

УДК.8: 616.351-007.253.08944

**Сучасні методи лікування складних нориць прямої кишки**

В.В. ГРУБНИК, С.П. ДЕГТЯРЕНКО

Одеський державний медичний університет, Одеська обласна клінічна лікарня

**Modern methods of the treatment of complex fistulas-in-ano**

V.V. HRUBNYK, S.P. DEHTYARENKO

Odessa State Medical University, Odessa Regional Clinical Hospital

Метою дійсного дослідження було проведення оцінки клінічної ефективності пластичного методу оперативного лікування складних нориць прямої кишки. Дослідження проведені на групі з 142 хворих у віці від 20 до 52 років, прооперованих в Одеській обласній клінічній лікарні з 2002 по 2005 рік з приводу складних транссфінктерних і екстрасфінктерних нориць прямої кишки. У залежності від провідного методу лікування хворі, що взяли участь у дослідженні, були розподілені на дві клінічні групи. В I клінічну групу чисельністю 61 пацієнт увійшли хворі, прооперовані лігатурним методом за стандартною методикою. В II групу (81 хворий) увійшли пацієнти, оперовані пластичним методом з переміщенням слизисто-підслизистого клаптя. Тривалість катамнестичного спостереження склала 1-5 років. При оцінці клінічної ефективності різних методів хірургічного лікування хронічного парапроктиту з використанням прийнятих у практиці доказової медицини кваліметричних критеріїв встановлена наявність істотних переваг пластичного методу, зв'язаних з досягненням більш високого рівня життя, меншої частоти рецидивів і ускладнень. Результати дослідження свідчать про те, що якість життя пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з приводу хронічного парапроктиту, виконане пластичним методом, вірогідно вища у порівнянні з лігатурним методом. Більш висока клінічна ефективність пластичного методу дозволяє рекомендувати даний метод як метод вибору при лікуванні складних нориць прямої кишки.

The study was aimed to assess the clinical effectiveness of the plastic method of complex fistula-in-ano surgery. The researches were conducted in the sample of 142 patients in the age of 20-52 years. In 2002-2005 they were operated in Odessa regional clinical hospital due to the complex transsphincteric and extrasphincteric anorectal fistulas. Dependently on the method of surgery the patients participated in the study were divided into two clinical groups. I clinical group was completed by 61 patients operated by standard seton method. II clinical group includes 81 patients after surgery with the relocation of advanced cutaneous-subcutaneous flap. The duration of catamnestic supervision was 1-5 years. There were determined significant preferences of the plastic method of surgery when the assessment of the clinical effectiveness of surgery of the chronic paraproctitis with the use of the qualimetric criteria accepted in the evidence based practice. These advantages were related to achieving higher rate of life quality and lower number of relapses and complications. Study results showed that patient's life quality after plastic surgery of chronic paraproctitis is significantly higher than after the seton method. Higher clinical effectiveness of the plastic method allows recommending it as the method of choice for the treatment of the complex fistulas-in-ano.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій.** Хронічний парапроктит є одним із найпоширеніших захворювань прямої кишки. За даними більшості авторів [1, 2], поширення даного захворювання складає в середньому 8,6 випадку на 100000 населення, при цьому частіше від нього страждають чоловіки – 12,3 випадку на 100000 населення проти 5,6 випадку на 100000 населення у жінок. У цілому частота хронічного парапроктиту складає від 7,6 до 32 % від числа всіх проктологічних захворювань [2].

У цілому, лікування найбільш розповсюджених інтрасфінктерних (близько 70 % усіх випадків

захворювання) та низьких транссфінктерних аноректальних нориць не становить істотних труднощів. З іншого боку, у лікуванні складних нориць, до яких відносять високі транссфінктерні й екстрасфінктерні фістули, які часто супроводжуються множинними бічними гнійними відгалуженнями і порожнинами, хронічним запаленням у клітковинних просторах, що знаходяться поблизу нориці, традиційно використовується лігатурний метод [3]. Основними його недоліками слід вважати утворення великої інфікованої рани промежини, що тривало не гоїться, розвиток на місці рани грубого рубця, що

деформує задньопрохідний канал і промежину, розвиток недостатності зовнішнього сфінктера заднього проходу і рецидивів, а також великий термін лікування. Широке розповсюдження даного методу пояснюється технічною простотою [1-3]. В останні роки в літературі зросло число публікацій, присвячених альтернативним методам лікування складних нориць прямої кишки [1,5-13,15].

**Метою** цього дослідження було проведення оцінки клінічної ефективності пластичного методу оперативного лікування складних нориць прямої кишки.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведені на групі із 142 хворих у віці від 20 до 52 років, оперованих в Одеській обласній клінічній лікарні з 2002 до 2005 року із приводу складних транссфінктерних і екстрасфінктерних нориць прямої кишки. У групі переважали чоловіки (60,7%). Залежно від провідного методу лікування хворі, що взяли участь у дослідженні, були розподілені на дві клінічні групи. В I клінічну групу чисельністю 61 пацієнт увійшли хворі, прооперовані лігатурним методом за стандартною методикою. В II групу (81 хворих) увійшли пацієнти, оперовані пластичним методом із переміщенням слизово-підслизового клаптя.

Для оцінки розташування фістул стосовно м'язових волокон сфінктера і виразності рубцевого процесу в стінці прямої кишки в ділянці внутрішнього отвору нориці використовували фістулографію та ультразвукографічне дослідження. Для кращої візуалізації норицевого дефекту під час операції застосовували фістульне введення 0,5% розчину метиленового синього. Як контраст при УЗД фістул прямої кишки застосовувався 3% розчин перекису водню.

При складних транссфінктерних і екстрасфінктерних норицях прямої кишки застосовували методи висічення нориці з пластичним переміщенням слизово-підслизового клаптя за оригінальною методикою з використанням високочастотної радіохвилі (3,8 МГц) та висічення нориці з проведенням лігатури за стандартною методикою [1].

Хворим обох груп проводили передопераційну підготовку, що включає санацію гнійного вогнища антисептиками з метою зменшення запальних явищ у тканинах, зменшення гнійного ексудату, поліпшення мікроциркуляції і системи місцевого імунітету. За допомогою ультразвукового дослідження і фістулографії проводили діагностику розташування фістул стосовно волокон сфінктера, оцінку виразності рубцевого процесу в стінці прямої кишки, в ділянці

внутрішнього отвору нориці та за її ходом, визначення конфігурації норицевого каналу, наявність порожнини й інфільтрату в параректальній клітковині.

Під час операцій за показаннями застосовували спінальну, сакральну анестезію 2% розчином лідокаїну і місцеву анестезію 0,3% розчином лідокаїну з додаванням адреналіну.

У пацієнтів I групи, оперованих лігатурним методом за стандартною методикою, норицевий хід профарбовували і висікали до стінки прямої кишки, залишок норицевого ходу вишкрібали гострою ложкою й обробляли спиртовим розчином хлоргексидину. З боку рани через внутрішній норицевий отвір проводили лігатуру. Перше затягування лігатури робили через 7-10 днів, потім затягування повторювали кожні 5-7 днів до повного прорізування лігатури.

У хворих II групи, оперованих пластичним методом з переміщенням слизово-підслизового клаптя, контрастували норицевий хід шляхом уведення 1% розчину метиленового синього через зовнішній отвір до появи його в ділянці внутрішнього отвору. Широким півмісяцевим розрізом обводили зовнішній отвір нориці. Висікали норицевий хід, поперемінно голчастим і петлевим електродами в режимі "Розріз/Коагуляція", з навколишніми рубцевими тканинами, намагаючись не розкрити його просвіту і не інфікувати рану, до стінки прямої кишки. Потім у просвіт прямої кишки вводили ректальне дзеркало, робили дивульсію сфінктера прямої кишки. У підслизовий шар прямої кишки в стінці анального каналу, що відповідає розташуванню внутрішнього отвору нориці, вводили 15-20 мл 0,3% розчину лідокаїну з додаванням адреналіну. Далі за допомогою голчастого електрода на межі слизової і шкіри нижче внутрішнього отвору нориці робили півмісячний розріз, що займав 1/2 або 1/3 обводу анального каналу. Препарували задню стінку анального каналу на глибину слизового і підслизового шарів у вигляді півмісяця, верхній край якого поширюється на 2-3 см вище верхнього краю внутрішнього отвору норицевого ходу. За ходом операції в режимі коагуляції здійснювався остаточний гемостаз. Внутрішній отвір і залишок норицевого ходу в стінці кишки коагулювали електродом із крючковою голкою високочастотною радіохвилею (3,8 МГц) і ушивали вікрилом (4,0). Робили задню дозовану сфінктеротомію на глибину, як правило, не більше 0,5 см. Зводили слизово-підслизовий клапот стінки прямої кишки і підшивали його

окремими вікриловими швами у напрямку до періанальної шкіри без натягу тканин. Рану ушивали таким чином, що у вузлові вікрилові шви захоплювали слизовий край і дно рани. При цьому прикривали внутрішній отвір норицевого ходу в стінці кишки і місце сфінктеротомії. Рану промежини частково ушивали вікрилом і окремими вузловими капроновими швами. У глибину рани та у пряму кишку вводили тампони з антисептиками.

У післяопераційному періоді хворим обох груп протягом двох днів призначали стіл №0, потім на третю добу щодня вазелінову олію в кількості 20 мл і діету, багату на клітковину. Усім хворим проводили антибіотикотерапію з урахуванням чутливості мікрофлори, в основному цефалоспориної 2-ї генерації і метронідазол. З метою знеболювання вводили ненаркотичні анагетиками, виконували щоденні перев'язки з розчинами антисептиків і мазями, що містять антибіотики, застосовували відповідно до стадії ранового процесу. Після операції хворі вставали з ліжка в той же день. Дефекація, як правило, спостерігалася в обох групах на четверту добу.

До операції, у ранньому і пізньому післяопераційному періоді, через 12-60 місяців після проведеного лікування, проводили анкетування хворих з обох клінічних груп, клінічне обстеження з пальцевим дослідженням прямої кишки, ректоскопією і внутрішньокишковим УЗД.

Якість життя пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) [14]. Цей опитувальник містить 36 запитань, оцінюваних за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), причому більш високий бал відповідає більш високій якості життя. Сума балів за шкалами вираження клінічних симптомів, емоційного стану, загального фізичного стану, рівня соціальної адаптації може скласти від 0 до 144, причому у пацієнтів з аноректальними норицями, за даними літератури [14], даний показник складає від 91 до 120 балів. У даний час існують офіційні версії опитувальника німецькою, китайською, голландською, англійською, французькою, італійською та іспанською мовами. Таким чином, використаний у нашій роботі україномовний варіант опитувальника є першим у країнах СНД.

Для порівняння результатів, отриманих у різних клінічних групах, використовували показники зниження абсолютного ризику (ЗАР) і числа хворих, які потребують лікування.

Зниження абсолютного ризику, або атрибутив-

ний ризик, відображає різницю між клінічними групами в частоті результатів, що вивчаються. Даний показник розраховували за формулою [4]:

$$\text{ЗАР} = (a/(a + b)) - (c/(z + d)),$$

де  $a$  – число результатів в 1-й клінічній групі;

$b$  – число альтернативних результатів у 1-й клінічній групі;

$z$  – число результатів у 2-й клінічній групі;

$d$  – число альтернативних результатів у 2-й клінічній групі

Стандартне відхилення ЗАР визначали за формулою:

де  $p_1$  і  $p_2$  – спостережувані рівні результату в дослідній і контрольній групах відповідно:  $P_1 = a/a + b$  і  $p_2 = c/c + d$ ,  $n_1 = a + b$  і  $n_2 = z + d$

Додатково визначали число хворих, які потребують лікування (number needed to treat) [4], як  $\text{ЧХПЛ} = 1/\text{ЗАР} = 1/((a/(a+b)) - (c/(c+d)))$ . Даний показник показує число хворих, яких потрібно пролікувати, щоб запобігти одному несприятливому результату.

Статистичний аналіз одержаних результатів проводили методом дисперсійного аналізу. Рівень значущості для прийняття нульової гіпотези визначений як 95% ( $p < 0,05$ ).

#### Результати досліджень та їх обговорення.

Вивчення анамнезу захворювання у пацієнтів, які увійшли до обох клінічних груп, показало, що нориці прямої кишки виникали найчастіше після перенесеного гострого парапроктиту.

При проведенні ультрасонографічного дослідження встановлено, що у більшості хворих (123, або 86,6%) на ехограмах гнійні порожнини мали вигляд ехонегативних утворів різної форми (частіше округлих), що містять патологічну рідину. Порожнини і тканини, що оточують норицевий хід, були набряклими. У 19 хворих (13,4%) ультразвукова картина норицевого ходу і набряків характеризувалася неправильною або овальною формою ехонегативних порожнин із наявністю рідини. Навколишні тканини були ущільнені, фіброзні зміни в тканинах мали вигляд зігнутого тяжа.

У найближчому післяопераційному періоді після лігатурного методу нагноєння післяопераційної рани спостерігали у 12 хворих (19,7%), кровотечу з рани у 6 (9,8%). Затягування лігатури у хворих часто (у 55 пацієнтів, тобто в 90,2% випадків) супроводжувалося вираженим больовим синдромом із затрим-

кою сечовипускання (у 11 пацієнтів, тобто в 18,0% випадків), що вимагає застосування ненаркотичних анальгетиків у максимальних добових дозах, а в деяких випадках застосування наркотичних анальгетиків і катетеризації сечового міхура. У значного числа пацієнтів після оперативного втручання, виконаного лігатурним методом, відзначалася температурна реакція (49 хворих, або 80,3%), набряк періанальної ділянки (16 хворих, або 26,2%). У частини хворих в післяопераційному періоді виникла недостатність анального сфінктера (7 хворих, тобто 11,5%).

Після пластичного методу з переміщенням слизово-підслизового клаптя ускладнення спостерігали значно рідше. Так, помірний больовий синдром мав місце тільки у 38 хворих (46,9%), температурна реакція і затримка сечовипускання – у 4 хворих (4,7%). Затягування лігатури у хворих часто (у 55 пацієнтів, тобто в 90,2% випадків) супроводжувалося вираженим больовим синдромом із затримкою сечовипускання (у 11 пацієнтів, тобто в 18,0% випадків), що вимагає застосування ненаркотичних анальгетиків у максимальних добових дозах, а в деяких випадках застосування наркотичних анальгетиків і катетеризації сечового міхура. У значного числа пацієнтів після оперативного втручання, виконаного лігатурним методом, відзначалася температурна реакція (49 хворих, або 80,3%), набряк періанальної ділянки (16 хворих, або 26,2%). У частини хворих в післяопераційному періоді виникла недостатність анального сфінктера (7 хворих, тобто 11,5%).

Після пластичного методу з переміщенням слизово-підслизового клаптя ускладнення спостерігали значно рідше. Так, помірний больовий синдром

відзначали лише у 38 хворих (46,9%), температурну реакцію і затримку сечовипускання – у 4 хворих (4,7%).

Кровотеча з рани в найближчому післяопераційному періоді виникла в одного пацієнта, так само як і недостатність анального замикача (1 хворий). Через 12-60 місяців після операції були досліджені віддалені результати у 55 (90,1%) хворих I клінічної і 70 (86,4%) пацієнтів II клінічної групи. Після лігатурного методу добрі результати отримані у 66% хворих I клінічної групи, тоді як у 15% прооперованих хворих у катамнестичному періоді спостерігалися рецидиви нориці прямої кишки, а у 10% – явища недостатності сфінктера. Після пластичного методу добрі результати були отримані у 85% хворих, рецидиви виявлені тільки у 2 пацієнтів, а випадків недостатності анального замикача не було виявлено в жодного пацієнта. Таким чином, віддалені результати також свідчать про вищу клінічну ефективність пластичного методу лікування аноректальних нориць. Можна вважати, що кращі результати цього методу пов'язані з його фізіологічністю та малою травматичністю.

Цікаво, що результати анкетування (див. табл. 1) за шкалою GIQLI також свідчать про більш високу клінічну ефективність пластичного методу. При цьому позитивні зміни спостерігалися в II клінічній групі і через 12 місяців після проведеного лікування, тоді як у значної частини пацієнтів I клінічної групи мало місце зниження даного показника. Крім того, в I клінічній групі спостережено значне зниження якості життя безпосередньо після операції, яке, вочевидь, пов'язане із значним фізичним дискомфортом при проведенні перев'язок і підтяганні лігатури.

**Таблиця 1.** Динаміка показників якості життя за шкалою GIQLI у пацієнтів різних клінічних груп

При оцінці клінічної ефективності різних методів хірургічного лікування хронічного парапроктиту з використанням прийнятих у практиці доказової медицини кваліметричних критеріїв встановлена наявність істотних переваг пластичного методу, пов'язаних із досягненням вищого рівня якості життя, меншої частоти рецидивів і ускладнень (рис. 1). Із наведеного рисунка видно, що при використанні

пластичного методу зниження абсолютного ризику розвитку рецидивів і ускладнень хронічного парапроктиту складає 0,19, тобто у кожного шостого пацієнта досягають кращого порівняно з традиційним лігатурним методом результату.

Дане припущення в цілому узгоджується з матеріалами сучасних публікацій, присвячених проблемі лікування складних нориць прямої кишки.

Рис. 1. Відносний ризик розвитку ускладнень та рецидивів при використанні різних методів оперативного лікування складних нориць прямої кишки.

Так, результати рандомізованого контрольованого дослідження ефективності анопластики при лікуванні транссфінктерних аноректальних свищів, опубліковані сингапурськими дослідниками [10], свідчать про високу ефективність методу, зокрема відносно зниження ризику ускладнень і фізичного дискомфорту, характерного для традиційного лігатурного методу. Подібні результати отримані дослідниками з університету Сіднея [11].

За їх даними, використання пластичного методу при лікуванні надсфінктерних нориць є методом вибору, оскільки дозволяє не тільки досягти клінічного виліковування, але і значно поліпшити якість життя пацієнтів.

У роботі Athanasiadis S. et al. (2004) був проведений аналіз ефективності пластичного методу при лікуванні дорсальних розгалужених ректальних фістул [5]. Дослідники показали, що різні варіанти пластичного методу (з формуванням слизово-підслизового клаптя, клаптя зі стінки прямої кишки, шкірноанального клаптя) приводять до значного зниження залишкового тиску в прямій кишці, визначеного при ректальній манометрії (зі  $(123 \pm 40)$  см вод. ст. до  $(91 \pm 29)$  см вод. ст.), що свідчить про ефективність даної процедури.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Масляк В.М., Павловский М.П., Лозинский Ю.С., Варивода Е.С. Практическая колопроктология. – Львов, 1990. – 185 с.
2. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. – М.: Медпрактика, 2001. – 300 с.
3. Улановский И.Н. Обоснование рациональных методов лечения парапроктитов: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – К., 1973. – 41 с.
4. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины: Пер. с англ. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 324 с.
5. Athanasiadis S., Helmes C., Yazigi R., Kohler A. The direct closure of the internal fistula opening without advancement flap for transsphincteric fistulas-in-ano. // Dis. Colon Rectum. – 2004. – Vol. 47, № 7. – P. 1174-1180.
6. De Lorenzi D., Carrozza P., Buchmann. Die Verschiebelappenplastik bei perianalen Fisteln. Ein zuverlässiges Verfahren bei darmgesunden und Crohn-Patienten. // Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongressbd. – 1997. – Vol. 114. – P. 547-549.
7. Dixon M. et al. Endorectal flap advancement repair is an effective treatment for selected patients with anorectal fistulas // Am. Surg. – 2004. – Vol. 70, № 10. – P. 925-927.
8. Dreznik Z. et al. Rectal flap advancement – a simple and effective approach for the treatment of rectourethral fistula // Colorectal Dis. – 2003 – Vol. 5, № 1. – P. 53-55.
9. Faucheron J., Risse O. Le lambeau rectal d'avancement // J. Chir. (Paris). – 2001. – Vol. 138, № 3. – P. 157-161.
10. Ho K.S., Ho Y.H. Controlled, randomized trial of island flap anoplasty for treatment of trans-sphincteric fistula-in-ano: early results // Tech. Coloproctol. – 2005. – Vol. 9, № 2. – P. 166-168.
11. Hossack T., Solomon M. J., A. U. – Young J.M. Ano-cutaneous flap repair for complex and recurrent supra-sphincteric anal fistula // Colorectal Dis. – 2005. – Vol. 7, № 2. – P. 187-192.
12. Iwadare J. Sphincter-preserving techniques for anal fistulas in Japan // Dis. Colon Rectum. – 2000. – Vol. 43, 10 Suppl. – S69-77.
13. Mizrahi N. et al. Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? // Dis. Colon Rectum. – 2002 – Vol. 45, № 12. – P. 1616-1621.
14. Sailer M. et al. Quality of life in patients with benign anorectal disorders. // BJS. – 1998. – Vol. 85 – P. 1716-1719.
15. Sonoda T. et al. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap // Dis. Colon Rectum. – 2002. – Vol. 45, № 12. – P. 1622-1628.