

Методы визуализации свищей аноректальной области

Кафедра «Хирургических болезней» Международной Высшей Школы Медицины, г. Бишкек

Aisaev A.Y., Turkmenov A.A., Turdaliev S.I., Choi En Djun

Methods of visualization of fistulas of anorectal area

Резюме

Диагностика трансфинктерных и экстрафинктерных свищей прямой кишки на данный момент-актуальная проблема в мире. Актуальность заключается в том, что на данный момент диагностика свищей аноректальной области не дает достаточную точность, от которой зависит точность тактики хирургического лечения серьезного колопроктологического заболевания.

Цель исследования. Улучшение точности диагностирования сложных свищей прямой кишки аноректальной области.

Материалы и методы. 317 больных с трансфинктерными и экстрафинктерными, I-II степени сложности, свищами прямой кишки, находившихся на стационарном лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Методы. Применены как общеклинические исследования, так и инструментальные и специальные методы, а именно: опрос больного, осмотр больного, пальпация перианальной области и промежности, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, фистулография, зондирование свищевого хода, проба с красителем, сфинктерометрия, микробиологическое исследование, ультразвуковое исследование, гистологическое исследование.

Результаты. Образование свища прямой кишки чаще было связано с самостоятельным вскрытием острого парапроктита снаружи 132 (41,6%) больных. А 185 (58,4 %) пациентов, поступившие в проктологическое отделение ранее были оперированы по поводу острого парапроктита в других лечебных учреждениях, в основном, хирургами общего профиля. Причём до поступления в отделение проктологии из 185 больных 102 (55,1%) пациента перенесли паллиативную операцию - простое вскрытие и дренирование гнойника, радикальную операцию перенесли 83 (44,9%) пациента. Причиной образования свища прямой кишки у этих больных является не устранение места проникновения инфекции в области одной из анальных крипт. Из 317 пациентов у 129 (40,7%) больных имелись сочетанные заболевания прямой кишки. Так свищ прямой кишки сочетался с геморроем у 113 (35,7%) больных, у 9 (2,8%) обнаружена анальная трещина, а анальные полипы выявлены у 7 (2,2%) больных.

Выводы. Диагностика интрафинктерных свищей прямой кишки не требует применения целого комплекса разных методов. Однако без него точность диагностики трансфинктерных и экстрафинктерных свищей невозможна.

Обсуждение. Точность диагностики сложных свищей прямой кишки-актуальный вызов современной колопроктологической медицине во всем мире, включая Кыргызскую Республику. Отделению проктологии Национального госпиталя КР удалось повысить точность диагностики свищей у 317 пациентов, которые проходили лечение в Национальном госпитале. Диагностика интрафинктерных свищей не потребовало особенных усилий, в отличие от более сложных форм. С другой стороны, применение разных методов позволило отделению проктологии улучшить точность диагностики и, как следствие, точность тактики хирургического лечения заболевания свищами прямой кишки. В республиканском масштабе данное исследование, несомненно, важное событие.

Ключевые слова: свищ прямой кишки, клиника, диагностика

Summary

Diagnosis of transfinteral and extraphincteris fistulas of the rectum is currently an urgent problem in the world. The relevance lies in the fact that modern coloproctology diagnosis isn't accurate enough, although the accuracy of the tactics of surgical treatment of a given serious proctologic disease depends on the accuracy of diagnosis.

Objective. Improving the accuracy of diagnosing complex rectal fistulas of the anorectal region.

Materials and methods. 317 patients with transsphincteric and extrasphincteric, I-II degree of complexity, rectal fistulas, who were hospitalized in the Proctology Department of the National Hospital under the Ministry of Healthcare of the Kyrgyz Republic. **Methods.** Aside from general clinical studies, instrumental and special methods, namely: questioning the patient, examining the patient, palpation of the perianal region and perineum, digital examination of the rectum, sigmoidoscopy, fistulography, sounding of the fistulous course, dye test, sphincterometry, microbiological examination, ultrasound examination, histological examination. **Results.** The formation of a rectal fistula was more often associated with independent autopsy of acute paraproctitis outside 132 (41.6%) patients. 185 (58.4%) patients admitted to the proctology department were previously operated on for acute paraproctitis in other medical institutions, mainly by general surgeons. Moreover, prior to admission to the proctology department, out of 185 patients, 102 (55.1%) patients underwent palliative surgery - simple opening and drainage of the abscess, 83 (44.9%) patients underwent radical surgery. The reason for the formation of a rectal fistula in these patients is the failure to eliminate the site of infection in the area of one of the anal crypts. Of the 317 patients, 129 (40.7%) patients had concomitant rectal diseases. Thus, fistula of the rectum was combined with hemorrhoids in 113 (35.7%) patients, anal fissure was found in 9 (2.8%), and anal polyps were detected in 7 (2.2%) patients.

Conclusion. Diagnosis of intrafistular fistulas of the rectum does not require the use of a whole complex of different methods. However, without it, the accuracy of diagnosis of transsphincteric and extrafistular fistulas is impossible.

Discussion. The accuracy of the diagnosis of complex rectal fistulas is an urgent challenge for modern medicine throughout the world, including the Kyrgyz Republic. The proctology department was able to improve the accuracy of diagnosis of fistulas in 317 patients who were treated at the National Hospital. Diagnosis of intrafistular fistulas did not require special efforts, in contrast to more complex forms. On the other hand, the use of different methods allowed the proctology department to improve the accuracy of diagnosis and, as a result, the accuracy of the tactics of surgical treatment of diseases of the rectal fistula. On a republican scale, this study is undoubtedly an important event.

Key words: rectal fistula, clinic, diagnosis

Введение

Текущее состояние диагностических методов сложных свищей прямой кишки находится не на оптимальном уровне вследствие слишком отрицательных результатов лечения сложных свищей [1,2,3,4,5,6,7,8,9]. Диагностика критически необходима так как от нее зависит тактика хирургического лечения свища прямой кишки (10), которое (хирургическое лечение) является единственным возможным радикальным способом лечения данного заболевания (11).

В интраоперативном периоде в 25% случаев, полученные до операции диагностические данные о свищах не соответствуют действительности, и в результате, хирург вынужден самостоятельно определять свищи [12]. В итоге, существует необходимость в новом методе диагностики прямокишечных свищей [12].

Большинство трудоспособного населения подвержено сложным прямокишечным свищам, соотношение между мужчинами и женщинами составляет от 2:1 до 5:1 [13].

Осложненные свищи прямой кишки имеют гнойное выделение и воспаление в области анальных крипт, в области внутреннего сфинктера и околопрямокишечных тканей [11].

Сложные свищи обычно являются последствием острого парапроктита. В 30-50% случаев после парапроктита развиваются сложные свищи прямой кишки. По мнению некоторых ученых, правильнее говорить о 70% случаев [14].

В Российской Федерации принято подразделять свищи на интрасфинктерные (35%), трансфинктерные (45%), экстрафинктерные (20%) [15].

Интрасфинктерные свищи являются простейшими формами с охватом 25-30% от общего числа свищей [1].

Интрасфинктерные свищи приводят к наибольшему числу положительных исходов, в отличие от двух других типов свищей [16,2]. Для диагностики свищей прямой кишки принято использовать целый комплекс общеклинических исследований, инструментальных и специальных методов, а именно: осмотр больного, пальпация перианальной области и промежности, пальцевое исследование прямой кишки, сигмоидоскопия, фистулография, зондирование свищевого хода, проба с красителем, сфинктерометрия, микробиологическое исследование, ультразвуковое исследование, гистологическое исследование [17,18,19].

Задача: улучшить современные клинические критерии диагностики, ведения, и методов визуализации для свищей аноректальной области у пациентов с трансфинктерным и экстрафинктерными состояниями 1-2 степенями сложности, свищами прямой кишки.

Материалы и методы

317 больных с трансфинктерными и экстрафинктерными, 1-2 степенями сложности, свищами прямой кишки, расположенными на стационарном уровне в отделении проктологии государственной службы здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Методы. В дополнение к общеклиническим исследованиям, применяются инструментальные и специальные методы: обследование больных, уточнение анамнеза заболевания и жизни, обследование больного. Особое внимание уделяется тем симптомам и признакам, которые были выявлены при сборе жалоб и анамнеза.

При поступлении в стационар все больные должны быть изолированы от желудочно-кишечного трак-

Таблица 1. Характер жалоб пациентов, которые находились на стационарном лечении (n = 317).

Жалобы	Число пациентов	
	Абс.	%
Наличие свища в промежности	317	100,0
Выделение гноя из свищевых отверстий	317	100,0
Боль в заднем проходе и промежности	68	21,4
Повышение температуры тела	56	17,6
Недержание газов	8	2,5

та (табл.1). Боль для хронического парапроктита не характерна, но при обострении процесса боль возникает.

Сильные боли в промежности и заднем проходе, возникающие при дефекации, при физической нагрузке, в положении сидя. 68 (21,4%) пациентов жаловались на боль.

56 (17,6%) пациентов жаловались на периодические повышения температуры тела.

При сборе анамнеза мы обращали особое внимание на характер предшествующих оперативных вмешательств, так как в результате повторных оперативных вмешательств анатомические взаимоотношения в области прямой кишки изменяются, а информация о методах операций и их осложнениях может свидетельствовать о наличии рубцового процесса в области анального канала.

Пациентки обследовались на гинекологическом кресле в положении для рассечения камней промежности и в коленно-локтевой позиции. При осмотре промежности особое внимание уделялось внешнему виду кожи, наличию и расположению наружных свищевых отверстий, наличию рубцов, образовавшихся в результате предыдущих оперативных вмешательств.

Следует отметить, что наружное свищевое отверстие при предыдущих оперативных вмешательствах чаще всего располагалось в проекции послеоперационного рубца. Расстояние наружного отверстия свища от заднего прохода не является критическим для определения типа свища. По расположению наружного отверстия свища нельзя достоверно судить о локализации внутреннего отверстия, хотя правило Салмона-Гудзеля указывает на это со значительной степенью вероятности. Суть правила заключается в следующем: анальный канал условно делится на два полукруга-верхний и нижний. Если наружное свищевое отверстие расположено выше этой линии, то часто внутреннее отверстие располагается на верхней полукружности анального канала и наоборот.

После осмотра производилась пальпация перианальной области, что позволило определить степень рубцового процесса по ходу свища. При интрасфинктерных и чрезсфинктерных свищах прямой кишки, когда свищевой ход перфорирует незначительную часть сфинктера, его легко определить как шнур, идущий от наружного свищевое отверстия к просвету прямой кишки. Когда свищевой ход не определяется пальпацией, можно предположить наличие экстрасфинктерного свища. Всем больным со свищами прямой кишки выполнялось циф-

ровое исследование прямой кишки. При этом оценивали тонус и волевые усилия сфинктера заднего прохода, выявляли наличие рубцовых изменений в анальном канале. Особое внимание было уделено участку зубчатой линии.

Следующим шагом в диагностике свищей прямой кишки было зондирование с помощью металлического кнопочного зонда. В то же время через наружное отверстие свища в свищевой ход вводился зонд в форме пуговицы, который осторожно продвигался в глубину, насколько это было возможно. Эта манипуляция проводилась очень осторожно, чтобы не образовался ложный ход. Продвижение зонда по свищевому ходу контролировалось пальцем, введенным в анальный канал. В тех случаях, когда свищ имел прямое течение, кончик зонда выходил через его внутреннее отверстие в просвет прямой кишки или пальпировался в подслизистом слое, близко к заинтересовавшей крипте Морганя. В тех случаях, когда свищ имел извилистый разветвленный ход, зонд не проходил в просвет прямой кишки, а лишь помогал установить направление и дать представление о глубине свищевое хода. Главным моментом при проведении зондирования свища было определение соотношения свищевое хода к волокнам анального сфинктера. Зондирование свища выполнено у 268 (84,5%) больных. В тех случаях, когда пуговичный зонд не проходил в просвет прямой кишки, проводился тест на окрашивание. У 49 (15,5%) пациентов мы провели окрашивание следующим образом: перед обследованием в анальный канал вводили марлевый тампон. Затем с помощью шприца, конец которого вводили в наружное свищевое отверстие, в свищевой ход медленно вводили 1% раствор бриллиантовой зелени. Красящий раствор вводили порциями по 0,2-0,5 мл. После введения каждой порции бриллиантовой зелени марлевый тупфер удаляли из анального канала и исследовали. По расположению пятен краски на марле можно было предположить возможное расположение внутреннего свищевое отверстия.

Следующим этапом в диагностике трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей 1-2 степени сложности была сигмоидоскопия. Сигмоидоскопия является ценным методом дифференциальной диагностики заболеваний прямой кишки. Всем 317 пациентам была выполнена ректороманоскопия. Одним из основных методов исследования больных с трансфинктерными и экстрасфинктерными, 1-2 степени сложности, ректальными свищами является фистулография. Это исследова-

Таблица 2. Объем исследований при трансфинктерном и экстрасфинктерных свищах прямой кишки 1-2 степени сложности (n = 317)

Тип исследования	Число исследованных пациентов	
	всего	%
Обследование пациента	317	100,0
Обследование пациента	317	100,0
Пальпация перianальной области и промежности	317	100,0
Пальцевое исследование прямой кишки	317	100,0
Ректороманоскопия	317	100,0
Фистулография	239	75,4
Звучание свищевого хода	268	84,5
Проба с красителем	49	15,5
Сфинктерометрия	317	100,0
Микробиологическое исследование	317	100,0
Ультразвуковая процедура	52	16,4
Гистологическое исследование	317	100,0

Таблица 3. Данные сфинктерометрии у пациентов с трансфинктерным и экстрасфинктерными прямокишечными свищами 1-2 степени сложности n = 317 (M ± m)

Показатель	Состояние анального сфинктера	Показатель
Тонус анального сфинктера	нормальный (n = 309)	441 ± 13,8
	Недостаточность анального сфинктера 1 степени (n = 8)	269 ± 7,0
Произвольное сокращение	Нормальный (n = 309)	541 ± 14,1
	Недостаточность анального сфинктера 1 степени (n = 8)	318 ± 9,0

Достоверность: $P < 0,05$

ние позволило визуализировать связь свищевого хода с волокнами анального сфинктера и выявить ветви свищевых ходов, гнойные прожилки и полости, если таковые имеются. Подготовка больного к данному исследованию осуществлялась путем назначения очистительных клизм накануне исследования. После того, как кишечник был опорожнен от последней клизмы, дренажная трубка была введена в задний проход для удаления остаточной промывочной воды.

Методика фистулографии заключалась в следующем: в наружное отверстие свища шприцем вводили водорастворимый контрастный агент, количество которого зависело от длины свищевых ходов, размера и величины контрастируемых полостей и провисания. Из 317 больных фистулография была выполнена у 239 (75,4%) больных.

Мы также провели УЗИ у 52 (16,4%) пациентов. Для оценки функционального состояния анального сфинктера была проведена сфинктерометрия. Клиническая оценка недостаточности анального сфинктера проводилась по общепринятым методикам. Объем исследований приведен в таблице 2.

Статистическую обработку полученных данных проводили на IBM PC Pentium 116 MMX с использованием пакетов программ Statgraphics и Excel, в которых были реализованы параметрические методы Фишера-Стьюдента. Критический уровень значимости различий был принят за $P < 0,05$.

Результаты обсуждения

Наружное свищевое отверстие при предыдущих оперативных вмешательствах чаще всего располагалось в проекции послеоперационного рубца. 87% больных хроническим парапроктитом имели одно наружное свищевое отверстие. Остальные пациенты имели от 2 до 5 наружных свищевых отверстий среди наших пациентов, свищевое течение определялось пальпацией у 274 (86,43%), а свищевое течение не определялось пальпацией у 43 (13,57%) пациентов.

При цифровом обследовании удалось определить внутреннее отверстие свища у 245 (77,3%) больных. При этом внутреннее свищевое отверстие чаще всего располагалось в области крипт Морганьи вдоль заднего полукруга анального канала у 214 (87,3%) человек, у 31 (12,7%) - в переднем полукруге. У 72 (22,7%) больных при цифровом исследовании прямой кишки не удалось точно определить внутреннее отверстие свища; у этих больных уплотнение определялось задним или передним полукружием анального канала. Наличие и распространенность рубцов в области внутреннего свищевого отверстия и Рубцово-воспалительных изменений в тканях параректальной ткани позволяет оценить степень сложности свища.

Сфинктерометрия была выполнена во всех 317 пациентов (табл. 3).

Следует отметить, что при 1-2 степени сложности ректальные свищи, включая расположение внутренних свищевых отверстий, локализацию гнойных закрытий и полостей, наличие рубцовых изменений в анальном канале и параректальной ткани, были обнаружены у всех больных.

Заболевания прямой кишки чаще всего связаны с аутопсией острого парапроктита у 132 (41,6%) больных. А 185 (58,4%) пациентов, поступивших в проктологическое отделение, ранее оперировались по поводу острого парапроктита в других медицинских учреждениях, в основном в общей хирургии. При поступлении в проктологическое отделение из 185 больных 102 (55,1%) больным были выполнены паллиативные операции - простое вскрытие и дренирование абсцесса, 83 (44,9%) больным - радикальные операции. Причиной образования прямой кишки у этих больных является недостаточное инфицирование в области одной из анальных крипт. Из 317 пациентов 129 (40,7%) имели сопутствующие заболевания прямой кишки. Экспрессия прямой кишки сочетается с геморроем у 113 (35,7%) больных, анальная трещина обнаружена у 9 (2,8%), анальные полипы выявлены у 7 (2,2%) больных.

Заключение

Диагностика интрасфинктерных свищей прямой кишки не требует применения целого комплекса различных методов. Однако без него точность диагностики трансфинктерных и экстрафинктерных свищей невозможна.

Точность диагностики сложных ректальных свищей является актуальной задачей для современной колопроктологической медицины во всем мире, в том числе и в Кыргызской Республике. Проктологическое отделение смогло повысить точность диагностики свищей у 317 пациентов, находившихся на лечении в республиканской больнице. Диагностика интрафинктерных свищей не требовала особых усилий, в отличие от более сложных форм. С другой стороны, применение различных методов позволило Проктологическому отделению повысить точность диагностики и, как следствие, точность тактики хирургического лечения заболеваний прямой кишки. В республиканском масштабе это исследование, несомненно, является важным событием. ■

Айсаев Азиз Юсунджанович к.м.н., и.о.доцент, кафедра хирургических болезней, Международная Высшая Школа Медицины, г.Бишкек, *Туркменов Альберт Мамбетович*, ассистент кафедры пропедевтической хирургии КГМА имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, *Чой Ен Джун*, д.м.н., главный врач клиники «Лекарь», 123557 Российская Федерация, г. Москва, *Турдалиев Сапарбек Имантурович*, к.м.н., и.о. доцента кафедры хирургических дисциплин Международной высшей школы медицины Международного университета в Кыргызстане. Г.Бишкек, Автор, ответственный за переписку — Айсаев Азиз Юсунджанович, 720054, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. Интергельно 1ф.Тел.: 0555 16 80 38 ; Email : aziz-81@bk.ru

Литература:

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных хроническим парапроктитом (свищ заднего прохода, свищ прямой кишки). Настоящие рекомендации разработаны экспертной комиссией Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация колопроктологов России» в составе: Шельгин Ю.А., Бирюков О.М., Благодарный Л.А., Васильев С.В., Велиев Т.И., Григорьев Е.Г. и др. Москва, 2013;8,20.
2. Мадаминов А.М., Бектенов Ы.А., Айсаев А.Ю., Люхуров Р.Н. Способ хирургического лечения трансфинктерных и экстрафинктерных свищей прямой кишки. Вестник КРСУ.2015;15(7):99.
3. Костарев, И.В. Отдаленные результаты лечения сложных свищей прямой кишки методом переведения свищевого хода в межсфинктерное пространство.И.В. Костарев, А.Ю. Тутов, А.А. Мудров.Колопроктология. 2016;(2):31
4. Rosen D.R. Definitive seton management for transsphincteric fistula-in-ano: harm or charm? D.R. Rosen, A.M. Kaiser.Colorectal Dis. 2016;(18):488-495.
5. Patton V. Long-term results of the cutting seton for high anal fistula.V. Patton, C.M. Chen, D. Lubowski.ANZ J Surg. 2015;(85):720-727.
6. Sirany, A.M. The ligation of the intersphincteric fistula tract procedure for anal fistula: a mixed bag of results.A.M. Sirany, R.M. Nygaard, J.J.Morken.Dis Colon Rectum. 2015;(58):604-612.
7. Zirak-Schmidt S. Management of anal fistula by ligation of the intersphincteric fistula tract: a systematic review.S. Zirak-Schmidt, S.K.Perdawood. Dan Med J. 2014;(61):4977.
8. Vergara-Fernandez, O. Ligation of intersphincteric fistula tract: what is the evidence in a review?O Vergara-Fernandez, L.A. Espino-Urbina.World J Gastroenterol. 2013;(19):6805-6813.
9. Применение метода формирования превентивных колостом в хирургическом лечении рака прямой кишки. Петряшев А.В., Шишкина Г.А., Топузов Э.Э., Ерохина Е.А., Кислицына О.Н., Бобраков М.А., Напольская Е.В., Котков П.А. Уральский медицинский журнал. 2016. № 7 (140). С. 141-146.
10. Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: systematic review and meta-analysis.K.D. Hong, S. Kang, S. Kalaskar, S.D. Wexner.Tech Coloproctol. 2014;(18-8):685-691
11. 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;(15-4):417-422.

12. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. Литтера. 2012. 596
13. ДИАГНОСТИКА СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. В. В. Грубник, С. П. Дегтяренко, С. В. Шпак. *Хірургія України*. 2014;(4):72
14. Risk factors for anal fistula: a case-control study. D. Wang, G. Yang, J. Qiu, et al. *Tech Coloproctol*. 2014;(18):635-639.
15. Does adjuvant antibiotic treatment after drainage of anorectal abscess prevent development of anal fistulas? A randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter study. U. Sozener, E. Gedik, A. Kessaf Aslar et al. *Dis Colon Rectum*. 2011;(54):923-929.
16. Abcarian, H. Anorectal Infection: Abscess-Fistula. H. Abcarian. *Clin. Colon. Rectal Surg*. 2011;(24-1):14-21.
17. Expanded adipose-derived stem cells for the treatment of complex perianal fistula: a phase II clinical trial. D. Garcia-Olmo, D. Herreros, I. Pascual et al. *Dis. Colon Rectum*. 2009;(52-1):79-86.
18. Leng Q. Anal fistula plug vs mucosa advancement flap in complex fistula-in-ano: A metaanalysis. Q. Leng, H.Y. Jin. *World J Gastrointest Surg*. 2012;4(11):256-261.
19. Wiese D.M. Managing perianal Crohn's disease. P.E. Wise, D.A. Schwartz. *Curr Gastroenterol Rep*. 2012;(14):153-161.
20. Sordo-Mejia R Multidisciplinary and evidence-based management of fistulizing perianal Crohn's disease. R. Sordo-Mejia, W.B. Gaertner. *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2014;(5):239-251