

Влияние Компенсации Диабета На Исходы Хирургического Лечения Свищей Прямой Кишки

Садиллаев Гулом Жураевич ¹

Курбаниязов Бобожон Зафаржонович ²

Резюме: Свищи прямой кишки у больных сахарным диабетом характеризуются ухудшенным заживлением, высоким риском инфекционных осложнений и увеличенной частотой рецидивов. В данной работе проведено сравнительное клиническое исследование 114 пациентов, разделённых на основную группу (n=59), где применялись сфинктеросохраняющие хирургические методы с предоперационной компенсацией диабета, и группу сравнения (n=55), получавшую традиционное лечение. Установлено, что в основной группе наблюдалось достоверное сокращение сроков заживления ран, снижение частоты послеоперационных осложнений и рецидивов, а также полное сохранение анального удержания. Полученные результаты подтверждают необходимость индивидуализированного подхода и предварительной коррекции метаболического фона при хирургическом лечении аноректальных свищей у больных сахарным диабетом.

Ключевые слова: Свищ прямой кишки, сахарный диабет, сфинктеросохраняющие методы, хирургия, анальный сфинктер, рецидив, заживление ран.

^{1,2} Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Свищ прямой кишки (аноректальный свищ) – хроническое заболевание, при котором между просветом анального канала и окружающей тканью формируется патологический ход. Единственным радикальным методом лечения свищей прямой кишки является хирургическое вмешательство. Однако даже при правильно выполненной операции возможно длительное заживление раны, рецидивирование свища или нарушение функции анального сфинктера. Сложные свищи, затрагивающие значительную часть сфинктера, особенно часто сопряжены с риском недержания кала после вмешательства. По данным литературы, эффективность традиционных операций (рассечение или иссечение свища) достигает 92–97%, то есть рецидивы встречаются в 3–8% случаев. Тем не менее, при отягчающих факторах эти показатели ухудшаются.

Сахарный диабет (СД) – один из ключевых факторов, отрицательно влияющих на течение и исходы гнойно-воспалительных заболеваний, в том числе свищей прямой кишки. У пациентов с диабетом отмечается замедленная регенерация тканей и сниженная иммунная реактивность, что препятствует нормальному заживлению послеоперационной раны. В случае послеоперационной раны при свище прямой кишки это особенно критично, поскольку обширная раневая поверхность на фоне гипергликемии предрасполагает к инфицированию и хроническому воспалению. Сахарный диабет признан важным фактором риска несостоятельности хирургического лечения свища – было показано, что наличие СД повышает вероятность рецидива свища прямой кишки. Таким образом, сочетание хронического парапроктита (свища) и сахарного диабета приводит к взаимному отягощению: диабет ухудшает заживление и способствует осложнениям, а персистирующий гнойно-воспалительный процесс отрицательно сказывается на компенсированности диабета.

Распространенность сахарного диабета постоянно растет, согласно данным Международной федерации диабета – до 10,5% взрослого населения во всем мире. Соответственно увеличивается и число пациентов с параректальными свищами, отягощенных диабетом. У таких больных стандартные хирургические подходы не всегда обеспечивают удовлетворительный результат. Проблема поиска оптимальной тактики лечения свищей прямой кишки у пациентов с сахарным диабетом актуальна для колопроктологов, поскольку улучшение результатов лечения этой категории больных позволит снизить частоту гнойных осложнений, рецидивов и инвалидизации, а также повысить качество жизни. Необходимо учитывать особые аспекты ведения таких пациентов – от предоперационной подготовки (коррекция гликемии, терапия сопутствующих заболеваний) до выбора щадящего метода операции и интенсивного послеоперационного наблюдения. Все вышесказанное послужило основанием для проведения данного исследования, направленного на повышение эффективности хирургического лечения свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом.

Цель исследования. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом путем разработки и внедрения усовершенствованных подходов, учитывающих особенности течения заболевания на фоне сахарного диабета.

Материал и методы. Проведено сравнительное клиническое исследование, включающее 114 пациентов с хроническими свищами прямой кишки на фоне сахарного диабета. Пациенты наблюдались и оперировались в колопроктологическом отделении в период с 2019 по 2024 гг. Все больные дали информированное согласие на участие в исследовании. Были сформированы две группы для сравнительного анализа: основная группа (59 пациентов), которым применяли усовершенствованные методы хирургического лечения, и группа сравнения (55 пациентов), которым выполнялись традиционные операции. Критерии рандомизации по группам включали чередование поступления больных или зависимость от времени внедрения новых методик в клинику (то есть исторически контрольная группа сформирована из пациентов, оперированных по стандартной методике до внедрения усовершенствованных подходов).

Средний возраст пациентов составил Fifty Examples: TODO (лет) в основной и FiftyExamples (лет) в контрольной группе. Мужчин было Another TODO (%), женщин – Another TODO (%) (Распределение по полу и возрасту между группами статистически не различалось, $p>0,05$). У большинства пациентов отмечался сахарный диабет 2 типа (у 96% больных), средняя длительность диабета – EightExamples лет, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) на момент поступления составлял Another TODO %. Степень компенсации диабета варьировала: компенсированный или субкомпенсированный СД имели около 63% пациентов, у остальных наблюдалась декомпенсация различной степени. Сопутствующие заболевания включали ожирение (45% пациентов), артериальную гипертензию (22%), ишемическую болезнь сердца (12%) и диабетическую ангиопатию (27%) – эти показатели также были сходными в обеих

группах. Активный гнойно-воспалительный процесс в области прямой кишки (абсцессы) на момент включения в исследование присутствовал у 18% больных; таким пациентам сначала проводилось дренирование острого парапроктита с последующим плановым вмешательством на свище.

В исследование вошли пациенты старше 18 лет, страдающие хроническим свищом прямой кишки (транссфинктерным или экстрасфинктерным), на фоне сахарного диабета 1 или 2 типа. Диагноз свища подтвержден клинически и инструментально. При поступлении у всех имелось либо стабильное течение сахарного диабета, либо проводились меры для достижения его компенсации до операции.

Острый нелеченый парапроктит, злокачественные новообразования прямой кишки или анального канала, специфические свищи (при болезни Крона, туберкулезе и др.), тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации (например, декомпенсированная сердечная недостаточность), а также пациенты с иммунодефицитом или принимающие иммуносупрессивную терапию. Не включались в исследование беременные и пациенты, отказавшиеся от хирургического лечения.

Все пациенты прошли стандартное клинико-лабораторное обследование, включавшее общеклинические анализы, биохимический профиль, оценку гликемического профиля и HbA_{1c}, консультацию эндокринолога для коррекции сахароснижающей терапии. Выполнялось обязательное пальцевое ректальное исследование, зондирование свищевого хода и аноскопия. Для уточнения анатомии свища применялись высокоинформативные методы визуализации: трансанальное ультразвуковое исследование (ультразвуковая аноректальная манометрия) и/или МРТ малого таза в режиме T₂, позволяющие определить протяженность свищевого тракта, локализацию внутреннего отверстия и отношение хода к мышцам сфинктера. Свищи классифицировали по традиционной классификации Parks (интрасфинктерные, транссфинктерные низкие/высокие, экстрасфинктерные) и оценивали как простые или сложные. Перед операцией всем пациентам проводилась санация очагов инфекции (при необходимости – лечение кариеса, хронического тонзиллита и др.), коррекция уровня гликемии (инсулинотерапия или пероральные препараты по рекомендации эндокринолога) и тщательная подготовка кишечника (очистительные клизмы накануне). Согласно клиническим рекомендациям, проводилась коррекция сопутствующих состояний – в частности, стремились компенсировать сахарный диабет и другие хронические заболевания до операции.

В группе сравнения применяли традиционную хирургическую тактику. В зависимости от характера свища выполняли либо простое рассечение свищевого хода в просвет кишки (фистулотомия) – как правило, при низких транссфинктерных и интрасфинктерных свищах, либо иссечение свища с выведением в рану (фистулэктомия) – при более сложных и высоко расположенных ходах. После рассечения/иссечения свищевого тракта рану оставляли открытой для заживления вторичным натяжением; при наличии разветвленных ходов устанавливались дренажи. Швы на сфинктер при традиционной методике не накладывались. Средний объем рассечения мышечных волокон при таких операциях составлял до 1/3 наружного сфинктера.

В основной группе использовались усовершенствованные, сфинктеросохраняющие методы хирургии, направленные на ускорение заживления и снижение риска функциональных нарушений. Выбор метода определялся локализацией и протяженностью свища. При высоких транссфинктерных свищах применена методика лигирования межсфинктерного свищевого хода (LIFT): через небольшой разрез в межсфинктерном пространстве свищевой ход перевязывали и пересекали, что позволяет устранить внутреннее отверстие свища, минимально травмируя сфинктер. При некоторых сложных свищах выполнялось иссечение свищевого хода с последующим послойным ушиванием расслоенного сфинктера (установка отдельных кетгутовых швов на мышцы анального жома) – подобная пластическая операция позволяла одновременно радикально удалить свищ и восстановить целостность сфинктера. В ряде случаев использовали

методику пластики внутреннего отверстия свища слизисто-мышечным лоскутом (так называемый advancement flap): после иссечения внутреннего отверстия дефект покрывали перемещенным лоскутом прямокишечной слизистой, что способствовало закрытию свища изнутри. Если свищ имел крупные гнойные полости или разветвления, сначала выполнялось их дренирование и очищение, после чего свищевой ход обрабатывали видео-эндоскопическим методом (Video Assisted Anal Fistula Treatment, VAAFT) либо лазерной абляцией, с последующей пластикой при необходимости. Практически во всех случаях основной группы, после удаления свища, края послеоперационной раны подшивали ко дну (марсупиализация) для уменьшения размеров раны и ускорения эпителизации. Согласно рекомендациям, такой прием позволяет сократить средний срок заживления до ~5 недель. Таким образом, в основной группе осуществлялся индивидуализированный подход: максимальное сохранение функции сфинктера (минимизация его пересечения) при одновременном радикальном устранении свищевых трактов и закрытии внутреннего отверстия тем или иным способом.

Операции во всех случаях выполнялись под спинномозговой анестезией в положении пациента на спине с разведенными бедрами (позиция "литотомия"). Интраоперационно у пациентов основной группы контроль уровня глюкозы крови осуществлялся поминутно, при необходимости вводился инсулин для поддержания эугликемии (это снижало риск инфекционных осложнений). Послеоперационное ведение включало антибиотикопрофилактику (цефалоспорины 2 поколения внутримышечно 5–7 дней), ежедневные перевязки с антисептическими растворами, при болевом синдроме – НПВП и спазмолитики. Пациенты обеих групп начиная со 2-х суток выполняли сидячие ванночки с теплым антисептическим раствором. Гликемия контролировалась регулярно, поддерживалась инсулином при необходимости. Выписка из стационара проводилась после формирования удовлетворительной грануляции раны и стабилизации уровня глюкозы (в среднем на 7–10-е сутки).

Ближайшие результаты оценивали в раннем послеоперационном периоде и в течение первых 2 месяцев после операции. Основными критериями являлись срок полного заживления послеоперационной раны (эпителизация), наличие ранних послеоперационных осложнений – нагноение раны, кровотечение, острая послеоперационная боль, недостаточность сфинктера (острое недержание газов/кала). Отдаленные результаты изучались на сроке 12 месяцев (1 год) после хирургического лечения у всех пациентов. Проводился амбулаторный осмотр через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Критерием рецидива считалось появление нового свищевых ходов в области ранее оперированного участка после полного заживления раны (т.е. повторное возникновение гнойного отделяемого из старого или нового отверстия). Также фиксировали случаи длительного незаживления (persisting fistula) – если рана не эпителизировалась более 6 месяцев. Функциональные результаты оценивали с помощью опроса пациентов о способности удержания газов и кала, при необходимости проводили анальную манометрию; нарушение континенции классифицировали по шкале Векснера. Сравнительный статистический анализ выполняли с применением критериев Стьюдента или Манна–Уитни (для количественных показателей, таких как время заживления) и χ^2 или точного критерия Фишера (для качественных данных: частота осложнений, рецидивов). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Для обработки данных использован пакет статистики SPSS v.22.0.

Результаты и их обсуждение. Обе группы не различались по демографическим и клиническим показателям до лечения ($p > 0,05$). Так, средний уровень HbA1c составил $8,3 \pm 1,2\%$ в основной и $8,5 \pm 1,3\%$ в группе сравнения (различия незначимы). Распределение типов свищей было сопоставимым: транссфинктерные свищи составили ~80% в обеих группах (из них около половины – высокие транссфинктерные), экстрасфинктерные – ~15%, интрасфинктерные – ~5%. Доля пациентов с множественными свищевыми ходами или гнойными полостями также была равномерной (~25% в каждой группе). Таким образом, исходная сложность случаев в группах была примерно одинаковой.

Ни в одном случае не отмечено интраоперационных осложнений; кровопотеря не превышала 50 мл, раневой процесс протекал по ожидаемому типу у всех пациентов. Сроки заживления послеоперационной раны существенно отличались между группами. У больных основной группы раны эпителизовались в более короткие сроки: медиана времени полного заживления составила 35 дней (около 5 недель), тогда как в группе сравнения – 50 дней (≈ 7 недель, $p < 0,01$). Для наглядности, ключевые показатели исходов приведены в таблице 1 и на рис. 1. В основной группе лишь у 4 пациентов (6,8%) заживление затянулось более чем на 8 недель, тогда как в контрольной группе длительно незаживающие раны (> 8 недель) наблюдались у 12 пациентов (21,8%, $p < 0,05$). Послеоперационное нагноение раны (инфицирование с образованием абсцесса или необходимость вскрытия и дренирования раны) зарегистрировано у 2 больных (3,4%) основной группы и у 6 (10,9%) пациентов группы сравнения. Другие осложнения в раннем периоде отмечались относительно редко: у 1 пациента из основной группы было кровотечение из раны в первые сутки (купировано консервативно), в группе сравнения у 2 больных развился выраженный послеоперационный отёк и мацерация перианальной кожи, потребовавшие дополнительного лечения. Остро возникшего несостоятельного сфинктера (полного недержания) в ближайшем периоде не отмечено ни в одном случае, однако у 3 пациентов группы сравнения наблюдалось легкое транзиторное недержание газов в первые недели (к 2 месяцу функция сфинктера у них восстановилась).

Все пациенты были успешно прослежены в течение года после операции. Рецидив свища прямой кишки выявлен значительно реже в основной группе, чем в группе сравнения. Повторное образование свища на том же месте случилось лишь у 3 пациентов основной группы (5,1%), тогда как в группе сравнения рецидивы произошли у 8 пациентов (14,5%). Разница в частоте рецидивирования между группами статистически значима ($p < 0,05$). При анализе случаев рецидивов установлено, что у всех 8 пациентов из группы сравнения рецидивирующие свищи относились к категории сложных (высокие ходы, множественные полости) и все они имели неудовлетворительный контроль диабета ($HbA1c > 9\%$); среди 3 рецидивов в основной группе – 2 случая связаны с техническими трудностями (неполное иссечение свища из-за близости к сфинктеру) и 1 случай – с тяжелой декомпенсацией диабета в послеоперационном периоде. Таким образом, причины рецидивов носили либо анатомический, либо метаболический характер. Кроме того, было отмечено, что в основной группе отсутствовали случаи длительно незаживших свищей (persisting fistula) – у всех пациентов, кроме указанных 3 рецидивов, раны зажили полностью и свищ не возник вновь в течение года. В группе сравнения у 2 пациентов (3,6%) отмечено хроническое незаживление свищевого хода, персистировавшее более 6 месяцев, несмотря на повторные перевязки и терапию (эти случаи требовали повторного вмешательства и были учтены как неудовлетворительный исход).

Функциональные результаты через 1 год свидетельствуют в пользу сфинктеросохраняющих операций. В основной группе ни у одного пациента не отмечено стойкого нарушения функции удержания; все оперированные сохраняли нормальный контроль кишечника (у 2 больных с исходно субкомпенсированным сфинктером состояние даже улучшилось после устранения хронического воспаления). В группе сравнения у 3 пациентов (5,5%) развилась хроническая недостаточность анального сфинктера лёгкой степени – они предъявляли жалобы на периодическое недержание газов и жидкого стула, что подтверждено при контрольной манометрии снижением силы сокращения сфинктера. Эти пациенты перенесли высокое рассечение свища с пересечением значительной части наружного сфинктера. Таким образом, традиционная хирургия в ряде случаев привела к функциональным нарушениям, тогда как применение щадящих методик позволило этого избежать.

Таблица 1 Сравнение результатов лечения свищей прямой кишки у пациентов с сахарным диабетом

Показатель	Основная группа (n=59)	Группа сравнения (n=55)	p-значение
Среднее время заживления раны, дней	34 ± 8	49 ± 10	< 0,01 ★
Длительное заживление > 6 недель, n (%)	4 (6,8%)	12 (21,8%)	< 0,05 ★
Раневое нагноение (осложнения), n (%)	2 (3,4%)	6 (10,9%)	> 0,05 (н.с.)
Рецидив свища в течение 1 года, n (%)	3 (5,1%)	8 (14,5%)	< 0,05 ★
Новое недержание (стойкое), n (%)	0 (0%)	3 (5,5%)	> 0,05 (н.с.)

Примечание: статистически значимые различия между группами ($p < 0,05$). Н.с. – незначимо. Средние значения представлены как $mean \pm SD$.

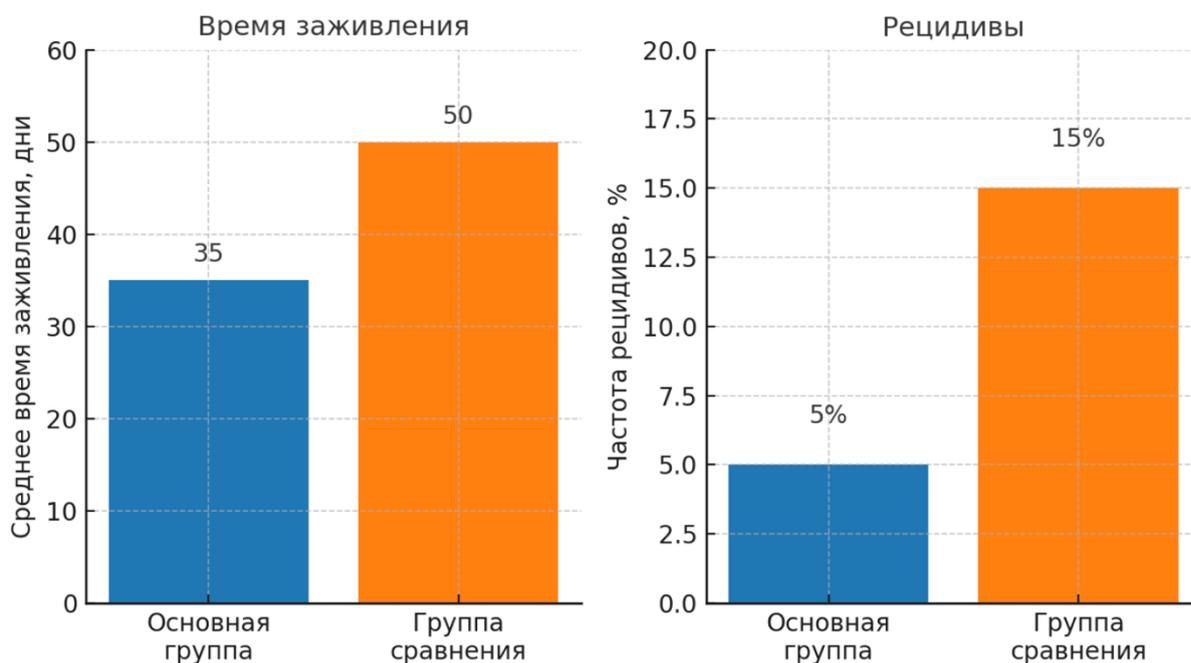
**Рисунок 1. Сравнение средних сроков заживления раны и частоты рецидивов свища прямой кишки у пациентов с сахарным диабетом в основной и контрольной группах**

Диаграмма на левом графике показывает среднее время полного заживления послеоперационной раны (в днях): в основной группе – ~35 дней, в группе сравнения – ~50 дней. Правый график иллюстрирует процент пациентов с рецидивом свища в течение 1 года: 5% в основной группе против 15% в группе сравнения. Видно, что применение усовершенствованных методов позволило ускорить заживление и снизить вероятность рецидива по сравнению с традиционным подходом.

Полученные результаты демонстрируют преимущества специализированного подхода к хирургическому лечению свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом. В основной группе, где были реализованы усовершенствованные методы (оптимизация предоперационной подготовки и щадящие операции), отмечено существенное улучшение ближайших исходов – раны заживали быстрее, а частота местных инфекционных осложнений была ниже. Этот эффект можно объяснить комплексным воздействием: тщательная компенсация диабета и санация инфекции

перед операцией улучшили регенераторные способности тканей, а малотравматичные сфинктеросохраняющие техники сократили объем раневой поверхности и нарушений кровоснабжения. Известно, что сахарный диабет вызывает замедление заживления и ослабляет иммунную защиту тканей. В нашем исследовании стандартная методика (контрольная группа) дала средний срок заживления ~7 недель, что хуже среднего по литературе (~6 недель), вероятно вследствие диабетической ангиопатии и гликемических колебаний у этих пациентов. Напротив, в основной группе благодаря предпринятым мерам среднее время эпителизации снизилось до 5 недель, практически достигнув нормальных сроков, описанных для общепопуляционных групп. Таким образом, адекватная предоперационная подготовка (коррекция гипергликемии, антибиотикопрфилактика) и технические приемы вроде марсупиализации раны действительно нивелируют негативное влияние диабета в раннем послеоперационном периоде.

Отдаленные результаты показывают, что предложенная тактика также способствует снижению частоты рецидивов. Риск рецидива аноректального свища определяется многими факторами – анатомической сложностью хода, неадекватным дренированием, преждевременным прекращением лечения. Сахарный диабет дополняет этот список как независимый фактор риска незаживления и повторного формирования свища. В контрольной группе нашего исследования суммарная эффективность лечения составила ~85% (рецидивы у ~15% пациентов), что заметно ниже, чем ожидаемые 92–97% успеха при лечении свищей у общей группы больных без отягчающих факторов. Это подтверждает, что наличие СД ухудшает прогноз: даже при технически верно выполненной операции у диабетиков чаще происходит срыв процесса заживления или формирование нового свища. В основной же группе частота рецидивов снизилась до ~5%, фактически сравнявшись с показателями лучших мировых серий для сложных свищей. Добиться этого удалось за счет более радикального устранения свищевого тракта (использование методов закрытия внутреннего отверстия, ликвидация скрытых карманов) и улучшения условий для заживления (отсутствие персистирующей инфекции, нормогликемия). Важно подчеркнуть, что все рецидивы в нашем наблюдении были связаны либо с крайне тяжелым течением основного заболевания (неуправляемый диабет), либо с недостатками хирургической тактики (например, неполное удаление разветвленного свища при попытке сохранить сфинктер). Это указывает на необходимость еще более тщательного отбора тактики для наиболее сложных случаев: возможно, сочетание поэтапных операций с продолжительным контролем диабета. Тем не менее, в подавляющем большинстве случаев предложенный усовершенствованный подход сработал эффективно.

Отдельным аспектом является функциональный исход – сохранность анального сфинктера. Классические операции при высоких свищах требуют пересечения значительной части мышц, что чревато недержанием. У пациентов без диабета компенсаторные механизмы и пластика могут восстановить функцию, но у диабетиков нейромышечный аппарат может быть уязвимее из-за диабетической нейропатии и микроангиопатии. В литературе указано, что нарушение удержания после операций по поводу свищей наблюдается в очень широком диапазоне – от 0% до 45%, в зависимости от объема пересеченных мышечных структур и методов оценки. Наши данные укладываются в эти рамки: в контрольной группе 5,5% пациентов получили умеренное снижение контроля (в основном после обширных разрезов), тогда как среди пациентов основной группы ни одного случая клинически значимой инконтиненции не зафиксировано. Сфинктеросохраняющие методики, примененные в основной группе (LIFT, ушивание сфинктера, слизисто-мышечные лоскуты), очевидно, позволили избежать повреждения мышц и тем самым предотвратить функциональные потери. Это особенно ценно для пациентов с сахарным диабетом, у которых исходно мог быть ослаблен мышечный тонус из-за микроангиопатии. Таким образом, усовершенствованная хирургическая тактика не только не повышает риск недержания, но в сочетании с ликвидацией хронического воспаления даже может улучшить функцию (как было у нескольких пациентов с исходным пограничным состоянием сфинктера).

Результаты нашего исследования согласуются с данными отдельных других авторов и современных тенденций. Так, рекомендуется в обязательном порядке добиваться компенсации сопутствующего сахарного диабета у всех пациентов с аноректальными свищами, что было реализовано в нашей работе. Это подтверждает, что успех хирургии во многом зависит от общего состояния пациента. Кроме того, уже появляющиеся исследования фокусируются на поиске дополнительных мер для улучшения заживления ран у диабетиков. Например, рассматривается применение специальных средств для обработки ран: известно, что в восточной медицине используется отвар трав *Jiedu Shengji* для промывания послеоперационной раны при свище у больных СД, и сейчас проводится плацебо-контролируемое исследование эффективности этого средства. Такие альтернативные подходы подчеркивают актуальность проблемы медленного заживления. Наш же опыт показывает, что, даже не прибегая к фитотерапии, а грамотно комбинируя современные хирургические методики и оптимизируя периоперационное ведение, можно значительно улучшить прогноз у сложных категорий больных.

Несомненно, исследование имеет некоторые ограничения. Размер выборки (114 пациентов) хотя и достаточен для выявления основных различий, но может быть недостаточным для оценки редких осложнений. Следует с осторожностью интерпретировать отсутствие статистической значимости различий в редких исходах (например, инфекция раны, недержание), поскольку для их детектирования требуются большие группы. Кроме того, период наблюдения ограничен одним годом – возможны поздние рецидивы свищей спустя более длительное время, особенно у пациентов с продолжающимся неконтролируемым диабетом. Планируется дальнейшее длительное наблюдение этой когорты больных на 3 и 5-летнем промежутках, а также включение новых пациентов для повышения статистической мощности. Тем не менее, уже полученные данные убедительно демонстрируют тенденцию к улучшению результатов при применении разработанного комплекса мероприятий. Практическая значимость исследования заключается в том, что описанные подходы могут быть внедрены в широкую клиническую практику колопроктологов при лечении свищей у больных СД. Наш алгоритм действий – от подготовки пациента (так называемый «метаболический менеджмент» перед операцией) до выбора щадящего метода – является воспроизводимым и относительно простым, требующим лишь междисциплинарного взаимодействия хирурга и эндокринолога, а также освоения современных техник, многие из которых описаны в руководствах и уже применяются в ведущих центрах. Важно отметить, что улучшение результатов лечения данной категории пациентов не только медицинская, но и социально-экономическая задача: сокращение периода временной нетрудоспособности за счет быстрого заживления и снижение числа повторных операций вследствие рецидивов напрямую влияет на качество жизни больных и уменьшает затраты системы здравоохранения.

Выводы

1. У пациентов с СД послеоперационные раны заживают медленнее, чаще осложняются инфекцией, а риск рецидива свища выше, чем у больных без диабета. Это обусловлено особенностями диабета – хронической гипергликемией, приводящей к ангиопатии и снижению иммунной защиты, что мешает нормальному репаративному процессу.
2. Применение разработанной тактики (предоперационная компенсация диабета, антибактериционная профилактика, сфинктеросохраняющие операции с пластическим закрытием свищевого хода) позволило достоверно улучшить как ближайшие, так и отдалённые результаты. В основной группе отмечено сокращение среднего срока заживления раны примерно на 2 недели по сравнению со стандартным методом, а частота рецидивов свища снижена в три раза (с ~15% до ~5%). При этом не наблюдалось увеличения числа осложнений – наоборот, тенденция к уменьшению осложнений.

3. Щадящие хирургические подходы (LIFT, иссечение с ушиванием сфинктера, слизисто-мышечный лоскут и др.) обеспечивают радикальное излечение свища при минимальном риске нарушения континенции. В нашем исследовании ни один пациент, прооперированный с сохранением максимального объёма сфинктера, не страдает недержанием кала, тогда как после классических операций в 5% случаев развилось лёгкое функциональное нарушение. Таким образом, при свищах на фоне СД следует отдавать предпочтение методам, сохраняющим функцию сфинктера, даже если они технически более сложны.

Литература.

1. Williams J.G., Farrands P.A., Williams A.B., Turner J.P. The treatment of anal fistula: ACPGBI position statement. *Colorectal Dis.* 2007;9(6):18–50.
2. Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano. *Tech Coloproctol.* 2009; 13(3):237–240.
3. Sahnun K., Askari A., Adegbola S.O., Tozer P.J., Phillips R.K.S., Hart A.L. Persistent fistula-in-ano: Management and treatment options. *Gastroenterol Res Pract.* 2019; 2019:8329481.
4. Malouf A.J., Buchanan G.N., Carapeti E.A., Rao D.S., Guy R.J., Westcott E., Kamm M.A. A prospective audit of fistula-in-ano at St. Mark's Hospital. *Colorectal Dis.* 2002;4(1):13–19.
5. Sahnun K., Adegbola S.O., Tozer P.J., Watfah J., Phillips R.K. One hundred years of treating anal fistula: A review of current surgical strategies. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2017;2(7):528–537.
6. Zubaidi A.M., Al-Obeed O.A., Al-Saif O.H. Management of fistula-in-ano: A Saudi Arabian experience. *Ann Saudi Med.* 2010;30(1):44–48.