

УДК 616 352-007.253-089.168.1-06 (575.2) (04)

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЛОЖНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Н.И. Мамедов*

Проанализированы особенности клинического течения и возможности современных инструментальных методов диагностики у больных со сложными посттравматическими свищами прямой кишки.

*Ключевые слова:* посттравматические свищи; прямая кишка; клиническое течение; методы диагностики.

**Актуальность проблемы.** Несмотря на все достижения науки и практической медицины, лечение больных со сложными посттравматическими свищами прямой кишки по-прежнему представляет собой одну из сложнейших проблем в современной проктологии. Их частота составляет 15 % от числа больных, госпитализированных в специализированные колопроктологические отделения [1, 2], и этот процент не снижается. По данным ряда авторов, еще несколько лет назад риск развития рецидива заболевания достигал от 4,7 до 33 % [3, 4], то за последние годы в связи с внедрением новых методов диагностики и лечения, процент рецидивов снизился до 22,2 %, а анальная недостаточность с 33,0 до 14,6 % [4, 5]. Если хирургическое лечение свищей “низкого” уровня (интрасфинктерных и трансфинктерных) в достаточной мере разработано и дает хорошие результаты, то проблема лечения сложных и посттравматических свищей прямой кишки “высокого уровня”, до настоящего времени остается актуальной и далеко не разрешенной [3]. Кроме того, данная проблема имеет высокую социальную, медицинскую и экономическую значимость ввиду того, что более 70 % больных составляют лица трудоспособного возраста [6].

Цель исследования: изучить особенности клинического течения и возможности современных инструментальных методов диагностики у больных со сложными посттравматическими свищами прямой кишки.

**Материалы и методы исследования.** С 1995 по 2010 г. на стационарном лечении нахо-

дились 1220 больных со свищами прямой кишки различной этиологии. Среди них сложные посттравматические свищи прямой кишки были обнаружены у 134 (10,9 %) больных, которые были разделены на две группы.

В контрольную группу вошли 58 (43,3 %) больных, находившихся на лечении с 1995 по 2000 г. (архивные материалы). При лечении этой группы больных была использована общепринятая лечебная и диагностическая тактика.

В основную группу вошли 76 (56,7 %) больных, при лечении которых были использованы новые подходы в диагностике и лечении. Данная группа пациентов лечилась в период с 2000 по 2010 г. Возраст больных варьировал от 13 до 83 лет. Преобладали лица мужского пола 81 (60,4 %) случаев. Число больных женского пола составило около трети от общего количества – 53 (39,6 %). В основной группе значительную часть госпитализированных в клинику с посттравматическими свищами прямой кишки составили пациенты в наиболее трудоспособном возрасте от 21 до 50 лет – 60 (78,9 %) человек.

В контрольной группе после язтрогенных повреждений прямой кишки, свищи сформировались у 2 (55,2 %) больных, в основной группе – у 2 (55,3 %) пациентов. В обеих группах в 17 (12,7 %) случаях этиологическим фактором явились падения на острые предметы (травма по типу “падение на кол”). Третье место по частоте занимали пациенты с ножевыми ранениями прямой кишки – 14 (10,5 %). Огнестрельное ранение отмечено в анамнезе у 11 (8,2 %) больных, трансанальное введение инородных тел кон-

статировано у 8 (6,0 %) пациентов. Вследствие дорожно-транспортных происшествий свищи прямой кишки сформировались у 4 (3,0 %) пациентов. В 3 (2,2 %) случаях после перенесенной травмы развился остеомиелит крестца, который впоследствии явился причиной формирования фистулы прямой кишки. Химический ожог прямой кишки был констатирован у 3 (2,2 %). Эти пациенты занимались самолечением и вводили с помощью клизм различные едкие химические вещества [7].

**Результаты и их обсуждение.** Всем больным с посттравматическими свищами прямой кишки были проведены клинико-инструментальные обследования, которые включали общий и местный осмотр, пальцевое исследование прямой кишки и исследование свища зондом, пробы с красителем, функциональные методы исследования мышц запирающего аппарата прямой кишки. При обследовании больных со свищами прямой кишки, прежде всего, выясняли анамнез, сроки получения травмы, ее механизм, характеристики травмирующего агента, строение, локализацию наружного и внутреннего свищевых отверстий, отношение свищевого хода к волокнам наружного жома заднего прохода, а также исследовали сократительную способность мышц запирающего аппарата прямой кишки. При повреждении промежности проводились обследования состояния кожных покровов, наличие мацерации, присутствие патологических примесей, направление свищевого канала, локализацию и степень загрязнения. Проводились исследования на наличие вовлечения в процесс оболочек стенки прямой кишки, сообщение свищевого канала с ее просветом, околопрямокишечной жировой клетчаткой и близлежащими органами и сообщения с брюшной полостью.

Из 134 больных сформированные свищи прямой кишки были обнаружены у 115 (85,8 %) больных, несформированные свищи у 19 (14,2 %) пациентов. Среди них свищи “высокого” уровня (это такой свищ, который полностью проходит снаружи от мышц запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК), включая лонно-прямокишечную мышцу, и внутренним отверстием сообщается с просветом прямой кишки в ампулярной ее части, т.е. над аноректальным кольцом) были обнаружены в 70 (52,2 %) случаях. Из них свищи “высокого” уровня в контрольной группе были обнаружены у 30 (42,9 %) больных, в основной группе у 40 (57,1 %) больных. Наиболее часто внутренние свищевые отверстия были расположены в нижнеампулярном – 40 (57,1 %) и среднеам-

пулярном – 19 (27,1 %), верхнеампулярном – 11 (15,8 %) отделах прямой кишки.

Локализация внутреннего отверстия свищей в анальном канале “низкого” уровня была выявлена у 64 (47,8 %) из 134 больных. По отношению к наружному жому заднего прохода свищи “низкого” уровня распределились следующим образом: интрасфинктерные свищи – у 25 (39,0 %), трансфинктерные – у 20 (31,2 %), экстрасфинктерные у – 19 (29,8 %) больных. Анализируя представленные данные, нельзя не отметить, что и здесь в подавляющей части (39–60,9 %) случаев были выявлены сложные трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи прямой кишки с наличием гнойных полостей по ходу свищевой трубки.

Различной степени недержание кишечного содержимого было выявлено у 18 (13,4 %) больных из 134. Из них: в контрольной группе – у 7 (12,1 %) из 58, в основной группе – у 11 (14,5 %) из 76 пациентов. Из 18 больных недержание газов было отмечено у 3 (16,7 %), недержание жидкого кишечного содержимого – у 9 (50,0 %), полное недержание у 6 (33,3 %) пациентов.

При обследовании больных, мы, как и другие авторы [1, 2] пришли к выводу о том, что нет зависимости степени недостаточности анального сфинктера от локализации внутреннего свищевого отверстия. Так, в первой группе (70 человек) пациентов с недостаточностью анального сфинктера было 6 (8,6 %), во второй группе (64 человека) таких больных оказалось 12 (18,6 %). Это было обусловлено повреждением не только наружного жома заднего прохода, но и мышц, поднимающих задний проход. В свою очередь, наличие выраженного рубцового процесса, приводило к деформации перианальной области и прямой кишки, что препятствовало герметизации стенок анального канала. Как видно, наименьшее количество больных с недостаточностью анального сфинктера было среди больных с расположением внутреннего отверстия свища выше анального канала.

Таким образом, клиническое обследование дает основание считать, что инконтиненция у больных с посттравматическими свищами прямой кишки определялась фактом повреждения наружного сфинктера. В 12 (66,7 %) случаях из 18 анальная инконтиненция наблюдалась при свищах низкого уровня. Отмечена связь между степенью недержания и протяженностью рубцового дефекта наружного сфинктера.

При I степени анальной инконтиненции величина рубцового процесса не превышала одной

## Частота клинических симптомов при посттравматических свищах прямой кишки

| Клинический симптом              | Число наблюдений | Частота, % |
|----------------------------------|------------------|------------|
| Выделение гноя из свища          | 134              | 100        |
| Выделение слизи из прямой кишки  | 89               | 66,4       |
| Мацерация и зуд промежности      | 72               | 53,7       |
| Боли в области заднего прохода   | 66               | 49,3       |
| Дискомфорт в прямой кишке        | 26               | 19,4       |
| Недержание кишечного содержимого | 18               | 13,4       |
| Нарушение мочеиспускания         | 6                | 4,5        |

четвертой окружности наружного сфинктера. При II и III степени анальной инконтиненции рубцовый дефект занимал от одной четвертой до половины окружности.

**Анамнез и объективный осмотр.** При обследовании больных особое значение придавали жалобам, при сборе анамнеза устанавливали характер перенесенной травмы и объем произведенных оперативных вмешательств, течение послеоперационного периода. Эти данные крайне важны, так как в результате повторных оперативных вмешательств изменяется анатомическое строение прямой кишки и мышц тазового дна, а инфицирование кишечным содержимым раны приводит к формированию грубых рубцов и деформации промежности и параректальной клетчатки. Наряду с общепринятыми клиническими и клиничко-лабораторными методами исследований, которые проводятся всем хирургическим больным, необходимо учитывать особенности патологии у пациентов со свищами прямой кишки травматического происхождения. При объективном осмотре обращали внимание на общее состояние пациента. При наличии колостомы обязательно производили ее осмотр и пальцевое исследование для выявления параколостомических осложнений и определения возможности пассажа кала по отключенной кишке. Последнее обстоятельство имеет существенное значение при выборе метода лечения и способа оперативного вмешательства с целью ликвидации свища. Клиническую картину основного заболевания, наряду с признаками, обусловленными посттравматическими свищами прямой кишки, составляли проявления воспалительных процессов, вызванных существованием свища, и симптомы сопутствующих заболеваний (см. таблицу).

Выделение гноя из свища отмечено во всех случаях. Характер выделения из свища зависел от диаметра свищевого отверстия, длины свищевой трубки и активности воспалительного

процесса в параректальной клетчатке. Выделение слизи из прямой кишки были выявлены – 89 (66,4 %), мацерация и зуд промежности – 72 (53,7 %), боли в области заднего прохода – 66 (49,3 %), дискомфорт в прямой кишке – 26 (19,4 %), недержание кишечного содержимого – 18 (13,4 %), нарушение мочеиспускания – 6 (4,5 %) пациентов.

Основной этап обследования больных проводили в гинекологическом кресле по общепринятой методике. Женщинам в обязательном порядке производили влагалитное исследование для исключения сообщения прямокишечного свища с влагалитом. Начинали с осмотра промежности, обращали внимание на состояние кожных покровов, наличие мацерации, следов рубцовых изменений, расположение наружного отверстия свища и заканчивали обязательной во всех случаях эндоскопией.

**Пальцевое исследование.** При пальцевом исследовании прямой кишки определяли длину анального канала, локализацию внутреннего отверстия, его размеры, наличие воспалительного инфильтрата, рубцовой деформации дистального отдела прямой кишки, вследствие перенесенной травмы или проведенных ранее оперативных вмешательств, а также функциональное состояние наружного сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы. Внутреннее отверстие посттравматического свища прямой кишки, в отличие от банального хронического парапроктита, может располагаться в любом отделе прямой кишки. В некоторых случаях оно находится вне досягаемости пальца. Для установления сообщения свища с прямой кишкой была произведена проба с синькой. Красящее вещество (0,5–2,0 мл 1%-ный раствор метиленового синего с добавлением 2 мл 3%-ного раствора перекиси водорода в соотношении 1:3), введенное в наружное свищевое отверстие, поступало в просвет прямой кишки. В основной группе проба с синькой была положительной в 52 (68,4 %) случаях.

**Исследование зондом.** Метод применяется для изучения особенностей топографии свищей прямой кишки. Важное диагностическое значение имело зондирование свищевого хода пуговчатым зондом. Зонд осторожно вводили в наружное отверстие свища без особых усилий. Продвижение его осуществляется путем конусообразного вращательного движения без чрезмерного усилия, которое может привести к формированию ложного хода или далее к перфорации стенки прямой кишки. При зондировании определяли отношение свища к анальному сфинктеру и лонно-прямокишечной мышце, что позволило выявить разветвления свища и гнойные полости (баллотирование зонда). В основной группе при исследовании зондом более чем в половине из 60 (78,9 %) случаев выявлена локализация свища.

**Эндоскопическое исследование.** Важным этапом диагностики травматических свищей прямой кишки является эндоскопическое исследование прямой кишки, которое проводится ректоскопом. Эндоскопия проводилась с применением эндоскопа фирмы Pentax FS-38 LW с видеосистемой. Если внутреннее отверстие свища расположено вне достигаемости пальцев, то производили эндоскопию с одновременным введением красителя. Для этой цели использовали 1%-ный раствор метиленового синего или бриллиантовой зелени с добавлением 3%-ного раствора перекиси водорода, который вводили в наружное свищевое отверстие. При проведении данного вида исследования с одновременным введением красителей в 24 (31,5 %) наблюдениях установлено точное расположение внутреннего отверстия свища прямой кишки. Следует отметить, что наружное отверстие травматического прямокишечного свища почти всегда располагалось в рубце, сформированном в результате перенесенной травмы или в результате предыдущих оперативных вмешательств, который деформировал область заднепроходного отверстия, препятствуя полному его смыканию.

**Микробиологическое исследование.** Микробиологическое исследование содержимого свища и прямой кишки у больных с посттравматическими свищами прямой кишки позволяет предположить, что микрофлора свища формируется под влиянием кишечной флоры. Микробиологические исследования применялись для определения зависимости процессов регенерации тканей в зоне хирургического вмешательства на фоне дисбактериоза толстой кишки по степеням выраженности. Данные исследования

проводились на основании заключения развития дисбактериоза, как состояние нарушения защитных и компенсаторных механизмов. В основной группе обследовано 56 (73,7 %) больных из них в 23 (11,1 %) случаях выявлены различные степени дисбактериоза толстой кишки. В том числе из них: дисбактериоз толстой кишки I степени у 12 (52,2 %) больных, II степени у 8 (34,8 %), III степени у 3 (13,0 %) пациентов. Представленные данные свидетельствуют о том, что у более чем половины больных развиваются дисбиотические сдвиги, требующие тщательной и настойчивой коррекции.

**Ультразвуковая фистулография.** Обследованы 10 пациентов (6 мужчин и 4 женщины). Ультразвуковые исследования проводились на диагностическом аппарате Sonoline Elegra фирмы "Siemens" конвексными и линейными мультисекторными датчиками (2–9 МГц), сканирование в режиме серой шкалы, тканевой гармоник, цветового доплеровского картирования, энергетической доплерографии. Выполнялись промежностные, трансвагинальные и интра ректальные методы ультразвукового сканирования [8, 9]. Для получения более четкого изображения исследование проводилось сразу после фистулографии, пока свищевой ход заполнен плотным рентгеноконтрастным веществом (урографин, верографин) или в сочетании с перекисью 3%-ного водорода – 2 мл [10]. При сканировании диагностическая точность эхографии в выявлении внутреннего отверстия свища прямой кишки составила 90,0 %, чувствительность – 76 % при специфичности 80 %.

Таким образом, сонография не является универсальной для предоперационного обследования больных со сложными и посттравматическими свищами прямой кишки, но эффективно дополняет их и уточняет общепринятые методы.

**Рентгенологическое исследование.** Ведущим методом диагностики свищей ободочной и прямой кишок, параректальной области является рентгенологический метод. Существенное место в нем занимает фистулография [5]. С помощью этого метода возможно выявление формы и разветвленности свищевых ходов на всем их протяжении, гнойных полостей, локализации внутреннего отверстия, взаимоотношение свищевого хода с анальным сфинктером.

**Фистулография.** В основной группе фистулография выполнена 16 (25,0 %) больным. Дифференцированный выбор контрастного вещества позволил нам у 14 (87,5 %) больных из 16 выполнить весь свищевой ход и точно определить локализацию внутреннего отверстия.

**Ирригоскопия.** Ирригоскопию применяли дифференцированно при изучении органических и функциональных нарушений, проводили перед выполнением реконструктивного этапа операции у больных со сформированной временной колостомой. Основной целью данных методов исследования служило определение состояний приводящего и отводящего отделов толстой кишки.

С целью объективизации данных клинических методов исследования нами была применена компьютерная томография тазового дна и компьютерно-томографическая фистулография (КТФ) у больных с посттравматическими свищами прямой кишки. Обследования проводились на компьютерном томографе “Tomoscan AV”, фирмы Philips (Голландия).

В отличие от обычной компьютерно-томографическая фистулография позволяла установить длину анального канала, выявить высоту расположения внутреннего отверстия свища, определить его взаимоотношение с соседними органами и структурами, отношение свищевого хода по отношению к мышцам запирающего аппарата прямой кишки, степень рубцового поражения окружающих тканей, точно дифференцировать свищи ампулы прямой кишки от свищей анального канала и определить наличие гнойных полостей в клетчатке малого таза. В основной группе обследовано 25 больных. Диагностическая точность КТФ в выявлении внутреннего отверстия свища прямой кишки составила (100 %) [11].

Таким образом, использование современных инструментальных методов диагностики позволяет уточнить особенности анатомического строения свищевого хода, наличие или отсутствие гнойных полостей в околопрямокишечной клетчатке, вовлечение в воспалительный и рубцовый процесс мышц запирающего аппарата прямой кишки, их функциональное состояние, что способствует оптимизации хирургической тактики при посттравматических свищах прямой кишки.

#### **Литература**

1. *Абдуллаев М.Ш., Каленбаев М.А.* Диагностика и лечение свищей прямой кишки травматической этиологии // Центральноеазиатский медицинский журнал. Бишкек. 2001. Т. 7. № 4–5. С. 258–262.
2. *Кузьминов А.М., Бородкин А.С., Волков М.В., Чубаров Ю.Ю., Минбаев Ш.Т.* Результаты хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки путем низведения послыного сегмента стенки прямой кишки в анальный канал // Колопроктология. М., 2004, № 4 (10). С. 8–13.
3. *Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л.* (ред.). Клиническая оперативная колопроктология. М., Медицина, 1994. С. 450.
4. *Чубарова Е.Е.* Сравнительная оценка результатов хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита: дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. С. 90.
5. *Хараберюш В.А., Эдин Ф.Э., Рогалин Я.Ф.* Методика фистулографии при сложных прямокишечных свищах // Клиническая хирургия. 1986. № 2. С. 71.
6. *Абуладзе Т.В.* Аутотрансплантаты и эксплантаты в хирургии хронического парапроктита: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Тбилиси, 1992. С. 43.
7. *Мамедов Н.И.* Причины возникновения посттравматических свищей прямой кишки // Научно-практический журнал “Хирургия” (г. Баку, Азербайджан). 2009. № 2 (18). С. 36–40.
8. *Филиппов Б.Ю., Турутин А.Д.* Трансректальное ультразвуковое сканирование как скрининг-метод при заболеваниях прямой кишки и параректальной клетчатки // Актуальные проблемы колопроктологии: Матер. конф. Н. Новгород. 3–4 октября 1995 г. Н. Новгород. 1995. С. 300–301.
9. *Sloots C.E.J., Felt-Bersma R.J.F., Poen A.C., Cuesta M.A., Meuwissen S.G.M.* Assessment and classification of fistula-in-ano in patients with Crohn’s disease by hydrogen peroxide enhanced transanal ultrasound. *Int J Colorectal Dis*(2001)16:292–297.
10. *Мамедов Н.И.* Возможности ультразвуковой и компьютерно-томографической фистулографии в диагностике сложных и посттравматических свищей прямой кишки // Научно-практический журнал “Здоровье” (г. Баку, Азербайджан). № 4. 2009. С. 179–183.
11. *Thoeni R.F.* Computed Tomography of the Pelvis // Computed Tomography of the Body. Philadelphia – London. 1983. P. 987–1054.