

УДК 616.351-007.253-089.85-036.65-089.168.1+615'.33+03 (575.2) (04)

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

А.М. Мадаминов – докт. мед. наук, профессор,
А.Ю. Айсаев – аспирант

The literature regarding surgical treatment of complicated extrasphincter anal fistulas has been reviewed. The results of surgical treatment according to the method modified in the clinic have been studied.

Свищи прямой кишки (СПК) – довольно часто встречающееся заболевание, составляющее 25–35% всех заболеваний прямой кишки [1]. Наиболее трудную хирургическую проблему составляют сложные экстрасфинктерные СПК. Проблема заключается в том, что каждая радикальная операция по ликвидации сложных прямокишечных свищей, неизбежно нарушает целостность мышц анального жома. Кроме того, несмотря на большое число предложенных методик хирургического лечения СПК, рецидивы заболевания наблюдаются у 15–30% больных [2], а выполнение повторных операций по поводу сложных рецидивирующих свищей нередко осложняется недостаточностью анального сфинктера вследствие обширной травмы запирающего аппарата. Особенно это касается больных, страдающих СПК в течение многих лет. Свищевой канал может иметь сложный извилистый ход с затеками и полостями, он очень часто замурован в плотных рубцовых тканях после предыдущих неоднократных оперативных вмешательств.

В настоящее время наиболее частыми методиками оперативного лечения аноректальных свищей являются: рассечение свища на всем протяжении с выскабливанием его дна острой ложечкой и открытым ведением раны; иссечение свища в просвет прямой кишки; иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны; при сложных свищах

иссечение свища с проведением лигатуры, с последующим пересечением пораженной части анального сфинктера этой нитью (лигатурный метод), иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием анального сфинктера; иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища [2]. Т.В. Абуладзе, Р.Н. Иашвили [3] предложили применить аллотрансплантат и искусственный трансплантат при хирургической коррекции сложных прямокишечных свищей. Они у 106 больных со сложными экстрасфинктерными и рецидивными СПК использовали пересадку собственной широкой фасции бедра и искусственных рассасывающихся пленок – тканей. Рецидивы заболеваний отмечались в 3% наблюдений.

Е.С. Синельников [4] при лечении 141 больного с СПК использовал различные известные оперативные методы. Рецидивы заболевания отмечались у 3% больных. А.С. Марченко [5] предложил одномоментное и двухмоментное оперативное лечение СПК. При сложных высоких и экстрасфинктерных свищах он их иссекал, проводил лигатуры, а затем корригировал недостаточность анального сфинктера (10% больных). А.С. Капитонов с соавт. [6] для устранения экстрасфинктерных СПК применяли иссечение свища с зашиванием его культи в ране промежности с задней до-

зированной сфинктеротомией по методу А.Н. Рыжих [7] в двух вариантах: иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки заднего прохода и иссечение свища с проведением лигатуры. А.С. Мартинов [8] при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки применял пластическую операцию с низведением слизисто-подслизистого лоскута. Рецидивы заболевания наблюдались у 8% больных. М.С. Шешаберидзе [9] при экстрасфинктерных свищах и трансфинктерных свищах прямой кишки проводил 172 больным операцию по иссечению свищевого хода в просвет прямой кишки с расщеплением сфинктера, пластика стенки анального канала с низведением дистального сегмента прямой кишки. У пяти (3,1%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны промежности с последующим заживлением вторичным натяжением. В трех (1,9%) наблюдениях возникли рецидивы свищей.

В арсенале хирургических методик при экстрасфинктерных СПК есть и другие пластические операции, предусматривающие перемещение слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки вниз [9], вправо или влево [10]. Наиболее существенными недостатками у большинства из этих методов являются наличие длительно не заживающей инфицированной раны и дискомфорта в области промежности, большой срок лечения, высокая частота рецидивов заболевания. Кроме того, такие операции не всегда выполнимы.

Все перечисленные методики определяют актуальность проблемы лечения сложных прямокишечных свищей и поиск новых путей их оперативного лечения.

Материал и методы исследования. Нами успешно применяется метод хирургического лечения сложных СПК – иссечение свища с ушиванием сфинктера. Операцию проводят под сакральной анестезией (2% раствор лидокаина 30 мл), обеспечивающей хорошее расслабление сфинктерного аппарата. Операция заключается в следующем: после обработки операционного поля свищевой ход прокрашивают раствором метиленового синего. Разрезом, окаймляющим наружное свищевое отверстие, свищ выделяют в виде тяжа до места перехода его в стенку прямой кишки и здесь отсекают. В прямую

кишку вводят ректальное зеркало. Через культу свищевого хода проводят желобоватый зонд, по которому мостик тканей пересекается в просвет прямой кишки, при этом пересекаются мышцы сфинктера. После иссечения краев раны и подлежащей рубцовой ткани форма раны приобретает вид остrokонечного треугольника, острием обращенного в просвет прямой кишки. Проксимальную часть раны с волокнами пересеченного сфинктера ушивают отдельными рассасывающимися швами без захвата слизистой оболочки. Дистальную треть раны ушивают наглухо. В прямую кишку вводят мазевый тампон и газоотводную трубку.

В послеоперационный период назначают обезболивающие, антибиотики и ежедневно перевязки.

С 2000 по 2006 г. в проктологическом отделении Национального госпиталя МЗ КР по данной методике нами оперировано 140 больных со сложными экстрасфинктерными свищами прямой кишки: мужчин – 100 (71,4%), а женщин – 40 (28,6%). Возраст больных от 35 до 62 лет.

Результаты исследования. У пяти (3,6%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны с последующим заживлением вторичным натяжением. Послеоперационный период составил в среднем 14–15 койко-дней. Нарушение функции запирающего аппарата прямой кишки при использовании данной методики оперативного лечения наблюдалось у трех (2,1%) больных. Этим больным в последующем проводили коррекцию недостаточности анального сфинктера.

Таким образом, разработанный нами метод оперативного лечения сложных свищей прямой кишки способствует уменьшению частоты рецидивов, сокращению сроков заживления раны.

Литература

1. Шешаберидзе М.С. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки // Хирургия. – №10. – 2001. – С. 43–46.
2. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
3. Абдуладзе Т.В., Иаивили Р.Н. Применение аллотрансплантата и искусственных транс-

- плантатов при хирургической коррекции сложных прямокишечных свищей // Актуальные вопросы колопроктологии. – Киев, 1989. – С. 199–201.
4. Синельников Е.С. Опыт лечения свищей прямой кишки // Актуальные вопросы проктологии: Научн.-практ. конф. – Алма-Ата. – 1989. – С. 47–49.
 5. Марченко А.С. Лечение рецидивных свищей прямой кишки, осложненных недостаточностью анального сфинктера // Сб. научн. тр. – М., 1989. – №10. – С. 24–29.
 6. Капитонов А.С., Нарциссов Т.В., Брежнев В.П. Лечение параректальных свищей // Клиническая хирургия. – 1990. – №2. – С. 39–40.
 7. Рыжик А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. – 2-е изд. – М.: Медучпособие, 1968. – С. 76–104.
 8. Мартинов А.С. Лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки: Сб. научн. тр. – Нижний Новгород. – 1993. – С. 171–175.
 9. Масляк В.М., Мандзюк В.Д., Нижегородов В.Р. К пластическому методу лечения сложных свищей прямой кишки // Тез. XIII съезда хирургов УССР. – Львов, 1976. – С. 2002–2003.
 10. Блинничев Н.М., Буттаев Р.М. Хирургическое лечение внесфинктерных прямокишечных свищей // Вестн. хирургии. – 1981. – №6. – С. 58–62.