

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

**Шеркулов Кодир Усмонкулович, Давлатов Салим Сулаймонович,
Усмонкулов Маъруфжон Кодирович, Болтаева Нилуфар Комил кизи
Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Республика Узбекистан.**

Свищи прямой кишки – одно из наиболее распространенных колопроктологических заболеваний. На долю свищей прямой кишки приходится 15-45% пациентов в структуре колоректальной патологии. Больные хроническим парапроктитом составляют 0,5-4% от общего числа стационарных хирургических больных и 30-35% среди пациентов с заболеваниями прямой кишки (Муравьев А.В. и соавт., 2012; Зитта Д.В. и соавт., 2013; Жуков Б.Н. и соавт. 2008). Распространенность заболевания составляет 6-12 на 100 тыс. человек.

Многие авторы отмечают, что оперативное вмешательство в виде вскрытия абсцесса и самопроизвольное опорожнение гнойника являются основными причинами формирования свищей прямой кишки, в том числе неполных. Однако, как показал анализ литературы, существуют дополнительные факторы, способствующие образованию свищей прямой кишки, в том числе неполных внутренних, и чаще всего они связаны с патологией аноректальной области (криптит, геморрой, анальная трещина). Японские авторы провели многофакторный анализ, благодаря которому установлены факторы риска возникновения свищей прямой кишки.

Классификации неполных внутренних свищей прямой кишки в настоящее время не существует, так как их не выделяют в отдельную нозологическую форму, что, по нашему мнению, связано с терминологической



«прорехой». В отечественной хирургической практике используют классификацию, предложенную А.Н. Рыжих в 1956 г., в которой в зависимости от отношения к волокнам наружного сфинктера свищи прямой кишки делят на интрасфинктерные, или подкожно-подслизистые, трансфинктерные и экстрасфинктерные. Выделяют также неполные (есть только внутреннее отверстие) и полные (наличие наружного и внутреннего отверстий) свищи прямой кишки.

До сих пор отсутствует единое определение неполных внутренних свищей прямой кишки и их классификация, что не позволяет систематизировать подходы к лечению. Современные методы исследования (МРТ, УЗИ) во многом могут облегчить установление архитектоники свищевого хода до операции и тем самым снизить риск развития недостаточности анального сфинктера и рецидива заболевания. В современных условиях большинство методов хирургического лечения направлены на уменьшение травматизации анального сфинктера и снижение риска рецидива заболевания. Однако только в двух современных публикациях, посвященных лечению неполных внутренних свищей прямой кишки, обсуждаются сфинктерсохраняющие методики, но в них не дана оценка отдаленных результатов. Стоит отметить, что подавляющее большинство пациентов с неполными внутренними свищами ранее перенесли оперативные вмешательства на анальном сфинктере. В этом случае необходимо проводить оценку состояния мышц анального сфинктера до и после хирургического вмешательства с целью профилактики развития недостаточности анального сфинктера.

Цель исследования является улучшение результатов лечения больных со свищами прямой кишки путем оптимизации методов диагностики и выбора объема операции.

Ключевые слова: свищи прямой кишки, колоректальной, интрасфинктерные, трансфинктерные, экстрасфинктерные, колопроктология.

Материал и методы. Основу клинического материала составили данные медицинских карт 254 пациентов с свищами прямой кишки, пролеченных в клиники СамМГУ отделении колопроктологии за период с 2017 по 2022 год. Возраст больных 16-64 лет, женщин-183, мужчин-71. Для изучения и сравнения результатов лечения, все пациенты были распределены на следующие группы:

I- контрольная группа была представлена 37 пациентами, которым была проведена стандартная, традиционная терапия,

II-основная группа была представлена 217 больными, при лечении которых были использованы новые подходы диагностики и лечения больных со свищами прямой кишки.

В предоперационном периоде все пациенты проходили специальный комплекс обследования, включающий: сбор жалоб и анамнеза, наружный осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование, пробу с красителем, ректороманоскопию, фистулографию в двух проекциях.

По статистике, примерно 92% больных со свищами прямой кишки связывают начало заболевания ранее перенесенным острым парапроктитом. Очень часто болезнь протекает волнообразно, на фоне существования свища

может быть обострение воспаления при закупорке наружного отверстия или свищевого хода. При этом может возникнуть абсцесс, после вскрытия и опорожнения его острые воспалительные явления стихают, количество отделяемого из раны уменьшается, исчезают боли, улучшается общее состояние, однако рана полностью не заживает, остается ранка не более одного сантиметра в диаметре, из которой продолжает выделяться периодически гнойное отделяемое. В ремиссий боли для свища прямой кишки не характерны. Общее состояние в это время также не страдает.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчин	Женщин	Общее число
16-21	14	49	63
22-31	27	78	105
32-41	17	37	54
42-51	4	7	11
52-64	7	9	16
старше 64 лет	2	3	5
итого	71	183	254

Форма наружного отверстия, отверстий свища и расстояние от края ануса не являются показателем глубины прохождения свищевого хода. Иногда свищ, наружное отверстие которого отстоит относительно далеко от края ануса, проходит под кожей и наоборот, свищ, расположенный вблизи ануса, может идти параллельно стенке прямой кишки и проникать вглубь сфинктера.

Важен, хотя и непостоянен, такой признак, как прощупывание свищевого хода под кожей. Наличие такого подкожного “шнура” обычно характерно для неглубоких подкожных интра- и трансфинктерных свищей. При длительном существовании свища иногда вокруг его наружного отверстия ткани гипертрофируются и уплотняются, что требуется дооперационной биопсии. Иногда при наличии гнойных полостей по ходу свища определяют гиперемию, гипертермию кожи и плотный, болезненный инфильтрат рядом со свищевым отверстием.

В процессе топической диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки, определения его основного хода, ответвлений и затеков важно удостовериться, что в данном случае свищ “полный», когда промывная жидкость, введенная в наружный свищ (свищи) свободно проходит в кишку через внутреннее свищевое отверстие.

Пальцевое исследование позволяет сразу, хотя бы приблизительно, выяснить тонус и силу сокращения сфинктера, а также делить наличие и локализацию внутреннего свищевого отверстия в анальном канале или хотя бы локальную болезненность участка стенки анального канала. Внутреннее отверстие гнойного («банального») криптогенного свища прямой кишки обычно точечное, оно пальцем определяется как локальный болезненный уплотненный участок стенки анального канала, окруженный рубцами или инфильтратом, размер его точно определить трудно.

Пальцевое исследование в сочетании с зондированием свища является основным приемом для дифференцировки парапроктита и других параректальных нагноений, таких как фурункул, карбункул, флегмона, киста ректовагинальной перегородки, бартолинит у женщин или парауретрит у мужчин.

Свищи прямой кишки	Основн. группа	Контр. группа	Абсолют. число	%
Экстрасфинктерный	34	24	58	22,9%
Транссфинктерный	97	9	106	41,7%
Интрасфинктерный	86	4	90	35,4%
Итого	217	37	254	100

Нами был использован модифицированный вариант радикальной операции, который был применен у всех 217 больных со свищами прямой кишки, госпитализированных в клинику за это время.

Выводы. Таким образом, при экстрасфинктерном свище последний иссекают экономно, чтобы не повредить наружный сфинктер заднего прохода. Рубцово измененные прокрашенные ткани иссекают, при обнаружении гнойных полостей и затеков по ходу свища их вскрывают и saniруют. Как правило, после операции рана приобретает Т-образную форму.

Послеоперационное местное лечение проводится с применением обработки ран антисептическим растворами и мазом офломиелидом.

Предложенная нами методика приводит к более гладкому течению послеоперационного периода, уменьшению болевого синдрома, снижению риска возникновения недостаточности анального сфинктера, ускорению заживления раны промежности, сокращению частоты послеоперационных осложнений, уменьшению длительности пребывания больных в стационаре

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. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - М.,2006. - 432с.
4. Шеркулов К.У. Analysis of surgical treatment of acute paraproctitis. Проблемы биологии и медицины. 2022, №4 (137) 227-229.
5. Мусаев Х.Н. Хирургическое лечение прямокишечно-влагалищных свищей. Хирургия, 2009.-N 9.-С.55-58.
6. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М., Медицина – 1994. С-450-453
7. Калантаров Т.К. соавт. Есть ли альтернатива колостоме?/ ранения толстой кишки в военное и мирное время. Материалы конференции. Красногорск 1997, С-114-115
8. Хабурзания А.К., Петров В.П., Лазерев Г.В., Китаев А.В. Общие вопросы хирургической тактики при огнестрельных ранениях толстой кишки //Ранение толстой кишки в военное и мирное время; Материалы конф. Красногорск. 1997.-С. 74-77.
9. Roche.B, Michel J.M., Deleavat J., Peter R/Marti M.C. Traumatic lesionis of the anorectum // Swiss Surgery/ - 1998.-№.- P.249-252.
10. Maconi G. Parente F(1999) Hydrogen peroxide enhanced ultrasound-fistulografphy in the assessment of enterocutaneous fistulas complicating Crohn s disease. Gut 45874-878.
11. Алиев С.А., Повреждение толстой кишки в неотложной хирургии // Хирургия -2000.-№10. С. 35-41.
12. Ревской А.К., Люфинг А.А., Войновский Е.А., Клипак В.М. Огнестрельния живота и таза: Руководство для врачей.-М. 2000-320с.

13. Горфинкель И.В., Рехен Д.Г., Чирков Ю.В. Наружные кишечные свищи после гинекологических операций и их лечение // Вестн. Хир. -2000-№ 3. 85-87стр.

14. Петров В.П. с соавт. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях толстой кишки. Военно-мед.журнал 2001 № 7. 19-26стр.



Research Science and
Innovation House

