УДК 616.352-007.253-089
DOI: 10.36979/1694-500X-2026-26-5-46-50

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаев, Т.Ж. Осмонов, Б.К. Бегалиев, Абдимомун кызы Гульбахор

Аннотация. Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения поверхностных форм свищей прямой кишки. Материалом данного исследования стали результаты обследования и хирургического лечения 463 больных с поверхностными формами свищей прямой кишки. Больные были разделены на две исследуемые группы в зависимости от методики оперативного вмешательства. В основную группу были включены 232 (50,1 %) больных с интрасфинктерными и транссфинктерными свищами прямой кишки, у которых после иссечения свища в просвет прямой кишки края послеоперационной раны подшивались к её дну. В контрольную группу вошли 231 (49,9 %) пациент с интрасфинктерными и транссфинктерными свищами прямой кишки, у которых после иссечения свища в просвет прямой кишки рана оставалась открытой. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения поверхностных форм свищей прямой кишки двумя методиками показал ощутимое снижение сроков пребывания больных на стационарном лечении и процента осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах при применении методики иссечения свища в просвет прямой кишки с подшиванием краев раны к её дну. Это позволяет рекомендовать такую методику оперативного вмешательства применять в колопроктологических отделениях лечебных организаций при поверхностных формах свищей прямой кишки без гнойных затеков и полостей.

Ключевые слова: прямая кишка; свищ; поверхностная форма; иссечение; ушивание.

ТҮЗ ИЧЕГИНИН ҮСТҮРТӨН ФОРМАЛАРЫНДАГЫ ИРИҢ ТҮТҮКЧӨЛӨРҮН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ

А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаев, Т.Ж. Осмонов, Б.К. Бегалиев, Абдимомун кызы Гульбахор

Аннотация. Бул изилдөөнүн максаты – түз ичегинин үстүртөн формасындагы ириң түтүкчөлөрүн хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу болуп саналат. Изилдөөгө түз ичегинин үстүртөн ириң түтүкчөлөрү менен ооруган 463 бейтапты текшерүүнүн жана хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары негиз болду. Бейтаптар хирургиялык кийлигишүү ыкмасына жараша эки топко бөлүнгөн: негизги топко түз ичегинин интрасфинктердик жана транссфинктердик ириң түтүкчөлөрү бар 232 [50,1 %] бейтап кирди. Аларда ириң түтүкчөсүн түз ичегинин ичине карай кесип алгандан кийин, операциядан кийинки жарааттын четтери анын түбүнө тигилген. Көзөмөл тобуна түз ичегинин интрасфинктердик жана транссфинктердик ириң түтүкчөлөрү бар 231 [49,9 %] бейтап кирди. Аларда ириң түтүкчөсүн түз ичегинин ичине карай кесип алгандан кийин жараат ачык калтырылган. Түз ичегинин үстүртөн ириң түтүкчөлөрүн хирургиялык дарылоонун эки ыкмасынын жыйынтыктарын салыштырмалуу талдоо көрсөткөндөй, ириң түтүкчөсүн түз ичегинин ичине карай кесип, жарааттын четтерин түбүнө тигүү ыкмасын колдонуу бейтаптардын стационарда жатуу мөөнөтүн жана операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мезгилдердеги кабылдоо пайызын кыйла кыскарткан. Бул жыйынтыктар хирургиялык кийлигишүүнүн мындай ыкмасын дарылоо мекемелеринин колопроктология бөлүмдөрүндө түз ичегинин ириңдүү шишиктери жана көндөйлөрү жок үстүртөн ириң түтүкчөлөрүндө колдонууга сунуштоого мүмкүндүк берет.

Түйүндүү сөздөр: түз ичеги; ириң түтүкчөсү; үстүртөн форма; кесип алуу; тигүү.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF SUPERFICIAL FORMS OF RECTAL FISTULAS

A.M. Madaminov, A.Yu. Aisaev, T.Zh. Osmonov, B.K. Begaliev, Abdimomun kyzy Gulbahor

Abstract. The aim of this study is to improve the results of surgical treatment of superficial forms of rectal fistulas. The material for this study was the results of examination and surgical treatment of 463 patients with superficial forms of rectal fistulas. The patients were divided into two study groups depending on the surgical technique used. The main group included 232 (50.1 %) patients with intrasphincteric and transsphincteric rectal fistulas, in whom, after excision of the fistula into the rectal lumen, the edges of the postoperative wound were sutured to its bottom. The control group included 231 (49.9 %) patients with intrasphincteric and transsphincteric rectal fistulas, in whom the wound remained open after excision of the fistula into the rectal lumen. A comparative analysis of the results of surgical treatment of superficial forms of rectal fistulas using two techniques showed a significant reduction in the length of hospital stay and the percentage of complications in the immediate postoperative and long-term periods when using the technique of excision of the fistula into the rectal lumen with suturing of the wound edges to its bottom. This allows us to recommend this surgical technique for use in coloproctology departments of medical institutions for superficial forms of rectal fistulas without purulent discharge and cavities.

Keywords: rectum; fistula; superficial form; excision; suturing.

Актуальность. Свищ прямой кишки (хронический парапроктит) чаще всего развивается после паллиативной операции по поводу острого парапроктита или самопроизвольно вскрывшегося параректального абсцесса [1–4]. Среди заболеваний прямой кишки, свищи составляют 25–30 %. Распространеность свищей прямой кишки составляет от 8 до 23 случаев на 100 тыс. населения [1–5]. Это заболевание чаще встречается у мужчин наиболее трудоспособного возраста [1–7].

Из всех свищей прямой кишки 25–35 % составляют интрасфинктерные (подкожно-подслизистые) свищи. При этом свищевой ход проходит кнутри от анального жома [1–4]. В 40–45 % случаях встречаются транссфинктерные свищи прямой кишки. При этом свищевой ход может проходить через подкожную или через глубокую порцию анального жома [1–4].

Экстрасфинктерные свищи встречаются у 15–20 % больных. При этом свищевой ход располагается высоко, проходит огибая анальный сфинктер [1–4].

Лечение свищей прямой кишки только хирургическое [1–8].

На сегодняшний день существуют различные способы оперативных вмешательств при свищах прямой кишки [5–20]. Несмотря на это процент послеоперационных осложнений остаётся довольно высоким [4, 5, 10].

Так, рецидив свищей прямой кишки наблюдается у 15–30 % больных, а у 34 % пациентов недостаточность анального сфинктера различных степеней [5, 21].

В связи с вышеизложенным поиск более усовершенствованных методик хирургического лечения свищей прямой кишки является актуальным.

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения интрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки.

Материал и методы исследования. За 2024–2025 годы на обследовании и лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики находились 585 больных со свищами прямой кишки. Из 585 больных у 463 (80 %) пациентов были поверхностные формы свищей прямой кишки, то есть интрасфинктерные и транссфинктерные. В данной статье мы отразили результаты лечения этих 463 больных.

Из 463 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики 421 (90,9 %) были мужского пола, а 42 (9,1 %) – женского. Больные были в основном в возрасте 20–65 лет. Большинство больных были в трудоспособном возрасте – 443 (93,5 %). Больные после полного обследования в амбулаторных условиях были госпитализированы в отделение проктологии через консультативную поликлинику

Национального госпиталя. Все больные, в зависимости от методики хирургического вмешательства были разделены на две исследуемые группы.

В первую, контрольную, группу были включены 231 (49,9 %) больной, которым осуществлялась операция – иссечение свища в просвет прямой кишки с оставлением послеоперационной раны открытой.

Во вторую, основную, группу были отнесены 232 (50,1 %) пациента, у которых после иссечения свища в просвет прямой кишки, края после операционной раны ушивались ко дну раны с целью уменьшения площади раны, образующуюся после оперативного вмешательства.

Из 463 больных, у 205 (44,3 %) был подкожно-подслизистый (интрасфинктерный) свищ прямой кишки, когда свищевой ход проходил кнутри от сфинктера, а у 258 (55,7 %) был трансфинктерный свищ прямой кишки, когда свищевой ход проходил через поверхностную порцию анального сфинктера. Учитывая, что больные до поступления в стационар в амбулаторных условиях проходили общеклинические методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови, коагулограмма, маркеры вирусных гепатитов В,С, исследование крови на RW, ВИЧ, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, ТРУЗИ) в отделении осуществляли ректороманоскопию сфинктерометрию, пробу с красителем, зондирование свища и микробиологическое исследование отделяемого свища.

Результаты лечения и обсуждения. Как было описано выше, 231 (49,9 %) больным контрольной группы была осуществлена операция – иссечение свища в просвет прямой кишки с оставлением раны открытой. У 232 (50,1 %) больных основной группы произведено иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием краев раны к ее дну.

Такая операция осуществлялась следующим образом: под сакральной анестезией после обработки операционного поля, свищевой ход прокрашивали 1%-м раствором бриллиантовой зелени, смешанного с 3%-м раствором перекиси водорода в соотношении 1:1. Затем в анальный канал вставляли ректальное зеркало и разводили его стенки, после чего в наружное свищевое отверстие вводили зонд, который проходя через свищевой ход выходил в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища на одной из крипт. Свищевой ход проведенным через него зондом иссекали единым блоком из окружающих тканей. После чего края раны ушивали к её дну рассасывающимся шовным материалом. В прямую кишку вводили узкую марлевую ленту, пропитанную мазью левомеколь и газоотводную трубку.

Марлевую ленту и газоотводную трубку удаляли на следующий послеоперационный день. Назначали антибиотики и обезболивающие. Ежедневно, после ванны, осуществляли перевязки.

Проведен сравнительный анализ результатов лечения у больных основной и контрольной групп в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах.

При этом изучены сроки нахождения больных на стационарном лечении и амбулаторном долечивании, случаев рефлекторной задержки мочеиспускания, нагноения послеоперационной раны, выраженности болевого синдрома, кровотечения из послеоперацинной раны, формирования деформирующего рубца перианальной области, рецедива свища прямой кишки, развития недостаточности анального сфинктера.

Так, больные основной группы на стационарном лечении находились в среднем 5 ± 1,1 койко-дня, а сроки амбулаторного долечивания равнялись 21 ± 2,4 дня. Пациенты контрольной группы на стационарном лечении находились в среднем 8 ± 2,2 койко-дня, а сроки амбулаторного долечивания равнялись 27 ± 3,1 дня.

При изучении ближайщих результатов хирургического лечения поверхностных форм свищей прямой кишки выяснено, что среди больных основной группы у 3 (1,3 %) пациентов наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания, у 5 (2,2 %) человек болевой синдром держался до 4-х суток, у 2 (0,9 %) пациентов произошло нагноение послеоперационной раны. У больных этой группы случаев кровотечения из послеоперационной раны не наблюдались, а раны зажили с образованием мягкого рубца, без деформации анальной и перианальной областей.

Среди пациентов контрольной группы у 5 (2,2 %) пациентов наблюдалась рефлекторная

задержка мочеиспукания, у 7 (3 %) человек довольно выраженный болевой синдром держался до 4-х суток, у 3 (1,3 %) пациентов отмечалось нагноение послеоперационной раны, у 3 (1,3 %) больных возникло кровотечение из послеоперационной раны, у 5 (2,2 %) пациентов с транссфинктерным свищом раны заживали с образованием рубца, деформирующего анальную и перианальную области.

Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 6 месяцев до 1-го года.

При этом из 232 больных основной группы отдаленные результаты изучены у 211 (91 %) пациентов, а из 231 больного контрольной группы – у 210 (90 %) пациентов. Так, среди больных основной группы рецедив свища прямой кишки наблюдался у 2 (0,9 %) пациентов, а развитие недостаточности анального сфинктера не отмечено.

Среди больных контрольной группы у 4 (1,9 %) пациентов развился рецедив свища прямой кишки, а у 5 (2,4 %) человек отмечено развитие недостаточности анального жома первой степени из-за деформирующих рубцов.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения поверхностных форм свищей прямой кишки показал, что при ушивании краев послеоперационной раны к ее дну значительно ускоряется процесс заживления таких ран с образованием рубцов, не деформирующих анальную и перианальную области, сокращает сроки стационарного лечения и амбулаторного долечивания, уменьшает процент осложнений в ближайшем послеоперационном и отдаленном сроках.

Выводы

1. Предложенная методика ушивания краев послеоперацинной раны к ее дну создает условия для более быстрого заживления таких ран.

2. Разработанный способ хирургического вмешательства показан при интрасфинктерных и транссфинктерных свищах прямой кишки без гнойных затеков и полостей.

3. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения поверхностных форм свищей прямой кишки потвердил эффективность предложенной нами методики оперативного вмещательства при этой патологии.

Поступила: 20.01.2026;
рецензирована: 03.02.2026; принята: 05.02.2026.

Литература

1. *Федоров В.Д.* Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.
2. *Дульцев Ю.В.* Парапроктит / Ю.В. Дульцев, К.Н. Саламов. М., 2001. 298 с.
3. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО “Медицинское информационное агенство”. 2006. 432 с.
4. *Чирьев А.И.* Хирургические заболевания прямой кишки и перианальной области: учебное пособие / А.И. Чирьев, С.В. Быстров, А.О. Ивченко [и др.]. Томск: Изд-во СибГМУ, 2023. 143 с.
5. Хирургические методы лечения экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки (Обзор литературы) / И.С. Боргомистров, С.А. Фролов, А.М. Кузьминов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2015. Т. 25. № 4. С. 92–100.
6. *Соловьева Г.А.* Обоснование способа малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей: дис. … канд. мед. наук: 14.01.17 / Г.А. Соловьева. Волгоград, 2017. 158 с.
7. Клиническая оперативная колопроктология: руководство для врачей / под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. М.: ГНЦ проктологии, 1994. 432 с.
8. *Шелыгин Ю.А.* Свищ заднего прохода: клинические рекомендации / Ю.А. Шелыгин, С.В. Васильев, А.В. Васильев [и др.] // Колопроктология. 2020. Т. 19. № 3. С. 10–25.
9. *Айсаев А.Ю.* Хирургическая тактика при транссфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / А.Ю. Айсаев. Бишкек, 2010. 107 с.
10. *Мудров Н.М.* Дифференцированный подход к хирургическому лечению свищей прямой кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.М. Мудров. Ставрополь, 1998. 23 с.
11. *Мадаминов А.М.* К вопросу лечения сложных свищей прямой кишки / А.М. Мадаминов, Ж.С. Садырбеков, А.Ю. Айсаев // Вестник КРСУ. 2018. Т. 18. № 6. С. 48–50.
12. *Мадаминов А.М.* Способ хирургического лечения транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки / А.М. Мадаминов, Ы.А. Бектенов, А.Ю. Айсаев, Р.Н. Люхуров // Вестник КРСУ. 2015. Т. 15. № 7. С. 99–101.
13. *Azzoyo M.* Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of complex

fistula-in-ano: long-term clinical and manometric results / M. Azzoyo, J. Perez-Legez, P. Moya // Ann. Surg. 2012. Vol. 255. № 5. P. 935–939.
14. *Мадаминов А.М.* Результаты хирургического лечения транссфинктерных свищей прямой кишки / А.М. Мадаминов, Ы.А. Бектенов, С.И. Турдалиев, А.Ю. Айсаев // Медицина Кыргызстана. 2018. № 4. С. 13–14.
15. *Дюшеналиев Б.Д.* К вопросу хирургического лечения свищей прямой кишки / Б.Д. Дюшеналиев, А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаев // Медицина Кыргызстана. 2009. № 1. С. 12–14.
16. *Косторев И.В.* Сфинктеросберегающее лечение сложных свищей прямой кишки: дис. … д-ра мед. наук: 14.01.17 / И.В. Костарев. М., 2019. 371 с.
17. Fistulotomy with or without marsupialisation of wound edges in treatment of simple anal fistula: a randomised controlled trial / M. Anan, S.H. Emile, H. Elgendy et al. // Ann. R. Coll. Surg. Engl. 2019. Vol. 101. № 7. P. 472–478.
18. Long-term evaluation of fistulotomy and immediate sphincteroplasty as a treatment for complex anal fistula / M.D.M. Aguilar-Martínez, L. Sánchez-Guillén, X. Barber-Valles *et al.* // Dis. Colon. Rectum. 2021. Vol. 64. № 11. P. 1374–1384.
19. Fistulectomy with primary sphincter reconstruction / S. Seyfried, D. Bussen, A. Joos et al. // Int. J. Colorectal Disase. 2018. Vol 33. № 7. P. 911–918.
20. Fistulotomy and primary sphincteroplasty for anal fistula: long-term data on continence and patient satisfaction / F. Litta, A. Parello, V. de Simone et al. // Tech. Coloproctol. 2019. Vol. 23. № 10. P. 993–1001.