

УДК 616.351-007.253-089

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

А.М. Мадаминов, Ы.А. Бектенов, А.Ю. Айсаяев, Р.Н. Люхуров

Предложена методика частичного ушивания раны анального канала и промежности при трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки. Отмечены ее эффективность и снижение послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: трансфинктерный свищ; экстрасфинктерный свищ; оперативное вмешательство; прямая кишка; свищевой ход.

THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT TRANSSPHINCTERIC AND EXTRASPHINCTERIC FISTULA OF THE RECTUM

А.М. Madaminov, Y.A. Bektenov, A.Yu. Aysaev, R.N. Lyukhurov

It is offered the technique of partial wound closure of anal canal and crotch at the transsphincteric and extrasphincteric fistulas of the rectum. Efficiency and decrease in postoperative complications are noted.

Key words: transsphincteric fistula; extrasphincteric fistula; operative intervention; rectum; fistulose motion.

Актуальность. Хронический парапроктит – довольно часто встречающееся заболевание, составляющее 25–30 % всех заболеваний прямой кишки [1, 2]. Операции по поводу свищей прямой кишки занимают 2–3-е место в структуре хирургических вмешательств колопроктологических отделений [3]. Наиболее трудную хирургическую проблему составляют сложные трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи прямой кишки. Проблема заключается в том, что каждая радикальная операция, которая осуществляется 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 15–30 % больных [4, 5].

Выполнение повторных операций по поводу рецидивирующих свищей прямой кишки нередко осложняется недостаточностью анального жома вследствие обширной травмы запирающего аппарата [5].

Вышеизложенное показывает, что, несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики свищей прямой кишки, разработку и внедрение новых операций, остаётся высоким

процент неудовлетворительных исходов лечения. На высоком уровне сохраняется количество рецидивов и недостаточности анального сфинктера при лечении трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки [2, 5, 6].

Все указанное выше определяет актуальность проблемы лечения свищей прямой кишки и требует поиска новых путей их оперативного лечения.

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Задачи исследования:

1. Разработать способ частичного ушивания ран анального канала и промежности, остающихся после иссечения свищей прямой кишки.
2. Определить показания к применению разработанного метода хирургического лечения свищей прямой кишки.
3. Провести сравнительный анализ результатов лечения свищей прямой кишки разными способами в ближайшем послеоперационном периоде и в отдалённые сроки.

Материал и методы. В отделении проктологии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики с 1 января 2011 по 31 декабря 2012 г. на обследовании и лече-

нии находились 371 больной с трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Из 371 больного у 42 (11,3 %) пациентов был экстрасфинктерный свищ прямой кишки, а у 329 (88,7 %) – трансфинктерный свищ прямой кишки. Среди находившихся на стационарном лечении больных мужчин было 313 (84,4 %), а 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 группы: Первая группа – 136 (36,6 %) больных, которым была произведена операция, предложенная нами. Вторая группа – 176 (47,4 %) больных, которым произведена операция – иссечение свища прямой кишки с ушиванием дна раны. В третью группу 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 обсуждение. Больным, которые вошли в первую группу, их было 136 (36,6 %) человек, произведена операция иссечения свища прямой кишки с пластикой анального сфинктера и 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 рассекали часть волокон анального сфинктера при трансфинктерном свище или сфинктер полностью при экстрасфинктерном свище. Затем экономно иссекали стенки свищевых ходов и кожно-слизистые края раны. Ране придавали форму треугольника, остриём обращенного в просвет кишки. Рана приобретала форму клина. После этого на пересечённые края сфинктера накладывали отдельные швы из долго рассасывающихся нитей, после чего на дно раны на всём протяжении также накладывали швы из долго рассасывающихся нитей, при стягивании которых рана становилась линейной. Рану слизистой оболочки анального канала и кожи прианальной 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 на 7–10 дней, обезболивающее. Ежедневно осуществляли перевязки раны с мазью «Левомеколь». Когда операцию заканчивали 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 составила 10 койко-дней. Нагноение промежностной раны имело место у 2 (1 %) пациентов. Рана заживала мягким, не деформирующим анальную область, рубцом. В отдалённые сроки рецидив заболевания выявлен у 1 (0,7 %) больного, недостаточность анального сфинктера не наблюдалась.

176 (47 %) больным второй группы произведена операция – иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны. Операция осуществлялась так же, как и описана выше, только в отличие от вышеописанной операции после иссечения свища в просвет прямой кишки на дно раны на всём её протяжении накладывали узловое швы из долго рассасывающихся нитей. При стягивании этих нитей рана уменьшилась 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 составила 11,5 койко-дней. В отдалённые сроки рецидивы заболевания выявлены у 4 (2,2 %) больных, недостаточность анального сфинктера первой степени – у 6 (3 %) 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 14 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 отдалённые сроки выявлен рецидив заболевания.

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 гнойных затёков.

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

Выводы

Разработанный способ частичного ушивания раны анального канала и промежности создаёт условия для более быстрого заживления послеоперационной раны.

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

Сравнительный анализ результатов лечения свищей прямой кишки различными способами подтвердил эффективность разработанной методики хирургического лечения свищей прямой кишки. Процент послеоперационных осложнений снижен до минимума и значительно сократились сроки лечения больных.

Литература

1. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 432 с.
2. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.
3. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. М., 1994. 432 с.
4. Капитонов А.С. Лечение параректальных свищей / А.С. Капитонов, Т.В. Нарциссов, В.П. Брежнев // Клиническая хирургия. 1990. № 2. С. 39–40.
5. Шешаберидзе М.С. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки / М.С. Шешаберидзе // Хирургия. 2001. № 10. С. 43–46.
6. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.