



Диагностика неполных внутренних свищей прямой кишки

М.К. Гулов*, Ю.Х. Иброхимов

*Кафедра общей хирургии №1; оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ;
Городской центр колопроктологии г.Душанбе

У 103 (72%) из 143 обследованных нами пациентов с неполными внутренними прямокишечными свищами, свищевое отверстие было в диаметре менее 3 мм, а у остальных 40 (28%) – от 3 мм до 25 мм. В 30 (21%) случаях выявлены выраженные воспалительные изменения в области свищевого отверстия, у 6 (4,2%) пациентов имелось разрастание грануляционной ткани, и у 3 (2,1%) – рубцовые изменения анального канала в области свищевого отверстия.

Самыми эффективными методами обследования больных с неполными внутренними прямокишечными свищами являются интаректальная фистулография и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) прямой кишки, которые зачастую позволяют получить достоверную информацию о строении свища. Разработанное нами устройство для фистулографии при неполных внутренних прямокишечных свищах было апробировано у 37 больных. Фистулография, при разработанном нами методе, была информативной в 91,9% случаев, напротив, при общеизвестном методе фистулографии – в 16,4%.

С помощью ТРУЗИ нами была также разработана классификация неполных внутренних свищей прямой кишки по степени сложности, которая предоставляет достаточную информацию о характере и строении свища.

Ключевые слова: неполный внутренний свищ, фистулография, трансректальное ультразвуковое исследование

Введение. Ведущее место среди проктологических заболеваний занимают хронические парапроктиты, одной из разновидностей которых являются неполные внутренние свищи (НВС) прямой кишки [1-3]. Хронический парапроктит или прямокишечные свищи – это имеющийся хронический воспалительный процесс в одной из морганиевых крипт, в межсфинктерной области и в параректальной клетчатке, с наличием уже образовавшегося свищевого хода. Внутренним отверстием свища при этом является поражённая крипта. НВС диагностируются у 1,2-11,8% больных с хроническим парапроктитом. НВС, скорее всего, являются криптитом или инфицированной раной анального синуса, возникшей вследствие травмы или воспалительного процесса выводных протоков анальных желёз [4].

Диагностика пациентов с неполными внутренними прямокишечными свищами является довольно непростой задачей. По этому вопросу мало сообщений в различных научных публикациях, что по сей день требует своего решения [5-7]. Существующие методы диагностики не дают полной информации о характере свища, наличии разветвлённости, гнойных полостей, затёков, и нередко мало соответствуют тому, что находит проктолог во время операции. Это

связано, в первую очередь, с анатомическими особенностями НВС: рубцовые изменения с деформацией анального канала, а также различные степени недостаточности анального сфинктера. Достижение удовлетворительных исходов лечения у пациентов с НВС требует совершенствования методов диагностики [1,8,9].

Выяснение этих вопросов даёт возможность более дифференцированно подойти к выбору метода операции и послеоперационного ведения, а также позволит снизить количество неудовлетворительных результатов оперативного лечения.

Цель исследования: оптимизация методов диагностики, выбора тактики хирургического вмешательства и послеоперационного ведения больных с неполными внутренними свищами прямой кишки.

Материал и методы. Располагаем опытом наблюдения 143 пациентов с НВС, которые составляют 9,8% от всех больных с прямокишечными свищами. В исследуемую группу больных вошли только пациенты с банальными (неспецифическими) неполными внутренними прямокишечными фистулами криптогландулярного происхождения.

Мужчин было 116 (81,1%), женщин – 27 (18,9%). Возраст пациентов варьировал от 14 до 80 лет и в среднем составил 47 лет. Большинство (n=116; 81,1%) составили лица трудоспособного возраста – от 20 до 49 лет. Почти половина больных (n=69; 48,2%) страдали НВС прямой кишки до поступления в клинику – сроком от 2 месяцев до 2 лет.

Обследование каждого больного включало: сбор анамнеза жизни и заболевания, наружный осмотр, пальпацию околоанальной области, пальцевое исследование; проведение зондирования, ректороманоскопии, фистулографии; сфинктерометрию, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ).

Подготовка к интраректальной фистулографии проводилась следующим образом: за сутки до фистулографии, с целью очищения свищевых гнойных ходов, полостей и затёков, вводится 10% бензойная мазь на водорастворимой основе. Затем свищевой ход промывается раствором декасана. Кишечник накануне и за 30-60 минут до исследования очищали клизмой или препаратом «Микронема». Для повышения информативности фистулографии, мы подходили дифференцированно к выбору контрастного вещества. С этой целью чаще использовали триомбрат, обладающий высокой информативностью. В случае, если во время предварительного определения проходимости свищевых ходов отмечались затруднения, то заполнение свищевых ходов производилось водорастворимым контрастным веществом с добавлением 3% раствора H₂O₂. Существующие методы фистулографии, в связи с анатомическими особенностями НВС, часто невозможно выполнить. Недостаточность анального жома, наличие рубцов и деформация анального канала в большинстве случаев препятствуют выполнению фистулографии. С целью улучшения дооперационной диагностики нами было разработано новое устройство для фистулографии при неполных внутренних свищах прямой кишки [10], которое было апробировано у 37 больных (рис.1).



РИС. 1. УСТРОЙСТВО ДЛЯ ИНТРАРЕКТАЛЬНОЙ ФИСТУЛОГРАФИИ НВС ПРЯМОЙ КИШКИ

Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) – это ультразвуковой метод исследования прямой кишки с использованием ректального ультразвукового датчика. ТРУЗИ считается одним из современных методов исследования больных с неполными внутренними прямокишечными свищами. Для определения степени сложности неполных внутренних прямокишечных свищей мы использовали классификацию неполных внутренних свищей, с помощью разработанного нами трансректального ультразвукового метода [11] на аппарате фирмы «HITACHI EUB – 5500».

Нами была разработана классификация неполных внутренних свищей прямой кишки по степени сложности ТРУЗИ (по отношению свищевого хода к волокнам наружного анального сфинктера):

1. Интрасфинктерные или подкожно-подслизистые свищи;
2. Трансфинктерные свищи:
 - а) I степень сложности (n=23; 44,2%) – свищ имеет узкий, прямой ход и проходит через небольшую порцию сфинктера. Межмышечных гнойных полостей и воспалительных инфильтратов не наблюдается.
 - б) II степень сложности (n=18; 34,6%) – свищ имел не прямой, а извилистый ход и проходил через средние порции сфинктера. Отмечались небольшие межмышечные гнойники, а также наблюдались воспалительные изменения вокруг свищевого отверстия (рис.2).
 - в) У 7 (13,5%) пациентов обнаружены свищи III степени сложности. Свищевой ход у этих больных проходил через верхние порции сфинктера, при этом наблюдались гнойные полости, затёки и инфильтраты, свищевое отверстие – широкое (рис.3).
 - г) Свищи IV степени сложности наблюдались у 4 (7,7%) больных. Независимо от уровня прохождения порции волокон сфинктера свищевой хода. У этой категории больных имелось широкое или узкое свищевое отверстие с рубцовыми изменениями и инфильтратами, гнойными полостями, затёками в межмышечном пространстве или в околопрямокишечной клетчатке.
3. Экстрасфинктерные свищи:
 - а) I степень сложности отмечалась у 8 (31,8%) больных. Свищевое отверстие у этих пациентов было узкое, с прямым ходом, без гнойников и воспалительных инфильтратов.
 - б) У 2 (8,7%) больных имелись НВС II степени сложности. В области свищевого отверстия наблюдалось рубцово-воспалительное изменение, но без гнойников и инфильтратов в околопрямокишечной области.

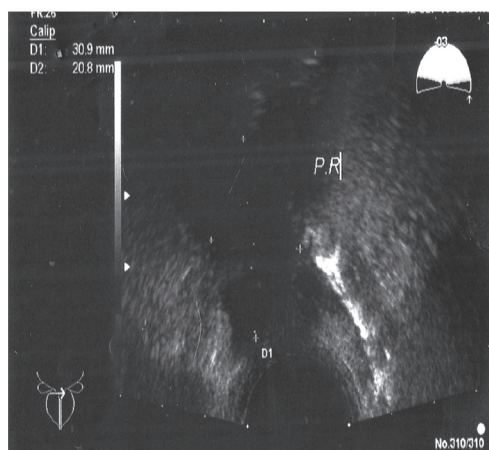


РИС. 2. ТРАНСРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ТРУЗИ) НВС ПРЯМОЙ КИШКИ С ТРАНССФИНКТЕРНЫМ ХОДОМ II СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ

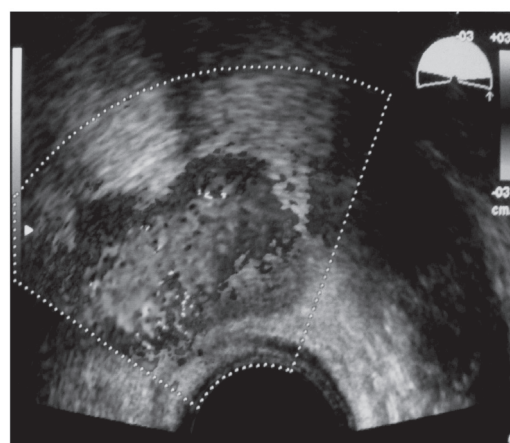


РИС. 3. ТРАНСРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. НЕПОЛНЫЙ ВНУТРЕННИЙ ТРАНССФИНКТЕРНЫЙ СВИЩ III СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ

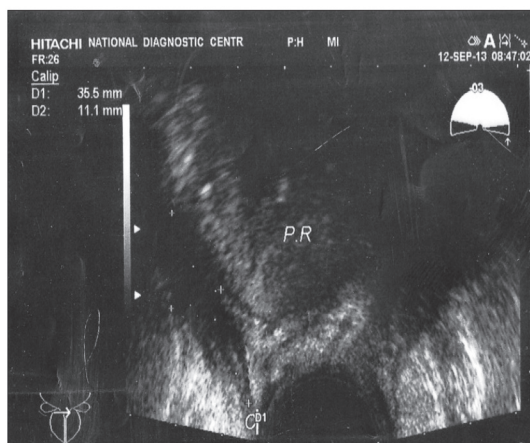


РИС. 4. ТРУЗИ НВС ПРЯМОЙ КИШКИ С ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМ ХОДОМ III СТЕПЕНИ И СЛОЖНОСТИ



РИС. 5. ТРУЗИ НВС ПРЯМОЙ КИШКИ С ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМ ХОДОМ IV СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ

- в) III степень была отмечена у 6 (26,1%) больных. Свищевое отверстие узкое, но имеются гнойники и воспалительное изменение в клетчаточном пространстве (рис.4).
- г) Свищи IV степени сложности характеризовались широким свищевым отверстием с изменениями вокруг него, а также с инфильтратами, гнойными полостями, затёками в клетчаточных пространствах. Причём, гнойные полости могут быть подковообразными. Эту группу составили 7 (30,4%) пациентов (рис.5).

Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики и представлены в виде $M \pm m$. Оценка статистической значимости различий средних величин и относительных показателей проводилась с использованием t-критерия. Нулевую гипотезу отвергали при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При осмотре больных с НВС прямой кишки, наличие рубцовых изменений разной степени выраженности в перианальной области выявлено у 53 (37,1%) пациентов. Такие рубцовые процессы могут привести к нарушению функции анального держания дистального отдела прямой кишки. Послеоперационная рубцовая деформация анального канала послужила не полному закрытию анального отверстия у 13 (9,1%) пациентов. Эти пациенты были ранее оперированы, что привело не только к возникновению рецидива неполного внутреннего свища прямой кишки, но и к возникновению анальной инконтиненции.

Покраснение кожи анальной области выявлено у 5 (3,5%) пациентов, что само по себе говорит о наличии активного воспалительного процесса, который локализован в параректальной клетчатке. Болезненным пальцевое исследование было у 115 (80,4%)

пациентов, безболезненным – у 28 (19,6%). Спазм анального сфинктера выявлен у 8 (5,6%) больных, а недостаточность анального жома – у 13 (9,1%). В 80 (55,9%) случаях пальцевое исследование прямой кишки дополнялось аноскопией.

При измерении расстояния от кожно-слизистого края ануса до свищевого отверстия результаты были разные. Следуя из этого, можно сделать вывод, что у большинства пациентов (78,3%) свищевое отверстие располагалось на уровне одной из крипт анального канала. По отношению к стенкам анального канала, чаще всего свищевое отверстие локализовалось по заднему сегменту – у 118 (82,5%) человек, у 20 пациентов (14%) – по переднему и у 5 (3,5%) – по боковому сегменту анального канала.

Свищевое отверстие пальпируется в виде рубцовой деформации стенки анального канала на небольшом участке или воронкообразного втяжения. Имеющиеся рубцовые изменения в области свищевого отверстия и рубцово-воспалительные изменения в тканях параректальной клетчатки, в свою очередь, дают максимальную информацию о степени сложности неполного внутреннего свища.

У 103 (72%) из 143 обследованных нами пациентов с неполными внутренними прямокишечными свищами, свищевое отверстие было в диаметре менее 3 мм, а у остальных 40 (28%) – от 3 мм до 25 мм. В 30 (21%) случаях выявлены выраженные воспалительные изменения в области свищевого отверстия, у 6 (4,2%) пациентов имелось разрастание грануляционной ткани, и у 3 (2,1%) – рубцовые изменения анального канала в области свищевого отверстия.

При зондировании свища в 40 (28%) случаях получена удовлетворительная информация о характере свища, а 103 (72%) случая были малоинформативными. У 21 (52,5%) из 40 пациентов глубина свищевого хода была до 5 мм, у 19 (47,5%) – более 5 мм. Наличие гнойных полостей обнаружили у 15 (37,5%) больных, следующих локализаций: подкожные – 3, подслизи-

стые – 4, ишеоректальные – 3, ретроректальные – 2, пелвиоректальные – 2, ректовагинальной перегородки – 1. Отношение свищевого хода к волокнам сфинктера было таким: интрасфинктерный – у 24 (60%), трансфинктерный – у 13 (32,5%) и экстрасфинктерный – у 3 (7,5%).

При ректороманоскопии нами выявлены такие сопутствующие заболевания как: проктиты – у 3 (4,3%), проктосигмоидиты – у 8 (4,3%), полипы – у 3 (4,3%) больных.

При фистулографии у 37 пациентов, с помощью разработанного нами устройства у 34 (91,9%) из них удалось получить ценную информацию об особенностях свищей. Лишь у 3 (8,1%) больных фистулографию не удалось выполнить, из-за имевшегося гнойно-воспалительного процесса в фазе инфильтрации. Данный метод фистулографии улучшает возможности предоперационной диагностики пациентов с НВС прямой кишки. При общеизвестном методе фистулографии, в 16,4% случаев он был информативным, а при разработанном нами методе – в 91,9%.

При проведении ТРУЗИ наибольшую группу (n=68; 47,5%) составили больные с интрасфинктерными свищами, вторыми по частоте были трансфинктерные неполные внутренние прямокишечные свищи (n=52; 36,4%), и наконец, третью группу составили пациенты с экстрасфинктерными свищами прямой кишки (n=23; 16,1%).

Таким образом, при ТРУЗИ НВС во всех случаях нам удалось установить свищевое отверстие. Кроме того, при этом получить дополнительную информацию о распространенности и выраженности рубцовых изменений в стенке кишки и гнойных полостей в тканях параректальной области. Во всех случаях выявлен неполный внутренний прямокишечный свищ.

При проведении сфинктерометрии, полученные нами данные дают возможность установить, что у пациентов с неполными внутренними свищами прямой кишки чаще всего имеет место снижение волевых сокращений сфинктера (табл.).

ТАБЛИЦА. ПОКАЗАТЕЛИ СФИНКТРОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПОЛНЫМИ ВНУТРЕННИМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Исследуемые параметры	Показатели сфинктерометрии по двум направлениям браншей сфинктерометра в граммах							
	Мужчины				Женщины			
	3-9 часов		6-12 часов		3-9 часов		6-12 часов	
	В норме	При обслед.	В норме	При обслед.	В норме	При обслед.	В норме	При обслед.
Тонус сфинктера в покое	427,0±11,3	295,0±11,7	367,0±10,9	255,0±15,4	387,7±6,4	260,7±6,5	297,0±6,9	225,5±25,2
Максимальное усилие	667,7±12,7	495,5±18,5	541,0±4,1	420,5±24,9	603,4±12,6	420,7±27,8	441,0±13,8	355,5±43,5
Волевое сокращение	240,7±9,1	200,5±10,9	174,0±7,5	165,5±13,5	215,7±8,2	160,0±19,7	144,0±10,0	130,0±19,1



Показатели сократительной способности анального сфинктера у женщин по сравнению с нормой достоверно ниже ($p \leq 0,05$). У мужчин также отмечалось снижение показателей сфинктерометрии, но показатели волевого сокращения по боковым направлениям достоверного ($p \geq 0,05$) отличия от нормы не имели.

Полученные нами данные, по сравнению с аналогичными работами других авторов, свидетельствуют о том, что в ходе исследования нам удалось во всех случаях (100%) установить свищевое отверстие при ТРУЗИ НВС прямой кишки, между тем, по данным Орловой Л.П. с соавт. (2007), этот показатель составляет всего 55% [1].

Таким образом, в связи с особенностями локализации НВС и отсутствием наружного свищевого отверстия, часто возникает затруднение при обследовании пациентов. Самыми эффективными методами обследования больных с неполными внутренними прямокишечными свищами являются следующие: пальцевое исследование, аноскопия, методика интаректальной фистулографии и трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ультразвуковая семиотика хронического парапроктита / Л.П.Орлова, А.М.Кузьминов, Н.А.Полякова, Ш.Т.Минбаев // Колопроктология. - 2007. - №1. - С.4-6.
2. Рентгенологический метод в обследовании больных со свищами промежности / А.А.Тихонов А.М.Кузьминов, Н.Н.Полётов, Ш.Т.Минбаев // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2001. - № 4. - С. 43-47.
3. Pomerri F. Anal endosonography and fistulography for fistula-in-ano/ F. Pomerri, G. Dodi, G. Pintacuda, L. Amadio, P.C. Muzzio // Radiol Med. 2010 Aug;115(5):771-83.
4. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М.Аминев.- Куйбышев. - 1973. - Т.3.- С. 90-345.
5. Halligan S. Imaging of Fistula in Ano/ S, Halligan, J.Stocer /Radiology// - 2006. - Vol. 239, № 1. -P. 18-33.
6. Pinsk I. Anography: a technique for determining the location of the internal opening in perianal fistula// I.Pinsk , R.Seppala, M.S.Friedlich /Colorectal Dis. - 2010;12(9):896-900.
7. Buchanan G.N. Clinical Examination, Endosonography, and MR Imaging in Preoperative Assessment of Fistula in Ano: Comparison with Outcome-based Reference Standard// G.N.Buchanan, S.Halligan, C.I.Bartram, A.B.Williams, D.Tarroni, C.Cohen, G.Richard./ Radiology. - 2004. - Vol. 233, №3. - P. 674-681.
8. Perez M.M. Usefulness of anal ultrasonography in anal fistula// M.M. Perez, E. Garcia-Granero. /Rev Esp Enferm Dig (Madrid). -2006. - Vol. 98, №8. - P. 563-572.
9. Sudół-Szopińska I. The Accuracy of a Postprocessing Technique-Volume Render Mode-in Three-Dimensional Endoanal Ultrasonography of Anal Abscesses and Fistulas/ I. SudółSzopińska, M.Kołodziejczak , T.R.Szopiński . // Dis Colon Rectum. - 2011;54(2):238-44.
10. Иброхимов Ю.Х., Кахаров А.Н. Устройство для фистулографии при неполных внутренних прямокишечных свищах (Рацпредложение №3286/R-502, выданное ТГМУ от 15.05.2012г.).
11. Гулов М.К., Иброхимов Ю.Х. Способ ультразвуковой диагностики внутренних неполных свищей прямой кишки в зависимости от степени сложности (Рацпредложение №3375/R-590, выданное ТГМУ от 10.11.2013г.).



Summary

Diagnostics of partial inner anal fistula

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

* Chair of General Surgery №1; Operative surgery and topographic anatomy of TSMU;
Municipal Coloproctology center, Dushanbe city

In 103 (72%) of 143 investigated patients had incomplete internal rectal fistula the fistulous holes with diameter less than 3 mm, and in the remaining 40 (28%) – from 3 mm to 25 mm. In 30 (21%) cases revealed inflammatory changes in the fistula hole, in 6 (4,2%) observed overgrowth of granulation tissue, and in 3 (2,1%) – scarring in anal canal fistula around hole area.

The most effective methods of examination patients with incomplete internal rectal fistulas are intrarectal fistulography and transrectal ultrasound (TRUS), which is often possible to obtain reliable information about the fistula structure. We have developed a device for fistulography with incomplete internal rectal fistula that was tested in 37 patients. Proposed fistulography was informative in 91,9% of cases, on the contrary, when the well-known method fistulography – 16,4%.

Using TRUS a classification of incomplete internal fistula rectum by its complexity is developed, which provides sufficient information about the nature and structure of the fistula.

Key words: incomplete internal fistula, fistulography, transrectal ultrasonography

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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