

## **СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ.**

### **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ**

*Денисенко Э.В.<sup>1,2</sup>, Денисенко В.Л.<sup>1,2</sup>, Гаин Ю.М.<sup>3</sup>, Цыплаков К.Г.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Витебский областной клинический специализированный центр,*

<sup>2</sup>*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет*

<sup>3</sup>*Белорусский государственный медицинский университет*

### **RECTAL FISTULA. CURRENT TRENDS IN TREATMENT**

*Denisenko E.V.<sup>1,2</sup>, Denisenko V.L.<sup>1,2</sup>, Gain Y.M.<sup>3</sup>, Tsyplakov K.G.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Vitebsk regional clinical specialized center,*

<sup>2</sup>*Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University*

<sup>3</sup>*Belarusian State Medical University*

**Введение.** Свищ прямой кишки (свищ заднего прохода, хронический парапроктит) – это хроническая фаза инфекционно-воспалительного процесса, развившегося в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и околопрямокишечной клетчатке, характеризующаяся формированием свищевого хода, сообщающего просвет прямой кишки с внешней средой или заканчивающегося слепо в стенке прямой кишки, или околопрямокишечных тканях. Заболеваемость данной патологией составляет в среднем 2 человека на 10000 населения в год, распространенность – 10 случаев на 100.000 человек. Свищи развиваются преимущественно у лиц наиболее трудоспособного возраста (от 30 до 50 лет), что обуславливает их высокую социальную значимость.

В настоящее время не существует единого подхода в лечении свищей прямой кишки, а также нет четких показаний для применения какого-либо конкретного метода их хирургического лечения.

**Цель исследования.** Провести анализ с оценкой клинической эффективности современных методов лечения свищей прямой кишки.

**Материалы и методы.** При проведении исследования проанализировано более 450 открытых источников специальной медицинской литературы размещенных на PubMed (на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США) через доступ NCBI-Entrez с оценкой текущего состояния проблемы лечения хронического парапроктита.

**Результаты и обсуждение.** В современной литературе описано большое количество методов лечения свищей прямой кишки. S. García-Botello с соавторами (2021) провел исследование, включавшее 49 пациентов (37 мужчин и 12 женщин, средний возраст составил 49 лет) со свищами прямой кишки. Всем пациентам выполнялась фистулотомия с последующей оценкой анальной континенции. При рассечении в ходе операции менее 50% наружного анального сфинктера авторы получили нарушение функции удержания анального сфинктера только у 8 из 33 пациентов (24,2%), однако

при повреждении более 50% наружного анального сфинктера у 5 из 8 пациентов (62,8%) отмечалось ухудшение функции держания.

J. Maqbool с соавторами (2022) провели исследование, в котором приняло участие 124 пациента (соотношением мужчин и женщин 8,5:1, средний возраст составил 38,2 года). Фистулэктомия была выполнена у 90 (72,5%) пациентов. Оценка функции держания анального сфинктера производилась с помощью шкалы инконтиненции Кливлендской клиники (CCIS). Нарушение функции держания через 18 месяцев (как легкое, так и умеренное) наблюдалось у 10 из 124 (8,1%) пациентов. У 16 из 124 (12,9%) пациентов развился рецидив. Среди 8 пациентов, у которых развилось недержание после операции, у 7 была легкая форма и у 1 пациента умеренная форма анальной инконтиненции через 12 месяцев наблюдения.

P. Awad с соавторами (2023) провели исследование, в котором приняли участие 80 пациентов с высокими трансфинктерными свищами прямой кишки (55 мужчин и 25 женщин). Пациенты были случайно распределены на 2 группы по 40 человек в каждой (средний возраст –  $46,65 \pm 6,6$  ...  $45,85 \pm 6,07$  лет). В 1 группе проводилась операция перевязки свища в межсфинктерном пространстве (LIFT). Во 2 группе выполнена фистулэктомия и первичная сфинктеропластика. Среднее время заживления ран было более быстрым в 1 группе ( $4,67 \pm 0,916$  недели), чем во 2, где этот показатель составил  $6,05 \pm 0,95$  недель. В 1 группе случаев нарушения функции держания не наблюдалось. Было зафиксировано 6 (15%) случаев недержания газов, оцененных по шкале Векснера 3/20. Рецидив в течение одного года наблюдения возник у 13 (32,5%) пациентов 1 группы. Во 2 группе рецидив возник у 1 (2,5%) пациента.

R. D. Ritchie с соавторами (2008) провели мета-анализ с оценкой частоты развития анальной инконтиненции после лечения свищей прямой кишки с помощью сетона. Согласно общемировым данным, инконтиненция при этом развивается у 12% пациентов (180 из 1460), однако автор указывает, что в некоторых исследованиях этот показатель достигал 32%. С.И. Аносов (2017) в своей работ, проанализировал результаты лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных прямокишечных свищей методом LIFT 50 пациентов (34 мужчин и 16 женщин, средний возраст 42,7 лет). В 25 (50%) наблюдениях не отмечено каких-либо затеков или ответвлений свищевого хода. Выздоровление отмечено у 37 пациентов (74%), рецидив заболевания выявлен у 13 (26%).

S. Emile с соавторами (2018) провели мета-анализ с оценкой эффективности и безопасности видеоассистированного лечения (VAAFT) свищей прямой кишки. Всего было обследовано 788 пациентов (соотношение мужчин и женщин 3,6:1, средний возраст  $39,5 \pm 12,6$  лет). У 264 (33,5%) были выявлены низкие, а у 524 (66,5%) высокие свищи. Во всех исследованиях VAAFT применялась в качестве однодневной операции, за исключением двух, в которых среднее время пребывания в стационаре составило 3 и 4,1 дня соответственно. В общей сложности 112 (14,2%) рецидивов были

зафиксированы после VAAFT в ходе периода наблюдения, равного 9 месяцам. Образование ложных путей и отек были наиболее частыми осложнениями после VAAFT, возникшими у 30 (3,8%) пациентов. Ни в одном из исследований не было установлено нарушений функции держания.

P. Garg (2017) провел исследование, в котором принял участие 61 пациент (36 мужчин и 24 женщины, средний возраст  $42,3 \pm 9,5$  лет) со сложными свищами прямой кишки. Автор использовал операцию TROPIS (Transanal opening of intersphincteric space). Свищ полностью зажил у 84,6% (44/52) пациентов, операция не была эффективной у 15,4% (9/52) пациентов. Все оперированные были выписаны из больницы в течение 24 часов после поступления. Существенных изменений в объективных показателях функции удержания не наблюдалось. Показатели нарушения запирающей функции прямой кишки до операции составили  $0,19 \pm 0,4$ , а через 3 месяца составили  $0,32 \pm 0,6$ . Серьезных осложнений процедуры не было.

В 2012 году M.D. Herreros с соавторами провели исследование, в которое вошло 200 пациентов с криптогландулярными свищами прямой кишки. Лечение осуществлялось с помощью аутологичных стволовых клеток, полученных из жировой ткани (ASC) в 1 группе, ASC в сочетании с фибриновым клеем во 2 группе и только фибриновым клеем в 3 группе. Об успешности лечения сообщалось у 57,1% в 1 группе (ASC), у 52,4% во 2 группе (ASC + фибриновый клей) и у 7,3% в 3 группе (фибриновый клей) ( $p = 0,13$ ).

**Результаты и обсуждение.** Низкие прямокишечные свищи при лечении с помощью фистулотомии, обычно демонстрируют высокий уровень излечения, но хирургическое лечение таким методом высоких анальных свищей остается серьезной медицинской проблемой из-за риска развития инконтиненции при вовлечении в процесс более одной трети анального сфинктера. Лечение методом сетона является широко используемым и эффективным методом хирургического лечения высоких анальных свищей. Сетон способствует дренированию гноя, стимулирует фиброз, постепенно отсекает свищ и, следовательно, способствует заживлению. Однако сводный анализ исследований показал, что средняя частота недержания кала после лечения методом сетона составляет приблизительно 12,0%. За последние несколько лет появление нескольких новых технологий предоставило новые результаты лечения прямокишечных свищей. LIFT включает лигирование и разделение свища и внутреннего отверстия на уровне анального сфинктера и удаление потенциально инфицированных желез. FiLaC использует лазерный зонд для разрушения и очистки свищевого хода. Средний показатель успешности LIFT составляет приблизительно 76,5%, а FiLaC – 71–82%. Оба метода используют внешнюю инъекцию метиленового синего или перекиси водорода для определения внутренних отверстий, аналогично традиционным методам фистулотомии и применения сетона. При этом существует риск не выявить ответвления свища и узкие внутренние отверстия.

VAAFТ преодолевает ограничения вышеупомянутых методов путем удаления секрета свища и обеспечения визуализации через фистулоскоп, что позволяет улучшить обнаружение потенциальных ответвлений свища и его внутренних отверстий.

**Заключение.** Анализ доступной литературы позволяет считать, что значительное количество методов лечения свищей прямой кишки и неоднозначные (разноплановые) показатели их эффективности говорят скорее всего о том, что эта проблема далека от своего разрешения, нуждается в своём развитии, совершенствовании и дифференцированном выборе хирургических технологий для эффективной коррекции заболевания.