

На правах рукописи

Чеканов Александр Михайлович

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА

14.01.17 – хирургия

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Новосибирск).

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Штофин Сергей Григорьевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Любарский Михаил Семенович

член-корреспондент РАН

(Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии, заместитель директора по научной работе, г. Новосибирск)

доктор медицинских наук

Баширов Сергей Рафаэлевич

(Сибирский государственный медицинский университет, профессор кафедры общей хирургии, г. Томск)

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва)

Защита диссертации состоится «__» _____ 2015 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.062.03 на базе Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52; тел.: (383) 229-10-83); <http://ngmu.ru/dissertation/356>)

Автореферат разослан «____» _____ 2015 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

М. Н. Чеканов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Заболеваемость острым и хроническим парапроктитом превышает 20 случаев на 100 тысяч населения в год, причем затрагиваются в большинстве случаев пациенты трудоспособного возраста (Sainio P. et al., 1984; Zanotti C. et al., 2007; Кузьминов А.М. с соавт., 2007, Abcarian H. et al., 2011, Демьянов А.В. с соавт., 2013).

Методы лечения, предложенные до настоящего времени, имеют ряд недостатков, наиболее важными из которых являются риск развития рецидива и вероятность травматизации удерживающих структур аноректума с последующим развитием калового недержания. Несмотря на все более активно развивающиеся органосохраняющие методики (Blumetti J. et al., 2012), аналитического сопоставления результатов и появления четких указаний о пределах возможности каждого из методов до сих пор нет.

Отсутствует также доказательное понимание роли первичного иссечения свища, выполняемого при вскрытии острого парапроктита. Включение этого элемента в стандартную схему лечения острого парапроктита уверено поддерживалось и поддерживается рядом авторов. К настоящему времени все чаще появляются исследования, в том числе с высоким уровнем доказательности (рандомизированные многоцентровые исследования), результаты которых говорят о высокой вероятности спонтанного заживления без первичной фистулотомии, о повышенном риске развития калового недержания при использовании методов, включающих пересечение волокон анального сфинктера (Schouten W. R. et al., 1991; Oliver I. et al., 2003; Rizzo J. et al., 2012).

Таким образом, несмотря на существование значительного опыта лечения острого и хронического парапроктита, этот опыт подлежит анализу методами доказательной медицины.

Цель исследования. Оптимизировать тактику лечения острого парапроктита и свищей прямой кишки путем проведения метааналитического и эпидемиологического, обсервационного исследований результатов лечения парапроктита и создания алгоритма лечения парапроктита.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие **задачи**:

1. Путем метаанализа современных литературных данных сравнить основные методы хирургического лечения свищей в аспекте функциональных

результатов и частоты развития рецидивов.

2. Изучить частоту формирования свищей прямой кишки после хирургического лечения острого парапроктита в зависимости от вида первичной операции.

3. Оценить функциональный результат и частоту развития рецидива при выполнении лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое.

4. Создать алгоритм лечения парапроктита.

Научная новизна исследования. Впервые проведен метаанализ актуальной литературы, посвященной лечению свищей прямой кишки, в аспекте частоты рецидива и функциональных результатов. Впервые проведено эпидемиологическое исследование частоты образования свищей прямой кишки после хирургического лечения острого парапроктита. Выполнена оценка собственного опыта лечения свищей прямой кишки методом лигирования в межсфинктерном слое. Создан алгоритм лечения парапроктита.

Практическая значимость. На основании метаанализа выявлены наиболее эффективные и безопасные методы хирургического лечения свищей прямой кишки. В эпидемиологическом исследовании выявлено устойчивое соотношение частот развития острого парапроктита и свищей прямой кишки (5 : 1). Показано отсутствие взаимосвязи между типом лечения острого парапроктита и частотой развития рецидива острого парапроктита и формирования свищей прямой кишки. Анализ собственного опыта лигирования свища в межсфинктерном слое показал простоту и воспроизводимость методики. Разработан алгоритм лечения острого парапроктита с учетом данных, полученных на всех этапах исследования.

Положения, выносимые на защиту

1. Фистулотомия и лигатурный метод лечения свищей обеспечивают низкий уровень развития рецидива, но сопряжены с высоким риском нарушения калового держания. Метод пластики внутреннего отверстия свища перемещенным лоскутом имеет высокий уровень рецидива и развития калового недержания в послеоперационном периоде и не может рассматриваться как безопасная альтернатива традиционным методам.

2. Соотношение частоты развития острого парапроктита и свищей прямой кишки составляет 5 : 1, не зависит от типа проведенного первичного вмешательства, что не поддерживает стремление к первичному радикализму

при хирургическом лечении острого парапроктита.

3. Лигирование свища в межсфинктерном слое может быть предложено в качестве операции выбора для лечения сложных типов свищей прямой кишки.

Апробация работы. Основные положения работы представлены на заседании Новосибирского хирургического общества (Новосибирск, 2012), на 5-м съезде хирургов Сибири и Дальнего Востока (Новосибирск, 2014), на 8-й международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии» (Москва, 2014) и на совместном заседании кафедр общей хирургии, факультетской хирургии, кафедры госпитальной и детской хирургии, кафедры хирургии ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета (Новосибирск, 2014).

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты работы внедрены в лечебную работу хирургической службы Городской клинической больницы № 25, а также используются в учебном процессе и научной работе кафедры общей хирургии Новосибирского государственного медицинского университета.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, в том числе 1 монография, 2 статьи в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов для публикаций материалов диссертации.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 98 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, двух глав описаний собственных исследований, обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Полученные результаты проиллюстрированы с помощью 31 таблицы и 12 рисунков. Указатель литературы представлен 199 источниками, из которых 174 – зарубежных авторов.

Личный вклад автора. Клинический материал, представленный в диссертации, собран, обработан и проанализирован лично автором. Опубликованные работы написаны автором или при непосредственном его участии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование разделено нами на три составляющие: метаанализ литературных данных, когортное исследование пациентов,

получавших лечение по поводу острого парапроктита и свищей прямой кишки в ведущих стационарах города Новосибирска и наблюдательное исследование пациентов, оперированных по поводу свищей прямой кишки методом лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое.

Метаанализ литературных данных. Проведение метаанализа литературных данных позволило выполнить сопоставление результатов лечения свищей прямой кишки наиболее распространенными методами.

В исследование включались работы, отвечающие следующим требованиям: публикация не ранее 2000 г. включительно; наличие сведений о результатах выполнения фистулотомии, пластики перемещенным лоскутом, лигатурного метода, метода коллагеновой обтурации свища, лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое; присутствие в статье точных сведений о количестве пациентов, включенных в исследование, частоте рецидивов свища и калового недержания после операции.

Критериями исключения служили: специфический характер свищей; использование нестандартных методик и значительных модификаций классических методов лечения.

Поиск литературных данных производился по базам научных электронных библиотек eLibrary.ru и Pubmed. Статистические расчеты проводились с использованием программного обеспечения RStudio Desktop 0.98.945, версия языка R – 3.1.0, подготовка данных к расчетам выполнялась с использованием пакета программ LibreOffice версии 4.2.6.3.

В исследование было включено 7 работ, посвященных фистулотомии (Westerterp M., 2003; Perez F., 2006; Roig J. V., 2010; Garcés-Albir M., 2012; Tobisch A., 2012; Ratto C., 2012; Tozer P. 2013); 13 работ, посвященных пластике внутреннего отверстия свища (Zimmerman D. D. 2001; Amin S. N. 2003; Koehler A., 2005; Perez F., 2006; van der Hagen S. J., 2006; Uribe N., 2007; Mitalas L. E. 2007; Dubsky P. C., 2008; Ortiz H., 2008; Abbas M. A., 2008; Khafagy W., 2010; Jarrar A., 2011; Stremitzer S., 2012); 9 работ, посвященных лигатурному методу (Chuang-Wei C., 2008; Lykke A., 2010; Kamrava A., 2011; Hasegawa H., 2000; Isbister W. H., 2001; Ege B., 2013; Leventoglu S., 2013; Hammond T. M., 2012; Mentis B. B., 2004); 13 работ, посвященных применению обтураторов для лечения свищей прямой кишки (Champagne B. J, 2006; van Koperen P. J., 2007; Christoforidis D., 2008; Thekkinkattil D. K., 2009; Safar B., 2009;

Schwandner T., 2009; Zubaidi A., 2009; Lenisa L., 2010; Owen G., 2010; Ratto C., 2012; Chan S. 2012; Ommer A., 2012; Cintron J. R., 2013); 13 работ, посвященных лигированию свищевого хода в межсфинктерном слое (Rojanasakul A., 2009; Beals J. K., 2010; Bleier J. I., 2010; Shanwani A., 2010; Sileri P., 2011; Tan K. K., 2011; Abouljian A., 2011; Ooi K., 2011; van Onkelen R. S., 2012 ; van Onkelen R. S., 2012; Wallin U. G., 2012; Lehmann J. P., 2013; Чеканов М. Н., 2012). Итого в исследование было включено 55 оригинальных работ, совокупное количество пациентов составило 2 650.

Учетными критериями для анализа служила частота развития рецидивов и калового недержания в послеоперационном периоде. Для оценки гетерогенности полученных выборок были рассчитаны доверительные интервалы по Агрести-Коулу ($\gamma = 0,95$). Отсутствие перекрытия доверительных интервалов доли случаев развития учетных признаков в исследовании с основной группой расценивалось как статистический выброс. Такие работы были исключены из дальнейшего исследования. В итоге в исследование вошли 35 оригинальных работ, включающих 14 44 пациента. Объединенные данные по различным методам лечения свищей прямой кишки представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика объединенных групп по числу рецидивов и случаев калового недержания

Метод лечения	Кол-во пациентов	Кол-во рецидивов	Кол-во случаев калового недержания
Фистулотомия	174	13	32
Пластика перемещенным лоскутом	454	91	47
Лигатурный метод	158	13	49
Применение обтураторов	372	202	0
Лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое	286	69	0

Эпидемиологическое исследование исходов лечения острого парапроктита в городе Новосибирске. Первым этапом данной части исследования было определение частоты заболеваемости парапроктитом в городе Новосибирске, для чего были получены данные о количестве оперированных по поводу парапроктита и свищей прямой кишки пациентов в стационарах, оказывающих неотложную и плановую колопроктологическую

помощь. Вторым этапом послужил подробный анализ исходов лечения пациентов с острым и хроническим парапроктитом на клинической базе кафедры Новосибирского государственного медицинского университета.

Всего в исследование включено 2 213 пациентов, из них 1 847 оперированных по поводу острого парапроктита, 366 по поводу свищей прямой кишки. В группу для подробного анализа было включено 475 пациентов, проходивших лечение по поводу острого парапроктита, и 69 пациентов, проходивших лечение по поводу свищей прямой кишки.

Клинические формы парапроктита и количество случаев рецидивирования представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Клинические формы острого парапроктита у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу острого парапроктита в 2009–2013 гг.

Количество пациентов	2009	2010	2011	2012	2013
Общее количество пациентов	85	75	91	111	113
Количество пациентов с подкожным парапроктитом	53	59	63	95	72
Количество пациентов с ишио-, пельвиоректальным парапроктитом	32	16	28	16	41
Количество пациентов с рецидивным парапроктитом	19	10	15	14	27

При анализе учитывался механизм развития свищей, полные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Сводные данные пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу свищей прямой кишки 2009–2013 гг. по механизму развития свища

Механизм развития свища	2009	2010	2011	2012	2013	Всего
Хирургическое лечение	6	10	11	5	2	34
Самопроизвольное вскрытие, первично-хронические формы	2	4	6	12	5	29

Хирургическое лечение острого парапроктита во всех случаях заключалось во вскрытии и дренировании очага гнойной инфекции, в

отдельных случаях дополнявшееся фистулотомией. Подробные данные представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Сводные данные пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу свищей прямой кишки 2009–2013 гг. по типу вмешательства

Количество пациентов	2009	2010	2011	2012	2013
Общее количество пациентов	85	75	91	111	113
Вскрытие, дренирование, первичная фистулотомия	48	53	41	42	35
Вскрытие, дренирование	37	22	50	69	78

Обсервационное исследование группы пациентов, оперированных по методу лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое. В своей работе мы использовали оригинальную авторскую методику, описанную А. Rojanasakul (2007). Положение пациента на операционном столе — литотомическое. После прокрашивания свищевого хода витальным красителем в просвет свища на всем протяжении вводился зонд. В области межсфинктерной борозды выполнялся полулунный разрез длиной до 1,5 см. Внутренний сфинктер отслаивался с помощью диссектора от наружного. При этом выделялся свищевой ход на протяжении 1–1,5 см, зонд удалялся, свищевой ход лигировался дважды и пересекался между лигатурами. Следует отметить, что выделение свищевого хода в области внутреннего отверстия было максимально щадящим, чтобы предотвратить вскрытие просвета свища. После пересечения свищевого хода рана промывалась и ушивалась наглухо. Раневой канал дренировался до 3–4 суток, в дальнейшем в большинстве случаев рана закрывалась самостоятельно. Наглядно основные этапы операции представлены на рисунках 9 и 10.

За период с января 2010 года по январь 2014 года нами было оперировано 26 пациентов (мужчин – 17, женщин – 9). Медиана возраста – 50 лет. В наблюдаемую группу включались только пациенты со сложными и высокими свищами, так транссфинктерных свищей было 16, экстрасфинктерных свищей – 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные в результате метааналитического исследования данные попарно сравнивались с использованием критерия Пирсона с применением поправки Холма. Результат приведен в таблицах 5 и 6.

Таблица 5 – Сравнение групп исследований по частоте рецидивирования, р – вероятность «нулевой» гипотезы об отсутствии статистически значимых различий, LIFT — лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое

Метод лечения	LIFT	Применение обтураторов	Лигатурный метод	Пластика перемещенным лоскутом
Фистулотомия	0,001	0,000	0,9	0,006
Пластика перемещенным лоскутом	0,7	0,000	0,01	—
Лигатурный метод	0,000	0,000	—	—
Применение обтураторов	0,000	—	—	—

Таблица 6 – Сравнение групп исследований по частоте развития калового недержания, р — вероятность «нулевой» гипотезы об отсутствии статистически значимых различий, LIFT — лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое

Метод лечения	LIFT	Применение обтураторов	Лигатурный метод	Пластика перемещенным лоскутом
Фистулотомия	0,000	0,000	0,1	0,6
Пластика перемещенным лоскутом	0,000	0,000	0,001	—
Лигатурный метод	0,000	0,000	—	—
Применение обтураторов	1,0	—	—	—

Таким образом, полученные данные можно интерпретировать следующим образом: классические методы лечения свищей прямой кишки не имеют статистически значимых различий ни по частоте рецидивирования, ни по частоте развития калового недержания в послеоперационном периоде. Пластика внутреннего отверстия свищевого хода перемещенным лоскутом: частота развития рецидива статистически значимо превышает таковые при фистулотомии и лигатурном методе, в то же время не имеется статистически значимых различий по частоте развития калового недержания с фистулотомией или лигатурным методом. Применение коллагеновых обтураторов, обеспечивая нулевой риск развития калового недержания, статистически значимо уступает всем остальным методикам по частоте рецидивирования. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое не имеет статистически значимых

различий по частоте рецидива с пластикой перемещенным лоскутом, значимо различается по частоте рецидива с фистулотомией и применением коллагеновых obturаторов, при этом обеспечивая минимальный риск развития калового недержания.

Результаты эпидемиологического исследования исходов лечения острого парапроктита и свищей прямой кишки. Получив данные о количестве случаев острого и хронического парапроктита в городе Новосибирске, мы отметили, что соотношение количества пациентов с острым и хроническим парапроктитом является довольно устойчивым параметром (таблица 7).

Таблица 7 – Соотношение форм парапроктита в стационарах города Новосибирска в 2009–2013 гг.

Формы парапроктита	2009	2010	2011	2012	2013
Острый парапроктит	287	356	352	459	393
Свищи прямой кишки	54	79	68	79	86
Доля хронического парапроктита, %	18,82	22,19	19,32	18,16	21,88

Для проверки гипотезы об отсутствии статистически значимых различий между ежегодными показателями было выполнено сравнение при помощи критерия Пирсона (критерий χ^2). Таким образом, статистически значимых различий между ежегодными показателями не получено, различия обусловлены вариацией случайной величины.

Результаты анализа групп пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу острого парапроктита. Для анализа частоты рецидивирования парапроктита было выполнено распределение пациентов по декадам возраста. Для последующего исследования группы пациентов до 20 лет, от 20–29 были объединены ввиду близких значений уровня рецидивирования. Таким же образом были получены объединенные группы от 30 до 59 и старше 60 (таблица 8).

Таблица 8 –Распределение частоты рецидивирования парапроктита по возрасту

Количество пациентов	до 29 лет	30–59 лет	старше 60
Общее количество пациентов	98	317	60
Пациенты с рецидивным парапроктитом	7	66	11

Данные сравнивались при помощи критерия Пирсона (χ^2) с поправкой Йейтса на непрерывность. В результате получено, что имеются статистически значимые различия между группой пациентов до 29 лет и группой пациентов от 30 до 59 лет ($p < 0,05$). Для различий между группой до 29 и группой старше 60 значение p превышает критическое 0,05 и составляет 0,2, что может рассматриваться как тенденция. Статистически значимых различий между группами 30–59 и старше 60 лет не получено ($p > 0,8$).

В группе пациентов, оперированных по поводу острого парапроктита, из 475 пациентов был 41 пациент, которым потребовалось повторное оперативное лечение по поводу рецидива парапроктита. Из них 16 – после выполненной первичной фистулотомии, 25 – после вмешательства без первичной фистулотомии. Для оценки статистической значимости различия данных было выполнено сравнение при помощи критерия Пирсона с поправкой Йейтса на непрерывность. Статистически значимых различий между уровнем рецидивирования для двух типов вмешательств не получено ($p > 0,4$).

Результаты анализа групп пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу хронического парапроктита. В группе пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу свищей прямой кишки, 34 пациента были оперированы ранее по поводу острого парапроктита, в 29 случаях отмечалось самопроизвольное вскрытие острого парапроктита или случаи первично-хронического парапроктита, когда пациент не мог достоверно указать на наличие эпизода острого нагноения.

Из 69 пациентов со свищами прямой кишки в 34 случаях в анамнезе было вскрытие острого парапроктита, причем в 11 случаях выполнялось вскрытие, дренирование с первичной фистулотомией, в 11 случаях без первичной фистулотомии, в 12 случаях тип вмешательства установлен не был.

Для подробного анализа были отобраны пациенты, наблюдаемые от заболевания острым парапроктитом до хирургического лечения свища прямой кишки, всего таких пациентов было 9. В 5 случаях образованию свища

предшествовало вскрытие острого парапроктита с первичной фистулотомией, в 4 – без первичной фистулотомии. Данные сравнивались при помощи точного критерия Фишера. В результате получено, что статистически значимых различий между группами не получено ($p > 0,6$).

Результаты анализа группы пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу свищей прямой кишки методом лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое. Послеоперационный период не имел существенных особенностей, болевой синдром был выражен слабо, что обусловлено отсутствием повреждений анодермы. У трех пациентов отмечалось нагноение раны в межсфинктерной борозде, потребовавшее ревизии. Заживление ран происходило в обычные сроки, в отдельных случаях продолжалось до 6 недель, что связано с длительной биodeградацией лигатур в ране.

Медиана срока наблюдения составила 35 месяцев. Рецидив свища отмечен в пяти случаях (19 %): у одной женщины и четырех мужчин. При этом в четырех случаях рецидива развился интерсфинктерный свищ, по поводу которого проводилось повторное оперативное лечение в объеме фистулотомии. Один пациент от повторной операции воздержался.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на большой опыт лечения парапроктита, накопленный медицинской наукой к настоящему времени, хирургическая тактика при парапроктите остается спорным вопросом. Предложенные методы лечения подробно описаны, но работ, проводящих интегральное сравнение функциональных результатов различных типов лечения, чрезвычайно мало. В то же время имеющиеся в классических клинических руководствах стереотипы и представления во многом подлежат пересмотру в свете появления и развития органосохраняющих вмешательств.

В настоящей работе проведена попытка выполнить объективный анализ литературных данных, включающий элементы метаанализа объединенных групп. Это дало возможность сравнить основные методы лечения по таким критически важным параметрам, как частота рецидива и развития калового недержания.

С использованием методов эпидемиологии была рассмотрена заболеваемость парапроктитом на примере города Новосибирска в основных стационарах, оказывающих помощь пациентам с острым парапроктитом и свищами прямой кишки. Данные, полученные на этом этапе исследования,

позволили нам усомниться в верности постулатов о практически неизбежном образовании свищей прямой кишки после оперативного лечения острого парапроктита.

В клиническом этапе исследования нами был выполнен анализ собственного опыта лечения свищей прямой кишки методом лигирования в межсфинктерном слое. В итоге мы получили результаты, подтверждающие воспроизводимость и простоту метода.

Алгоритм хирургического лечения парапроктита. После обобщения литературных данных, результатов метаанализа, эпидемиологической и обсервационной части нашего исследования, нами был разработан алгоритм хирургического лечения парапроктита, представленного в виде блок-схемы на рисунке 1.

Единственным методом лечения острого парапроктита является хирургическая операция, основным этапом которой служат вскрытие и дренирование очага нагноения.

Выполнение первичной фистулотомии возможно при выполнении следующих условий: точная пред- или интраоперационная диагностика свищевого хода; простой тип свища (линейное направление свищевого хода, отсутствие дополнительных ходов и полостей); нормальный уровень преморбидного держания; наличие соответствующей квалификации и опыта у хирурга, выполняющего вмешательство. Любое сомнение в точности визуализации свищевого хода должно интерпретироваться как повод к отказу от первично-радикального вмешательства.

Пациентам, имеющим преморбидное снижение уровня калового держания, выполнение фистулотомии при первичном вмешательстве противопоказано, в связи с высокой степенью вероятности ухудшения калового держания.

При обнаружении высокого расположения свища вскрытие абсцесса стоит дополнить проведением дренирующей лигатуры. Этот прием позволит не допустить раннего закрытия раны, с последующим формированием сложного свища, и поможет сформировать линейный свищевой ход, что даст предпосылки к успеху в дальнейшем лечении. Во всех остальных случаях показано вскрытие и дренирование полости параректального абсцесса без каких-либо попыток выполнить первично-радикальное лечение.

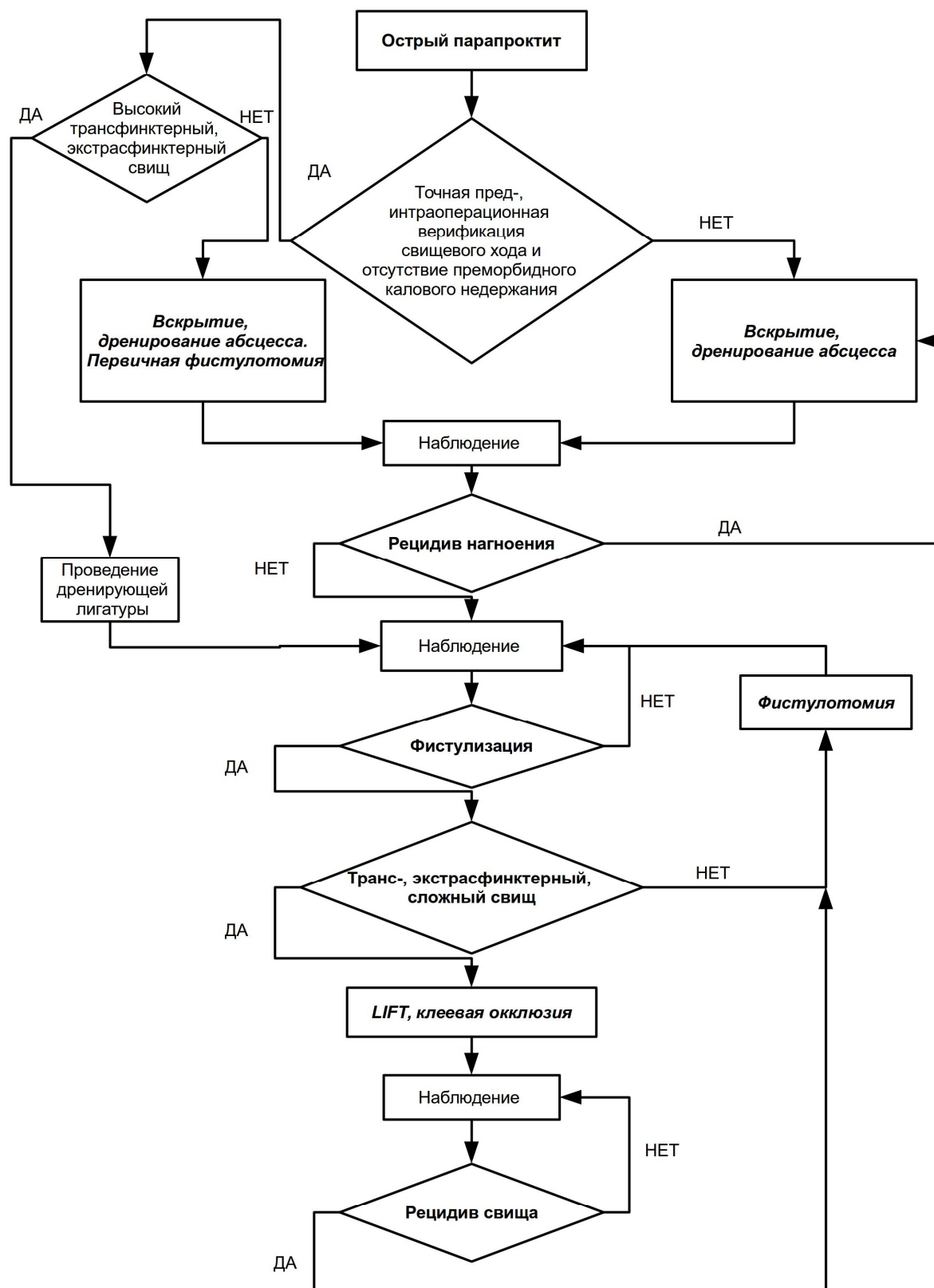


Рисунок 1 – Алгоритм лечения парапроктита

Пациенты, перенесшие вмешательство по поводу острого парапроктита, подлежат наблюдению. При выявлении рецидива нагноения показано выполнение дренирующей операции. Выполнение повторного вскрытия в сочетании с фистулотомией нецелесообразно и несет во многом большие риски повреждения сфинктерного аппарата и формирования ложного свищевого хода. Вероятность формирования свища прямой кишки после вскрытия парапроктита относительно невелика и составляет около 20 %, рекомендуемый срок наблюдения начинается от 6 месяцев.

Тактика хирургического лечения пациентов со сформировавшимися свищами прямой кишки зависит от типа свищевого хода. При обнаружении у пациента интрасфинктерного свища показано выполнение фистулотомии. В таких случаях вмешательство не имеет технических сложностей, не сопряжено с высоким риском повреждения удерживающего аппарата прямой кишки и дает низкий уровень рецидивирования.

В случаях сложной, нелинейной конфигурации свищевого хода попытка выполнения радикальной операции с тотальным иссечением свища имеет риск остаться незавершенным и сопряжена с высоким уровнем развития послеоперационного калового недержания, что не делает данный вид вмешательства «операцией выбора» для пациентов с впервые выявленными высокими и/или сложными свищами. Методом «первой линии» для подобных случаев мы считаем окклюзию свищевого хода. Метод отличается отсутствием риска повреждения волокон сфинктера, простотой выполнения, не требует обезболивания и в большинстве случаев может выполняться амбулаторно. Однако существенными недостатками его являются довольно высокий уровень рецидивирования свища и возможность развития нагноительных осложнений.

Лигирование свища в межсфинктерном слое – способ хирургического лечения свищей прямой кишки, также не сопряженный с риском развития послеоперационного калового недержания и дающий приемлемые результаты в плане рецидивирования. Этот метод рекомендуется в качестве метода выбора для сложных свищей как в качестве первоначального лечения, так и в случаях рецидивных свищей.

Пластика внутреннего отверстия свищевого хода перемещенным лоскутом, учитывая литературные данные и результаты собственных наблюдений, не может рассматриваться как органосохраняющее вмешательство в

связи с высоким уровнем развития калового недержания в послеоперационном периоде, что не позволяет рекомендовать данный метод как метод «первой линии» в лечении свищей прямой кишки. Преимуществом предложенного нами алгоритма является направленность на выполнение сфинктеросохраняющих вмешательств на всех этапах хирургического лечения парапроктита.

Широкий спектр диагностических и лечебных методов позволяет планировать лечение острого парапроктита, избегая ситуаций потенциально опасных для удерживающего аппарата прямой кишки. Методы лечения, включающие пересечения волокон анального сфинктера, должны выполняться по строгим показаниям и квалифицированными специалистами.

ВЫВОДЫ

1. Наименьшую частоту рецидива демонстрируют фистулотомия и лигатурный метод, но эти методы сопряжены с высоким риском развития калового недержания в послеоперационном периоде. Наиболее безопасными должны быть признаны окклюзия свища и лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое.

2. Соотношение частоты развития острого парапроктита и свищей прямой кишки составляет 5 : 1, этот показатель стабилен и не зависит от типа вмешательств, выполняемых при лечении острого парапроктита.

3. При лигировании свища в межсфинктерном слое рецидив отмечен в 19 % наблюдений, развития калового недержания в послеоперационном периоде не отмечалось.

4. Разработанный алгоритм лечения парапроктита позволяет минимизировать риски развития калового недержания в послеоперационном периоде на всех этапах хирургической помощи пациентам с острым парапроктитом и свищами прямой кишки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Выполнение первично радикальной операции при лечении острого парапроктита не должно быть обязательным элементом лечебной программы и возможно лишь при отчетливой верификации свищевого хода, в остальных случаях вполне достаточно выполнения адекватного вскрытия и дренирования гнойника. Любое сомнение в точности определения анатомии свищевого хода должно трактоваться в пользу отказа от первичной фистулотомии.

2. В случаях высоких и сложных свищей прямой кишки методом выбора

должно служить сфинктеросохраняющее вмешательство как наиболее безопасное для калового держания. Пластику внутреннего отверстия свища перемещенным лоскутом нельзя рассматривать как безопасный для калового держания.

3. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое рекомендовано как метод выбора в лечении транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Современные тенденции в лечении парапроктита: обзор литературы и собственный опыт: **монография** // **А. М. Чеканов**, М. Н. Чеканов. – Saarbrücken, Deutschland: LAP Lambert Academic Publishing, 2013. – 85 с.

2. Лигирование свищей прямой кишки в межсфинктерном слое: первые результаты / М. Н. Чеканов, **А. М. Чеканов**, И. Г. Вернер // **Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии**. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 81–83.

3. Отдаленные результаты лигирования свищей прямой кишки в межсфинктерном слое // М. Н. Чеканов, **А. М. Чеканов** // **Медицина и образование в Сибири (электронный журнал)**. – 2014. – № 5. – 3 с. Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1545.

4. Сфинктеросохраняющая хирургия высоких свищей прямой кишки / М. Н. Чеканов, **А. М. Чеканов** // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 86. Приложение. – С. 111–112.

5. Отдаленные результаты лигирования свищей прямой кишки в межсфинктерном слое (LIFT) / **А. М. Чеканов**, М. Н. Чеканов // Российская школа колоректальной хирургии : материалы 8-й Международной конференции. – Москва, 2014. – С. 65.

6. Эпидемиология парапроктита: что нужно учитывать при определении лечебной тактики / **А. М. Чеканов**, М. Н. Чеканов // Российская школа колоректальной хирургии : материалы 8-й Международной конференции. – Москва, 2014. – С. 64.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

LIFT — лигирование свища в межсфинктерном слое (ligation of intersphincteric fistula tract)