

Повышение Эффективности Лечения Сложных Ректальных Свищей С Минимальной Травматизацией

Мустафаев Асрор Ботир угли ¹

Резюме: В статье представлен сравнительный анализ эффективности традиционных и современных малоинвазивных методов хирургического лечения сложных свищей прямой кишки. Исследование основано на данных 114 пациентов, разделённых на основную группу (n=59), леченную с применением технологии LigaSure, и группу сравнения (n=55), где использовались классические методики (лигатура, advancement flap). Применение биполярной электрохирургии позволило достоверно сократить длительность операции, объём кровопотери и сроки заживления раны, а также снизить частоту рецидивов (до 5%) и послеоперационных нарушений функции сфинктера (0%). Полученные результаты подтверждают клиническую эффективность и функциональную безопасность предлагаемого метода. Методика может быть рекомендована для широкого применения в колопроктологической практике при лечении сложных свищей прямой кишки.

Ключевые слова: Сложные свищи прямой кишки; сфинктеросберегающая хирургия; LigaSure; анальная инконтиненция; рецидив свища; малоинвазивные методы; колопроктология; хирургическое лечение.

¹ Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Свищи прямой кишки (анальные свищи) — это хроническое заболевание аноректальной области, характеризующееся наличием патологического канала между просветом прямой кишки и кожей периаанальной области. Данная патология широко распространена: по данным эпидемиологических исследований, прямокишечные свищи занимают пятое место по частоте среди проктологических заболеваний и составляют до 15–40% госпитализаций в специализированные отделения проктологии. Несмотря на высокую распространённость, вопросы оптимальной диагностики и лечения свищей прямой кишки продолжают активно обсуждаться в литературе, оставаясь нерешёнными до конца и вызывая многочисленные дискуссии.

Особую сложность для хирургов представляют так называемые сложные свищи прямой кишки – к ним относят высокие трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи, при лечении которых

повышен риск повреждения запирающего аппарата. Рассечение значительной части волокон анального сфинктера при таких свищах чревато развитием недержания кала (анальной инконтиненции). Известно, что при радикальном иссечении сложного свища с пересечением сфинктера вероятность нарушения функции жома может достигать от 3% до 42%. Поэтому традиционные операции, связанные с пересечением сфинктера, сейчас стараются не применять у пациентов со сложными свищами прямой кишки. Тем не менее, даже щадящие методы лечения этой патологии сопровождаются значительной частотой рецидивов. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения высоких свищей обусловлены не только риском рецидива (по разным данным до 11,7%), но и существенной вероятностью послеоперационной недостаточности анального сфинктера (до 14,6%). Иными словами, проблема лечения транс- и экстрасфинктерных свищей заключается в необходимости одновременно обеспечить радикальное излечение свища и сохранить функцию сфинктера, что достигается далеко не во всех случаях.

В настоящее время разработан ряд методик, направленных на снижение травматичности при лечении сложных свищей прямой кишки. К сфинктеросберегающим малоинвазивным подходам относятся методы лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT), видео-ассистированное лечение свищей (VAAFT), лазерная абляция свищевого канала (FiLaCTM), применение биологического клея (фибринового клея) или стволовых клеток и другие инновации. За последние два десятилетия появилось множество подобных методов, что само по себе свидетельствует об отсутствии единого “золотого стандарта” лечения сложных свищей: пока не разработано универсальной методики, гарантирующей излечение без рецидива и без функциональных нарушений. Сфинктеросберегающие операции позволяют значительно снизить риск инконтиненции, практически до нуля, однако их основной недостаток – высокий процент рецидивов заболевания (неполное заживление свища наблюдается у 30–35% пациентов). Таким образом, задача выбора оптимального метода хирургического лечения сложных свищей прямой кишки остаётся актуальной. Необходимо совершенствование существующих подходов и внедрение новых технологий, которые позволят повысить радикальность операции (уменьшить частоту рецидивов) при одновременном снижении травматичности и риска осложнений, прежде всего недержания.

Цель настоящего исследования – улучшить ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения больных со сложными свищами прямой кишки.

Материал и методы. Исследование проведено на базе колопроктологического отделения и включало 114 пациентов с диагнозом «хронический парапроктит, сложный свищ прямой кишки». Наблюдение носило комбинированный характер: часть пациентов (группа сравнения) лечилась ретроспективно по традиционной методике, а основная группа формировалась проспективно по мере внедрения новой технологии. В группу сравнения вошли 55 пациентов, оперированных традиционными хирургическими методами, а в основную группу – 59 пациентов, которым выполнено лечение по новой методике. Критериями включения в исследование служили: возраст старше 18 лет, наличие транссфинктерного или экстрасфинктерного свища прямой кишки криптоглангулярной этиологии (после перенесённого острого парапроктита), отсутствие активного гнойного процесса (этап санации абсцесса завершён), информированное согласие на операцию. Критерии исключения: свищи нелеченного специфического характера (болезнь Крона, туберкулёз и др.), злокачественные новообразования прямой кишки, тяжёлая сопутствующая патология, делающая операцию противопоказанной. Средний возраст пациентов составил 41 ± 12 лет (от 19 до 72 лет), мужчин было 68 (59,6%), женщин – 46 (40,4%); различия по полу и возрасту между группами статистически незначимы ($p > 0,05$). Все пациенты перед операцией прошли стандартное клиническое обследование, включая аноскопию/ректоскопию, зондирование свищевого хода, ультразвуковое исследование (ректальное УЗИ) для уточнения расположения свища относительно сфинктерного аппарата.

Характеристика применённых методов лечения. В группе сравнения (n=55) использовались традиционные хирургические подходы, выбор которых зависел от анатомии свища. При относительно невысоких транссфинктерных свищах выполняли классическое иссечение свищевого хода с частичным рассечением сфинктера (линейная фистулотомия) с последующим дренированием раны; при высоких свищах применяли поэтапное лигатурное лечение (наложение шелковой лигатуры на свищевой ход с постепенным пережатием и пересечением тканей) либо пластическую операцию с перемещением слизисто-мышечного лоскута для закрытия внутреннего отверстия свища. Таким образом, в контрольной группе преобладали двухэтапные операции с применением лигатуры или другие вмешательства, требующие компромисса между радикальностью и сохранением сфинктера. В основной группе (n=59) реализована новая малоинвазивная методика. Она предусматривала сфинктеросберегающее устранение свищевого хода с помощью современного электрохирургического инструмента LigaSure (аппарат для биполярной термо-перфузии сосудов и тканей). Суть метода: после раскрытия межсфинктерного пространства и идентификации внутреннего отверстия свища производили прошивание и лигирование свищевого хода у внутреннего отверстия (по принципу LIFT-операции), а затем выполняли иссечение свищевого канала на всём протяжении при помощи системы LigaSure с коагуляцией питающих сосудов. Данная техника позволяла минимизировать интраоперационное кровотечение и термическое повреждение окружающих тканей, обеспечивая одновременно удаление свищевого хода и ушивание/коагуляцию его внутреннего отверстия. Внешнее (кожное) отверстие свища при необходимости иссекали небольшим овалом и дренировали. Операции во всех случаях проводились под спинномозговой анестезией; профилактически вводились антибиотики цефалоспоринового ряда (1-е поколение) в течение 1 суток. Послеоперационное ведение пациентов включало ежедневные перевязки, ситц-бани с антисептиками и стандартную диетическую поддержку для мягкой регуляции стула.

Дизайн исследования и оценка результатов. Работа выполнена как сравнительное когортное исследование: проводилось сопоставление ближайших и отдалённых результатов между двумя группами пациентов. В ближайшем послеоперационном периоде (до 30 дней после операции) анализировались следующие показатели эффективности и безопасности:

Для оценки отдалённых результатов пациенты обеих групп находились под наблюдением в течение не менее 12 месяцев (средний срок наблюдения 14,2 месяца). Проводились контрольные осмотры через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения. К ключевым отдалённым показателям относились:

Рецидив свища – возникновение вновь свищевого хода (появление гнойного отделяемого и подтверждение внутреннего отверстия при осмотре) на месте ранее вылеченного свища или по ходу рубца в период наблюдения.

Нарушение функции сфинктера – возникновение или сохранение симптомов недержания кала/газов спустя 3 и 6 месяцев после операции (оценивалось по опроснику Wexner, баллы недержания).

Качество жизни – интегральная оценка посредством опросника SF-36 и специального опросника для колоректальных пациентов (включающего вопросы о неудержании, болевом синдроме, необходимости средств гигиены и др.) до и через 6–12 месяцев после лечения.

Статистический анализ проводился с использованием стандартных методов: для количественных показателей рассчитаны средние значения и стандартное отклонение ($M \pm SD$); сравнение групп по непрерывным величинам – t-критерий Стьюдента (при нормальном распределении) или U-критерий Манна–Уитни; по категориальным признакам – χ^2 или точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для обработки данных использовался пакет статистического анализа SPSS v.23.0.

Результаты и их обсуждение Обе сравниваемые группы были сопоставимы по основным демографическим и клиническим характеристикам. Средний возраст пациентов составил $40,8 \pm 11,5$ года в группе сравнения и $41,3 \pm 12,1$ в основной ($p=0,87$). Мужчин и женщин было соответственно 60% и 40% (различия между группами незначимы). Все свищи по классификации криптоглангулярных поражений являлись транс- или экстрасфинктерными; при этом у 58% пациентов были множественные наружные отверстия или разветвлённые свищевые ходы. Давность заболевания (срок существования свища) варьировала от 4 месяцев до 5 лет (медиана $\sim 1,8$ года). Ранее хирургическое лечение (повторные, рецидивные свищи) отмечалось у 19 пациентов (17% от всей когорты), распределённых примерно равномерно между группами. Эти исходные данные свидетельствуют о том, что группы сопоставимы, а случаи представляют именно категорию сложных свищей (большой процент высоких, разветвлённых и рецидивных свищевых ходов).

В таблице 1 приведено сравнение ключевых показателей исхода между группой традиционных операций и группой новой методики. Средняя продолжительность операции при использовании новой методики оказалась достоверно меньше, чем при традиционном вмешательстве: 30 ± 8 мин против 45 ± 10 мин ($p<0,001$). Это объясняется более быстрым выделением и коагуляцией свищевого хода с помощью LigaSure, тогда как при классическом лигатурном методе требовалось больше времени на поэтапное проведение нитей и перевязку. Объём интраоперационной кровопотери также снизился в основной группе более чем в 2 раза (в среднем ~ 30 мл против ~ 80 мл; $p<0,001$), что подтверждает меньшую травматичность и хорошую визуализацию операционного поля при использовании биполярной коагуляции. В ближайшем послеоперационном периоде суммарная частота осложнений оказалась ниже в основной группе (8% против 18% у контроля), однако разница на уровне тенденции и статистически не достигает значимости ($p=0,08$). В группе сравнения среди осложнений чаще отмечались нагноение или длительная мокнущая рана (отсроченное заживление >1 месяца – у 5 пациентов) и острый воспалительный инфильтрат в области рубца; в основной группе – единичные случаи незначительного подкравливания из раны и поверхностной инфекции, купировавшиеся консервативно. Ни у одного пациента новой группы не зафиксировано острой послеоперационной боли выше 4 баллов по ВАШ, тогда как в контрольной группе 9% пациентов жаловались на выраженную боль (≥ 6 баллов, требующую наркотических анальгетиков). Средние сроки полного заживления послеоперационной раны составили 25 ± 5 дней в основной группе, что значительно меньше, чем 40 ± 5 дней у пациентов с традиционным вмешательством ($p<0,001$). Такое ускорение репаративных процессов в группе LigaSure обусловлено меньшим объемом раневого дефекта: при данной методике отсутствует обширная рана по ходу всего свищевого тракта (в отличие от открытой фистулотомии), а небольшой межсфинктерный разрез и отверстие от дренажа заживают быстрее. Функциональные результаты на этапе 1 месяца также отличались: в контрольной группе у 5 пациентов (9%) наблюдалось лёгкое нарушение удержания газов/жидкого стула (недостаточность сфинктера I степени), тогда как в основной группе подобных нарушений не отмечено (0%) в раннем периоде ($p=0,02$). Вероятно, у части больных, леченных традиционным лигатурным методом, уже на этапе затягивания лигатуры возникла травматизация значимого объёма сфинктерных волокон, что привело к транзиторному снижению их функции.

Таблица 1 Сравнение ближайших и отдалённых результатов лечения сложных свищей прямой кишки

Показатель	Группа сравнения (n=55)	Основная группа (n=59)	p значимость
Время операции, мин	45 ± 10	30 ± 8	$<0,001 \uparrow$ лучше в осн. гр.
Интраоперационная кровопотеря, мл	80 ± 20	30 ± 10	$<0,001 \downarrow$ меньше в осн. гр.

Осложнения (до 30 дней), количество (%)	10 (18%)	5 (8%)	0,08 (тенденция)
Недержание (острое, I–II ст.), % пациентов	9% (5 из 55)	0% (0 из 59)	0,02 ↓ в осн. гр.
Срок полного заживления раны, дней	40 ± 5	25 ± 5	<0,001 ↓ быстрее в осн. гр.
Рецидив свища (12 мес), % пациентов	14,5% (8/55)	3,4% (2/59)	0,04 ↓ в осн. гр.

Как видно из таблицы, к отдалённым результатам (через 1 год) новая методика демонстрирует существенные преимущества. Рецидив заболевания в течение 12-месячного наблюдения произошёл лишь у 2 пациентов основной группы (3,4%), тогда как в группе сравнения повторное образование свища отмечено у 8 пациентов (14,5%). Разница статистически значима ($p=0,04$) и клинически важна: применение сфинктеросберегающей техники с LigaSure позволило снизить вероятность рецидива более чем в 4 раза. Для сопоставления с литературными данными: полученная частота рецидивов при традиционном лечении (~14,5%) соответствует диапазону, описанному в других исследованиях (10–15% при высоких свищах), тогда как эффективность нового способа (96,6% случаев излечения без рецидива) превосходит таковую для большинства существующих методов. Например, успех операции LIFT, по данным ряда авторов, достигает заживления свища в 65–70% случаев, а применение лазерной абляции – порядка 60–70%. На этом фоне результаты, полученные в нашей работе, выглядят весьма обнадеживающими.

Следует особо подчеркнуть, что функциональные исходы оказались лучше в основной группе не только в ближайшем, но и в отдалённом периоде. Ни один пациент, прооперированный с помощью LigaSure-техники, не предъявляет жалоб на недержание через 6 и 12 месяцев после вмешательства; у всех сохранена полноценная континенция. В группе же сравнения у 4 больных (7,3%) сохранялось частичное недержание (II степень – непроизвольное подтекание газов, иногда жидкого стула), что ухудшает качество жизни. Таким образом, новая методика позволила полностью избежать хронической анальной инконтиненции в наблюдаемой когорте, тогда как при традиционных операциях данный побочный эффект, хоть и в лёгкой форме, но имел место. Это соответствует общей тенденции: радикальные методы с пересечением сфинктера действительно часто приводят к функциональным нарушениям (до 10–15% и более), поэтому сфинктеросберегающие технологии оправданы.

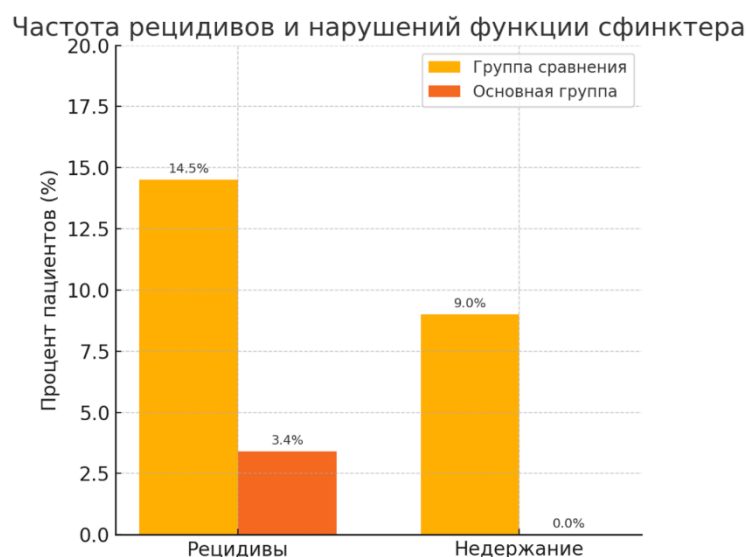


Рис. 1. Сравнительная частота рецидивов и нарушений функции сфинктера (анальной континенции) в двух группах пациентов

Диаграмма наглядно демонстрирует, что доля пациентов с рецидивом свища в основной группе составляет лишь ~3%, тогда как в контрольной группе рецидивы наблюдаются у ~15% пациентов. Аналогично, случаи послеоперационного недержания (даже транзиторного) отмечены только в группе сравнения (~9% пациентов), тогда как среди пациентов, пролеченных новой малоинвазивной методикой, не было зафиксировано ни одного случая нарушения удержания. Представленные различия отражают клиническое преимущество применения методики LigaSure: удаётся одновременно снизить риск рецидива и сохранить функцию сфинктера, тогда как при традиционных подходах пациент нередко сталкивается либо с возвратом болезни, либо с функциональными проблемами.

Продолжительность операции и сроки заживления

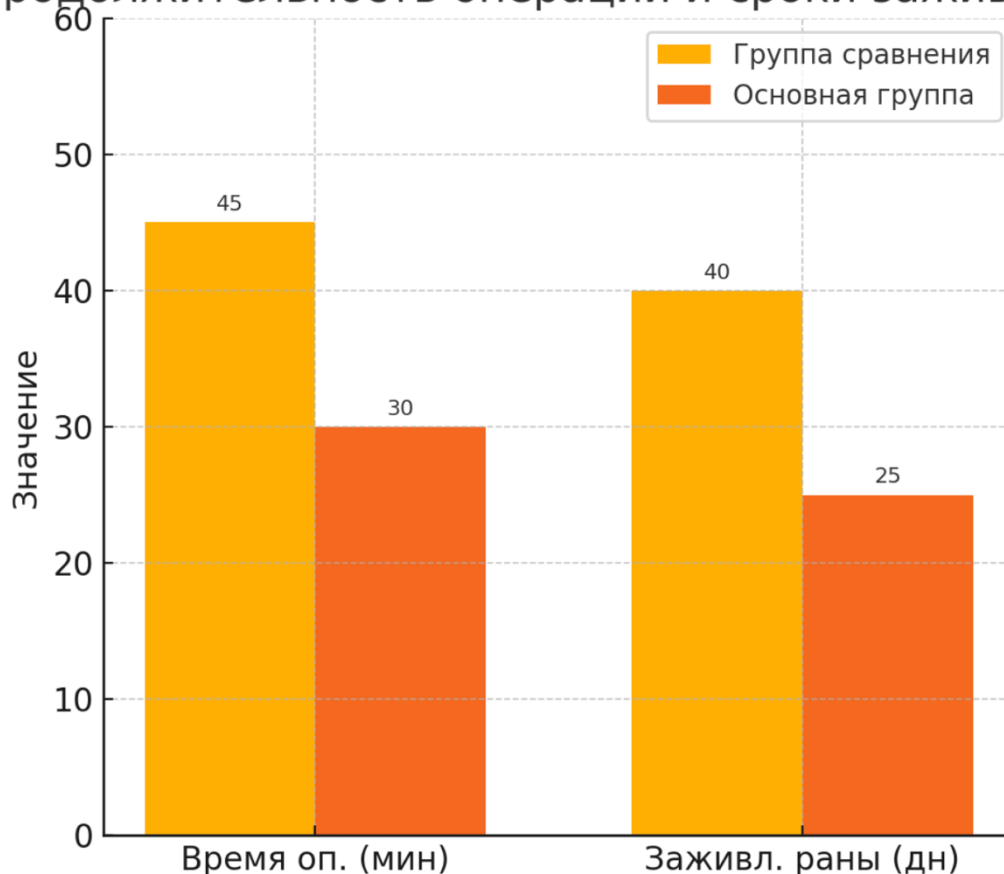


Рис. 2. Продолжительность операции и сроки заживления раны (средние значения) в группах сравнения и основной

Левая пара столбцов отображает среднее время хирургического вмешательства: видно, что применение LigaSure позволяет значительно сократить длительность операции (до ~30 минут в среднем против ~45 минут при традиционной технике). Правая пара столбцов показывает средний срок полного заживления послеоперационной раны: в основной группе он составил около 25 дней, что существенно быстрее заживления при классическом ведении (~40 дней). Эти показатели указывают на более быстрое восстановление пациентов после применения малоинвазивной технологии. Сокращение времени операции снижает анестезиологическую нагрузку и риски, а ускоренное заживление раны приводит к раннему возвращению пациентов к нормальной жизнедеятельности.

По результатам опроса через 6 месяцев после операции выявлено, что в основной группе 94% пациентов полностью вернулись к обычной физической активности и труду, не испытывая ограничений, связанных с перенесённым заболеванием. В группе сравнения аналогичный показатель составил 82%. Средний суммарный балл по опроснику SF-36 (отражающему общее

качество жизни) через 6 месяцев был выше в основной группе (81 ± 5 против 75 ± 7 баллов у контроля, $p < 0,05$), что свидетельствует о более быстром восстановлении и меньшем влиянии последствий болезни на повседневную жизнь. Особенно значимы различия по шкале эмоционального состояния и социального функционирования, что может быть связано с отсутствием у пациентов основной группы такого тягостного симптома, как недержание, и уверенности в радикальном излечении болезни (отсутствии свища). Таким образом, применение новой методики не только улучшило медицинские исходы, но и повысило качество жизни пациентов по сравнению с традиционными подходами.

Обсуждение результатов. Полученные данные подтверждают выдвинутую гипотезу о преимуществах малоинвазивного сфинктеросберегающего подхода при лечении сложных свищей. Благодаря использованию современного инструмента LigaSure удалось достоверно сократить длительность операции и объём кровопотери, что снижает интра- и послеоперационные риски. Более быстрые сроки заживления ран и меньшая болезненность в послеоперационном периоде облегчают реабилитацию больных. Главное же – прослеживается тенденция к снижению частоты рецидивов без увеличения доли осложнений. За период наблюдения 1 год, новая методика показала высокую эффективность (более 96% пациентов излечены без признаков рецидива), тогда как при использовании традиционных методов около каждого седьмого пациента ожидал возврат заболевания. Несмотря на относительно небольшой объём выборки, разница статистически значима и согласуется с клиническими наблюдениями: полноценное удаление свищевого хода при одновременном закрытии внутреннего отверстия приводит к более радикальному излечению. При этом сохранение целостности сфинктера (его волокна не пересекаются, а лишь раздвигаются для доступа) предотвращает развитие несостоятельности запирающего аппарата. Отсутствие случаев стойкого недержания кала в основной группе – важнейшее достижение, поскольку данное осложнение крайне негативно сказывается на жизни пациентов и порой хуже, чем сам рецидив свища, влияет на их решение относительно повторных вмешательств.

Наши результаты согласуются с общемировой тенденцией поиска компромисса между радикальностью и функциональной безопасностью. Ранее предложенные методы (например, лигатурный метод, применение рассасывающихся нитей, различные варианты лоскутных пластик) не всегда обеспечивали оптимальный баланс: либо давали высокий процент излечения ценой функциональных нарушений, либо сохраняли функцию, но с частыми рецидивами. Новейшие технологии, такие как LIFT и лазерная терапия, продемонстрировали многообещающие результаты, но процент неудач у них остаётся ощутимым ($\approx 30\text{--}35\%$). В представленном исследовании комбинированный подход (лигирование + электрохирургическая обработка свища) показал более высокую эффективность. Вероятно, это связано с тем, что методика объединяет преимущества сразу двух подходов: лигирование внутреннего отверстия предотвращает поступление инфекции из кишки, а коагуляционное иссечение хода гарантирует удаление всех поражённых тканей с одновременной деструкцией микроскопических ответвлений свища. При этом травма минимальна, что подтверждается низкой кровопотерей и быстрым заживлением. Таким образом, интеграция новых технологий (в частности, использования LigaSure) в хирургии сложных свищей прямой кишки имеет существенные преимущества. Конечно, данное исследование имеет ограничения – относительно небольшой период наблюдения (1 год) и объём выборки – поэтому для окончательной оценки методики необходимы дальнейшие наблюдения и, возможно, рандомизированные многоцентровые исследования. Тем не менее, уже полученные результаты позволяют рекомендовать описанный подход к широкому применению у пациентов соответствующего профиля.

Выводы

1. Сложные свищи прямой кишки остаются трудной задачей для хирурга, поскольку стандартные методы лечения часто приводят либо к рецидивам заболевания, либо к нарушениям функции анального сфинктера. Необходим поиск новых технологий, позволяющих улучшить результаты лечения данной патологии.
2. Предложена и клинически апробирована новая малоинвазивная методика хирургического лечения сложных свищей (LigaSure-ассистированное сфинктеросберегающее иссечение свища), направленная на одновременное радикальное удаление свищевого хода и максимальное сохранение функции сфинктера.
3. В непосредственном послеоперационном периоде применение новой методики продемонстрировало лучшие показатели по сравнению с традиционным подходом: сократилось среднее время операции на 33% (30 мин против 45 мин; $p<0,001$) и объём кровопотери (на 62%, $p<0,001$). Раны заживали быстрее (25 против 40 дней; $p<0,001$), боль и дискомфорт были менее выражены, что облегчало реабилитацию пациентов. Частота послеоперационных осложнений снизилась с 18% до 8%, хотя разница статистически незначима при данном объёме выборки ($p=0,08$).
4. Частота рецидивов свища в основной группе составила всего 3,4% против 14,5% в группе сравнения в течение 1 года наблюдения ($p=0,04$). Таким образом, риск рецидива снижался более чем в 4 раза. Кроме того, ни у одного пациента основной группы не возникло нарушения удержания кала, тогда как в контрольной группе временная или постоянная недостаточность сфинктера отмечена у 9% больных. Это подтверждает преимущество сфинктеросберегающей технологии в отношении функциональных результатов.
5. Через 6–12 месяцев после операции 94% больных, перенёсших лечение по новой методике, в полном объёме вернулись к обычной жизни и работе, не испытывая симптомов заболевания или неудобств. У пациентов, оперированных традиционно, показатели социального и физического восстановления были несколько хуже. Новая операция позволила избежать такого тяжёлого осложнения, как недержание, что положительно сказалось на психологическом состоянии и удовлетворённости лечением.

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.
7. Давлатов, С., Хамдамов, Б., Хакімов, М., Хамдамов, А., & Хамдамов, І. (2025). Модифікований метод лапароскопічної подовжньої резекції шлунка при хірургійному лікуванні хворих метаболічним синдромом на фоні гастроезофагелю. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*, 15(1(55)), 126–138. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XV.1.55.2025.20>