

УДК 616.352-007.253-089.84

Лигирование свищей прямой кишки в межсфинктерном слое: первые результаты

М.Н. Чеканов, А.М. Чеканов, И.Г. Вернер

Кафедра общей хирургии стоматологического факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ»

Ligation of fistulas of rectum in intersphincteric layer: the pilot study

M.N. Chekanov, A.M. Chekanov, I.G. Verner

Chair of general surgery. Stomatologic faculty of State educational state-funded institution of higher professional education «Novosibirsk state medical university Russian federation Ministry of Health and Social Development»

Цель исследования. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое (The Ligation of Intersphincteric Fistula Tract – LIFT) – новый метод хирургического лечения транс- и экстрасфинктерных свищей. Представляется важным оценить результаты LIFT на основании собственного опыта и данных литературы.

Материал и методы. Описана техника LIFT. Всего оперировано 19 пациентов: мужчин – 11, женщин – 8, средний возраст 48 ± 13 лет (от 26 до 74 лет). Передний транссфинктерный свищ был у 10 больных, передний экстрасфинктерный – у 4, задний транссфинктерный – у 1, задний экстрасфинктерный – у 4.

Результаты. Медиана срока наблюдения составила 42 нед (от 3 до 105 нед). Рецидив свища отмечен у 2 пациентов. Нарушений калового держания не выявлено.

На момент написания статьи были доступны литературные данные о результатах LIFT у 353 больных. Уровень рецидива при продолжительности наблюдения 20–30 нед составил 26%.

Aim of investigation. Ligation of fistulous tract in intersphincteric layer (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract – LIFT) – is a new method of surgical treatment of trans- and extrasphincter fistulas. It is obviously important to estimate LIFT results according to original experience and literature data.

Material and methods. LIFT technique is described. Overall 19 patients were operated: men – 11, women – 8, mean age 48 ± 13 years (26 to 74 years). Ten patients had anterior transsphincteric fistula, anterior extrasphincter – 4, posterior transsphincteric – 1, posterior extrasphincter – 4.

Results. The median of term of follow-up was 42 wks (3 to 105 wks). The relapse of fistula was marked in 2 patients. No disorders of fecal continence were revealed.

At the moment of article submission literature data on LIFT results in 353 patients were available. The relapse rate at follow-up for 20–30 wks was 26%.

Conclusion. LIFT – is the simple, safe and effective method of treatment trans- and extrasphincter fistulas of the rectum.

Чеканов Михаил Николаевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии стоматологического факультета Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ». Контактная информация: chekanovmn@gmail.com; 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52

Chekanov Mikhail N. – MD, PhD, professor of the chair of general surgery. Stomatologic faculty of State educational state-funded institution of higher professional education «Novosibirsk state medical university» Russian federation Ministry of Health and Social Development. Contact information: chekanovmn@gmail.com; 630091, Novosibirsk, Krasny prospekt, 52

Чеканов Александр Михайлович – ассистент кафедры общей хирургии стоматологического факультета Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ». Контактная информация: amchekanov@gmail.com; 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52

Вернер Илья Генрихович – врач-хирург Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 25» г. Новосибирска. Контактная информация: iverner@inbox.ru; 630075, г. Новосибирск, ул. Александра Невского, 1а

Заключение. LIFT – простой, безопасный и эффективный метод лечения транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Ключевые слова: свищи прямой кишки, лигирование свищей, LIFT.

Key words: fistulas of rectum, ligation of fistulas, LIFT.

Хирургическое лечение транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки сопряжено с высоким риском каловой инконтиненции и рецидива. Предложенный в 2007 г. тайским хирургом А. Rojanasakul метод лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое (The Ligation of Intersphincteric Fistula Tract – LIFT¹) представляется эффективной, безопасной и малозатратной альтернативой остальным используемым методам [9].

К моменту написания статьи (январь 2012 г.) мировой опыт, посвященный LIFT, остается еще небольшим. В настоящем кратком обзоре на основании данных литературы и собственного первого опыта оцениваются результаты применения этого нового метода.

Материал и методы

За период с января 2010 г. по январь 2012 г. нами было оперировано 19 пациентов: мужчин – 11, женщин – 8, средний возраст 48 ± 13 лет (от 26 до 74 лет). Анатомия свищей была следующей: передний транссфинктерный – у 10 пациентов, передний экстрасфинктерный – у 4, задний транссфинктерный – у 1, задний экстрасфинктерный – у 4.

Использованная нами техника вмешательства не отличалась от авторской. Положение пациента на операционном столе – литотомическое. После прокрашивания свищевого хода витальным красителем в его просвет на всем протяжении вводили зонд или мочеточниковый катетер.

В области межсфинктерной борозды, над свищем, выполняли полулунный разрез до 1,5 см. Внутренний сфинктер отслаивали от наружного с помощью диссектора. При этом выделяли свищевой ход на протяжении 1–1,5 см, зонд удаляли, свищевой ход лигировали дважды (викрил 3/0) и пересекали между лигатурами.

Выделение свищевого хода в области внутреннего отверстия должно быть максимально щадящим, чтобы предотвратить вскрытие просвета свища. Из этих же соображений при лигировании следует воздерживаться от прошивания свищевого хода. После его пересечения рану промывали и ушивали наглухо.

Дистальный сегмент свищевого хода у первых 3 пациентов иссекали от наружного отверстия

до лигатуры. Впоследствии мы ограничивались только кюретажем этого сегмента свища. Раневой канал дренировали резиновым выпускником на 3–4 сут, в дальнейшем в большинстве случаев рана закрывалась самостоятельно.

Результаты исследования и их обсуждение

Послеоперационный период не отличался какими-либо особенностями. Болевой синдром был выражен слабо вследствие отсутствия травматизации анодермы.

У 3 пациентов отмечалось нагноение раны в межсфинктерной борозде, потребовавшее ревизии этой области. У большинства оперированных наблюдалось некоторое скудное подтекание серозной жидкости из межсфинктерной раны, продолжавшееся в некоторых случаях до 1–1,5 мес, что, по нашему мнению, связано с длительной биодеградацией лигатур в ране. Это не свидетельствует о рецидиве свища и не должно побуждать к неоправданному повторному хирургическому вмешательству. В дальнейшем у данных пациентов наступило полное заживление без признаков рецидива.

Медиана срока наблюдения составила 42 нед (от 3 до 105 нед). Рецидив прямокишечного свища отмечен у женщины 34 лет с передним транссфинктерным свищем и у мужчины 74 лет с передним экстрасфинктерным свищем. В одном случае наружное отверстие рецидивного свища сформировалось в области рубца в межсфинктерной борозде, во втором – в области прежнего наружного свищевого отверстия (соответственно интрасфинктерный и экстрасфинктерный свищи). У всех пациентов, перенесших LIFT, жалоб на ухудшение калового держания не было.

Техника выполнения LIFT несложна, однако имеет некоторые особенности. Предпочтительнее осуществлять лигирование свищевого хода в межсфинктерной ране без прошивания [8]. Любое повреждение слизистой или ее сквозное прошивание повышает риск рецидива [12]. По-видимому, именно прошивание свищевого хода, на которое специально указывают J.I. Bleier и соавт. [2], приводит к повышению частоты рецидивов до 43%. Более того, дополнение LIFT пластикой внутреннего отверстия перемещенным лоскутом не улучшает результат операции [13]. Только сочетание LIFT с внедрением в межсфинктерный слой биоимпланта Biodesign® позволило достичь 94% положительных результатов [5].

¹ Во избежание терминологической путаницы в дальнейшем мы используем именно эту международно признанную аббревиатуру.

Современный опыт использования LIFT

Автор	Год	Количество пациентов	Сроки наблюдения: медиана (диапазон значений), нед	Рецидивы, абс. число (%)
Rojanasakul A. и соавт. [9]	2007	17	24	1 (5,6)
Beals J.K. и соавт. [цитата по 7]	2008	31	35	13 (42)
Bleier J.I. и соавт. [2]	2010	39	20	17 (43)
Shanwani A. и соавт. [10]	2010	45	36 (8–64)	8 (18)
Sileri P. и соавт. [11]	2011	18	16	3 (17)
Tan K.K. и соавт. [12]	2011	93	23 (1–85)	20 (22)
Aboulian A. и соавт. [1]	2011	25	24 (8–52)	8 (32)
Ooi K. и соавт. [6]	2011	25	22 (3–43)	8 (28)
Van Onkelen R.S. и соавт. [13]	2012	41	60	12 (19)
Чеканов М.Н. и соавт.	2012	19	42 (5–103)	2 (11)
Итого ...	—	353	—	92 (26)

Иссечения наружного сегмента свища лучше избегать, ограничиваясь кюретажем грануляций [8]. Такое иссечение тем более нецелесообразно, поскольку его эпителизация обнаруживается лишь в 25% случаев [4]. При наблюдении пациентов после LIFT во избежание ранних неоправданных повторных вмешательств следует помнить, что заживление ран и без рецидива может продолжаться до 3 мес [12].

Преимуществом метода является его осуществимость при различных анатомических вариантах свищей, в том числе при длительно существующих [1].

Сводные данные о количестве оперированных пациентов, сроках наблюдения и частоте рецидивов приведены в таблице.

Заключение

По совокупным данным, имеющимся в нашем распоряжении, эффективность LIFT в настоящее время составляет около 75%, причем у разных авторов количество рецидивов варьировало от 5,6 до 43%. В большинстве исследований пациенты наблюдались в течение 20–30 нед (от минимального наблюдения в течение одной недели до исследований, продолжавшихся более 100 нед).

При рецидивах часто формируются интерсфинктерные свищи небольшой протяженности и сложности [6]. К тому же LIFT в случае рецидива «не сжигает мосты» для других методов хирургического лечения таких больных [3].

Список литературы

1. Aboulian A., Kaji A.H., Kumar R.R. Early result of ligation of the intersphincteric fistula tract for fistula-in-ano // Dis. Colon. Rectum. — 2011. — Vol. 54. — P. 289–292.
2. Bleier J.I., Moloo H., Goldberg S.M. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas // Dis. Colon. Rectum. — 2010. — Vol. 53. — P. 43–46.
3. Goldberg S. M. What's new in the management of fistula-in-ano? // Tech. Coloproctol. — 2011. — Vol. 15. — P. 119–120.
4. Mitalas L.E., Van Onkelen R.S., Monkhorst K. et al. Identification of epithelialization in high transsphincteric fistulas // Tech. Coloproctol. — 2012. — Vol. 10. — P. Epub.
5. Neal Ellis C. Outcomes with the use of bioprosthetic grafts to reinforce the ligation of the intersphincteric fistula tract (BioLIFT procedure) for the management of complex anal fistulas // Dis. Colon. Rectum. — 2010. — Vol. 53. — P. 1361–1364.
6. Ooi K., Skinner I., Croxford M. et al. Managing fistula-in-ano with ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) procedure: The Western Hospital experience // Colorectal Dis. — 2011. — Vol. 11. — P. 599–603.
7. Rizzo J. A., Naig A.L., Johnson E.K. Anorectal Abscess and Fistula-in-Ano: Evidence-Based Management // Surg. Clin. N. Am. — 2010. — Vol. 90. — P. 45–68.
8. Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano // Tech. Coloproctol. — 2009. — Vol. 13. — P. 237–240.
9. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungruang C., Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract // J. Med. Assoc. Thai. — 2007. — Vol. 90. — P. 581–586.
10. Shanwani A., Nor A.M., Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano // Dis. Colon. Rectum. — 2010. — Vol. 53. — P. 39–42.
11. Sileri P., Franceschilli L., Angelucci G.P. et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: early results from a prospective observational study // Tech. Coloproctol. — 2011. — Vol. 15. — P. 413–416.
12. Tan K.K., Tan I.J., Lim F.S. et al. The anatomy of failures following the ligation of intersphincteric tract technique for anal fistula: a review of 93 patients over 4 years // Dis. Colon. Rectum. — 2011. — Vol. 54. — P. 1368–1372.
13. Van Onkelen R.S., Gosselink M.P., Schouten W.R. Is it possible to improve the outcome of transanal advancement flap repair for high transsphincteric fistulas by additional ligation of the intersphincteric fistula tract? // Dis. Colon. Rectum. — 2012. — Vol. 55. — P. 163–166.