

На правах рукописи

Никишин Тимур Владимирович

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРЕМЕЩЕННЫМ
ЛАТЕРАЛЬНЫМ ПРЯМОКИШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ**

3.1.9. Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Мудров Андрей Анатольевич

Официальные оппоненты:

Стойко Юрий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, Институт усовершенствования врачей Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой хирургии с курсом хирургической эндокринологии

Беджанян Аркадий Лаврентьевич, доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», заведующий отделением абдоминальной хирургии и онкологии (II)

Ведущая организация:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2026 года в __:__ часов на заседании диссертационного совета 21.1.030.01 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 123423, Москва, ул. Саляма Адиля, дом 2

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (123423, Москва, ул. Саляма Адиля, дом 2) и на сайте <http://www.new.gnck.ru/>

Автореферат разослан «__» _____ 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Суровегин Евгений Сергеевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

Несмотря на то, что первые упоминания о тактике лечения свищей прямой кишки (СПК) встречаются в трудах Гиппократов, хирургическая коррекция данной патологии в настоящее время остается актуальной задачей, особенно при вовлечении в гнойно-воспалительный процесс запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК) и его распространении на паракишечные клетчаточные пространства (Аминев, 1969). Анализ исторических литературных источников, посвященных проблеме прямокишечных свищей, свидетельствует о том, что такие методы их лечения, как дренирующая и пересекающая лигатуры, рассечение свища в просвет кишки с ведением раны открытым способом или с ее ушиванием, были предложены еще в античные времена, развивались на протяжении всей последующей истории человечества и продолжают оставаться актуальными и в наше время (Аминев, 1973), несмотря на стремительный технологический прогресс и появление множества новых методик лечения свищей прямой кишки. Прежде всего, этот парадоксальный факт связан с тем, что так и не удалось достичь оптимального равновесия между радикальностью хирургического вмешательства и сохранением работоспособности анального сфинктера при лечении криптогландулярных прямокишечных свищей, захватывающих более 1/3 анального сфинктера (высоких транс- и экстрасфинктерных), с наличием гнойно-воспалительного процесса в кишечной стенке и/или параректальных клетчаточных пространствах (далее сложные свищи прямой кишки (ССПК)) – классические хирургические подходы радикальны, но травматичны; современные методы малотравматичны, но недостаточно радикальны (Vogel et al., 2016).

Кроме того, ограничением практически для всех пластических методов лечения сложных свищей прямой кишки является наличие гнойных затеков, то есть таким пациентам необходимо многоэтапное хирургическое лечение, как правило, начинающееся с проведения дренирующей лигатуры (Костарев, 2019).

В этой связи в 2022 году в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России разработан и внедрен способ хирургической ликвидации свищей прямой кишки методом перемещения латерального прямокишечного лоскута (ЛПЛ) (патент № 2782660 от 18.02.2022). Для оценки эффективности нового метода проведено одноцентровое одногрупповое проспективное исследование, в которое включены 60 пациентов со сложными свищами прямой кишки, оперированных в период с 2022 по 2024 гг.

Цель исследования

Улучшение результатов одноэтапного хирургического лечения пациентов со сложными свищами прямой кишки, независимо от наличия и распространенности гнойно-воспалительного процесса в параректальных клетчаточных пространствах и/или кишечной стенке.

Задачи исследования

1. Оценить эффективность применения и непосредственные результаты ликвидации сложных свищей прямой кишки латеральным прямокишечным лоскутом (характер и частоту развития осложнений, интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде).
2. Изучить функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки до и после использования перемещенного латерального прямокишечного лоскута при лечении сложных свищей прямой кишки.
3. Выявить факторы, влияющие на частоту развития рецидива заболевания после применения перемещенного латерального прямокишечного лоскута при лечении сложных свищей прямой кишки.
4. Разработать показания и противопоказания к применению перемещенного латерального прямокишечного лоскута при лечении сложных свищей прямой кишки.

Научная новизна

Разработан оригинальный хирургический метод одноэтапного лечения сложных свищей прямой кишки, не имеющий аналогов в современной практической медицине (получен патент на изобретение № 2782660 от 18.02.2022), позволяющий одноэтапно добиться излечения 80% пациентов, независимо от наличия и распространенности гнойно-воспалительного процесса в параректальных клетчаточных пространствах и/или кишечной стенке.

Теоретическая и практическая значимость работы

Внедрение одноэтапного оригинального метода хирургического лечения сложных свищей прямой кишки в клиническую практику, позволяющего добиться излечения 80% пациентов, у которых имеется распространение гнойно-воспалительного процесса на параректальные клетчаточные пространства и/или кишечную стенку. Доказана его малотравматичность и отсутствие повреждающего влияния на функцию ЗАПК по данным объективных (сфинктерометрия) и субъективных (шкала Векснера) методов.

Проведенное исследование доказало, что метод ликвидации сложных свищей прямой кишки латеральным прямокишечным лоскутом эффективен, безопасен, прост в применении и может быть рекомендован к применению в колопроктологических стационарах.

Методология и методы исследования

Представленная работа является клиническим одноцентровым односторонним проспективным исследованием, в ходе которого применены современные способы сбора и обработки информации, объективные методы инструментального обследования и диагностики.

Статистическая обработка данных выполнена в RStudio (R v. 4.4.1 (R Core Team, Vienna, Austria)) с применением библиотек base, gtsummary, ggplot2, pROC, ROCR и GenBinomApps. Значения качественных номинальных признаков приводили в виде абсолютных и относительных частот ($n(\%)$ или $n/N(\%)$). Непрерывные и качественные порядковые величины (при числе значений ≥ 5) описывали медианой, нижним и верхним квартилями (Me (Q1; Q3)), а также размахом (Min–Max). С целью оценки динамики изменения количественных показателей применяли критерий Уилкоксона для связанных групп. Поиск факторов, которые могли бы быть ассоциированы с возникновением рецидива, осуществляли с помощью унивариантного логистического регрессионного анализа с указанием значения отношения шансов (ОШ) и его 95% ДИ по методу Вальда. Для оценки влияния количественной переменной на исход проведен ROC-анализ, рассчитывали площадь под ROC-кривой (AUC), ее стандартное отклонение, 95% ДИ и уровень значимости. Отрезную точку определяли критерием Йодена; для нее рассчитывали чувствительность, специфичность, предсказательную ценность положительного результата (ПЦПР) и предсказательную ценность отрицательного результата (ПЦОР); для этих показателей, а также для первичной точки исследования рассчитывали 95% ДИ по методу Клоппера-Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Положения, выносимые на защиту

1. Применение перемещенного латерального прямокишечного лоскута позволяет одноэтапно ликвидировать сложные свищи прямой кишки у 80% пациентов.
2. Применение перемещенного латерального прямокишечного лоскута не оказывает отрицательного воздействия на функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки по данным анкетирования шкалы анальной инконтиненции Wexner и сфинктерометрии.
3. При унивариантном анализе определены факторы риска развития рецидива заболевания после применения перемещенного латерального прямокишечного лоскута – масса тела $\geq 30,7$ кг/м²; ишиоанальный затек; пельвиоректальный затек; межсфинктерный затек; сочетание затеков (ишиоанальный, пельвиоректальный, межсфинктерный).
4. Несмотря на то, что эффективность метода ликвидации свищей прямой кишки перемещенным латеральным лоскутом статистически достоверно хуже при наличии гнойно-воспалительных затеков в межсфинктерном, ишиоанальном, пельвиоректальном пространствах, предложенный способ может рассматриваться как одна из операций выбора первой линии

хирургического лечения прямокишечных свищей с данной локализацией гнойного процесса, так как он безопасен и малотравматичен, а его одноэтапное применение позволяет добиться излечения 50% пациентов при наличии затека в межсфинктерном пространстве, в 52,4% случаев – при ишиоанальной локализации гнойного процесса; в 44,4% наблюдений – при пельвиоректальном затеке.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа посвящена оценке результатов применения метода перемещения латерального прямокишечного лоскута, изучению факторов риска развития рецидива сложных свищей прямой кишки после применения разработанного способа, что соответствует п. 1 (изучение причин, механизмов развития и распространенности хирургических заболеваний) и п. 4 (экспериментальная и клиническая разработка методов лечения хирургических болезней и их внедрение в клиническую практику) паспорта научной специальности 3.1.9. Хирургия.

Степень достоверности и апробация результатов

Высокая достоверность проведенного исследования обеспечивается количеством пациентов, включенных в исследование, наличием объективных методов дооперационного исследования и послеоперационного контроля, продолжительностью наблюдения и статистическим анализом результатов лечения.

Локальный независимый этический комитет ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России одобрил проведение диссертационной работы (протокол № 26/22 от 24.11.2022).

Апробация диссертационной работы состоялась 00.00.2025 года на совместной конференции отделов общей и реконструктивной колопроктологии, колоректальной хирургии, инновационной колопроктологии и междисциплинарной хирургии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Внедрение результатов исследования в практику

Диссертационная работа является комплексным исследованием, включающим в себя как теоретические аспекты, так и практические рекомендации. Разработанные рекомендации внедрены в клиническую практику отделений ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, а также колопроктологического отделения ГБУЗ «ГКБ № 67 Департамента здравоохранения г. Москвы».

Результаты и практические рекомендации данной работы могут быть использованы для дальнейшего совершенствования методов лечения и реабилитации пациентов со сложными свищами прямой кишки.

Личный вклад автора

Автором проведен систематический обзор литературы по изучаемой теме, сформулированы цели и задачи исследования. Автор внес свой вклад в диссертационную работу, изучив анамнез и демографию пациентов, клинические проявления болезни, а также проанализировав данные, полученные с помощью инструментальных методов исследования. Соискатель принимал участие в большинстве операций с применением изучаемой методики, а также проводил сбор данных после проведенного лечения с последующей статистической обработкой полученной информации.

Публикации

По теме диссертационного исследования получен патент на изобретение № 2782660 от 18.02.2022 и опубликованы 2 научные работы в журналах, рецензируемых и рекомендованных ВАК Российской Федерации для публикаций материалов докторских и кандидатских диссертаций.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 122 страницах машинописного текста и состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и 3 приложений. Работа иллюстрирована 32 рисунками и 31 таблицей, клиническими примерами. Список литературы содержит 158 источников, в том числе 20 русскоязычных и 138 иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы

В одноцентровое одноступенчатое проспективное исследование, проведенное в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России в период с ноября 2022 по январь 2025 гг., включено 60 пациентов с криптогландулярными свищами прямой кишки, захватывающими более 1/3 наружного сфинктера (транссфинктерные и экстрасфинктерные любой степени сложности).

Критерии включения: возраст ≥ 18 лет; подписанное информированное добровольное согласие.

Критерии невключения: воспалительные заболевания кишечника; свищи некриптоглангулярной этиологии; декомпенсированные соматические заболевания, психические расстройства; беременность и лактация.

Всем пациентам на догоспитальном этапе, а также через 3-6 месяцев после применения ЛПД, помимо клинического осмотра, проводились трансректальное ультразвуковое обследование и сфинктрометрия. Клиническое исследование (включая трансректальное пальцевое) обязательно проводилось на 30 сутки после операции, через 12 месяцев осуществлялся телефонный опрос оперированных пациентов.

Клиническая характеристика пациентов: женщины – 32 (53,3%), мужчины – 28 (46,7%); возраст – от 32 до 66 лет (Me (Q1; Q3) – 46,5 (39; 55,5)). Жалобы на гнойные, серозные и суровичные выделения отмечались у 53 (88,3%), 3 (5%) и 5 (8,3%) пациентов, соответственно, болевой синдром и дискомфорт – в 24 (40%) и 20 (33,4%) случаях, соответственно. Длительность анамнеза заболевания: 1–112 месяцев (Me (месяцы) (Q1; Q3); Min–Max – 7 (4; 13); 1–112). Дренирующая лигатура как первый этап лечения выполнена 13/60 (21,7%) пациентам. Рецидивный характер свища отмечен в 10/60 (16,7%) случаях. Индекс массы тела: Me=27,3 (24,9;31,1), (18,9–40,6) кг/м².

Клинико-инструментальное обследование включало: пальцевое исследование прямой кишки; ректороманоскопию; трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) на аппарате Hi Vision Preirus (Hitachi, Япония) с эндоректальным биплановым датчиком 5–10 МГц; сфинктрометрию; при показаниях – ЭГДС и колоноскопию.

По данным ТРУЗИ: трансфинктерные свищи (поверхностная порция) – 8 (13,3%), (глубокая порция) – 11 (18,3%), экстрасфинктерные – 41 (68,3%). Локализация внутреннего свищевого отверстия: передняя полуокружность – 36 (60,0%), боковая полуокружность – 6 (10,0%), задняя полуокружность – 18 (30,0%).

Диаметр внутреннего отверстия: Me=3 (2; 4) мм (1–7 мм). Протяженность свищевого хода: Me=41 (30; 53,5) мм (12–97 мм). Гнойные затеки зафиксированы у 39/60 (65%) пациентов (Таблица 1).

Таблица 1 – Характер и локализация гнойных затеков (по данным ТРУЗИ)

Характер и локализация гнойных затеков	Количество пациентов, n (%)
Множественные затеки (>1)	23 (38,3)
Подкожный затек	16 (26,7)
Ишиоанальный затек	21 (35,0)
Ретроректальный затек	11 (18,3)
Пельвиоректальный затек	9 (15,0)

Продолжение таблицы 1

Межсфинктерный затек	8 (13,3)
Подслизистый затек	2 (3,33)
Затек в ректовагинальной перегородке	5 (8,3)
Внутристеночный затек	3 (5,0)

Функциональное состояние ЗАПК до операции: оценка по шкале Wexner – Me=1 (0; 3), (0–11) баллов; сфинктерометрия: среднее давление в покое – 38 (37; 40) мм рт.ст. (29–50), максимальное давление при волевом сокращении – 148,5 (127; 169) мм рт.ст. (93–236) (Таблица 2).

Таблица 2 – Показатели сфинктерометрии у пациентов, включенных в исследование, до оперативного вмешательства

Показатели давления в анальном канале		Норма	Исследуемая группа	
			Me (Q1; Q3)	Min–max
Среднее давление в анальном канале в покое, мм рт.ст.	Женщины	41-63	38 (37; 40)	29–50
	Мужчины	43-61		
Максимальное давление в анальном канале при волевом сокращении, мм рт.ст.	Женщины	110-178	148,5 (127; 169)	93–236
	Мужчины	121-227		

После комплексного клинично-инструментального обследования все 60 пациентам было выполнено оперативное вмешательство в объеме ликвидации свища латеральным прямокишечным лоскутом. **Техника операции:** под спинальной анестезией в положении как при литотомии выполняли ревизию с контрастированием свищевого хода раствором метиленового синего и зондированием. Затем выполнялось иссечение свищевого хода до стенки прямой кишки, вскрытие и дренирование гнойных затеков. Трансанально после гидропрепаровки с адреналином (0,00025%) производились мобилизация и формирование латерального слизисто-подслизистого лоскута с кавернозной тканью (при наличии), экономное иссечение или кюретаж внутреннего свищевого отверстия. Далее дефект мышечного слоя кишки ушивался отдельными швами, выполнялась фиксация лоскута также отдельными узловыми швами.

Результаты исследования

Длительность оперативного вмешательства составила 15–95 минут (Me=40 (Q1=30; Q3=50)). Интраоперационных осложнений не зафиксировано. В раннем послеоперационном периоде ретракция латерального лоскута отмечена у 1/60 (1,7%) пациента на 14-е сутки.

Интенсивность болевого синдрома оценивали по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в течение 10 дней после операции. Уровень болевого синдрома не превышал в среднем 4 баллов у всех пациентов (Таблица 3).

Таблица 3 – Степень выраженности болевого синдрома в течение 10 дней после применения метода ЛПЛ по ВАШ

Сутки после операции	Уровень болевого синдрома, Me (Q1; Q3)
1	1 (0; 3)
2	3 (3; 4)
3	3 (2; 4)
4	3 (2; 3)
5	2 (1; 2)
6	1 (1; 2)
7	1 (1; 1)
8	1 (0; 1)
9	0 (0; 1)
10	0 (0; 0)

Максимальный уровень боли наблюдался на 2–4-е сутки (Me=3 (3; 4) балла), к 10-м суткам боль практически отсутствовала (Me=0 (0; 0) баллов). Медиана пребывания в стационаре составила 7 дней (Me=7 (Q1=6; Q3=8,5); Min=4; Max=29).

Период наблюдения за пациентами после применения метода ЛПЛ составил 3–12 месяцев (Me=7 (4; 8)). Рецидив заболевания выявлен в 12/60 (20,0%) наблюдениях. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки после применения перемещенного латерального прямокишечного лоскута не изменилось (Таблица 4).

Таблица 4 – Оценка функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки до и после применения после применения метода ЛПЛ

Показатель, единица измерения	До операции	После операции	p
Оценка по шкале Wexner (балл) Me (Q1; Q3) (min-max)	1 (0; 3) 0 – 11	2 (0; 3) 0 – 12	0,68
Среднее давление в анальном канале в покое (мм рт.ст) Me (Q1; Q3) (min-max)	38 (37; 40) 29 – 50	38 (36; 40) 27 – 46	0,86
Максимальное давление в анальном канале при волевом сокращении (мм рт.ст) Me (Q1; Q3) (min-max)	148,5 (127; 169) 93 – 236	150,5 (130; 164) 98 – 224	0,46

По данным унивариантного анализа (Таблица 5) факторами риска развития рецидива явились: ИМТ (ОШ=1,14 (1,01; 1,29), p=0,02); множественные затеки (>1) (ОШ=4,40 (1,14; 16,9),

$p=0,03$); ишиоанальный затек (ОШ=16,8 (3,20; 88,5), $p=0,0009$); пельвиоректальный затек (ОШ=7,86 (1,69; 36,6), $p=0,008$); межсфинктерный затек (ОШ=5,50 (1,14; 26,6), $p=0,03$).

Таблица 5 – Унивариантный анализ факторов риска развития рецидива СПК после применения метода ЛПЛ

Фактор		ОШ	р
ИМТ		1,14 (1,01; 1,29)	0,02
Возраст		1,01 (0,95; 1,07)	0,82
Продолжительность заболевания		1,01 (0,98; 1,04)	0,55
Радикальная операция по поводу свища в анамнезе		1,00 (0,18; 5,46)	1,00
Дренирующая лигатура перед ЛПЛ		0,27 (0,03; 2,34)	0,23
Операция на заднем проходе в анамнезе		0,15 (0,02; 1,27)	0,08
Характер разрешения острого парапроктита	Самопроизвольное вскрытие острого парапроктита	1,29 (0,36; 4,57)	0,69
	Оперативное вскрытие острого парапроктита	0,78 (0,22; 2,76)	0,69
Отношение свищевого хода к мышцам наружного сфинктера	Транссфинктерный (поверхностная порция)	0,53 (0,06; 4,80)	0,57
	Транссфинктерный (глубокая порция)	Проведение анализа невозможно	Проведение анализа невозможно
	Экстрасфинктерный	6,60 (0,79; 55,5)	0,08
Диаметр ВСО (мм)		0,96 (0,59; 1,57)	0,88
Наличие гнойно-воспалительных очагов (затеков)	Множественные затеки (>1)	4,40 (1,14; 16,9)	0,03
	Подкожный затек	0,90 (0,21; 3,84)	0,88
	Ишиоанальный затек	16,8 (3,20; 88,5)	0,0009
	Ретроректальный затек	1,67 (0,37; 7,55)	0,50
	Пельвиоректальный затек	7,86 (1,69; 36,6)	0,008
	Межсфинктерный затек	5,50 (1,14; 26,6)	0,03
	Подслизистый затек	4,27 (0,25; 73,8)	0,31
	Затек в РВП (ректовагинальная перегородка)	Проведение анализа невозможно	Проведение анализа невозможно
	Внутристеночный затек	9,40 (0,77; 144)	0,07

По данным ROC-анализа при ИМТ $\geq 30,7$ кг/м² возрастает вероятность рецидива: AUC=0,7±0,09 (95% ДИ: 0,53–0,88), $p=0,032$; чувствительность=66,7% (95% ДИ: 34,9–90,1%); специфичность=81,3% (95% ДИ: 67,4–91,1%) (Рисунок 1).

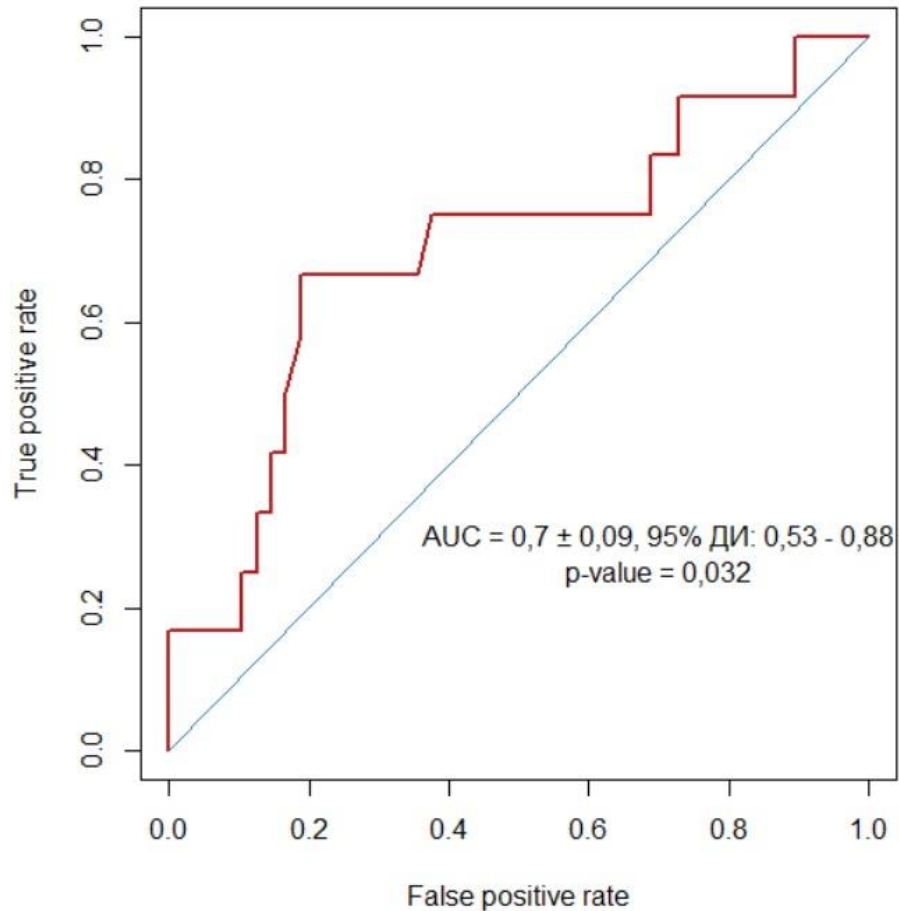


Рисунок 1 – ROC-кривая зависимости рецидива СПК от индекса массы тела. $AUC=0,7\pm 0,09$ (95% ДИ: 0,53–0,88), $p=0,032$, точка отсечки соответствует $30,7 \text{ кг/м}^2$. Чувствительность=66,7% (95% ДИ: 34,9–90,1%). Специфичность=81,3% (95% ДИ: 67,4–91,1%). ПЦПР=47,1% (95% ДИ: 23,0–72,2%). ПЦОР=90,7% (95% ДИ: 77,9–97,4%)

Следует отметить, что после применения метода ЛПЛ выздоровление при наличии затеков достигнуто в 28/39 (71,8%) наблюдениях; при множественных затеках – в 15/23 (65,2%) случаях; при межсфинктерном затеке – у 4/8 (50%) пациентов; при ишиоанальном и пельвиоректальном – в 11/21 (52,4%) и 4/9 (44,4%) наблюдениях, соответственно.

При оценке качества жизни по опроснику SF-36 (Таблица 6): достоверное улучшение зафиксировано по шкалам физического функционирования (PF) – с 76 (70; 80) до 87 (81,5; 90), $p<0,0001$; ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP) – с 71 (69; 75) до 76 (74; 80), $p=0,0005$; жизненной активности (VT) – с 73 (70; 77) до 77 (74; 80), $p=0,003$. По остальным шкалам (BP, GH, SF, RE, MH) статистически значимых изменений не выявлено.

Таблица 6 – Результаты оценки качества жизни по 8 шкалам опросника SF-36 до и после применения метода ЛПЛ

Шкалы	До операции, Me (Q1; Q3)	Через 3–6 месяцев после операции Me (Q1; Q3)	p
Физическое функционирование (PF)	76 (70; 80)	87 (81,5; 90)	<0,0001
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	71 (69; 75)	76 (74; 80)	0,0005
Интенсивность боли (BP)	83 (78; 86)	84 (80; 87)	0,28
Общее состояние здоровья (GH)	69 (60; 74)	70 (62; 76)	0,73
Жизненная активность (VT)	73 (70; 77)	77 (74; 80)	0,003
Социальное функционирование (SF)	84 (80; 88)	85 (81; 89)	0,38
Рольное функционирование, обусловленное психическим состоянием (RE)	79 (75; 84)	80 (76; 85)	0,41
Психическое здоровье (MH)	88 (83; 90)	89 (84; 92)	0,27

После применения метода ЛПЛ рецидив заболевания возник в 12/60 (20,0%) наблюдениях. От дальнейшего лечения отказались 2/12 (16,7%) пациентов. Повторно оперированы 10/60 (16,7%): в 8/10 (80%) случаях установлена дренирующая лигатура с последующим иссечением свища в просвет кишки (миграция лигатуры); у 1/10 (10%) пациента выполнена перевязка свищевого хода в межсфинктерном пространстве; в 1/10 (10%) наблюдении метод ЛПЛ был применен повторно с положительным результатом (Рисунок 2).

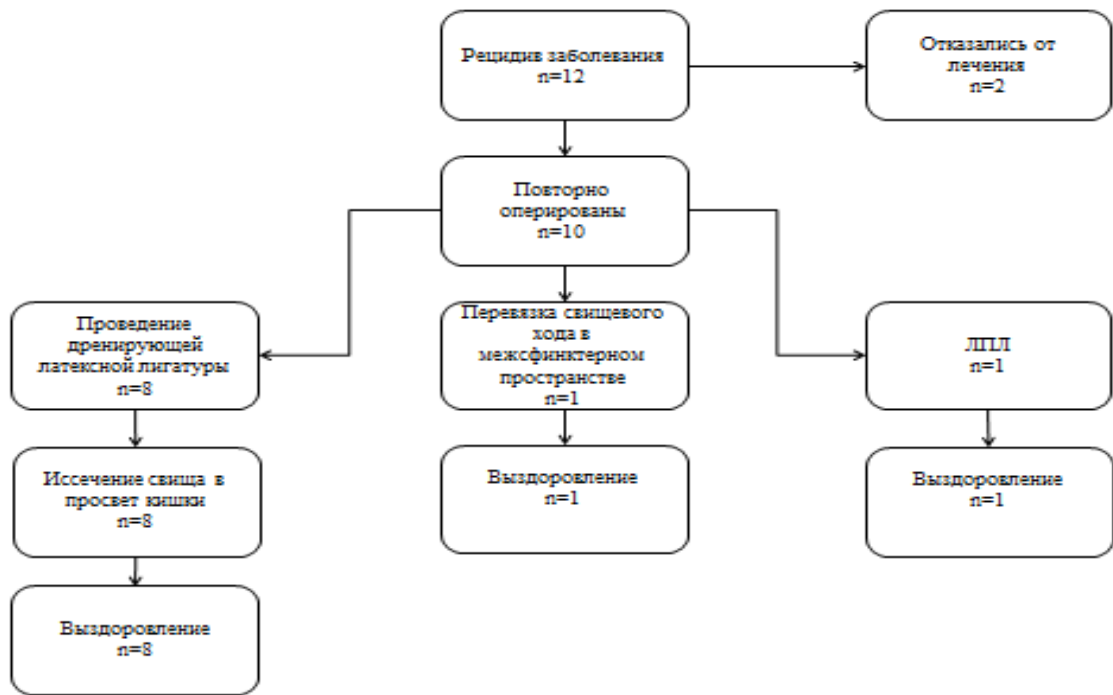


Рисунок 2 – Тактика дальнейшего лечения пациентов с рецидивом СПК после применения метода ЛПЛ

Таким образом, результаты нашего исследования продемонстрировали, что метод ликвидации внутреннего свищевого отверстия перемещенным латеральным лоскутом позволяет одноэтапно ликвидировать сложный свищ прямой кишки (высокие транссфинктерные и экстрасфинктерные) в 80 % наблюдений. Двухэтапное хирургическое лечение, в том числе с повторным применением метода ЛПЛ позволяет добиться излечения у 96,7% пациентов.

Учитывая минимальный риск развития послеоперационных осложнений (1,7%), низкую интенсивность болевого синдрома (не более 4 баллов), отсутствие отрицательного влияния на функциональное состояние анального сфинктера, метод ЛПЛ является безопасным и малотравматичным. По сути, трансанальный этап по уровню хирургической травмы сопоставим с «геморроидэктомией одного узла (без его удаления)» или «формированием площадки в анальном канале при проведении лигатуры (как пересекающей, так и дренирующей)».

По нашему мнению, метод ликвидации внутреннего свищевого отверстия перемещенным латеральным лоскутом может рассматриваться в качестве одна из операций выбора первой линии хирургического лечения прямокишечных свищей с любой локализацией гнойного процесса, несмотря на то, что его эффективность статистически достоверно хуже при наличии гнойно-воспалительных затеков в межсфинктерном, ишиоанальном, пельвиоректальном пространствах. Принятая в настоящее время концепция хирургии прямокишечных свищей при наличии гнойного процесса в клетчаточных пространствах предполагает многоэтапное лечение, где первым этапом выполняется вскрытие и дренирование гнойных затеков, а далее необходим выбор метода радикального лечения свища прямой кишки. То есть мы заведомо «обрекаем 100%

пациентов на, минимум, две операции. Предложенный же нами способ при минимальной травме анального канала, даже при наличии наиболее неблагоприятных факторов, позволяет добиться излечения после первой операции практически у половины пациентов со сложными свищами прямой кишки (50% пациентов - при наличии затека в межсфинктерном пространстве; в 52,4% случаев – при ишиоанальной локализации гнойного процесса; в 44,4% наблюдений – при пельвиоректальном затеке). При подозрении на рецидив заболевания проводится дренирующая лигатура, то есть «вторая» половина получает лечение в рамках «классической» концепции хирургии сложных свищей прямой кишки.

ВЫВОДЫ

1. Применение перемещенного латерального прямокишечного лоскута при сложных свищах прямой кишки позволяет добиться излечения 80% пациентов. Интраоперационных осложнений при его применении ни в одном наблюдении не зафиксировано, а в послеоперационном периоде лишь у 1/60 (1,7%) пациента выявлена несостоятельность швов, фиксирующих перемещенный латеральный лоскут.

2. Метод ликвидации свищей прямой кишки перемещенным латеральным прямокишечным лоскутом не оказывает отрицательного влияния на функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки. При сравнительной оценке функции держания при помощи балльной шкалы анальной инконтиненции Wexner до и после операции статистически значимых изменений не выявлено (1 и 2 балла соответственно, $p=0,68$). При оценке состояния анального сфинктера с помощью сфинктерометрии до и после операции статистически значимых изменений не выявлено (СД АКп (Me (Q1; Q3) 38 (37; 40) и 38 (36; 40) мм рт. ст., $p=0,86$; МД АКв (Me (Q1; Q3) 148,5 (127; 169) и 150,5 (130; 164) мм рт. ст., $p<0,46$).

3. Статистически значимыми факторами риска развития рецидива заболевания являются: масса тела $\geq 30,7$ кг/м² (ОШ=1,14 (95% ДИ: 1,02; 1,29), $p=0,02$); наличие ишиоанального затека (ОШ=16,8 (95% ДИ: 3,20; 7,55), $p=0,0009$); наличие пельвиоректального затека (ОШ=7,86 (95% ДИ: 1,69; 36,6), $p=0,008$); наличие межсфинктерного затека (ОШ=5,50 (95% ДИ: 1,14; 26,6), $p=0,03$); наличие множественных затеков (ОШ=4,40 (95% ДИ: 1,14; 16,9), $p=0,03$).

4. Эффективность метода ликвидации свищей прямой кишки перемещенным латеральным лоскутом статистически достоверно хуже при наличии гнойно-воспалительных очагов в межсфинктерном, ишиоанальном, пельвиоректальном пространствах, однако его применение позволяет добиться излечения 50% пациентов при наличии затека в межсфинктерном пространстве, в 52,4% случаев – при ишиоанальной локализации гнойного процесса; в 44,4% наблюдений – при пельвиоректальном затеке.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Метод ликвидации свищей прямой кишки перемещенным латеральным лоскутом может использоваться при хирургическом лечении свищей прямой кишки любой степени сложности вне зависимости от наличия либо отсутствия гнойных затеков и их распространенности, так как, несмотря на то, что его эффективность достоверно хуже при наличии гнойно-воспалительных очагов в межсфинктерном, ишиоанальном, пельвиоректальном пространствах, применение способа ЛПЛ позволяет добиться излечения 50% пациентов при наличии затека в межсфинктерном пространстве, в 52,4% случаев – при ишиоанальной локализации гнойного процесса; в 44,4% наблюдений – при пельвиоректальном затеке.

2. При ранних клинико-инструментальных признаках рецидива после применения метода перемещения ЛПЛ по поводу сложного свища прямой кишки с гнойными затеками рекомендовано использование дренирующей лигатуры.

3. При рецидиве СПК после метода перемещения ЛПЛ не существует каких-либо противопоказаний к применению любых других методов хирургического лечения СПК, в том числе и к повторному применению метода ЛПЛ.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Патент № 2775581 С1 Российская Федерация, МПК А61В 17/00, А61В 17/068. Способ ликвидации свищевого отверстия в прямой кишке сшивающим циркулярным степлером при лечении ректовагинальных свищей высокого уровня : № 2022104286 : заявл. 18.02.2022 : опубл. 04.07.2022 / С. И. Ачкасов, Ю. А. Шелыгин, А. Ю. Титов [и др.] ; заявитель Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих" Министерства здравоохранения Российской Федерации. – EDN TXBUON.

2. Первый опыт применения высоковазуляризованного латерального лоскута у пациентов с транс и экстрасфинктерными свищами прямой кишки / А.А. Мудров, С.А. Фролов, И.В. Костарев, **Т.В. Никишин**, Л.А. Благодарный, А.Б. Серебряный, А.Х. Амирова, А.Ю. Титов // Хирург. – 2023. – № 1-2. – С. 19–27.

3. Хирургическое лечение ректовагинальных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки у гематологических больных / С.В. Штыркова, Г.Г. Ходжаев, А.А. Мудров, А.Ю. Титов, **Т.В. Никишин**, К.Р. Сабиров, И.И. Дадашев, М.М. Омарова, К.И. Данишян // Гематология и трансфузиология. – 2025. – Т. 70, № 3. – С. 374–382.

4. Результаты хирургического лечения свищей прямой кишки перемещенным латеральным прямокишечным лоскутом / **Т.В. Никишин**, И.В. Костарев, А.Ю. Титов, М.А. Игнатенко, Е.Е. Жарков, И.И. Дадашев, О.М. Бирюков, А.Е. Першина, А.А. Мудров // Колопроктология. – 2026. – Т. 23, № 1. – С. 71–80.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли

ВСО – внутреннее свищевое отверстие

ДИ – доверительный интервал

ЗАПК – запирающий аппарат прямой кишки

ИМТ – индекс массы тела

ЛПЛ – латеральный прямокишечный лоскут

МД АКв – максимальное давление в анальном канале при волевом сокращении

ОШ – отношение шансов

ПЦОР – прогностическая ценность отрицательного результата

ПЦПР – прогностическая ценность положительного результата

СД АКп – среднее давление в анальном канале в покое

СПК – свищ прямой кишки

ССПК – сложные свищи прямой кишки

ТРУЗИ – трансректальное ультразвуковое исследование

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия