

УДК 616.351-007.253-089

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

А.М. Мадаминов, Ж.С. Садырбеков, А.Ю. Айсаяев

Представлен сравнительный анализ различных методов хирургического лечения сложных транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки, позволяющий говорить об эффективности усовершенствованной методики хирургического лечения свищей прямой кишки.

Ключевые слова: прямая кишка; прямокишечный свищ; транссфинктерный свищ; экстрасфинктерный свищ.

ТҮЗ ИЧЕГИНИН ТАТААЛ ТЕШИК ЖАРЛАРЫН ДАРЫЛООО МАСЕЛЕСИ

Макалада түз ичегинин транссфинктердик жана экстрасфинктердик тешик жарасын хирургиялык дарылоонун ар кандай методдоруна талдоо жүргүзүлүп, мунун өзү түз ичегинин тешик жарасын хирургиялык дарылоонун өркүндөтүлгөн методикасынын натыйжалуулугу жөнүндө айтууга мүмкүндүк берет.

Түйүндүү сөздөр: түз ичеги; түз ичегинин тешик жарасы, экстрасфинктердик тешик жара, транссфинктердик тешик жара.

TO THE ISSUE OF TREATMENT OF DIFFICULT FISTULAS OF THE RECTUM

A.M. Madaminov, Zh.S. Sadyrbekov, A.Y. Aisaev

The article presents a comparative analysis of various methods of surgical treatment of difficult transsphincteric and extrasphincteric fistulas of the rectum. Allowing to speak about the effectiveness of the improved technique of surgical treatment of fistulas of the rectum.

Keywords: rectum; rectal fistula; transsphincteric fistula; extrasphincteric fistula.

Хронический парапроктит – довольно часто встречающееся заболевание прямой кишки, составляющее 25–30 % всех заболеваний прямой кишки [1–3]. Операции по поводу свищей прямой кишки занимают 2–3-е место в структуре хирургических вмешательств колопроктологических отделений [4]. Наиболее трудную хирургическую проблему составляют сложные транссфинктерные и экстрасфинктерные свищи прямой кишки.

Проблема заключается в том, что каждая радикальная операция, осуществляемая с целью ликвидации сложных прямокишечных свищей, неизбежно нарушает целостность мышц анального сфинктера. Кроме того, несмотря на большое число предложенных методик хирургического лечения свищей прямой кишки, рецидивы заболевания наблюдаются у 15 может быть 30 % больных [5, 6].

Выполнение повторных операций по поводу рецидивирующих свищей прямой кишки нередко осложняется недостаточностью анального жома вследствие обширной травмы запирающего аппарата [6].

Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики свищей прямой кишки, разработку и внедрение новых операций, остается высоким процент неудовлетворительных исходов лечения. При лечении транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки количество рецидивов и недостаточности анального сфинктера сохраняется на высоком уровне [3, 5–7]. Все это определяет актуальность проблемы лечения свищей прямой кишки и требует поиска новых путей их оперативного лечения.

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки.

Материал и методы исследования. В отделении проктологии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за 2015–2017 гг. на обследовании и лечении находились 371 больной со сложными, т. е. транссфинктерными и экстрасфинктерными, свищами прямой кишки. Из общего количества больных у 42 (11,3 %) пациентов обнаружили экстрасфинктерный свищ прямой кишки, у 329 (88,7 %) – транссфинктерный свищ прямой кишки.

Среди находившихся на стационарном лечении больных, мужчин было 313 (84,4 %), женщин – 58 (15,6 %). Возраст пациентов колебался от 17 до 72 лет. Все больные были госпитализированы в отделение проктологии по направлению консультативной поликлиники Национального госпиталя.

В зависимости от применявшихся методов оперативного вмешательства все больные были разделены на три исследуемые группы. *Первая группа* – 136 (36,6 %) больных, которым было назначено усовершенствованное нами оперативное вмешательство. *Вторая группа* – 176 (47,4 %) больных, которым произведена операция – иссечение свища прямой кишки с ушиванием дна раны. В *третьей группе* вошли 59 (16 %) больных, у которых после иссечения свища прямой кишки рана оставалась открытой.

При обследовании больных, наряду с общеклиническими методами исследования, проводили ректороманоскопию, сфинктерометрию, фистулографию, микробиологическое исследование отделяемого свища.

Результаты лечения и их обсуждение. Больным, которые вошли в первую группу, их было 136 (36,6 %) человек, произведена операция – иссечение свища прямой кишки с пластикой анального сфинктера, с ушиванием раны промежности наглухо.

Операция осуществлялась под сакральной анестезией: после обработки операционного поля свищевой ход прокрашивали 1%-ным раствором метиленового синего, смешанного с 3%-ным раствором перекиси водорода в соотношении 1:2. Затем ректальным зеркалом разводили стенки анального канала и в наружное свищевое отверстие вводили зонд, который, проходя по свищевому ходу, выходил в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища. Мостик тканей над зондом рассекали, при этом пересекали часть волокон анального сфинктера при транссфинктерном свище или рассекали сфинктер полностью при экстрасфинктерном. Затем экономно иссекали стенки свищевого хода и кожно-слизистые края раны. Ране придавали форму треугольника, острием обращенного в просвет кишки. Рана приобретала форму клина. После этого на пересеченные края сфинктера накладывали отдельные швы из рассасывающихся нитей, после чего на дно раны на всем протяжении так же накладывали швы из рассасывающихся нитей, при стягивании которых рана становилась линейной. Рану слизистой оболочки анального канала и кожи перианальной области оставляли открытой, а рану промежности ушивали наглухо. Операцию заканчивали

введением в просвет прямой кишки марлевой ленты с мазью Левомеколь, которую удаляли на следующий день после операции. Назначали антибиотики (7–10 дней), обезболивающие. Ежедневно осуществляли перевязки раны с аппликацией мази Левомеколь. Заканчивая операцию таким частичным ушиванием раны, мы существенно сокращали послеоперационный период и сроки пребывания больных в стационаре.

В этой группе средняя продолжительность нахождения больного на стационарном лечении составляла 8 койко-дней. Нагноение промежностной раны имело место у 2 (1,4 %) пациентов. Рана заживала мягким, не деформирующим анальную область рубцом. В отдаленные сроки рецидив заболевания выявлен только у одного (0,7 %) больного, недостаточность анального сфинктера не наблюдалась.

176 (47,4 %) больным второй группы была произведена операция – иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны. Операцию проводили так же, как в первой группе, только в отличие от вышеописанной операции после иссечения свища в просвет прямой кишки на дно раны на всем ее протяжении накладывали узловыи швы из рассасывающихся нитей. При стягивании этих нитей рана уменьшалась в размерах. Ведение послеоперационного периода у этих больных не отличалось от пациентов первой группы.

В послеоперационном периоде у 5 (2,8 %) больных наблюдалось нагноение операционной раны, потребовавшее снятия швов и ведения раны в открытом виде. Средняя продолжительность нахождения больного на стационарном лечении в этой группе составила 9 койко-дней. В отдаленные сроки рецидивы заболевания выявлены у 4 (2,2 %), недостаточность анального сфинктера первой степени – у 6 (3,4 %) больных.

У 59 (16 %) больных третьей группы после иссечения свища в просвет прямой кишки послеоперационная рана оставалась открытой и заживала вторичным натяжением.

Средняя продолжительность нахождения больного на стационарном лечении в этой группе пациентов составила 10 койко-дней. Больные из стационара выписывались с открытой, гранулирующей раной в аноректальной области на амбулаторное долечивание.

Недостаточность анального жома среди больных этой группы наблюдалась у 7 (12,5 %) пациентов. Данное осложнение выявлено в раннем послеоперационном периоде как следствие образования послеоперационных рубцов, которые препятствовали полному смыканию анального канала. У 5 (8,9 %) больных в отдаленные сроки выявлены рецидивы.

Таким образом, на исходы хирургического лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки влияют не только характер гнойного процесса, топографо-анатомическое взаимоотношение свищевого хода с мышцами анального сфинктера, но и выбор метода оперативного вмешательства.

Предложенная нами методика оперативного вмешательства показана при трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки без выраженных воспалительных и рубцовых изменений вокруг свищевого хода и без гнойных затеков.

Сравнительный анализ лечения различными методами оперативного вмешательства подтвердил эффективность предложенной нами усовершенствованной методики хирургического лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Выводы

1. Предложенный усовершенствованный способ частичного ушивания раны анального канала и промежности создает условия для более быстрого заживления послеоперационной раны.
2. Усовершенствованная методика оперативного вмешательства показана при трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки без выраженных воспалительных и рубцовых изменений вокруг свищевого хода.
3. Сравнительный анализ результатов лечения свищей прямой кишки различными способами

подтвердил эффективность усовершенствованной методики хирургического лечения свищей прямой кишки. Процент послеоперационных осложнений снижен до минимума, значительно сократились и сроки лечения больных.

Литература

1. Основы колопроктологии / под ред. акад. РАМН, проф. Г.И. Воробьева. Ростов н/Д: Изд-во "Феникс", 2001. 416 с.
2. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Изд-во "Медпрактика", 2001. 300 с.
3. Фёдоров В.Д. Проктология / В.Д. Фёдоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384с.
4. Фёдоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / под ред. В.Д. Фёдорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. М.: Медицина, 1994. 450 с.
5. Капитонов А.С. Лечение параректальных свищей / А.С. Капитонов, Т.В. Нарциссов, В.П. Брежнев // Клиническая хирургия. 1990. № 2. С. 39–40.
6. Шешаберидзе М.С. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки / М.С. Шешаберидзе // Хирургия. 2001. № 10. С. 43–46.
7. Мадаминов А.М. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки / А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаев // Вестник КРСУ. 2008. Т. 8. № 4. С. 43–45.