время как при применении классического лигатурного метода у 84 (70%) пациентов возникла анальная инконтиненция I — II степени, которая

Таблица 1. **Интраоперационные и послеоперационные осложнения у больных после применения различных методов оперативного вмешательства**

Осложнения	Частота выявления в группах					
	I		II		III	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кровопотеря во время операции, мл ( $\bar{x} \pm m$ )	40 ± 2,5		25 ± 2,4		27 ± 5,6	
Нагноение операционной раны	10	8,3	4	3,7	3	3,7
Кровотечение из раны после операции	11	9,6	4	3,7	–	–
Катетеризации мочевого пузыря	15	12,9	–	–	2	3,17
Повышение температуры тела	96	80	8	7,4	10	15,8
Анальная инконтиненция (до 12 мес)	84	70	–	–	–	–
Анальная инконтиненция (через 12 мес)	27	22,5	–	–	–	–
Рецидив СПК	6	5	12	11,1	6	9,52

сохранялась в течение 12 мес после операции, у 22,5% — более 1 года (табл. 1). Частота рецидивов после сфинктеросохраняющих операций несколько больше: при применении лигатурного метода она составляла 5%, пластического — 11,1%, интрасфинктерного лигирования — 9,2%. В основном рецидивы отмечены на ранних этапах отработки методики двухэтапного лечения.

Длительность периода нетрудоспособности после применения лигатурного метода в 2 — 2,5 раза больше (табл. 2).

Рецидивы после сфинктеросохраняющих методов не следует сопоставлять с неудачами при других вмешательствах с пересечением СЗП, поскольку сфинктерный комплекс сохранен, качество жизни па-

циентов высокое [7, 11–13]. Такие пациенты оперированы повторно, отдаленные результаты хорошие.

Значительный интерес представляет анализ сравнительных данных качества жизни пациентов до и после проведенного лечения (табл. 3). Представленные данные свидетельствуют о существенных различиях до и после операции.

Вскрытие и иссечение в просвет прямой кишки свищевого хода является единственным надежным методом лечения сложных СПК. Однако при этом повреждение СЗП сопровождается возникновением анальной инконтиненции в послеоперационном периоде, что обуславливает значительное ухудшение качества жизни пациентов. Многочисленные методы, используемые в настоя-

щее время, направлены на оптимизацию лечения с иссечением СПК и максимальным сохранением функции СЗП. Сегодня проблема хирургического лечения сложных СПК не решена, его результаты не удовлетворяют хирургов. Сложности диагностики и лечения сложных СПК обусловлены, в первую очередь, индивидуальными анатомо-топографическими особенностями зоны заднепроходного канала и вариабельностью строения свищевого хода. Разнообразие существующих классификаций и отсутствие единой общепринятой классификации доказывают актуальность проблемы. Хирурги, занимающиеся лечением сложных СПК, отдают предпочтение различным методам. Организация рандомизированных исследований на основе принципов доказательной медицины достаточно затруднительна.

Точная анатомо-топографическая диагностика (ТРУЗИ, МРТ в режиме Stir) обеспечивает успех в 80 — 90% наблюдений благодаря адекватному выбору метода лечения в зависимости от сложности свищевого хода.

На основе разработанной нами классификации мы применяем дифференцированный подход к лечению в один или два этапа, что позволяет более широко использовать сфинктеросохраняющие методы.

Несмотря на сравнительно большую частоту рецидивов после применения пластического метода и интрасфинктерного лигирования, качество жизни пациентов значительно выше, чем после применения

Таблица 2. **Результаты у больных после различных методов оперативного вмешательства**

Показатель	Величина показателя в группах ( $\bar{x} \pm m$ )		
	I	II	III
Длительность операции, мин	40 ± 8	70 ± 16	41 ± 11
Длительность лечения пациентов в стационаре, дней	21 ± 0,5	8,2 ± 0,1	7,6 ± 0,9
Длительность периода нетрудоспособности, дней	38 ± 0,8	16,3 ± 0,4	15,8 ± 0,3

Таблица 3. **Оценка качества жизни пациентов с использованием опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) до и после операции**

Клинические группы	Результаты анкетирования, число баллов ( $\bar{x} \pm m$ )		
	до операции	после операции	через 12 мес
I	118,5 ± 2,2	102,4 ± 1,9*	115,05 ± 1,6
II	119,3 ± 2,8	120,6 ± 1,6*	131,8 ± 1,8*
III	118,1 ± 3,6	122,2 ± 2,4*	130,7 ± 2,4*

Примечание. \* — различия показателей достоверны по сравнению с таковыми до операции ( $p < 0,05$ ).

лигатурного метода. Наличие функционирующего СПК приносит меньше вреда пациенту, чем отсутствие замыкательной функции СЗП. Задачей хирурга—проктолога является выбор оптимального метода оперативного лечения сложных СПК, обеспечивающего наибольшую возможность выздоровления с сохранением высокого качества жизни пациента. В некоторых сложных ситуациях пациенту следует предоставлять право самостоятельного выбора метода оперативного лечения с позиции вероятного возникновения послеоперационных осложнений: более надежные методы иссечения свища в просвет прямой кишки, гарантирующие выздоровление при определенной степени нарушения функции СЗП, или сфинктеросохраняющие методы с большей частотой рецидивов и сохранением функции СЗП и, соответственно, качества жизни [14].

На основании интегрального анализа методов диагностики и оперативного лечения сложных СПК

нами разработан диагностический и лечебный алгоритм, который позволяет достоверно улучшить результаты оперативного лечения, функциональные результаты, качество жизни пациентов, уменьшить продолжительность периода нетрудоспособности пациентов, частоту инвалидизации. Алгоритм может быть рекомендован к внедрению в практическую деятельность хирургов—проктологов.

## ВЫВОДЫ

1. В структуре сложных СПК наиболее часто выявляют транссфинктерные СПК — у 30,37% больных, экстрасфинктерные — у 14,95%, из них преобладают СПК II степени сложности.

2. Диагностическая программа при наличии у пациентов сложных СПК, включающая ТРУЗИ и МРТ в режиме Stir для определения хода свища в трехмерной проекции, толщину и глубину рубцового поражения параректальной клетчатки, дает возможность до операции с вероят-

ностью до 90% установить точную локализацию внутреннего отверстия свищевого хода и определить хирургическую тактику.

3. Применение двухэтапного лечения сложных СПК позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений, у значительно числа пациентов при наличии СПК II степени сложности использовать сфинктеросохраняющие методы.

4. Применение разработанного алгоритма лечения пациентов по поводу сложных СПК, несмотря на несколько большую частоту рецидивов, способствовало уменьшению частоты инконтиненции, сохранению высокого качества жизни у 96,3 % больных, уменьшению частоты инвалидизации и продолжительности периода нетрудоспособности в 2 — 2,5 раза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Bleier J. I. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas / J. I. Bleier, H. Molo, S. M. Goldberg // *Dis. Colon Rectum*. — 2010. — Vol. 53. — P. 43 — 46.
2. Treatment of transsphincteric anal fistulas by endorectal advancement flap or collagen fistula plug: a comparative study / D. Christoforidis, M. C. Pieh, R. D. Madoff, A. F. Mellgren // *Ibid.* — 2009. — Vol. 52. — P. 18 — 22.
3. Fistula—in—ano: advances in treatment / S. Deeba, O. Aziz, P. S. Sains, A. Darzi // *Am. J. Surg.* — 2008. — Vol. 196. — P. 95 — 99.
4. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки / А. Н. Рыжих. — М.: Медгиз, 1956. — 392 с.
5. Лурін А. Г. Оптимізація діагностично—лікувальної тактики при екстрасфінктерних норіцях прямої кишки: автореф. дис. ... д—ра мед. наук: спец. 14.01.03 — хірургія / А. Г. Лурін. — К., 2007. — 34 с.
6. Дульцев Ю. В. Парапроктит / Ю. В. Дульцев, К. Н. Саламов. — М.: Медицина, 1981. — 208 с.
7. Retrospective analysis of a fistula—in—ano: focus on an anal—sphincter—preserving procedure / K. S. Han, H. M. Cho, D. H. Kim, J. G. Kim // *J. Korean Soc. Coloproct.* — 2007. — Vol. 23. — P. 403 — 409.
8. Early experience with the bioabsorbable anal fistula plug / D. A. Lawes, J. E. Efron, M. Abbas [et al.] // *World J. Surg.* — 2008. — Vol. 32. — P. 1157 — 1159.
9. Malik A. I. Surgical management of anal fistulae: a systematic review / A. I. Malik, R. L. Nelson // *Colorect. Dis.* — 2008. — Vol. 10. — P. 420 — 430.
10. Quality of life in patients with benign anorectal disorders / M. Sailer, D. Bussen, E. S. Debus [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1998. — Vol. 85, N 12. — P. 1716 — 1719.
11. Ellis C. N. Long—term outcomes with the use of bioprosthetic plugs for the management of complex anal fistulas // C. N. Ellis, J. W. Rostas, F. G. Greiner // *Dis. Colon Rectum*. — 2010. — Vol. 53. — P. 798 — 802.
12. Johnson E. K. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas / E. K. Johnson, J. U. Gaw, D. N. Armstrong // *Ibid.* — 2006. — Vol. 49. — P. 371 — 376.
13. Колоректальная хирургия; под ред. Р. К. С. Филлипса; пер. с англ.; под ред. Г. И. Воробьева. — М.: ГЭОТАР—Медиа, 2009. — 258 с.
14. Shanwani A. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter—saving technique for fistula—in—ano // A. Shanwani, A. M. Nor, N. Amri // *Dis. Colon Rectum*. — 2010. — Vol. 53. — P. 39 — 42.

