

ВЫБОР МЕТОДА МЕЖСФИНКТЕРНОЙ ПЕРЕВЯЗКИ И ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА СО ШВОМ АНАЛЬНОГО ЖОМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Рустамов Иноятулла Мурадулла угли

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11480813>

Аннотация: Хронический парапроктит (пара-ректальный свищ, свищ прямой кишки) - одно из самых распространенных заболеваний в колопроктологии, занимающее 25-30% в структуре колорек-тальной патологии. По литературным данным частота заболевания может достигать 23 случаев на 100000 населения, при этом чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста, что обуславливает социальную значимость патологии. Как правило, параректальные свищи являются следствием ранее перенесенного острого парапроктита, удельный вес последнего достигает 0,5 - 4,0% в структуре всей общехирургической патологии. На фоне разнообразия анатомической локализации воспалительного процесса простое вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости нередко приводит к неоднократным рецидивам заболевания, возникающих в 4,0 -10,0% случаев. Избежать перехода острого процесса в хронический позволяет идентификация и ликвидация внутреннего отверстия гнойника, сообщающего его полость с просветом кишки и определяющего формирование параректального свища. В связи с этим необходим дифференцированный подход к лечению острого парапроктита.

Ключевые слова: свищ, свищ прямой кишки, свищ промежности, свищ, дефект ректовагинальной перегородки.

SELECTION OF METHOD OF INTERSPHINCTER LIGATION AND EXCISION OF A FISTULA WITH ANAL SUTURE WHEN TREATING RECTAL FISTULAS

Abstract: Chronic paraproctitis (pararectal fistula, rectal fistula) is one of the most common diseases in coloproctology, occupying 25-30% of the structure of colorectal pathology. According to literature data, the incidence of the disease can reach 23 cases per 100,000 population, and is more common in young and middle-aged people, which determines the social significance of the pathology. As a rule, pararectal fistulas are a consequence of previously suffered acute paraproctitis, the proportion of the latter reaches 0.5 - 4.0% in the structure of the entire general surgical pathology. Against the background of the diversity of anatomical localization of the inflammatory process, simple opening of the abscess and drainage of the purulent cavity often leads to repeated relapses of the disease, occurring in 4.0 -10.0% of cases. The transition of an acute process to a chronic one can be avoided by identifying and eliminating the internal opening of the abscess, which connects its cavity with the intestinal lumen and determines the formation of a perirectal fistula. In this regard, a differentiated approach to the treatment of acute paraproctitis is necessary.

Keywords: fistula, rectal fistula, perineal fistula, fistula, rectovaginal septal defect.

ВВЕДЕНИЕ

Параректальный свищ - хронический воспалительный процесс, в результате которого формируется патологический ход между пораженной анальной криптой и наружным свищевым отверстием на перианальной коже. По мнению большинства авторов,

хронический воспалительный процесс является следствием перенесенного острого парапроктита, развитие которого происходит в соответствии с «криптогландулярной» теорией. Ключевой момент этиопатогенеза заключается в проникновении инфекции из просвета прямой кишки по выводному протоку в анальную железу, что приводит к воспалению, отеку и обструкции выводного протока железы с последующим развитием нагноения и вовлечением параректальной клетчатки. При самопроизвольном, или паллиативном вскрытии абсцесса без ликвидации пораженной крипты -входных ворот инфекции, формируется свищ прямой кишки. Как правило, инфицирование крипты происходит условно-патогенной микрофлорой кишечника. Наиболее часто из отделяемого свища высеиваются *Escherichia coli* (22%), *Bacterioides fragilis* (20%), *Enterococcus spp* (16%) в сочетании со стафилококками.

Материал и методы

Настоящее исследование является открытым одноцентровым, проспективным, контролируемым. Работа проводилась на базе многопрофильной клиники СамГМУ сентября 2020 по март 2024 года. Всего в исследовании включено 80 пациентов, которые были разделены на две группы: основная группа - 40 пациентов, оперированных по способу лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве прямой кишки, и контрольная группа - 40 пациентов, оперированных путем иссечения свища со швом сфинктера.

Критерии включения:

- возраст от 18 до 89 лет
- наличие чрессфинктерного параректального свища
- письменное согласие больных на участие в

исследовании. Критерии исключения:

- возраст моложе 18 и старше 89 лет
- чрессфинктерные параректальные свищи некриптогландулярной этиологии
- интрасфинктерные, экстрасфинктерные, рецидивные параректальные свищи.

Диагностика чрессфинктерного параректального свища основана на жалобах пациента, сборе анамнеза, общего осмотра, осмотра промежности, пальцевом исследовании, зондировании свищевого хода, ректороманоскопии, а также, в ряде случаев, с целью объективной оценки функции ЗАПК, проводилась сфинктерометрия с использованием сфинктерометра производителя «МСМ ПроМедико ГмбХ». Для субъективной оценки функции держания до и после операции использовалось анкетирование по шкале Wexner, где 0 баллов – адекватная функция держания, 20 баллов – полное недержание.

Оперативное лечение в исследуемых группах проводилось под спинномозговой анестезией. Операция LIFT завершалась одним из трех способов:

1. Классический LIFT: после перевязки синтетической абсорбирующей нитью и пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве, производится кюретаж дистальной части свищевого хода (рисунок 1). Межсфинктерная рана ушивается узловыми швами. Классическим способом прооперировано 11 пациентов (27,5%).

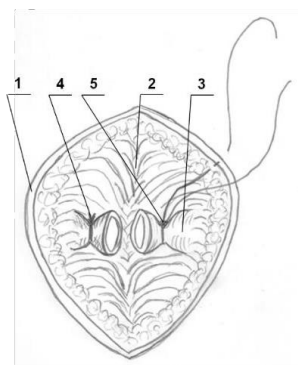


Рис.1. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT).

1-разрез перианальной кожи; 2-межсфинктерное пространство;
3- выделенный свищевой ход; 4,5-перевязка и пересечение фистулы

2. LIFT – plus: после перевязки синтетической абсорбирующей нитью и пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве, дистальная часть последнего выделяется вплоть до мышечных волокон наружного сфинктера, после чего иссекается и удаляется. Образовавшийся дефект наружного анального жома ушивается со стороны кожной раны синтетической нитью сафил 3/0 (викрил) (рисунок 2). Данным способом прооперировано 20 пациентов (50,0%).

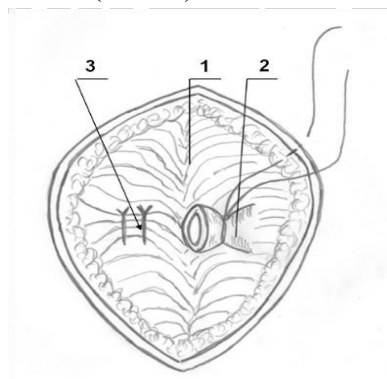


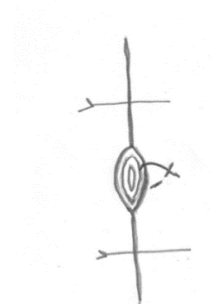
Рис. 2. Схематичное изображение завершения операции по способу LIFT+

1 – межсфинктерное пространство; 2 – проксимальная культя свищевого хода; 3 – ушитый дефект наружного анального жома после иссечения дистальной части фистулы.

3. LIFT - модификация: после перевязки синтетической абсорбирующей нитью и пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве, дистальная часть свищевого хода выделяется до наружного сфинктера и иссекалась острым путем, дефект анального жома ушивается нитью сафил 3/0 со стороны кожной раны. Проксимальная культя свища выводится из межсфинктерной раны до уровня кожи и свободным концом лигатуры, использованной ранее для перевязки фистулы, фиксируется к коже медиального края межсфинктерной раны (рисунок 3). Фиксация культи также возможна отдельной лигатурой, путем подшивания проксимального отрезка культи к коже медиального края межсфинктерной раны, однако, прокол культи иглой необходимо производить дистальнее уровня перевязки последней с целью избежать сквозного повреждения проксимального отрезка свищевого хода и, как следствие, снижения вероятности процесса нагноения в межсфинктерном пространстве, ведущего к возникновению рецидива заболевания. По предложенному способу завершения лигирования свищевого хода в межсфинктерном

пространстве прооперировано 9 пациентов (22,5%).

Рис.3. Конечный вид послеоперационной раны по предложенной нами



модификации. 1 – проксимальная культя свищевого хода, фиксированная к медиальному краю межсфинктерной раны; 2,3 – свободные концы нити.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценивая исходные данные двух групп, следует вывод, что все показатели практически равнозначны и находятся в пределах нормальных значений ($p < 0,05$). В основной группе на 7-е сутки давление покоя выше, чем до операции на 1,92 мм.рт.ст., что обусловлено рефлекторным повышением тонуса внутреннего сфинктера в ответ на болевой синдром ($p > 0,05$). У пациентов контрольной группы на 7-е сутки давление покоя ниже начальных параметров на 5,71 мм.рт.ст. ($p < 0,05$), что связано, не смотря на большую выраженность болевого синдрома, значительно большей травмой за счет пересечения определенной порции мышечных волокон, в совокупности приводящее к снижению цифровых значений давления покоя.

ОБСУЖДЕНИЕ

При наличии параректального свища чрессфинктерной конфигурации целесообразно отдавать предпочтение операции LIFT, зарекомендовавшей себя высокоэффективной органосберегающей методикой с низким процентом рецидива заболевания и отсутствием нарушений запирающей функции прямой кишки в послеоперационном периоде

Для перевязки свищевого хода целесообразно использовать синтетические абсорбирующиеся нити со средним сроком биodeградации.

При лигировании свища не применять методику сквозного прошивания хода с целью профилактики рецидива заболевания

При выполнении операции LIFT целесообразно дополнять лигирование свища в межсфинктерном пространстве удалением дистальной части свищевого хода (LIFT-plus).

Дефект наружного жома, образовавшийся после удаления дистальной части свища целесообразно ушивать со стороны кожной раны. Для наложения шва лучше использовать синтетические абсорбирующиеся нити со средним сроком биodeградации.

С целью предотвращения развития осложнения в форме острого парапроктита и профилактики развития «полного» рецидива свища целесообразно завершать операцию модификацией LIFT путем фиксации проксимальной культи свищевого хода к медиальному краю кожной раны межсфинктерного пространства

В случае развития «малого» рецидива свища, по типу интрасфинктерного, показано выполнение фистулотомии, или иссечение свища в просвет кишки с применением местной анестезии амбулаторно, или в условиях стационара.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При крупных дистальных ректовагинальных свищах целесообразно использовать широкое выделение свищевого отверстия для лучшей визуализации и дальнейшего рассечения поперечной мышцы и фасции. При свищах ректовагинальной перегородки с экстрасфинктерным расположением используется сегментарная проктопластика или низведение полноценного слизисто-мышечного лоскута.

Литература:

1. Дусияров М. М., Рахматова Л. Т., Рустамов И. М. Результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-359.
2. Кан С. А., Рустамов И. М., Шербекоева Ф. У. Хирургическая тактика у больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 361-362.
3. Eshonkhodjaev, O., Dusiyarov, M. M., Sherkulov, K. U., Rustamov, M. I., & Bobokambarov, N. A. Evaluation of the Effectiveness of Anti-adhesive Coating on a Model of a Lung Wound in an Experiment. JournalNX, 7(02), 87-98.
4. Шеркулов К. У., Рустамов М. И., Худойназаров У. Р. Эффективность Лигирования Свищевого Хода В Межсфинктерном Пространстве В Лечение Транссфинктерных Параректальных Свищей // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 112-115.
5. Шербекоев У.А., Рустамов И.М. Эффективность комплексной терапии острого парапроктита // ReFocus. 2023. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-terapii-ostrogo-paraproktita-1> (дата обращения: 17.10.2023).
6. Sherbekov U.A., & Rustamov I.M. (2023). Optimization of draining ligations in the treatment of complex forms of acute paraproctitis. Research Focus International Scientific Journal, 2(3), 169–174. Retrieved from <https://refocus.uz/index.php/1/article/view/74>
7. Karabayev J.A., Rustamov I.M., Shakulov A.M., & Juraboyev Yu.Sh. (2023). Draining ligature in the treatment of acute paraproctitis. Research Focus International Scientific Journal, 2(4), 223–229. Retrieved from <https://refocus.uz/index.php/1/article/view/138>
8. Kurbaniazov B. Zafar, Sherbekov A. Ulugbek, Rustamov M. Inoyatulla. Loose set-on in the treatment of acute paraproctitis// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 2, pp.390-398
9. Bobokulov A. U. et al. Analyze acute paraproctitis //European Journal of Medical Genetics and Clinical Biology. – 2024. – Т. 1. – №. 1. – С. 159-160.
10. Бобокулов А. У., Усмонкулов М. К., Бабакулова Ф. У. Оптимизация Тактики Хирургического Лечения Острого Гангренозно-Некротического Парапроктита //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 155-159.
11. Bobokulov A. U. Develop and improve treatment tactics for acute gangrenous-necrotic paraproctitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2023. – Т. 5. – №. 06. – С. 11-14.
12. Sherkulov K. U., Bobokulov A. U., Usmonkulov M. K. Results of treatment of patients with acute gangrenous-necrotic paraproctitis //World Bulletin of Public Health. – 2023. – Т. 19. – С. 161-163.