

# Лечение неполных внутренних свищей прямой кишки

М.К. Гулов\*, Ю.Х. Иброхимов

\*Кафедра общей хирургии №1;

оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье представлен анализ результатов хирургического лечения 143 пациентов с неполными внутренними свищами прямой кишки. Больные были разделены на контрольную и основную группы. В основной группе (n=72; 50,3%) были использованы операции с применением двухкомпонентного фибринового клея «Тиссукол Кит» и модифицированного метода сегментарной проктопластики; в контрольной группе пациенты (n=71; 49,7%) были прооперированы общеизвестными методами.

Отмечено, что при использовании вышеизложенных методик, в основной группе рецидив свища встречался лишь у 1 (1,4%) пациента, а недостаточность анального сфинктера I степени – у 2 (2,8%); в контрольной группе рецидив свища – у 7 (9,9%) пациентов, а анальная инконтиненция I-II степени – у 9 (12,7%).

**Ключевые слова:** неполный внутренний свищ, фибриновый клей, сегментарная проктопластика, анальная инконтиненция

**Введение.** Ведущее место среди колопроктологических заболеваний занимает хронический парапроктит, который составляет 0,5-4% [1-4] от общего числа хирургических вмешательств и до 15% случаев госпитализации больных в специализированные отделения [3,5]. Одной из разновидностей хронического парапроктита являются, так называемые, неполные внутренние свищи (НВС) прямой кишки, которые характеризуются скрытым расположением свищевого хода, отсутствием наружного параректального свищевого отверстия и наличием лишь одного отверстия, локализованного на слизистой анального канала. По данным разных авторов, встречаемость НВС составляет от 1,2% до 11,8% случаев [6,7].

В середине XX века некоторые учёные попытались разработать и применить на практике консервативный метод лечения прямокишечных свищей. Но выздоровление отмечалось лишь в 10% случаев, или вообще не наблюдалось [2,5]. На сегодняшний день, без малейшего сомнения, можно сделать вывод, что единственным методом лечения неполных внутренних свищей прямой кишки является хирургическое лечение.

Благодаря развитию колопроктологии достигнуты определённые успехи в лечении НВС прямой кишки [8-11]. Однако применяемые методы операции во многих случаях не могут удовлетворить ни хирурга, ни пациента, так как зачастую приводят к рецидиву заболевания или недержанию анального жома

[8,9,12]. По сей день не имеется такой методики операции, которая полностью удовлетворяла бы колопроктологов. В связи с этим, проблема хирургического лечения НВС прямой кишки остаётся актуальной.

**Целью исследования** является анализ результатов хирургического лечения пациентов с неполными внутренними свищами прямой кишки путём применения модифицированного метода сегментарной проктопластики и фибринового клея «Тиссукол Кит».

**Материал и методы.** В основу данной работы положен анализ наблюдений и лечения 143 больных с неполными внутренними свищами прямой кишки, которые находились на стационарном лечении в течение последних 10 лет в Городском центре колопроктологии г.Душанбе. Мужчин было 116 (81,1%), женщин – 27 (18,9%), в соотношении 4:1. Возраст пациентов варьировал от 14 до 80 лет и в среднем составил 47 лет. Большинство пациентов (81,1%; n=116) были в возрасте 20-49 лет, т.е. в периоде наиболее трудоспособного возраста.

Все пациенты были распределены на две группы. В основной группе (n=72;50,3%) были использованы операции с применением двухкомпонентного фибринового клея «Тиссукол Кит» и модифицированного метода сегментарной проктопластики; в контрольной группе пациенты (n=71;49,7%) были прооперированы общеизвестными методами.



РИС.1. ДВУХКОМПОНЕНТНЫЙ  
ФИБРИНОВЫЙ КЛЕЙ «ТИССУКОЛ КИТ»

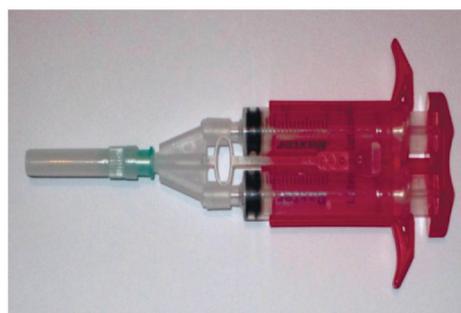


РИС.2. АППЛИКАЦИОННЫЙ НАБОР  
«СИСТЕМА ДУПЛОДЖЕКТ»

Наибольшую группу составили пациенты с интрафинктерными НВС (47,5%; n=68), во вторую – вошли больные с трансфинктерными свищами (36,4%; n=52) I-IV степени сложности [15], и наконец, в третью группу – пациенты с экстрасфинктерными НВС прямой кишки (16,1%; n=23) I-IV степени сложности.

В связи с имеющейся недостаточностью анального жома, у 6(4,2%) больных имелась инвалидность II-III группы, которая была связана с неоднократно перенесёнными оперативными вмешательствами по поводу свищей прямой кишки и других заболеваний этой области.

Все пациенты, находившиеся под нашим наблюдением, проходили комплексное обследование, которое включало: наружный осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование свищевого хода, пробу с красителем, ректороманоскопию, сфинктерометрию и транс ректальный ультразвуковой метод исследования (ТРУЗИ). Для проведения интратректальной фистулографии нами специально было разработано устройство [13].

При лечении НВС прямой кишки нами был использован двухкомпонентный фибриновый клей «Тиссукол Кит» [14], который состоит из следующих компонентов: тиссукол (1 флакон), тромбин 4 МЕ (1 флакон), тромбин 500 МЕ (1 флакон), апротинин (1 флакон), кальция хлорид (1 флакон), аппликационный набор «Система Дуплоджект» (рис.1,2).

Для получения фибринового клея необходимы два компонента. Чтобы получить первый компонент клея, с помощью раствора апротинина растворяют лиофилизированный «Тиссукол». Для получения второго компонента – лиофилизированный тромбин растворяется в растворе CaCl<sub>2</sub>. Приготовление данного препарата повторяет основные стадии физиологического процесса свёртывания и используется для достижения гемостаза, склеивания и фиксации тканей, а также ускорения заживления ран. В ходе заживления раны, образовавшийся сгусток фибринового клея полностью рассасывается.

Из всех больных основной группы (n=72;50,3%), только у 13 (18,1%), наряду с применением двухкомпонентного фибринового клея «Тиссукол Кит», был применён модифицированный метод сегментарной проктопластики.

Техника и этапы модифицированной методики сегментарной проктопластики, при которой перемещаемый лоскут низводится до уровня перианальной кожи по фронтальной оси и включает в себя все слои кишечной стенки, обеспечивающей минимальное нарушение питания низводящего участка, заключаются в следующем:

В положении пациента на спине в гинекологическом кресле, после осмотра и пальпации перианальной области и анального канала, используя ректальное зеркало, при обнаружении свищевого отверстия, производится его зондирование (рис.3), которое даёт необходимую информацию об отношении свищевого хода к волокнам анального жома.

Затем, с помощью специального катетера, который плотно закрывает свищевое отверстие, вводится раствор красителя, содержащего 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, с целью выявления затёков и гнойных полостей и для своевременного вскрытия и дренирования (рис.4).

Выполняется полулунный разрез по переходной складке анального канала и перианальной кожи, охватывающий около 1/3 части его окружности (рис.5). С целью профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, проводилась гидропрепаровка тканей этой области раствором антибиотиков широкого спектра действия с 0,9% раствором NaCl, в соотношении 1:1 с антибиотиком, к которому были чувствительны микроорганизмы. Раствор вводится под эпителиальную выстилку анального канала верхнего края и с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки.

Острым путём, при помощи ножниц, без повреждения подлежащих структур анального жома, отсепаивают эпителиальную выстилку анального

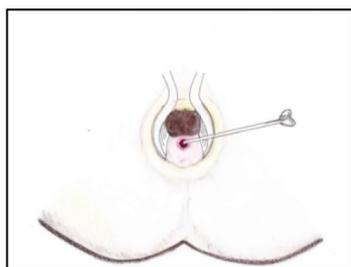


РИС. 3. ЗОНДИРОВАНИЕ  
СВИЩЕВОГО ОТВЕРСТИЯ  
НЕПОЛНОГО ВНУТРЕННЕГО  
ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА

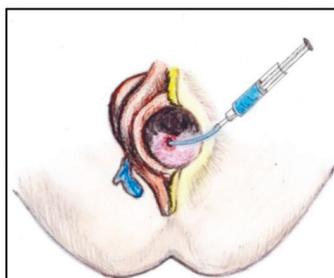


РИС.4. МАРКИРОВКА  
СВИЩЕВОГО ХОДА  
КРАСИТЕЛЕМ

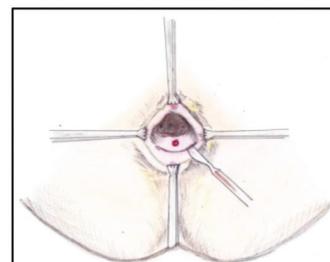


РИС.5. МОБИЛИЗАЦИЯ  
ПЕРЕМЕЩАЕМОГО  
ТРАНСПЛАНТАТА. ВЫПОЛНЕНИЕ  
ПОЛУЛУННОГО РАЗРЕЗА



РИС. 6. МОБИЛИЗАЦИЯ  
ПЕРЕМЕЩАЕМОГО  
ТРАНСПЛАНТАТА.  
ГИДРОПРЕПАРОВКА

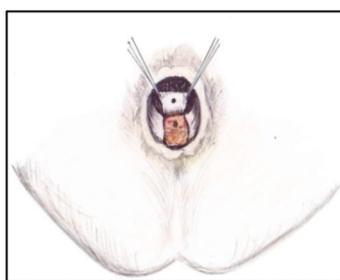


РИС.7. МОБИЛИЗАЦИЯ  
ПЕРЕМЕЩАЕМОГО  
ТРАНСПЛАНТАТА

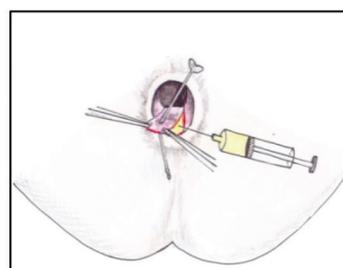


РИС.8. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ  
СВЕЖЕПРИГОТОВЛЕННОГО  
РАСТВОРА ФИБРИНОГО КЛЕЯ  
«ТИССУКОЛ КИТ»

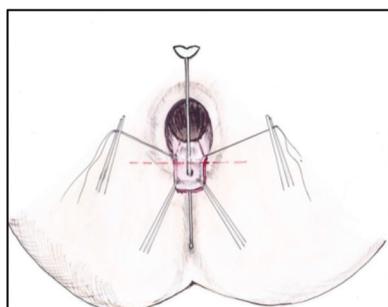


РИС.9. НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВОГО РЯДА  
ФИКСИРУЮЩИХ ШВОВ. ОТСЕЧЕНИЕ  
ИЗЫТКА ПЕРЕМЕЩАЕМОГО  
ТРАНСПЛАНТАТА, НЕСУЩЕГО  
СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ

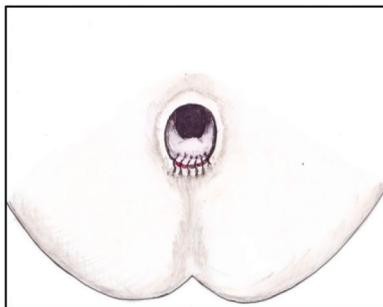


РИС. 10. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИД  
РАНЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

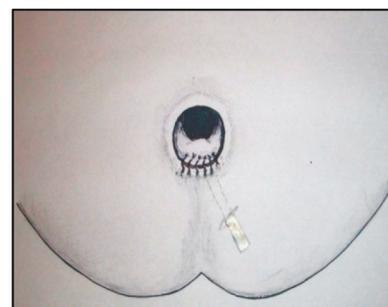


РИС.11. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ  
ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ

канала до свищевого отверстия по всей ширине полулунного разреза (рис.6).

Таким образом, в анальном канале образуется рана, дном которой являются волокна внутреннего сфинктера. Далее продолжают мобилизацию низведённого участка вместе со свищевым отверстием с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки.

Мобилизация производится на 2 – 3 см выше зубчатой линии. Двумя продольными разрезами с двух

сторон свищевого отверстия образуется трансплантат шириной 2 – 3 см (рис.7).

Мобилизация перемещаемого трансплантата производится только острым путём, под контролем зрения, затем производят предварительное низведение трансплантата. При этом свищевое отверстие должно находиться вне анального канала, а сам трансплантат должен перемещаться без натяжения.



Окончатый зажимом перемещаемый трансплантат захватывается за дистальную часть. Сначала свищевой ход выскабливают острой ложечкой Фолькмана, потом, после обработки и высушивания, свищевой ход заполняют свежеприготовленным раствором «Тиссукол Кит» (рис.8). После лёгкого подтягивания трансплантата накладываются два отдельных узловых «направляющих» шва, фиксирующих основание трансплантата к проксимальной части анального канала в месте окончания послабляющих разрезов. Далее, трансплантат фиксируют отдельными узловыми швами с интервалом 0,3-0,4 см, располагающимися между «направляющими» швами, которые формируют первый ряд фиксирующих швов (3-4 шва) (рис.9).

Для фиксации перемещаемого трансплантата нами используются длительно рассасывающиеся материалы на атравматической игле (викрил 3-0, 4-0). Все швы накладываются как отдельные узловые, так как любые другие швы могут вызвать нарушение кро-

воснабжения низведённого сегмента стенки прямой кишки. Перед наложением второго ряда отсекается избыток перемещённого трансплантата.

Затем производится наложение второго ряда отдельных узловых фиксирующих швов на краях перемещённого трансплантата к перианальной коже (рис.10).

При условии имеющихся гнойных затёков параректальную область дополнительно дренировали резиновым выпускником (рис. 11).

На область швов в анальном канале накладывается асептическая повязка и вводится газоотводная трубка.

**Результаты и их обсуждение.** Данные сравнительной оценки результатов хирургического лечения больных основной и контрольной групп приведены в таблице 1.

**ТАБЛИЦА. МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НВС ПРЯМОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ВИДА**

Вид НВС прямой кишки	Методика операции	Количество больных (n=143)	
		Основная группа (n=72)	Контрольная группа (n=71)
Интрафинктерные свищи (n=68)	Рассечение свища в просвет прямой кишки		5 (7,0%)
	Иссечение свища в просвет прямой кишки		26 (36,7%)
	Иссечение свища в просвет прямой кишки, с наложением «Тиссукол Кит»	30 (41,7%)	
	Иссечение свища в просвет прямой кишки с дозированной сфинктеротомией		7 (9,9%)
Трансфинктерные свищи (I-IV степени сложности) (n=52)	Иссечение свища в просвет кишки		19 (26,8%)
	Иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера и наложением «Тиссукол Кит»	27 (37,5%)	
	Иссечение свища с дозированной сфинктеротомией		4 (5,6%)
	Иссечение свища с проведением лигатуры		1 (1,4%)
	Иссечение краёв свищевого отверстия и выскабливание свищевого хода с наложением «Тиссукол Кит»	1 (1,4%)	
Экстрафинктерные свищи (I-IV степени сложности) (n=23)	Иссечение свища с использованием «Тиссукол Кит» и модифицированной методики сегментарной проктопластики	13 (18,1%)	
	Иссечение свища с проведением лигатуры		7 (9,9%)
	Иссечение свища в просвет кишки с использованием «Тиссукол Кит» и с ушиванием сфинктера	1 (1,4%)	
	Иссечение свища со сфинктеро-леваторопластикой		1 (1,4%)
	Иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки		1 (1,4%)
	Всего	72(100%)	71 (100%)



При изучении результатов лечения больных основной и контрольной группы, выяснилось, что характер и частота возникновения осложнений различны. Из общего количества прослеженных результатов лечения пациентов в основной группе (n=72) у 1 (1,4%) больного выявлен рецидив заболевания и у 2 (2,8%) возникла недостаточность анального жома I степени. Рецидив заболевания отмечен у пациента с экстрасфинктерным свищом, которому была выполнена операция по иссечению свища в просвет кишки с использованием «Тиссукол Кит» и с ушиванием сфинктера. Развитие рецидива после этой операции мы связываем с неадекватным очищением гнойного затёка во время операции, которое в итоге привело к нагноению послеоперационной раны. Анальная инконтиненция I степени выявлена у 1 больного с интрасфинктерным НВС после операции по иссечению свища в просвет прямой кишки с наложением «Тиссукол Кит» и у 1 пациента с трансфинктерным НВС прямой кишки после операции по иссечению свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера и наложением «Тиссукол Кит».

Из ранних послеоперационных осложнений, при использовании операции «Иссечение свища с использованием «Тиссукол Кит» и модифицированной методики сегментарной проктопластики», в одном случае на 6-7 сутки отмечено частичное прорезывание в пределах 2-х перианальных швов низведённого лоскута. Причиной послужили нарушение постельного режима, погрешности в питании и ранний акт дефекации, что было исправлено проведением соответствующих мер, чтобы не возникло отторжение низведённого сегмента. Вялое заживление раны отмечалось лишь у 1 пациента. Средний послеоперационный койко-день у пациентов основной группы составил 10,5 дня.

У пациентов контрольной группы (n=71) рецидив заболевания наблюдался в 7 (9,9%) случаях, анальная инконтиненция встречалась в 9 (12,7%) случаях: I степени – у 6 (8,5%) и II степени – у 3 (4,2%) больных. После операции по поводу интрасфинктерного НВС рецидивы свища встречались в 2 случаях, а недостаточность анального сфинктера I степени – у 2 больных.

Рецидивы неполного внутреннего интрасфинктерного свища встречались после операции по рассечению свища в просвет прямой кишки, а недостаточность анального сфинктера в 2 случаях наблюдалась после операции иссечения свища в просвет прямой кишки с дозированной сфинктеротомией. При трансфинктерных свищах рецидив заболевания наступил у 2 пациентов и анальная недостаточность I степени – также в 2 случаях.

Рецидивы неполного внутреннего трансфинктерного свища встречались после операции по иссечению свища с проведением лигатуры и иссечением свища

в просвет кишки, а недостаточность анального сфинктера в 2 случаях наблюдалась после операции иссечения свища с дозированной сфинктеротомией. Наибольшее количество рецидивов наблюдалось у 3 больных с экстрасфинктерными НВС.

Анальная инконтиненция I степени отмечена у 3 пациентов, и II степени – у 3. Рецидив неполного внутреннего экстрасфинктерного свища возник после операции по иссечению свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки и иссечением свища с проведением лигатуры в 2-х случаях, а анальная инконтиненция встречалась после операции – иссечение свища со сфинктеропластикой и в 5 случаях после операции иссечения свища с проведением лигатуры. Средний послеоперационный койко-день у пациентов контрольной группы составил 21,5 дня. Воспалительные осложнения раны выявлены у 11 (15,5%) пациентов, а в 10 (14,1%) случаях отмечалось вялое заживление послеоперационной раны.

Сопоставление полученных данных с результатами других авторов показывает, что у больных после операции по поводу НВС с применением общеизвестных методик частота рецидивов достигает от 2,6% до 25,2% [1,2,11], а недостаточность анального жома встречается – в 4-18,5% случаев [2,5,11].

Таким образом, выбором хирургического метода лечения при неполных внутренних интрасфинктерных свищах является операция по иссечению свища в просвет прямой кишки с использованием фибринового клея «Тиссукол Кит». У пациентов с неполными внутренними трансфинктерными прямокишечными свищами (I-IV степени) оптимальным методом операции является иссечение свища с ушиванием сфинктера с применением фибринового клея «Тиссукол Кит». Для пациентов с неполными внутренними экстрасфинктерными свищами прямой кишки I-IV степени сложности оптимальным методом операции является предложенный нами модифицированный метод сегментарной проктопластики с использованием фибринового клея «Тиссукол Кит».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М.Аминев.- Куйбышев; Кн. Изд-во. - 2008. - Т.3.- С. 90-345.
2. Блинничев Н.М. Лечение внутренних прямокишечных свищей// Вестник хирургии / Н.М.Блинничев, Р.М.Буттаев. - 2003.- №1. - С. 53-58.
3. Дульцев Ю.В. Парапроктиты / Ю.В.Дульцев, К.Н.Саламов. - М., 2007.
4. Cryptoglandular anal fistulas /V.De Parades,J.D.Zeitoun, P.Bauer, P.AtiENZA//Rev Prat.- 2008. -31;58 (16): - P. 1775-82



5. Bellomo R. Ano-rectal internal blind fistula / R.Bellomo//Minerva Chir.,- 1967. -V.22, №3. - P. 315-317.
6. ПакалнсА.К. Этиология, патогенез, клиника и лечение параректальных свищей: автореф. дис. ... канд. мед. наук /А.К.Пакалнс.- Рига. - 1966. -11с.
7. Кутепов А.Г. Опыт лечения больных хроническим парапроктитом / А.Г.Кутепов, А.П.Ляшкова, А.А.Иванин// Актуальные вопросы проктологии. - Уфа.- 1987. - С.95-97.
8. Жуков Б.Н. Опыт применения операций с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала в лечении параректальных свищей /Б.Н.Жуков [и др.]// В кн.: Актуальные проблемы колопроктологии. - М.- 2005. - С.68-70
9. Tarun John Jacob Surgical intervention for anorectal fistula / Tarun John Jacob [et al.] //Sao Paulo Med J. - 2011;129(2):120-121.
10. Даценко А.Б. Тактика лечения больных с осложнёнными анальными трещинами / А.Б.Даценко [и др.]// - Белгород. Колопроктология. - 2011. - №3 (37). - С.26.
11. Вопросы диагностики и хирургического лечения неполных внутренних свищей прямой кишки / А.М.Никитин, А.М.Коплатадзе, С.М.Предыбайло, А.М.Бучин// Вестник хирургии.- 1985. -№11. - С.67-70.
12. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопластики / А.М.Кузьминов, А.С.Бородкин, Ш.Т.Минбаев, Ю.Ю.Чубаров // Актуальные вопросы колопроктологии. - Уфа. - 2007. - С.60-61.
13. Иброхимов Ю.Х., Кахаров А.Н. Устройство для фистулографии при неполных внутренних прямокишечных свищах (рацпредложение №3286/R-502, выданное ТГМУ от 15.05.2012).
14. Иброхимов Ю.Х., Гулов М.К. Применение препарата «ТиссуколКит» в хирургии неполных внутренних свищей прямой кишки. (рацпредложение №3376/R-591, выданное ТГМУ от 10.11.2013).
15. Иброхимов Ю.Х., Гулов М.К. Способ ультразвуковой диагностики внутренних неполных свищей прямой кишки в зависимости от степени сложности. (рацпредложение №3375/R-590, выданное ТГМУ от 10.11.2013).

## Summary

### Treatment of incomplete internal rectal fistula

M.K. Gulov\*, Yu.Kh. Ibrohimov

\*Chair of General Surgery №1;

Chair of operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU

The paper presents the analysis of surgical treatment 143 patients with incomplete internalrectal fistulas, which were divided into control and basic groups. In the main group (50,3%; n=72) operations were performed using a two-component fibrin glue «Tissukol Kit» and modified method of segmental proctoplasty; in the control group (n=71; 49,7%) patients were operated by conventional means.

Therefore, by using the foregoing techniques in the study group fistula recurrence occurred only in 1 (1,4%) patient, and anal sphincter failure grade – in 2 (2,8%); in control group – fistula recurrence was in 7 (9,9%) patients, and anal incontinence grade I-II – in 9 (12,7%).

**Key words:** incomplete internal fistula, fibrin glue, segmental proctoplasty, anal incontinence

#### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гулов Махмадшоҳ Курбоналиевич – профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки,139  
E-mail: gulov\_m@mail.ru