

Диагностика и лечение неполных внутренних свищей прямой кишки

(Обзор литературы)

М.О. Черножукова, А.М. Кузьминов, С.А. Фролов, В.Ю. Королик,
Ш.Т. Минбаев, Р.Р. Елигулашвили

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Diagnosis and treatment of incomplete internal rectal fistulas (literature review)

M.O. Chernozhukova, A.M. Kuzminov, S.A. Frolov, V.Yu. Korolik,
Sh.T. Minbayev, R.R. Eligulashvili

Federal government-financed institution «Ryzhikh State Scientific Center of Coloproctology»
Ministry of healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Цель обзора. Представить данные литературы по диагностике и лечению неполных внутренних свищей прямой кишки.

Основные положения. Неполные внутренние свищи прямой кишки – это «ниша» в проктологии, которая недостаточно изучена. Во-первых, само определение является терминологической «прорехой», которая не позволяет выделить группу свищей подобного типа как отдельную нозологическую форму. Во-вторых, из-за необходимости проведения сложных диагностических мероприятий (ввиду отсутствия наружного отверстия) затруднено дооперационное определение архитектоники свищевого хода. В связи с этим стандартного лечения свища подобного типа не существует. По данным литературы, частота рецидивов неполных внутренних свищей составляет 8–22%.

Заключение. Анализ литературы показал, что имеется небольшое количество работ, в которых освещается данная проблема. Ввиду отсутствия классификации данной патологии не существует единой тактики ее лечения, которая позволила бы не только снизить риск развития рецидива, но и сохранить функцию удержания.

Aim of review. To present literature data on diagnosis and treatment of incomplete internal rectal fistulas.

Summary. Incomplete internal rectal fistulas is an insufficiently studied «niche» in proctology. First of all, the definition itself is a terminological void which does not permit definition of these fistulas as a separate nosological entity. Second, as difficult diagnostic procedures are required (due to the absence of external orifice) pre-operative assessment of the structure of fistulous tract is complicated. In regards to this the standard treatment of these fistulous does not exist. According to literature data, the frequency of recurrence of incomplete internal fistulous ranges from 8 to 22%.

Conclusion. The literature analysis demonstrated that there is a small number of publications in which this problem is considered. Because of lack of classification of this pathology there is no uniform treatment approach which would allow to decrease the risk of relapses, and maintain retention function as well.

Key words: incomplete internal rectal fistulas, syringectomy, elimination of fistula, segmented proctoplasty, LIFT, intersphincteric abscess, suprasphincteric abscess, magnetic-resonance tomography, ultrasound investigation, anorectal manometry.

Королик Вячеслав Юрьевич — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения общей колопроктологии с группой изучения семейного аденоматоза толстой кишки ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава РФ. Контактная информация: v.korolik@mail.ru. 123423, г. Москва, ул. Саяма Адилы, д. 2

Korolik Vyacheslav Yu. — MD, research associate, research associate of general coloproctology department with familial adenomatosis coli study group, Federal government-financed institution «Ryzhikh State Scientific Center of Coloproctology». Contact information: v.korolik@mail.ru; 123423, Moscow, Salyama Adilya street, 2

Поступила: 04.05.2016 / Received: 04.05.2016

Ключевые слова: неполный внутренний свищ прямой кишки, иссечение свища, ликвидация свища, сегментарная проктопластика, LIFT, межсфинктерный абсцесс, супрасфинктерный абсцесс, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, аноректальная манометрия.

Для цитирования: Черножукова М.О., Кузьминов А.М., Фролов С.А., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Елигулашвили Р.Р. Диагностика и лечение неполных внутренних свищей прямой кишки. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопрокт 2016; 26(5):66-73

For citation: Chernozhukova M.O., Kuzminov A.M., Frolov S.A., Korolik V.Yu., Minbayev Sh.T., Eligulashvili R.R. Diagnosis and treatment of incomplete internal rectal fistulas (literature review). Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2016; 26(5):66-73

По данным большинства исследователей, свищи прямой кишки составляют 15–40% от всех проктологических заболеваний [1–7]. У мужчин свищи этого типа возникают в 2 раза чаще [1–3]. Большинство (70%) пациентов — лица трудоспособного возраста, что заставляет относиться к данному заболеванию как проблеме социальной [2]. Среди свищей прямой кишки неполные внутренние свищи составляют 3,6–10% [2, 8–12].

Многие авторы отмечают, что оперативное вмешательство в виде вскрытия абсцесса и самопроизвольное опорожнение гнойника являются основными причинами формирования свищей прямой кишки, в том числе неполных [2, 4, 8, 13]. Однако, как показал анализ литературы, существуют дополнительные факторы, способствующие образованию свищей прямой кишки, в том числе неполных внутренних, и чаще всего они связаны с патологией аноректальной области (криптит, геморрой, анальная трещина) [12, 14, 15]. Японские авторы провели многофакторный анализ, благодаря которому установлены факторы риска возникновения свищей прямой кишки [16].

G. Naldini и соавт. [15] проанализировали причины формирования свищей прямой кишки у пациентов с анальной трещиной. Из 543 больных были отобраны 172, которым выполнено *ультразвуковое исследование* (УЗИ) с помощью ректального датчика. Критерии включения были определены с учетом морфологических и клинических особенностей анальной трещины (грубые рубцовые края, неэффективность консервативного лечения, рецидив после лечения). У 112 (65,1%) пациентов по данным УЗИ были диагностированы неполные внутренние свищи прямой кишки, из которых 91 межсфинктерный и 21 низкий транссфинктерный. На основании результатов исследования авторы сделали вывод, что причиной отсутствия эпителизации хронической анальной трещины в течение длительного времени послужило

такое осложнение, как формирование неполного внутреннего свища прямой кишки.

Классификации неполных внутренних свищей прямой кишки в настоящее время не существует, так как их не выделяют в отдельную нозологическую форму, что, по нашему мнению, связано с терминологической «прорехой». В отечественной хирургической практике используют классификацию, предложенную А.Н. Рыжих в 1956 г. [3], в которой в зависимости от отношения к волокнам наружного сфинктера свищи прямой кишки делят на интрасфинктерные, или подкожно-подслизистые, транссфинктерные и экстрасфинктерные. Выделяют также неполные (есть только внутреннее отверстие) и полные (наличие наружного и внутреннего отверстий) свищи прямой кишки [2, 3].

В XIX в зарубежные авторы, классифицируя свищи прямой кишки, также выделяли «complete and incomplete» (полные и неполные свищи) и «blind internal and external fistulas» (слепой внутренний и наружный свищи) [5]. Однако в 1943 г. L.A. Buie предложил термины «incomplete internal fistula», «incomplete external fistula» и «blind fistula» заменить на «гнойная пазуха», или «гнойная полость», поскольку «свищ» в переводе с греческого языка означает «труба», что подразумевает наличие внутреннего и наружного отверстий [17]. И в XX в. ряд авторов, основываясь на результатах собственных исследований, также утверждали, что «гнойная пазуха» — одна из форм свищей прямой кишки [11].

В зарубежной практике широкое распространение получила классификация свищей прямой кишки, предложенная A.G. Parks в 1976 г. [18], в которой выделены межсфинктерные (интерсфинктерные), транссфинктерные, супрасфинктерные и экстрасфинктерные свищи. Данная классификация описательная: в ней в мельчайших подробностях представлены анатомия свищей прямой кишки — их расположения по отношению к волокнам наружного сфинктера, наличие наружного

и внутреннего отверстий, наличие затеков, в ее структуру входит описание неполных внутренних свищей, однако отсутствует детализация. В связи с отсутствием системного подхода эта классификация неудобна для использования в клинической практике.

A.G. Parks включил неполные внутренние свищи в рубрику «межсфинктерные свищи» (межсфинктерный свищ с экстраректальным расположением гнойного хода и свищ с его высоким расположением без дренирования на кожу промежности), не выделив их как отдельную форму, так как, по его мнению, свищ этого типа является хроническим абсцессом. По данным A.G. Parks, наиболее часто образуются межсфинктерные свищи прямой кишки — их диагностируют у 45% больных, при этом он не разделяет свищи этого типа на полные (наружные) и неполные [18]. P. Sainio [6] отмечает, что в общей популяции распространенность межсфинктерных свищей намного выше — 70%. Однако распространённость неполных внутренних свищей, или «гнойных пазух», как самостоятельной нозологической формы в литературе конкретно не обсуждается.

Первое упоминание о классификации неполных внутренних свищей прямой кишки встречается в докторской диссертации Н.М. Блинничева [2], который выделил 5 типов таких свищей: свищи, расположенные внутри от сфинктера, или поверхностные, подслизистые; свищи чрессфинктерные низкие, проходящие через поверхностную или подкожную порцию сфинктера; свищи чрессфинктерные высокие, проходящие через глубокую порцию сфинктера; свищи, расположенные снаружи от сфинктера, с гнойной полостью, находящейся выше сфинктера, или с гнойной полостью в ишиоректальной ямке; полные внутренние свищи. Однако данная классификация также не отражает все многообразие неполных внутренних свищей.

Диагностика неполных внутренних свищей затруднена, в связи с тем что у них отсутствует наружное отверстие [8]. Клинические проявления многообразны: боль неясного генеза в области заднего прохода и прямой кишки, чувство дискомфорта, зуд, жжение, серозные, серозно-гнойные или гнойные выделения из заднего прохода [2, 8]. В связи с этим необходим расширенный комплекс диагностических мероприятий, начиная со сбора анамнеза (наличие криптита, анальной трещины, самопроизвольное вскрытие гнойника в просвет кишки, запор, использование клизм). Важное значение имеют пальпация перианальной области и пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, которые могут помочь определить наличие или отсутствие инфильтратов мягких тканей по ходу свищевых ходов, оценить состояние запирающего аппарата прямой кишки, наличие и локализацию внутреннего свищевого отверстия, выявить параректальные затеки [13].

Как дополнительный метод также используют исследование с помощью зонда через внутреннее свищевое отверстие, что позволяет оценить расположение свищевого хода по отношению к мышечным волокнам запирающего аппарата прямой кишки, определить наличие полостей по ходу свища. Однако стоит отметить, что это исследование не дает возможности детализировать сложность анальной фистулы и небезопасно ввиду слепого расположения свищевого хода.

A.A. Abou-Zeid [19] подробно обсуждает сложности диагностики свищей, не дренирующихся на кожу промежности. По опыту автора, большинство свищей без наружного отверстия так или иначе связано со сфинктерным аппаратом. Автор предлагает способ диагностики подобных свищей, заключающийся в интраоперационном исследовании свищевого хода с помощью зонда. По нашему мнению, предложенная методика крайне опасна, так как врач вслепую производит интраоперационную ревизию, что может привести к формированию ложных ходов и травматизации анального сфинктера.

До недавнего времени единственным способом визуализации свищевого хода было рентгенологическое исследование (фистулография, проктофистулография). В своих работах большинство авторов отмечают неэффективность и низкую информативность данного исследования при неполных внутренних свищах прямой кишки [20, 21].

Для повышения диагностической ценности рентгенологических исследований ряд авторов предлагают использовать специальное устройство при выполнении фистулографии [8, 9]. Устройство состоит из рентгеноконтрастного стержня, в котором имеются три канала: через один в баллончик подают воздух, через второй отсасывают содержимое свищевого хода и полости, третий канал используют для введения контрастного вещества в свищевой ход. Создателю этого устройства с его помощью удалось получить ценную информацию об особенностях свищей прямой кишки у 91,9% пациентов [9]. По нашему мнению, использование специальных устройств при выполнении фистулографии увеличивает трудоемкость исследования и не всегда позволяет достичь желаемого результата, особенно у пациентов с недостаточностью анального сфинктера.

В качестве альтернативного метода диагностики используют эндоректальную ультрасонографию, позволяющую не только установить наличие и локализацию внутреннего свищевого отверстия, но и выявить параректальные и межсфинктерные затеки, определить расположение свищевого хода по отношению к волокнам анального сфинктера, обнаружить дополнительные свищевые ходы и оценить выраженность воспалительного процесса [22].

T. Toyonaga [23] сравнил информативность физикального осмотра и УЗИ, проводимого

с помощью ректального датчика, и установил, что точность эндоректальной ультрасонографии в обнаружении свищевых ходов, в частности подковообразных и супрасфинктерных, существенно выше, чем точность физикального осмотра ($p=0,0287$; $p<0,0001$). На основании результатов исследования автор сделал вывод, что УЗИ, проводимое с помощью ректального датчика, является эффективным уточняющим методом диагностики, особенно для выявления внутреннего свищевого отверстия и диагностики супрасфинктерных и подковообразных свищей.

Относительным недостатком исследования считают его «инвазивность», поэтому у пациентов с болевым синдромом выполнение эндоректального УЗИ сопряжено с трудностями. Некоторые работы посвящены изучению эффективности чрескожного периаанального УЗИ либо комбинации двух методов исследования в диагностике свищей прямой кишки [24]. Так, А.Т. Youssef [25] в качестве модифицированной техники УЗИ, проводимого пациентам со свищами прямой кишки, рекомендует комбинировать трансректальный (трансвагинальный) и трансперинеальный методы исследования, особенно у пациентов со свищами, не дренирующимися на кожу промежности, по типу гнойной пазухи или неполного внутреннего свища прямой кишки. Чувствительность данного исследования в оценке экстрасфинктерных свищей 97%, в диагностике внутреннего свищевого отверстия 93%.

За последнее десятилетие написано много работ по диагностике свищей прямой кишки с использованием *магнитно-резонансной томографии* (МРТ), в которых отмечается, что данный метод обладает наибольшей специфичностью и чувствительностью в диагностике свищей [26].

В 2012 г. М. Siddiqui и соавт. [27] представили систематический обзор работ, посвященных сравнительной оценке эффективности УЗИ и МРТ в диагностике свищей прямой кишки. В анализ включено 4 работы. Чувствительность и специфичность МРТ в диагностике свищей прямой кишки составили 87 и 69% соответственно, что сопоставимо с чувствительностью и специфичностью УЗИ — 87 и 43%. Авторы отмечают высокую степень неоднородности исследований, в которых изучали чувствительность МРТ ($df=3$, $I^2=93\%$) и УЗИ ($df=3$, $I^2=92\%$). Из проанализированных литературных источников следует, что МРТ и УЗИ показывают сопоставимую чувствительность при диагностике свищей прямой кишки, хотя специфичность МРТ была выше, чем специфичность УЗИ. Следует отметить, что высокая степень неоднородности данных и малочисленность групп обследованных исключают любые выводы и рекомендации для клинической практики, поэтому будущие исследования с улучшенным дизайном (в том числе проспективного сбора дан-

ных и рассмотрения проверки смещения) могут способствовать уточнению роли МРТ в оценке и мониторинге эффективности лечения периаанальных свищей.

Несмотря на то что МРТ — общедоступная методика во многих странах мира, ее широкое применение по-прежнему ограничено высокой стоимостью исследования. Следует отметить, что работ, посвященных МРТ-диагностике неполных внутренних свищей прямой кишки, в современной медицинской литературе мы не нашли.

Немаловажными являются физиологические исследования (профилометрия, сфинктерометрия), позволяющие дать объективную оценку состояния анального сфинктера. Так, при длительно существующих свищах и после многократных операций в связи с прогрессированием рубцового процесса в мышечных волокнах сфинктера прямой кишки его запирающая функция значительно ослабевает, поэтому физиологические методы исследования являются определяющими при выборе метода операции [28–33].

S.C. Chang и J.K. Lin [34] провели многофакторный анализ, который показал, что давление покоя — единственный независимый фактор, способствующий развитию недостаточности анального сфинктера после операции. Несмотря на то что иссечение свища в просвет кишки является простым и эффективным методом лечения интрасфинктерных свищей, оно должно быть более щадящим для пациентов с диагностированными низкими показателями давления покоя.

Наиболее спорным остается вопрос о выборе способа лечения неполных внутренних свищей. Несмотря на то что частота встречаемости свищей этого вида не столь значительна (10%), выбор способа их лечения остается весьма актуальной проблемой современной колопроктологии [11]. Это обусловлено не только стабильно высокой частотой рецидивов заболевания (у 8–22% больных), но и нередко развивающейся послеоперационной недостаточностью сфинктерного аппарата прямой кишки (у 12% от общего числа больных, оперированных по поводу этой патологии) [8].

Лечение интра- и трансфинктерных свищей, захватывающих подкожную порцию сфинктера, не вызывает затруднений и дает хорошие результаты. Большинство хирургов используют методику иссечения свища в просвет прямой кишки по Габриэлю, предложенную в 1949 г., главным отличием которой от остальных подобных операций является придание ране формы треугольника, вершина которого обращена в просвет кишки, а основание располагается на коже, окружающей задний проход [35]. При использовании данной техники отмечается низкая частота рецидивов — 0–2% [30, 36–38]. Однако в зависимости от порции мышечных волокон, которые пересекают во время операции, главным послеоперационным

осложнением является недостаточность анального сфинктера. Относительными противопоказаниями к рассечению свищевого хода служат наличие передних свищей, особенно у женщин, у которых мышцы сфинктера самые тонкие и слабые, и недостаточность анального сфинктера [30].

Все современные методы хирургического лечения свищей прямой кишки направлены на уменьшение травматизации наружного сфинктера и снижение риска возникновения рецидива заболевания. В 1912 г. A.W. Elting [39] впервые описал метод низведения слизистой оболочки прямой кишки по аналогии с операцией Whitehard. Позднее по методике Judd-Rables-Picot предложено частичное низведение слизисто-мышечной оболочки прямой кишки [40]. Их модификацию в настоящее время применяют зарубежные хирурги. В 1958 г. Н.М. Блинничев разработал комбинированный метод лечения экстрасфинктерных свищей, который включает элементы операции Judd-Rables-Picot и Moschkowitz с некоторыми дополнениями [2, 41].

Для лечения неполных внутренних свищей прямой кишки также используют метод низведения полностенного прямокишечного лоскута. М.К. Гулов оценил непосредственные результаты хирургического лечения неполных внутренних экстрасфинктерных свищей прямой кишки с помощью сегментарной проктопластики с аппликацией свищевого хода фибриновым клеем. Автору удалось достичь излечения 95,2% пациентов, при этом ни у одного из них не отмечено симптомов недостаточности, что представляется весьма сомнительным [9].

В последнее десятилетие научный и практический интерес вызывает операция, предложенная тайским хирургом А. Rojanasakul, получившая название LIFT [42]. Этапы процедуры: надрез в области межсфинктерной борозды, идентификация межсфинктерного пространства и выявление свищевого хода, его лигирование близко к внутреннему отверстию, иссечение свищевого хода и удаление грануляционной ткани в оставшейся его части, ушивание дефекта наружного сфинктера.

Основополагающие моменты данной операции используют многие хирурги при лечении свищей прямой кишки, в том числе неполных внутренних, и дренировании острого парапроктита [43–45]. Эта техника операции позволяет не только дренировать абсцесс через межсфинктерное пространство, но и устранить причину их образования (пораженную крипту), сохранив при этом целостность анального сфинктера [42].

К.К. Тап и соавт. [44] использовали методику LIFT при лечении пациентов с ретроректальным парапроктитом. Стоит отметить, что наиболее высокой эффективность данной методики была в группе пациентов, которым ранее не проводили вскрытие гнойника, — 91,7% (11/12) по сравне-

нию с 20% (1/5) в группе пациентов, перенесших простое вскрытие гнойника.

Подобную технику использовал R.S. van Onkele [43] при лечении межсфинктерных свищей с высокими затеками, дополнив ее сегментарной проктопластикой. На догоспитальном этапе всем пациентам, кроме одного, выполнена МРТ. В группу исследования вошли 14 пациентов: у одного диагностирован интерсфинктерный свищ без абсцесса, у 10 — высокий межсфинктерный затек, у 3 — свищ с супралеваторным затеком [18]. У 2 из 14 пациентов выявлено наружное свищевое отверстие, т.е. большинство свищей были неполными внутренними. Эффективность лечения составила 79%. Стоит отметить, что повторные оперативные вмешательства потребовались 3 (21%) пациентам с супралеваторными затеками. Однако в настоящем исследовании не проведена оценка отдаленных результатов лечения и ретроспективного дизайна, отсутствуют данные инструментальных и клинических исследований о функции удержания, что является существенным недостатком данной работы.

М. Millan и соавт. [46] проанализировали лечение 21 пациента с межсфинктерными свищами, причем у 9 пациентов с помощью УЗИ ректальным датчиком были диагностированы высокие затеки в межсфинктерном пространстве. Основываясь на собственном опыте, авторы рекомендуют лечить такие свищи в два этапа. Первый этап — дренирование высокого затека в просвет кишки с помощью специального катетера, так как, по их мнению, при таком объеме операции можно избежать рецидива и формирования экстрасфинктерного свищевого хода.

В исследование были включены 19 (90%) пациентов мужского пола и 2 (10%) женщины. У 10 (48%) пациентов в анамнезе был острый парапроктит. Средний период наблюдения составил 52 мес (диапазон 12–148 мес). У 12 (57%) пациентов диагностированы низкие межсфинктерные свищи, им выполнено иссечение свища в просвет кишки. Рецидив возник у одного (5%) пациента. У 6 (29%) пациентов диагностирован высокий межсфинктерный свищ, поэтому лечение было выполнено в два этапа: **первый этап** — дренирование гнойного очага, **второй** — низведение слизисто-мышечного лоскута. Рецидивы не выявлены. У 3 (14%) пациентов диагностирован межсфинктерный свищ с супралеваторным затеком, им также проведено двухэтапное лечение: первый этап — дренирование затека, второй — низведение лоскута. По мнению авторов, точная предоперационная диагностика и поэтапное лечение пациентов с подобным заболеванием поможет избежать рецидива и повреждения анального сфинктера.

При анализе литературы мы нашли только две работы, посвященные лечению неполных внутренних свищей прямой кишки с применением метода «Seton». Однако в мировой практике частота раз-

вития недостаточности анального сфинктера при лечении полных свищей прямой кишки с применением этого метода достигает 12% [47, 48]. М.Р. Singh и соавт. [49] в ретроспективную группу исследования включили 23 пациента с необычной клинической картиной (отсутствии наружного свищевого отверстия). Наиболее распространенными симптомами были выделение гноя из заднего прохода и боли, на выделение крови из заднего прохода предъявляли жалобы лишь 23% пациентов. В зависимости от этиологии заболевания авторы выделили три группы больных: у 8 в анамнезе отмечена хроническая анальная трещина, у 10 — острый парапроктит, 5 пациентам выполнена операция по поводу свища прямой кишки.

Все пациенты были разделены в зависимости от локализации внутреннего отверстия: ниже, на уровне и выше зубчатой линии. Интраоперационно все свищи с помощью зонда были переведены в полные, т.е. с дренированием на кожу, окружающую задний проход. Пациентам, у которых в патологический процесс была вовлечена незначительная часть наружного сфинктера, выполнена фистулотомия. Другой группе больных, у которых были диагностированы гнойные полости и поражение значительной части наружного сфинктера, на первом этапе лечения осуществляли проведение дренирующей лигатуры, которую в дальнейшем постепенно затягивали. Результаты операции были оценены через 6 мес. При местном осмотре у всех пациентов отмечены признаки полного заживления раны, при аноскопии симптомы воспаления и внутреннее свищевое отверстие не выявлены, ни один из пациентов не предъявлял жалоб на недержание газов и каловых масс [49].

A. Lentner и W. Volker [50] оценили отдаленные результаты лечения 108 пациентов с низкими транс- и интерсфинктерными свищами прямой кишки [18] с использованием метода «Seton», причем лечение неполных внутренних свищей заключалось в переводе их в полные. Ранние рецидивы возникли у 9 больных: у 4 (3,7%) — неполные внутренние свищи, у 5 — первичные полные свищи прямой кишки.

В литературе отдельно обсуждается лечение подковообразных свищей прямой кишки. Многие авторы отмечают, что свищ подобного типа трудно диагностировать и лечить. Как и другие высокие анальные свищи, подковообразные свищи могут быть хирургически обработаны путем их иссечения в сочетании с любыми формами закрытия внутреннего отверстия свища, при этом отмечаются хорошие результаты лечения и приемлемое послеоперационное удержание. Достаточный дренаж клетчаточных пространств имеет перво-

степенное значение. С помощью этих мер можно избежать повреждения сфинктера и предотвратить деформацию анального канала (по типу замочной скважины) [51–53].

В 2013 г. A. Garcia-Granero и соавт. [45] опубликовали статью, в которой описан интересный метод лечения пациентов с супралеваторными абсцессами с помощью эндостеплера. Однако недостатком этого исследования является малочисленность группы наблюдения — 3 пациента. На первом этапе выполняли эндоанальное дренирование гнойника через межсфинктерное пространство и внутреннее свищевое отверстие, но, если его не удавалось идентифицировать, дренирование производили через надрез ближе к зубчатой линии. Затем катетер устанавливали в полость супралеваторного абсцесса. Через 1 мес с помощью эндостеплера (EndoGIA 45 мм) ликвидировали гнойную пазуху путем подшивания ее к стенкам прямой кишки по типу марсупиализации. За 2 года наблюдения не отмечено ни одного рецидива. Свищ подобного типа самый сложный и трудноизлечимый. Данные, представленные в этой работе, свидетельствуют о целесообразности использования МРТ в диагностике сложных свищей (экстрасфинктерных и супралеваторных).

Заключение

Как показал анализ отечественной и зарубежной литературы, до сих пор отсутствует единое определение неполных внутренних свищей прямой кишки и их классификация, что не позволяет систематизировать подходы к лечению. Современные методы исследования (МРТ, УЗИ) во многом могут облегчить установление анатомики свищевого хода до операции и тем самым снизить риск развития недостаточности анального сфинктера и рецидива заболевания. В современных условиях большинство методов хирургического лечения направлены на уменьшение травматизации анального сфинктера и снижение риска рецидива заболевания. Однако только в двух современных публикациях, посвященных лечению неполных внутренних свищей прямой кишки, обсуждаются сфинктерсохраняющие методики, но в них не дана оценка отдаленных результатов. Стоит отметить, что подавляющее большинство пациентов с неполными внутренними свищами ранее перенесли оперативные вмешательства на анальном сфинктере. В этом случае необходимо проводить оценку состояния мышц анального сфинктера до и после хирургического вмешательства с целью профилактики развития недостаточности анального сфинктера.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Литература/References

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. М., 1973; 3:163-345 [Aminev A.M. Proctology: a guide. M., 1973; 3:163-345].
2. Блинные Н.М. Острый и хронический парапроктит (этиология, патогенез, клиника, диагностика, новое в оперативном лечении): Дис. ... д-ра мед. наук. — 1972. [Blinnichev N.M. Acute and chronic periproctitis (etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, novel in surgical treatment): PhD degree thesis. - 1972].
3. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М.; 1981 [Dultsev Yu.V., Salamov K.N. Periproctitis. M.; 1981].
4. Eisenhammer S. The final evaluation and classification of the surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistula. Dis Colon Rectum 1978; 21(4):237-54.
5. Marks C. G., Ritchie J.K. Anal fistulas at St Mark's Hospital. Br J Surg 1977; 64(2):84-91.
6. Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. Ann Chir Gynaec 1984; 73(4):219-24.
7. Zanotti C. et al. An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union. Int J Colorectal Dis 2007; 22(12):1459-62.
8. Предыбайло С.М. Хирургическое лечение неполных внутренних свищей прямой кишки: Дис. ... канд. мед. наук. - 1990 [Predybaylo S.M. Surgical treatment of incomplete internal rectal fistulas: MD degree thesis. - 1990].
9. Иброхимов Ю.Х. Диагностика и лечение неполных внутренних свищей прямой кишки: Дис. канд. мед. наук, 2015. [Ibrokhimov Yu.Kh. Diagnosis and treatment of incomplete internal rectal fistulas: MD degree thesis., 2015].
10. Barwood N. et al. Fistula-in-ano: a prospective study of 107 patients. Austral and New Zealand J Surg 1997;67(2-3):98-102.
11. Kim J.W. et al. Comparative review of perianal sinus & fistula in ano. J Korean Soc Coloproctol 2000; 16(1):7-11.
12. Gupta P.J. A study of suppurative pathologies associated with chronic anal fissures. Tech Coloproctol 2005; 9(2):104-7.
13. Ommer A. et al. Cryptoglandular anal fistulas. Dtsch Arzteblatt Int 2011; 108(42): 707-13.
14. Bock J.U., Jongen J. The anal fissure-conventional therapy. FALK SYMPOSIUM. Dordrecht; London: Kluwer Academic; 1999, 2001.
15. Naldini G. et al. Hiding intersphincteric and transphincteric sepsis in a novel pathological approach to chronic anal fissure. Surg Innovation 2012; 19(1): 33-6.
16. Wang D. et al. Risk factors for anal fistula: a case-control study. Tech Coloproctol 2014; 18(7):635-9.
17. Jackman R.J. Operation for anal fistulas: Some reasons for failures. Am J Surg 1945; 68(3):323-5.
18. Parks A.G., Gordon P.H. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 1976; 63: 1-12.
19. Abou-Zeid A.A. Anal fistula: Intraoperative difficulties and unexpected findings. World J Gastroenterol 2011; 17(28): 3272-6.
20. Орлова Л.П., Тихонов А.А., Титов А.Ю., Чубаров Ю.Ю., Полякова Н.А. Ультразвуковой и рентгенологический методы исследования в диагностике экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Ультразвуковая и функциональная диагностика 2012; 1:24-31. [Orlova L.P., Tikhonov A.A., Titov A.Yu., Chubarov Yu.Yu., Polyakova N.A. Ultrasound and X-ray diagnostic methods for extrasphincter rectal fistulas. Ultrasound and functional diagnosis. 2012; 1:24-31].
21. Pinsk I., Seppala R., Friedlich M.S. Anography: a technique for determining the location of the internal opening in perianal fistula. Colorectal Dis 2010; 12(9):896-900.
22. Brilliantino A. et al. Role of tridimensional endoanal ultrasound (3D-EAUS) in the preoperative assessment of perianal sepsis. Int J Colorectal Dis 2015; 30(4): 535-42.
23. Toyonaga T. et al. Comparison of accuracy of physical examination and endoanal ultrasonography for preoperative assessment in patients with acute and chronic anal fistula. Tech Coloproctol 2008; 12(3):217-23.
24. Wedemeyer J. et al. Transcutaneous perianal sonography: a sensitive method for the detection of perianal inflammatory lesions in Crohn's disease. World J Gastroenterol 2004; 10(19):2859-63.
25. Youssef A.T. Imaging Classification of Perianal Fistula Using the Ultrasound. J Gastroenterol Hepatol Res 2015; 4(6):1653-9.
26. Garcia-Granero A. et al. Management of cryptoglandular supralelevator abscesses in the magnetic resonance imaging era: a case series. Int J Colorectal Dis 2014;29(12):1557-64.
27. Siddiqui M.R.S. et al. A diagnostic accuracy meta-analysis of endoanal ultrasound and MRI for perianal fistula assessment. Dis Colon Rectum 2012; 55(5):576-85.
28. Arroyo A. et al. Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of complex fistula-in-ano: long-term clinical and manometric results. Ann Surg 2012; 255(5):935-9.
29. Jordan J. et al. Risk factors for recurrence and incontinence after anal fistula surgery. Colorectal Dis 2010;12(3): 254-60.
30. Toyonaga T. et al. Factors affecting continence after fistulotomy for intersphincteric fistula-in-ano. Int J Colorectal Dis 2007; 22(9):1071-5.
31. Visscher A.P. et al. Long-term Follow-up After Surgery for Simple and Complex Cryptoglandular Fistulas: Fecal Incontinence and Impact on Quality of Life. Dis Colon Rectum 2015; 58(5):533-9.
32. Roig J.V. et al. Changes in anorectal morphologic and functional parameters after fistula-in-ano surgery. Dis Colon Rectum 2009; 52(8):1462-9.
33. Vial M. et al. Faecal incontinence after seton treatment for anal fistulae with and without surgical division of internal anal sphincter: a systematic review. Colorectal Dis 2010; 12(3):172-8.
34. Chang S.C., Lin J.K. Change in anal continence after surgery for intersphincteric anal fistula: a functional and manometric study. Int J Colorectal Dis 2003; 18(2):111-5.
35. Gabriel W.B. The treatment of pruritus ani and anal fissure. Br Med J 1930; 2(3634):311.
36. Bernard D., Tasse D., Morgan S. High intermuscular anal abscess and fistula: analysis of 25 cases. Can J Surg 1983 Mar.; 26(2):136-9.
37. Göttgens K.W.A. et al. Long-term outcome of low perianal fistulas treated by fistulotomy: a multicenter study. Int J Colorectal Dis 2015; 30(2):213-9.
38. Hirschburger M. et al. Fistulectomy with primary sphincter reconstruction in the treatment of high transsphincteric anal fistulas. Int J Colorectal Dis 2014; 29(2):247-52.
39. Elting A.W.X. The treatment of fistula in ano: with especial reference to the whitehead operation. Ann Surg 1912; 56(5):744-52.
40. Ramirez A., Virgilio A. Fistulas anorrectales: tratamiento quirurgico con el metodo de Robles y Picot: experiencia personal. Prensa Med Argent 1985; 72(15):511-4.
41. Kirschner M. Die Eingriffe am Mastdarm. Die Eingriffe in der Bauchhöhle. - Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag 1951. 551 p.

42. *Rojanasakul A.* LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano. *Tech Coloproctol* 2009; 13(3):237-40.
43. *Van Onkelen R.S., Gosselink M.P., Schouten W.R.* Treatment of anal fistulas with high intersphincteric extension. *Dis Colon Rectum* 2013; 56(8):987-91.
44. *Tan K.K., Koh D.C., Tsang C.B.* Managing deep postanal space sepsis via an intersphincteric approach: our early experience. *Ann Coloproctol* 2013; 29(2):55-9.
45. *Garcia-Granero A.* et al. The use of an endostapler in the treatment of supralelevator abscess of intersphincteric origin. *Colorectal Dis* 2014; 16(9):O335-O338.
46. *Millan M., Garcia-Granero E., Esclápez P.* et al. Management of intersphincteric abscesses. *Colorectal Dis* 2006; 8(9):777-80.
47. *Göttgens K.W.A.* et al. Systematic review and meta-analysis of surgical interventions for high cryptoglandular perianal fistula. *Int J Colorectal Dis* 2015; 30(5):583-93.
48. *Kelly M.E.* et al. The role of loose seton in the management of anal fistula: a multicenter study of 200 patients. *Tech Coloproctol* 2014; 18(10):915-9.
49. *Singh M.P.* et al. New approach to anorectal sinus disease.
50. *Lentner A., Volker W.* Long-term, indwelling setons for low transsphincteric and intersphincteric anal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(10):1097-101.
51. *Garg P., Garg M.* PERFECT procedure: A new concept to treat highly complex anal fistula. *World J Gastroenterol* 2015; 21(13):4020-9.
52. *de Parades V.* et al. Horseshoe tract of anal fistula: bad luck or an avoidable extension? Lessons from 82 cases. *Colorectal Dis* 2012; 14(12):1512-5.
53. *Koehler A., Risse-Schaaf A., Athanasiadis S.* Treatment for horseshoe fistulas-in-ano with primary closure of the internal fistula opening: a clinical and manometric study. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(11):1874-82.