

УДК 616.34-007.253-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИГИРОВАНИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА В ЛЕЧЕНИИ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

**Шеркулов Кодир Усмонкулович,
Усмонкулов Маъруфжон Кодирович,
Кошимова Гулбакит Умурзок кизи**

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, г.
Самарканд, ул. Анкабой, 5.

umumxirurgiya@mail.ru

Введение. Свищ прямой кишки – это глубокий канал, который проходит через параректальное пространство и заканчивается на поверхности промежности, перианальной области или в районе ягодич. Причина патологии заключается в длительном течении воспаления, которое приводит к парапроктиту.

Цель работы. Провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения параректальных свищей методом иссечения свища со швом сфинктера и лигированием свища в прямой кишки при транссфинктерных параректальных свищах.

Методика исследования. Исследование проводилось в период 2018 г. 2022 г., в которое были включены пациенты с транссфинктерными параректальными свищами. Продолжительность наблюдения в обеих группах варьировалась от 1 до 12 месяцев. В основной группе было мужчин – 24, женщин – 18. Средний возраст составил $(41,0 \pm 12,0)$ лет. В контрольной группе было мужчин – 28, женщин – 14. Средний возраст $(45,5 \pm 12,7)$ лет ($p > 0,05$). Все пациенты в анамнезе перенесли острый парапроктит, в результате чего сформировался транссфинктерный параректальный свищ.

Результаты исследования и их обсуждение. Средняя продолжительность госпитализации пациентов основной группы составила $(7,6 \pm 1,3)$ дня, пациентов контрольной группы – $(11,7 \pm 1,3)$ дня ($p < 0,05$). При этом болевой синдром у пациентов, оперированных по методике LIFT, в среднем оценивался в $(1,4 \pm 0,7)$ балла с максимальной выраженностью в первые двое суток после операции. У пациентов, которым было выполнено иссечение свища со швом сфинктера, максимальная интенсивность болей наблюдалась в течение 5 суток с

выраженностью в $(2,8 \pm 0,8)$ балла ($p < 0,05$). Первичное выздоровление наступило у 32 пациентов основной группы (76,1 %).

Заключение. Операция лигирования свищевого хода представляется эффективной в лечении чрессфинктерных параректальных свищей. Применение операции иссечения свища со швом сфинктера является безопасным в отношении функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки, так как не было выявлено ни одного случая развития анальной инконтиненции. Рецидивы, в случае их развития, после лигирования свища в сравнении с традиционной методикой преимущественно формируются по типу интрасфинктерных свищей, что позволяет, без риска инконтиненции, рассекать свищ в просвет кишки с последующим выздоровлением.

EFFICIENCY OF FISTULAR LIGATION IN THE TREATMENT OF TRANSSPINCTERAL PARARECTAL FISTULAS

**Sherkulov Kodir Usmonkulovich,
Usmonkulov Ma'rufjon Kodirovich,
Koshimova Gulbakit Umurzok kizi**

Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand,
st. Ankaboy, 5.

umumxirurgiya@mail.ru

Introduction. The fistula of the rectum is a deep channel that passes through the pararectal space and ends on the surface of the perineum, perianal region or in the buttocks. The cause of the pathology lies in the long course of inflammation, which leads to paraproctitis.

Objective. To conduct a comparative assessment of the results of surgical treatment of pararectal fistulas by excision of the fistula with a sphincter suture and ligation of the fistula in the rectum in transsphincter pararectal fistulas.

Research methodology. The study was conducted in the period 2018-2022, which included patients with transsphincter pararectal fistulas. The duration of follow-up in both groups varied from 1 to 12 months. In the main group there were 24 men and 18 women. The average age was (41.0 ± 12.0) years. The control group included 28 men and 14 women. The mean age was 45.5 ± 12.7 years ($p > 0.05$). All patients had a history of acute paraproctitis, resulting in the formation of a transsphincter pararectal fistula.

Results of the study and their discussion. The average duration of hospitalization in the main group was (7.6 ± 1.3) days, in the control group - (11.7 ± 1.3) days ($p < 0.05$). At the same time, the pain syndrome in patients operated on using the LIFT method was estimated on average at (1.4 ± 0.7) points with a maximum severity in the first two days after the operation. In patients who underwent excision of the fistula with a sphincter suture, the maximum intensity of pain was observed within 5 days with a severity of (2.8 ± 0.8) points ($p < 0.05$). Primary recovery occurred in 32 patients of the main group (76.1%).

Conclusion. The operation of ligation of the fistulous tract seems to be effective in the treatment of transsphincteric pararectal fistulas. The use of fistula excision with a sphincter suture is safe in relation to the functional state of the obturator apparatus of the rectum, since not a single case of anal incontinence has been identified. Relapses, in case of their development, after fistula ligation, in comparison with the traditional technique, are mainly formed according to the type of intrasphincteric fistulas, which allows, without the risk of incontinence, to dissect the fistula into the intestinal lumen with subsequent recovery.

Введение. Свищ прямой кишки – это глубокий канал, который проходит через параректальное пространство и заканчивается на поверхности промежности, перианальной области или в районе ягодич. Причина патологии заключается в длительном течении воспаления, которое приводит к парапроктиту. Гнойник может вскрыться самостоятельно, вследствие чего возникает фистула. В структуре хирургических заболеваний прямокишечные свищи составляют 0,8-1,2%. Отмечаются морфологические разнообразия свищей прямой кишки с наличием разветвленных или подковообразных ходов, которые образуются при самопроизвольном вскрытии гнойника. Существует большое количество классификаций хронического парапроктита, однако не всегда в них отражается многообразие клинических форм и их осложнений. Чаще используется классификация свищей прямой кишки, основанная на отношении свищевого хода к волокнам анального сфинктера. Согласно этой классификации, свищи разделяют на интрасфинктерные или подкожно-подслизистые, трансфинктерные и экстрафинктерные.

Цель работы. Провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения параректальных свищей методом иссечения свища со швом сфинктера и лигированием свища в прямой кишки при трансфинктерных параректальных свищах.

Методика исследования. Исследование проводилось в период 2018 г. 2022 г., в которое были включены пациенты с трансфинктерными параректальными свищами. Отбор пациентов проводился по следующим критериям включения: возраст от 18 до 69 лет; трансфинктерный параректальный свищ криптогландулярной теории происхождения; отсутствие в анамнезе операций по поводу хронического парапроктита; письменное согласие пациента на участие в исследовании. Критериями исключения явились: пациенты моложе 18 и старше 69 лет; наличие трансфинктерного параректального свища не криптогландулярной этиологии; наличие в анамнезе операций по поводу хронического парапроктита; отказ пациента от участия в клиническом исследовании. Продолжительность наблюдения в обеих группах варьировалась от 1 до 12 месяцев. В основной группе было мужчин – 24, женщин – 18. Средний возраст составил $(41,0 \pm 12,0)$ лет. В контрольной группе было мужчин – 28, женщин – 14. Средний возраст $(45,5 \pm 12,7)$ лет ($p > 0,05$). Все пациенты в анамнезе перенесли острый парапроктит, в результате чего сформировался трансфинктерный параректальный свищ. В предоперационном периоде были проведены следующие исследования: сбор анамнеза, осмотр перианальной области и промежности, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, зондирование свищевого хода, проба с красителем бриллиантовым зеленым.

Операция выполнялась под наркозом или спинномозговой анестезией в положении пациента на операционном столе как при гинекологическом исследовании. После обработки операционного поля и прямой кишки раствором бетадина свищевой ход прокрашивался 2%-м раствором бриллиантового зеленого и проводилось зондирование последнего с целью определения внутреннего отверстия свища, его протяженности, а также возможных полостей и затеков, зонд оставлялся в просвете хода. Далее в проекции межсфинктерной борозды производился разрез кожи до 3 см, тупым путем выделялся свищевой ход, за который заводился диссектор, с помощью последнего проводились две капроновые лигатуры, после чего зонд извлекался, и выполнялась перевязка свищевого хода без его сквозного прошивания. Далее свищевой ход пересекался острым путем, дистальная часть которого иссекалась со стороны наружного свищевого отверстия до волокон наружного анального жома и удалялась, дефект наружного сфинктера ушивался нитью сафил 3/0, кожная рана ушивалась отдельными узловыми швами. После обработки проксимальной культи свищевого хода раствором антисептика, межсфинктерная рана ушивалась отдельными узловыми швами, накладывалась повязка с мазью левомеколь. По

данной методике было прооперировано 29 пациентов. В контрольной группе операция проводилась также под наркозом или спинномозговой анестезией. После аналогичной обработки операционного поля и прямой кишки производилась проба с красителем (2%-й раствор бриллиантового зеленого) и исследование пуговчатым зондом. Производился разрез, окаймляющий наружное свищевое отверстие, затем острым путем выполнялось выделение свищевого хода до перехода последнего в стенку прямой кишки, где ход отсекался. Далее, в культю свища проводился желобоватый зонд, над которым острым путем пересекался «мостик» тканей с порцией сфинктера, при этом края раны иссекались. После обработки раны раствором бетадина и контроля гемостаза накладывали отдельные узловые швы нитью сафил 3/0, начиная с проксимальной части раны. Кожная рана частично ушивалась отдельными узловыми швами. По завершении операции накладывалась повязка с мазью левомеколь.

Результаты исследования и их обсуждение. Средняя продолжительность госпитализации пациентов основной группы составила ($7,6 \pm 1,3$) дня, пациентов контрольной группы – ($11,7 \pm 1,3$) дня ($p < 0,05$). При этом болевой синдром у пациентов, оперированных по методике LIFT, в среднем оценивался в ($1,4 \pm 0,7$) балла с максимальной выраженностью в первые двое суток после операции. У пациентов, которым было выполнено иссечение свища со швом сфинктера, максимальная интенсивность болей наблюдалась в течение 5 суток с выраженностью в ($2,8 \pm 0,8$) балла ($p < 0,05$). Первичное выздоровление наступило у 32 пациентов основной группы (76,1 %). В одном случае (2,4%) послеоперационный период осложнился развитием подслизистого парапроктита, по поводу которого было произведено вскрытие гнойника в просвет кишки с последующим выздоровлением. Рецидив заболевания в основной группе возник у 4 пациентов (9,5%). При этом «полный» рецидив свища возник только в двух случаях (4,8%), в 5 случаях рецидивы развились по типу интрасфинктерного параректального свища (11,9%), ликвидированного вторым этапом путем рассечения в просвет кишки без функциональных нарушений запирающего аппарата прямой кишки. В контрольной группе у всех 11 пациентов (26,1%) рецидив формировался исключительно по типу «полного» свища.

Заключение. Операция лигирования свищевого хода представляется эффективной в лечении чрессфинктерных параректальных свищей. Применение операции иссечения свища со швом сфинктера является безопасным в отношении функционального состояния запирающего аппарата прямой

кишки, так как не было выявлено ни одного случая развития анальной инконтиненции. Рецидивы, в случае их развития, после лигирования свища в сравнении с традиционной методикой преимущественно формируются по типу интрасфинктерных свищей, что позволяет, без риска инконтиненции, рассекать свищ в просвет кишки с последующим выздоровлением. Операция относительно иссечения свища со швом сфинктера для пациента является более предпочтительной ввиду менее выраженного болевого синдрома, короткого срока госпитализации, отсутствия функциональных нарушений анального жома. Лигирование свища является доступной для широкого круга колопроктологов.

Литература.

1. Давлатов С.С., Шеркулов К.У., Хирургическое лечение сочетанной неопухолевой патологии прямой кишки и анльного канала (обзор литературы) Достижения науки и образования. – 2022. – № 4 (4). – С. 12–17.
2. Камолов Т.К., Муртазаев З.И., Шеркулов К.У., Бойсариев Ш.У., Камолов С.Ж. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера. Национальная ассоциация ученых. -2016.-№1 (1).-стр. 24-29.
3. Шеркулов К.У. Analysis of surgical treatment of acute paraproctitis. Проблемы биологии и медицины. 2022, №4 (137) 227-229.
4. Шеркулов К.У. Анализ хирургического лечения острого парапроктита. Scientific progress Scientific Journal. Volume 3 | ISSUE 2 | 2022 792-797.
5. Мадаминов А.М., Бектенов Ы.А., Айсаев А.Ю., Люхуров Р.Н. Способ хирургического лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки // Вестник КРСУ. – 2015. – № 7 (15). – С. 99–101.
3. Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А. Современные подходы к выбору хирургической тактики в лечении больных прямокишечными свищами // Колопроктология. – 2014. – № 3 (49). – С. 62– 69.
4. Ratto C., Litta F., Parello A., Zaccone G., Donisi L., De Simone V. Fistulotomy with end-to-end primary sphincteroplasty for anal fistula: results from a prospective study // Dis. Colon. Rectum. – 2013. – Vol. 56 (2). – P. 226– 233.
5. Garg P. Is fistulotomy still the gold standard in present era and is it highly underutilized? An audit of 675 operated case // Int. J. Surg. – 2018. – Vol. 8 (56). – P. 26–30.
6. Vergara-Fernandez O., Espino-Urbina L.A. Ligation of intersphincteric fistula tract: What is the evidence in a review? // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19 (40). – P. 6805–6813.
7. Ommer A., Wenger F.A., Rolfs T., Walz M.K. Continence disorders after anal surgery – a relevant problem? // Int. J. Colorectal. Dis. – 2008. – Vol. 23 (11). – P. 1023–1031.