

ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ И СЛОЖНЫХ СВИЩЕВЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Цыганков П.В.¹, Грошили В.С.¹, Смолькина А.В.², Султанмуратов М.И.¹, Мрыхин Г.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, e-mail: groshilin@yandex.ru;

²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru

Цель исследования: оценка эффективности и выявление преимуществ видеоассистированного метода лечения свищей с использованием фистулоскопии в сравнении с традиционными методами хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита, трансфинктерных и экстрасфинктерных, рецидивных ректальных свищей. Выполнен комплексный анализ результатов хирургического лечения 228 пациентов с хроническим парапроктитом, трансфинктерными, экстрасфинктерными, в том числе рецидивными ректальными свищами, поделенных на три группы (основную и две контрольные) в зависимости от использованных методов хирургического лечения хронического парапроктита. Сравнен результат хирургического лечения параректальных свищей в трех группах исследования. По результатам непосредственного и отдаленного послеоперационного периода была оценена эффективность лечения. Установлено, что использование видеоассистированного метода лечения свищей с использованием фистулоскопии исключает наличие в перианальной области обширной послеоперационной раны, что значительно уменьшает вероятность ее вторичного инфицирования, травматизацию сфинктера, в связи с этим фактически исключает возникновение его недостаточности. Применение видеоассистированного метода лечения свищей позволило снизить число послеоперационных осложнений. Выводы. Итоговые результаты (92,7% - благоприятных исходов) позволяют рекомендовать видеоассистированный метод лечения свищей для широкого практического внедрения.

Ключевые слова: параректальный свищ, фистулоскопия, рецидивный свищ, парапроктит.

VIDEO-ASSISTED TREATMENT OF RECURRENT AND COMPLICATED FISTULAR FORMS OF CHRONIC PARAPROCTITIS

Tsygankov P.V.¹, Groshilin V.S.¹, Smolkina A.V.², Sultanmuradov M.I.¹, Mrykhin G.A.¹

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, e-mail: groshilin@yandex.ru;

²Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, e-mail: smolant1@yandex.ru

Evaluation of the effectiveness and identification of the benefits of a video-assisted fistula treatment method using fistuloscopy, in comparison with traditional methods of surgical treatment of complex forms of chronic paraproctitis, trans- and extrasphinctic, relapsing rectal fistulas. A complex analysis of the results of surgical treatment was carried out in 228 patients with chronic paraproctitis, transfunctional, ectrasparfascular, including recurrent rectal fistulas, divided into three groups (main and two control), depending on the surgical methods of chronic paraproctitis used. The result of surgical treatment of pararectal fistulas in the three study groups was compared. The effectiveness of treatment was assessed by the results of immediate and long-term postoperative period. It has been established that the use of a video-assisted fistula treatment method using fistuloscopy excludes the presence of an extensive postoperative wound in the perianal region, which significantly reduces the likelihood of its secondary infection, and the sphincter trauma in this regard virtually eliminates its failure. The use of video-assisted method of treatment of fistulas made it possible to reduce the number of postoperative complications. The final results (92.7% of favorable outcomes) allow us to recommend a video-assisted treatment for fistulas for wide practical implementation.

Keywords: perianal fistula, fistulaskopy, recurrent fistula, paraproctitis.

Свищевая форма стоит на первом месте при осложнениях хронического парапроктита [1; 2]. На современном этапе развития колопроктологии доказано, что окончательным лечением этой патологии является иссечение свища только оперативным путем [2; 3]. И

ведущими хирургами было предложено достаточно много методов операций свищей прямой кишки [4]. Однако часто встречаются осложнения в околопрямокишечном клетчаточном пространстве, что сопровождается непрерывным течением и частыми обострениями воспалительного процесса [5; 6].

Наиболее серьезное осложнение после операции - это развитие послеоперационной недостаточности анального сфинктера при неполной радикальности и длительных сроках лечения [7; 8]. К сожалению, сформированные рубцы в параректальной области часто технически не позволяют полностью удалить патологически измененные ткани [9; 10]. Следовательно, любой метод операции при укреплении стенок прямой кишки и самой раны имеет свои достоинства и свои недостатки.

Таким образом, внедрение новых эффективных оперативных вмешательств у больных со свищами прямой кишки, особенно с рецидивирующим их течением, представляется в настоящее время весьма актуальной задачей хирургии.

Цель исследования: оценка эффективности и выявление преимуществ видеоассистированного метода лечения свищей с использованием фистулоскопии в сравнении с традиционными методами хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита, трансфинктерных и экстрасфинктерных, рецидивных ректальных свищей.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении клиники Ростовского государственного медицинского университета в период с 2012 по 2017 год проведено проспективное слепое рандомизированное исследование (с предварительной стратификацией по тяжести патологического процесса) эффективности лечения 228 пациентов со свищевой формой хронического парапроктита. В исследование включались больные с трансфинктерными, экстрасфинктерными, в том числе рецидивными ректальными свищами. Из них 156 мужчин (67,8%) и 72 женщины (31,2%). Средний возраст мужчин составил $31,5 \pm 7,9$ года, средний возраст женщин $47,1 \pm 9,4$ года. По длительности заболевания пациенты распределились следующим образом: менее 6 месяцев – 26 пациентов (11,4%), от 6 месяцев до 1 года - 86 (37,7%), от 1 до 3 лет - 46 (20,2%), от 3 до 5 лет - 45 (19,7%), более 5 лет – 25 больных (11%). Критерием исключения из исследования были: наличие у пациентов интрасфинктерных параректальных свищей; фистул, обусловленных специфическими заболеваниями; новообразований прямой кишки (в том числе больные, радикально оперированные по поводу рака).

Пациентов с трансфинктерными свищами было 34 человека (14,9%), из них рецидивных 5 (2,2%), экстрасфинктерными свищами I степени сложности - 24 (10,5%), из них рецидивных - 6 (2,6%), экстрасфинктерными свищами II степени сложности - 29 (12,7%), из них рецидивных 6 (2,6%), экстрасфинктерными свищами III степени сложности - 96

(42,1%), из них рецидивных свищей - 17 (7,4%), экстрасфинктерными свищами IV степени сложности - 45 (19,7%), из них рецидивных - 11 (4,8%). С сочетанной патологией анального канала, потребовавшей проведения симультанной оперативной коррекции - 51 пациент (22,4%). Хронический геморрой III-IV стадии выявлен у 21 пациента (геморроидэктомия), хроническая анальная трещина у 27 пациентов (иссечение анальной трещины, при необходимости - анопластика или дозированная дилатация анального канала), аденоматозные полипы анального канала - 3 наблюдения (полипэктомия). Объем хирургического лечения определялся видом свища и длительностью заболевания и соответствовал рекомендациям «Ассоциации колопроктологов России», при соблюдении в основной группе принципов технологии Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT, CarlStorz, Германия) видеоассистированного лечения полных ректальных свищей при помощи фистулоскопии. Все 228 пациентов, соответствующие критериям исследования, составили три группы (основную и две контрольные) в зависимости от использованных методов хирургического лечения хронического парапроктита, сложных транс- и экстрасфинктерных, рецидивных ректальных свищей.

Основную группу сформировали 55 больных (24,1%), которым применен видеоассистированный метод лечения свищей с использованием фистулоскопии; в первой контрольной группе 89 пациентам (39,1%) выполнено иссечение свища с ликвидацией внутреннего отверстия, ушиванием его культи в промежностной ране (в том числе по методу Рыжих); во второй контрольной группе 84 пациентам (36,9%) выполнено радикальное иссечение свища с сегментарной проктопластикой (перемещением П-образного слизисто-мышечного или полнослойного лоскута прямой кишки и его фиксации в анальном канале).

По результатам непосредственного и отдаленного послеоперационного периода была оценена эффективность лечения. Результаты оценивались как «хорошие» при стойком выздоровлении и отсутствии послеоперационных осложнений и возврата жалоб. «Удовлетворительными» считали клинические исходы при отдельных осложнениях, полностью купированных консервативно, либо при выявлении вторичной слабости сфинктеров (по данным послеоперационной аноректальной манометрии) без каких-либо клинических проявлений недержания. К неудовлетворительным результатам следует отнести рецидивы заболевания, потребовавшие повторного оперативного лечения, а также осложнения, не купируемые консервативными мерами.

Сроки послеоперационного мониторинга – 12 месяцев.

Статистическая обработка полученных в исследовании данных осуществлялась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel 2007, STATISTICA 10 и включала расчет средних арифметических значений (M), стандартных ошибок средних

арифметических (m), стандартного отклонения (σ). Оценку нормальности распределения показателей проводили по средним их значениям.

В работе использовался метод параметрической статистики – t-критерий Стьюдента. Статистически достоверными признавали различия, при которых уровень достоверности (p) составлял более 95% ($p < 0,05$), в остальных случаях различия признавались статистически не достоверными ($p > 0,05$).

Результаты исследования. Итоги лечения показали, что применение видеоассистированного метода с использованием фистулоскопии, помимо лечебного этапа, имеет важное диагностическое значение, повлиявшее на интраоперационную тактику. При помощи фистулоскопии удавалось четко топоически выявлять внутреннее отверстие свищевого хода, ответвления свища и слепо заканчивающиеся остаточные полости; метод позволил скорректировать дооперационные диагностические неточности в топографии и сложности хода свищей. Лечебный этап, по мере наработки клинического опыта применения методики VAAFT, обязательно включал электрокоагуляцию стенок свищевого хода, удаление некротических тканей при помощи специальной заостренной щеточки, прошивание внутреннего отверстия свища, герметизацию остаточного канала двухкомпонентным клеем BioGlue. Ниже в таблице представлено окончательное послеоперационное распределение пациентов по степени сложности свищей в группах исследования.

Распределение пациентов по степени сложности свищей в группах исследования

Группы клинических наблюдений	Основная группа, n=55	I контрольная группа, n=89	II контрольная группа, n=84
Свищи по отношению к сфинктеру			
Транссфинктерные свищи	6 (10,9%), из них 2 рецидивных	16 (18%), из них 2 рецидивных	12 (14,3%), из них 1 рецидивный
Экстрасфинктерные свищи I степени сложности	6 (10,9%), из них 2 рецидивных	7 (7,9%), из них 2 рецидивных	11 (13,1%), из них 2 рецидивных
Экстрасфинктерные свищи II степени сложности	7 (12,7%), из них 2 рецидивных	13 (14,6%), из них 2 рецидивных	9 (10,7%), из них 2 рецидивных
Экстрасфинктерные свищи III степени сложности	23 (41,9%), из них 4 рецидивных	39 (43,8%), из них 8 рецидивных	34 (40,5%), из них 5 рецидивных
Экстрасфинктерные свищи IV степени сложности	13 (23,6%), из них 3 рецидивных	14 (15,7%), из них 4 рецидивных	18 (21,4%), из них 4 рецидивных
Всего рецидивных свищей	13 (23,6%)	18 (20,2%)	14 (16,7%)

Следует отметить, что видеоассистированный метод лечения свищей с использованием фистулоскопии, примененный нами в основной группе, исключает наличие в перианальной области обширной послеоперационной раны, что значительно уменьшает вероятность ее вторичного инфицирования, травматизацию сфинктера, в связи с этим

фактически исключает возникновение недостаточности последнего. Немаловажным является отсутствие потребности в назначаемой в послеоперационном периоде антибактериальной терапии. Если в контрольных группах антибактериальная терапия назначалась во всех случаях, то в основной группе проведена только 2 пациентам при появлении воспалительных изменений в проекции наружного свищевого отверстия. Антибактериальная терапия включала антибиотик из группы цефалоспоринов 3 генерации в сочетании с метранидазолом в стандартном режиме вплоть до нормализации гипертермии и лейкоцитоза.

При анализе длительности введения анальгетиков из группы нестероидных противовоспалительных препаратов с неселективным угнетением активности циклооксигеназы-1 и циклооксигеназы-2 в режиме 30 мг – 3 раза в сутки внутривенно струйно, в основной группе получено снижение сроков введения в среднем на $1,7 \pm 0,28$ дня. При анализе продолжительности гипертермии свыше 37 градусов Цельсия получены следующие значения: у пациентов I контрольной группы - $5,43 \pm 1,32$ дня, у пациентов II контрольной группы - $4,9 \pm 1,54$ дня, у пациентов основной группы – $3,9 \pm 1,73$ дня. Аналогичная тенденция наблюдалась и при анализе среднего значения уровня лейкоцитов; так, снижение уровня лейкоцитов до уровня $\leq 9 \times 10^9/\text{л}$ в I контрольной группе отмечалось в среднем на $8,7 \pm 2,6$ суток, во II контрольной группе - на $6,9 \pm 3,1$ суток, в основной группе - на $5,6 \pm 3,1$ суток. Послеоперационный койко-день в основной группе составил $5,23 \pm 2,4$ против $12,7 \pm 3,1$ дня в I контрольной группе и $13,21 \pm 4,0$ дня - во II контрольной группе. Таким образом, как следует из выше указанного, наилучшие результаты получены по интерпретируемым критериям в основной группе.

Показательны результаты лечения, с учетом всех осложнений, включая отдаленные сроки. Общее число осложнений в основной группе клинических наблюдений составило 4 наблюдения (7,3%), в первой контрольной группе - 30 (33,7%), во второй контрольной группе - 23 (27,4%). Удельный вес осложнений, в том числе связанных с последующим рецидивом свищей, составил в основной группе – 4 (7,2%). При этом один рецидивный свищ впоследствии «закрылся» консервативно, в 3 случаях потребовалось повторное оперативное лечение в условиях стационара. Удельный вес осложнений представлен в диаграммах (рис. А-В).

Общее число осложнений

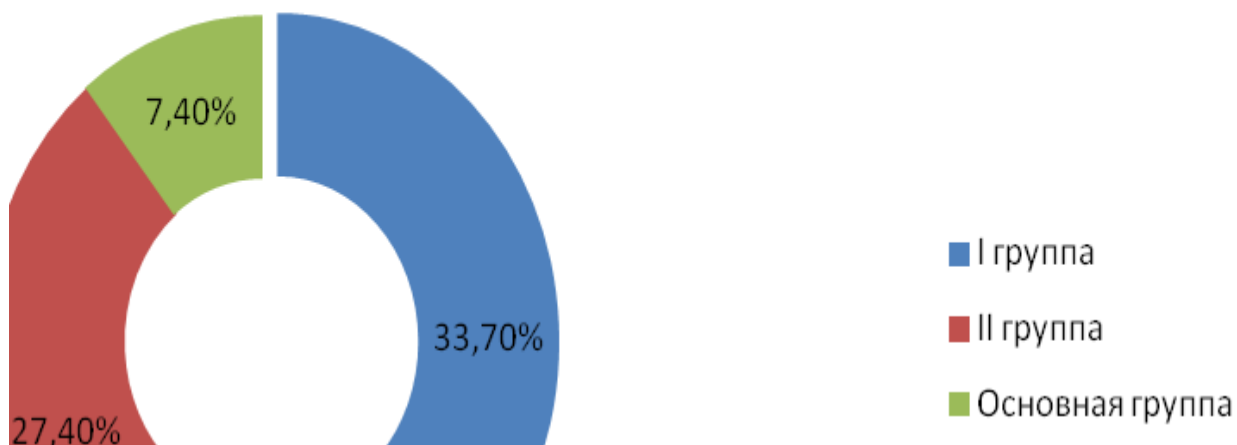


Рисунок А

Ранние послеоперационные осложнения



Рисунок Б

Отдаленные послеоперационные осложнения



Рисунок В

Удельный вес послеоперационных осложнений (А), включая ранние (Б) и отдаленные осложнения (В)

В первой контрольной группе число наблюдений с осложненным течением послеоперационного периода - 30 (33,7%), в том числе 13 ранних послеоперационных осложнений (2 кровотечения, 1 перипростатический абсцесс, в 10 случаях отмечались воспалительные инфильтраты и нагноение операционных ран) и 17 рецидивов и отдаленных осложнений (у 14 пациентов - рецидив заболевания, потребовавший повторного оперативного лечения, в 3 случаях отмечалась недостаточность анального сфинктера, подтвержденная манометрически).

Во второй контрольной группе зарегистрировано 23 наблюдения осложненного течения послеоперационного периода (27,4%), в том числе 12 ранних послеоперационных осложнений (у 1 пациента - кровотечение, 6 явлений ретракции (либо очагового некроза) низведенного при проктопластике лоскута, 5 наблюдений воспалительных инфильтратов и нагноения послеоперационных ран, не повлекшего рецидива) и 11 отдаленных неудовлетворительных исходов (9 рецидивов заболевания, потребовавших повторного оперативного лечения, в 2 случаях отмечалась недостаточность анального сфинктера I степени). В итоге хорошие результаты при отсутствии жалоб в отдаленные сроки получены у 51 пациента основной клинической группы (92,7%), у 59 пациентов первой контрольной группы (66,3%) и у 61 пациента второй контрольной группы (72,6%). Удовлетворительные, при купировании осложнений - у 1 пациента основной группы (1,8%), 13 больных первой контрольной группы (14,6%) и 12 больных второй контрольной группы (14,2%). Количество неудовлетворительных результатов в основной группе составило 3 пациента (5,5%), в первой контрольной группе - 17 (19,1%) больных и 11 пациентов (13,1%) - во второй контрольной группе.

Заключение и выводы. Применение методики VAAFT при сложных и особенно рецидивных ректальных свищах показало значимые преимущества перед традиционными методиками, о чем свидетельствуют стабильные положительные результаты при минимальном числе осложнений. Метод подтвердил высокую клиническую эффективность при высокой безопасности, достигаемой за счет минимальной травматичности.

При рецидивных и сложных экстрасфинктерных свищах максимален риск травматического повреждения ранее дискредитированных и зачастую поврежденных компонентов запирающего аппарата прямой кишки, что создает высокую вероятность развития недостаточности сфинктерного аппарата и, как следствие, инконтиненции.

В основной группе исследования за счет применения методики VAAFT этих осложнений удалось избежать, минимизировав их риск. Следует заключить, что наилучшие отдаленные результаты получены среди больных основной группы (92,7% - хорошие, 1,8% - удовлетворительные, 5,5% - неудовлетворительные) по сравнению с результатами в первой

контрольной (66,3% - хорошие, 14,6% - удовлетворительные, 19,1% - неудовлетворительные) и во второй контрольной группе (72,6% – хорошие, 14,2% - удовлетворительные, 13,1% - неудовлетворительные).

Приведенные результаты достигнуты в основной группе благодаря применению модифицированной технологии VAAFT и методик фистулоскопии, позволяющих достоверно снизить вероятность ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Представленные данные позволяют рекомендовать видеоассистированный метод лечения свищей с использованием фистулоскопии для применения в клинической практике при сложных транс- и экстрасфинктерных, а также рецидивных свищах.

Список литературы

1. Черкасов Д.М. Обоснование тактики хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов н/Д, 2009. – 29 с.
2. Слепых Н.В. Фистулоскопия при лечении свищей прямой кишки / Н.В. Слепых, А.Я. Ильканич // Колопроктология. - 2016. - № 2 (46). - С. 41.
3. Meinerо P. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas / P. Meinerо, L. Mori // Techniques in Coloproctology. – 2011. – Vol. 15, № 4. – P. 417-422. DOI:10.1007/s10151-011-0769-2.
4. Stazi A. Sphincter-saving treatment of recurrent complex anal fistula with Video-Assisted Anal Fistula Treatment (VAAFT): a prospective study / A. Stazi, G. Giarratano, M. Mazzy, C. Chini // Colorectal Disease. - 2014. - Vol. 16 (3). - P. 4.
5. Грошилин В.С. Современные аспекты профилактики осложнений после обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки / В.С. Грошилин, М.И. Султанмурадов, А.Н. Московченко, Н.А. Петренко // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 9-1. - С. 24-27.
6. Чарышкин А.Л. Сравнительная оценка хирургического лечения больных с хроническим парапроктитом / А.Л. Чарышкин, А.А. Солдатов, И.Н. Дементьев // Современные проблемы науки и образования. – 2012. - № 4 [Электронный ресурс]. - URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=6478> (дата обращения: 02.06.2018).
7. Сейдинов Ш.М. Результаты пластической коррекции у больных с экстрасфинктерными параректальными свищами / Ш.М. Сейдинов, Р.И. Ашурметов, А.Т. Бабаханов, В.Р. Таиров // Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2015. - № 1. - С. 219-222.
8. Габибов С.Г. Модифицированный видеоассистированный метод лечения свищей

- прямой кишки / С.Г. Габиров, Н.А. Шодиев // Колопроктология. - 2014. - № 3 (49). - С. 17-18.
9. Эктон В.Н. Возможности улучшения результатов хирургического лечения прямокишечных свищей с использованием фибринового клея / В.Н. Эктон, Р.В. Попов, Е.А. Воллис // Колопроктология. - 2013. - Т. 44 (2). - С. 44-50.
10. Song Ho K. New Techniques for Treating and Anal Fistula // J. Korean Soc. Coloproctol. - 2012. - Vol. 28, № 1. - P. 7-12.