

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

²Денисенко Э.В., ³Гаин Ю.М., ¹Денисенко В.Л., ¹Фролов Л.А.

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Беларусь

²УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,
Витебск, Беларусь

³УО «Белорусская академия последипломного образования», Минск, Беларусь.

Введение. Свищ прямой кишки (свищ заднего прохода, параректальный свищ) – является патологическим каналом (сообщением) между анальным каналом (просветом прямой кишки) и окружающими его тканями или органами или перианальной кожей. Данная патология является одной из самых распространенных среди проктологических заболеваний, составляя от 15 до 30% пациентов данного профиля. Распространенность свищей прямой кишки составляет в среднем 2 случая на 10 тысяч населения в год. При этом наиболее часто они встречаются в возрасте от 30 до 50 лет, затрагивая наиболее трудоспособное население развитых стран и создавая, таким образом, определённую социальную проблему. Несколько чаще при этом страдают мужчины. К настоящему времени разработано большое количество методов хирургического лечения параректальных свищей. Ориентиром для выбора метода операции наиболее часто служит характер и локализация свища. Несмотря на предложения многочисленных хирургических методов, достаточно большое число неудовлетворительных результатов после их применения с частым развитием таких серьёзных осложнений, как рецидив заболевания в 11-38% и недостаточность сфинктера прямой кишки в 3-45% случаях, что свидетельствует о несовершенстве большинства предлагаемых технологий, указывает на наличие значительного числа проблем, связанных с оказанием специализированной медицинской помощи пациентам этого профиля.

Цель исследования. Провести анализ современных методов лечения свищей прямой кишки с оценкой их положительных сторон и недостатков.

Материалы и методы. По данным мировой литературы в сравнительном аспекте оценены основные сферы применения, механизмы действия и эффективность современных методов хирургического лечения свищей прямой кишки. Использована текстовая база данных медицинских и биологических публикаций PubMed (на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США) через доступ NCBI-Entrez. Проведен анализ более 350 источников специальной медицинской литературы по проблеме.

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день в лечении высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки отмечается значительное расхождение взглядов на предпочтительное использование методов оказания медицинской (хирургической) помощи. Так, G. Mijnsbrugge

et al. (2019) было проведено исследование, включающее использование у 45 пациентов (38% мужчин и 62% женщин, средний возраст 40 лет, диапазон 24-67 лет) с высокими свищами прямой кишки. Пациентам производили операцию LIFT, заключающуюся в перевязке свищевого тракта в межсфинктерной области. Под общим наркозом пациентам осуществляли разрез в перианальной области с идентификацией межсфинктерной части свища. Межсфинктерную часть свища перевязывали и иссекали. Дефект наружного сфинктера ушивали, а наружное свищевое отверстие оставляли открытым [8]. Jian-ming Qiu et al. (2019) проведен ретроспективный анализ лечения 386 пациентов со свищами прямой кишки с использованием операции LIFT по стандартной методике. Средний возраст пациентов составил 46 лет. Операцию проводили под общей анестезией. Частота осложнений составила 7,8%. Среди них отмечены послеоперационное кровотечение, задержка мочи и замедленное заживление ран. Эффективной процедура в данном исследовании признана у 78% пациентов.

F. Cheung et al. (2018) проведено исследование, включающее 74 пациента (48 мужчин и 26 женщин, средний возраст 45 лет) со свищами прямой кишки, которым производили лечение с использованием метода VAAFT (видеоассоциированного лечения свищей прямой кишки). Манипуляцию проводили с помощью фистулоскопа, монополярного электрода и эндоскопических щипцов. После точной локализации внутреннего отверстия свищевого хода и выявления возможных вторичных ответвлений, производили расширение свищевого хода до внутреннего отверстия с использованием гидропрессии (1%-ным раствором глицина-маннита). После этого проводили коагуляцию внутренней части свища. Закрытие внутреннего отверстия производили лоскутным способом с использованием фрагмента слизистой оболочки прямой кишки. В результате проведенной операции у 60 пациентов (81%) отмечено полное заживление свища. Пол, возраст и тип свища не были значимыми для развития рецидивов.

В исследовании A. Farag et al. (2019) приняли участие 175 пациентов (112 мужчин и 63 женщины) с высокими транссфинктерными и супрасфинктерными свищами прямой кишки в возрасте от 18 до 60 лет. Пациентам была произведена операция фистулэктомия. В ходе обследования в течение 1 года после вмешательства было выявлено 16 случаев рецидива (9,1%). У 4 пациентов (2,3%) зарегистрировано недержание кала. У 5 пациентов (2,85%) отмечено длительное заживление ран (более 8 недель). У остальных пациентов среднее время регенерации ран составляло около 3-4 недель.

B. Shirah et al. (2018) провели исследование результатов хирургического лечения 372 пациентов с высокими свищами прямой кишки с помощью технологии «режущего сетона» (80,1% пациентов составляли мужчины, 19,9% – женщины, средний возраст 39,5 лет). Экстрасфинктерный свищ был зарегистрирован у 132 пациентов (35,5%), транссфинктерный свищ у 127 пациентов (34,1%) и супрасфинктерный свищ у 113 пациентов (30,4%).

Операция проводилась под общим наркозом. Метод включал введение через наружное свищевое отверстие резинового сетона с проведением его через свищевой ход вокруг мышцы наружного сфинктера и последующим выведением через внутреннее свищевое отверстие. Оба конца сетона связывались между собой и затягивались. Пациенты переводились на амбулаторный режим. Раз в неделю они проходили контрольные осмотры, сопровождающиеся затягиванием сетона. Средняя продолжительность полного цикла прорезания сетона составила 8 недель (диапазон 5-11 недель). Средняя продолжительность полного закрытия раны составила 9 недель (диапазон 6-12 недель). У 9 пациентов (2,4%) зарегистрирован рецидив свища. S. Raslan et al. (2016) провели проспективное исследование, включающее оценку результатов лечения 51 пациента с экстрасфинктерными и трансфинктерными свищами прямой кишки (84,3% мужчин и 15,7% женщин) с использованием метода «режущего сетона». Средний возраст пациентов составил 44 года (диапазон 31-57 лет). Операцию проводили по стандартной методике. При оценке результатов лечения через 6 месяцев установлено, что послеоперационное недержание жидкого кала имело место у 3 (5,9%) пациентов. В 5 наблюдениях (9,8%) зарегистрирован рецидив заболевания. Средняя продолжительность заживления ран составила в среднем 10,6 недель в диапазоне от 4 до 40 недель. M. Maternini et al. (2020) провели исследование, в которое проведен анализ лечения 70 пациентов (средний возраст 45,6 лет, 74% мужчин и 26% женщин) со сложными свищами прямой кишки (из них 24,3% – низкие трансфинктерные, 50% – средние трансфинктерные, 25,7% – высокие трансфинктерные). В качестве основного лечебного субстрата применено инъекционное введение коллагенового геля (на основе лошадиного коллагена). Вмешательство проводили под спинномозговой или общей анестезией. Все пациенты прошли предварительное хирургическое лечение, состоящее в установке дренирующего сетона на срок до 4-6 недель с целью обеспечения адекватного дренажа и выравнивания свищевой ходы. После ушивания внутреннего отверстия свища через его наружное отверстие вводили гель до полного заполнения свища. Продолжительность манипуляции составила в среднем 24,0 (10-45) минуты. Все пациенты выписаны через 24 часа после вмешательства. Через шесть месяцев после операции установлено клинически полное заживление свищей в 62% случаев, через двенадцать месяцев после операции отсутствие свищей зафиксировано у 78,5% пациентов (рецидив свища в эти сроки зафиксирован у 21,5% оперированных. Большинство рецидивов отмечено в первые 6 месяцев лечения 13/15 (86,6%). Среди рецидивных свищей 9 были средними трансфинктерными, в 6 наблюдениях свищи носили выкий трансфинктерный характер. Послеоперационных осложнений отмечено не было. При заключительном визите 51/70 (72,8%) пациентов были либо удовлетворены, либо очень довольны проведенным вмешательством. Во время реализации лечебной программы авторы не наблюдали никаких побочных реакций, связанных с введением геля. Y. Zhang et al. (2020) для лечения 11 пациентов (4 женщины и

7 мужчин, средний возраст $34,25 \pm 7,97$ года) со сложными свищами прямой кишки использовали суспензию аутологичных стволовых мезенхимальных клеток из жировой ткани. Пациентам проводили липосакцию, сразу после которой осуществляли культивирование аутологичных мезенхимальных стромальных клеток с достижением оптимального уровня клеточного продукта. Параллельно выполняли санацию свища с последующей его коррекцией с помощью проведенного сетона. При готовности клеточного трансплантата после ушивания внутреннего отверстия, суспензию стволовых клеток жировой ткани с концентрацией 5×10^6 клеток/мл инъекционно вводили парафиссурально и в просвет свища. После введения наружное отверстие ушивали. Если свищ не заживал в течение 8 недель, пациент получал вторую дозу мезенхимальных стволовых клеток из последующих пассажей (в два раза больше дозы первого введения). На 12-й неделе наблюдения было установлено, что свищевой ход закрылся у 6 из 11 пациентов (54,6%). Brabender et al. (2020) провели исследование, в которое вошло 18 пациентов (10 мужчин и 8 женщин, средний возраст 41 (19-59) год) с трансфинктерными свищами прямой кишки, которым проведено лечение с помощью энергии высокоинтенсивного лазера. У 15 пациентов (83,3%) свищи носили рецидивирующий характер, у 3 (16,7%) свищи выявлены впервые. Через наружное отверстие свища световод проводили до уровня внутреннего отверстия. После этого осуществляли воздействие лазерного излучения на внутреннюю поверхность свищевой ходы путём медленного обратного продвижения световода. Для процедуры использовалось лазерное излучение средней мощностью $10,63 \pm 1,3$ Вт (диапазон 10-14 Вт) при длине волны 1470 нм. Внутреннее отверстие свища ушивали. Шестнадцати из восемнадцати пациентов перед операцией были установлены дренажные сетоны. Процедура лазерной деструкции не привела к закрытию свищевой ходы у 14 из 18 пациентов (частота неудачного лечения составила 77,8%), при этом средний период наблюдения составил 29 ± 8 месяцев (диапазон 18-46 месяцев). В 3 наблюдениях зарегистрированы инфекционные осложнения со стороны параректальных тканей. Восемь пациентов сообщили о субъективно воспринимаемой боли в области выполненной манипуляции на первом после операции приёме через 3 недели после вмешательства. Случаев каловой инконтиненции зарегистрировано не было. 4 пациента, чьи свищи были успешно закрыты, были осмотрены в стационарных условиях с полной ликвидацией всех клинических проявлений и отсутствием его морфологических признаков при физическом.

Таким образом, расширенный анализ современной литературы указывает на то, что проблема хирургического лечения свищей прямой кишки до настоящего времени продолжает оставаться сложной и далека до своего полного решения. Отсутствуют единые (консенсусные) подходы в лечении данной патологии, не определено чётких показаний для применения какого-либо конкретного метода хирургического лечения.

Современные методы лечения свищей прямой кишки характеризуются достаточно большим разнообразием, различаясь между собой степенью инвазивности и радикальности. Не существует единого подхода в лечении данной патологии, а также нет четких показаний для применения какого-либо метода хирургического лечения, что приводит к поиску новых современных методов лечения свищей прямой кишки. Проблема лечения свищей заднего прохода остается нерешенной до настоящего времени. Радикальные способы лечения данной патологии дают большое количество осложнений. Это послужило причиной поиска новых, менее инвазивных способов лечения данной патологии, к которым относятся лазерные технологии.