



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2 (95) 2019

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983ПР
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 03 від 18.03.2019 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарєва
Адміністратор
К. В. Пономарєва
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 21.03.2019 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 22,00.
Тираж 300 прим.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2019

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
І. Д. Дужий
Д. О. Євтушенко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Н. В. Пасєчнікова
Б. І. Пєєв
В. П. Польовий
В. І. Сипітий
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А.К. Флорікян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андрєєщев (Київ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк – Київ)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)
М. Г. Кононенко (Суми)
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)
В. О. Шапринський (Вінниця)
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)



І. А. Криворучко,
К. Ю. Пархоменко,
О. П. Божко,
Т. М. Фірсик

Харківський національний
медичний університет

МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНА ЛІГАЦІЯ ФІСТУЛЬНОГО ТРАКТУ (LIFT) ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ТРАНССФІНКТЕРНИМИ АНАЛЬНИМИ ФІСТУЛАМИ

Резюме. Найкраще лікування анальної фістули повинно включати ліквідацію осередку інфекції і сприяти загоєнню свищового тракту, зберігаючи при цьому комплекс анального сфінктера і повну його функціональність.

Було проведено проспективне дослідження хірургічного лікування 26 хворих на транссфінктерні анальні фістули з використанням операції LIFT у період з січня 2017 року по січень 2019 року. З 26 пацієнтів з транссфінктерною фістурою, яких оперували за допомогою модифікованої операції LIFT, 19 (73,1%) хворих були чоловіки у віці ($40,58 \pm 8,99$) років (медіана 37,5 [28-60]). Медіана ІМТ склала 25,8 (21-39) кг/м².

Медіана спостереження склала 21 ([6-48]) тижнів. Успіх спостерігався у 22 (84,6%) пацієнтів. Модифікована техніка LIFT є безпечною та ефективною для хірургічного лікування хворих на транссфінктерні анальні фістули. Досягнутий значний позитивний результат після модифікованої методики LIFT (84,6%) свідчить про подальше можливе визначення застосування цієї операції у хворих на інші типи фістул та удосконалення самої методики операції для поліпшення результатів лікування і якості життя хворих.

Ключові слова: транссфінктерна анальна фістула, техніка LIFT, післяопераційні ускладнення, віддалені результати.

Вступ

За даними більшості дослідників, свищі прямої кишки складають 15-40% від всіх проктологічних захворювань. У чоловіків свищі цього типу виникають в 2 рази частіше. Більшість (70%) пацієнтів — особи працездатного віку, що змушує ставитися до даного захворювання як проблеми соціальної.

Анальна фістула — це стійкий інфекційний тракт, що розвивається між анальним каналом і періанальною зоною та найчастіше вона з'являється внаслідок наявності криптогландулярної інфекції після дренування періанального абсцесу, хоча інші причини включають хворобу Крона, травму, опромінення або злоякісні пухлини [1]. Хірургічне лікування анальних свищів залишається складним і суперечливим навіть для досвідчених колопроктологічних хірургів [2]. Ця умова вимагає індивідуалізованого підходу, оскільки «золотого стандарту» наразі не існує, а основні принципи лікування анальної фістули повинні включати ліквідацію осередку інфекції, сприяння загоєнню свищового тракту та збереження при цьому комплексу анального сфінктера і повну його функціональність. Для більш нескладних дистальних типів фістул хірургічні варіанти, такі як висічення свищового тракту, є дуже ефективними з успішністю до 100% [3] та з показниками післяопераційної дисфунк-

ції комплексу анального сфінктера до 10% [4, 5]. Що стосується складних свищів, то досі немає клінічного консенсусу щодо вибору оптимальної операції, в багатьох дослідженнях не було показано, що жодна окрема методика підходить для всіх випадків. Тому комплексне управління анальними свищами залишається проблемою для хірургів у всьому світі [6]. Операція «Ligation of Intersphincteric Fistula Tract» (LIFT) було описано як іновативна для лікування складних анальних фістул, про що вперше повідомили A. Rojanasakul et al. [7] 2007 року як про операцію, яка ефективна в першу чергу при транссфінктерних фістулах, та направлена на збереження комплексу анального сфінктеру. Ці автори висунули гіпотезу, що перев'язка і висічення межсфінктерної частини свищового тракту герметизують внутрішній отвір і практично ліквідовують септичний осередок. Оскільки м'яз сфінктера при цьому не ушкоджується, вплив на функцію сфінктеру та якість життя хворих, як вважають автори, був незначний: у своєму початковому звіті про використання цієї операції у 18 хворих спостерігався 94% позитивний результат без порушень якості життя пацієнтів. Враховуючи результати, які були опубліковані авторами методики, процедура LIFT отримала величезну популярність серед хірургів [1-17].

Мета досліджень

Проаналізувати результати модифікованої методики LIFT з неускладненими трансфінктерними анальними фістулами.

Матеріали і методи досліджень

Було проведено проспективне дослідження хірургічного лікування 26 хворих на трансфінктерні анальні фістули з використанням мінімально інвазивної операції LIFT у період з січня 2017 року по січень 2019 року. Первинною кінцевою точкою дослідження був позитивний результат після операції з використанням процедури LIF, який визначався як повне загоєння хірургічної рани і зовнішнього отвору без будь-яких ознак рецидиву. Негативний результат визначали як клінічний діагноз рецидиву свища в будь-який час післяопераційного спостереження, що виконувалось, за допомогою клінічного опитування, медичного обстеження і МРТ (магнітно-резонансна томографія).

Критеріями включення: хворі на неускладнені та вперше діагностовані трансфінктерні фістули за класифікацією А.М.Амінева (1973).

Критеріями виключення: поверхневі свищі, пацієнти з анальними свищами, які пов'язані з хворобою Крона, попередньою променевою терапією та колоректальним раком, відмова хворого на участь у дослідженні.

Було створено клінічну базу даних для вивчення наступних змінних: вік, стать, ІМТ, супутні захворювання, відстань між зовнішнім отвором та анусом, попередня операція щодо ліквідації фістули, тип фістули, операційний час, післяопераційні ускладнення, тривалість спостереження та процент успіху лікування при оцінці якості життя після операції.

Хірургічна техніка. У даному дослідженні всі пацієнти були оперовані з використанням мінімально інвазивної техніки LIFT: першим етапом через наружний отвір свища вводили барвник (перекис водню з брильянтовим зеленим) для верифікації внутрішнього отвору, у просвіт фістули вводився зонд та виділявся дистальний тракт до сфінктера без пошкодження самого тракту; наступним етапом проводили кюретаж маленькою ложкою Фолькмана та заводили зонд через внутрішній отвір, фіксували на зонді норицевий тракт і вивертали його внутрішньосфінктерну частину в просвіт кишки та здійснювали лігування його якомога ближче до слизової оболонки прямої кишки.

Антибіотикопрофілактику починали за 1 год до операції з тривалістю 24 год. Пацієнтів оперували під спінальною анестезією на спонтанному диханні.

Післяопераційний догляд. Всі процедури виконувалися в стаціонарних умовах. Хворим

призначали протизапальні агенти, анальгетики та пом'якшувачі калу, застосовували ванночки два рази на день (за необхідністю) і завжди після дефекації. Пацієнти регулярно переглядалися в поліклініці через 2 тижні після операції. Подальше спостереження проводились через 2-4-тижневі інтервали. Для пацієнтів, у яких підозрювали рецидив фістули в різні строки після операції, підтвердження з використанням МРТ було обов'язковим.

Результати досліджень та їх обговорення

З 26 хворих 19 (73,1%) були чоловіки у віці $40,58 \pm 8,99$ років (медіана 37,5 [28-60]). Медіана ІМТ склала 25,8 [21-39] кг/м². У 8 (30,8%) спостерігалось одне або кілька супутніх захворювань: 5 (19,2%) пацієнти мали гіпертензію, ішемічну хворобу серця, а 3 (11,5%) – цукровий діабет другого типу. Медіана відстані між зовнішнім отвором і анусом становила $4,73 \pm 1,28$ см (медіана 4 [3-8]). 7 (26,9%) пацієнтів пройшли передопераційну МРТ. 5 (19,2%) хворих до виконання мінімально інвазивної сфінктеросберегаючої операції LIFT були оперовані в інших лікувальних закладах з приводу гострого парапроктиту (розтин абсцесу та дренивання. Час операції у всіх 26 хворих склав $49,6 \pm 9,6$ (медіана 48 [35-67]) хв (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика хворих, що досліджувались

Дані, що оцінювались:	
Кількість хворих	26
Чоловіча стать (%)	19 (73,1%)
Середній вік (роки)	$40,58 \pm 8,99$ (медіана 37,5 [28-60])
Медіана ІМТ (кг/м ²)	25,8 [21-39]
Супутні захворювання (%)	8 (30,8%)
Медіана відстані між зовнішнім отвором і анусом (см)	$4,73 \pm 1,28$ (медіана 4 [3-8])
Попередня операція з приводу гострого парапроктиту (%)	5 (19,2%)
Тип фістули (%): трансфінктерний неускладнений, вперше діагностований	26 (100%)

Післяопераційні ускладнення виникли у 2 (7,7%) хворих та були усунені за допомогою консервативних методів лікування. Летальних випадків не було (табл. 2).

Таблиця 2

Аналіз результатів лікування хворих

Значення	Змінна (% або діапазон)
Час операції, хв	$49,6 \pm 9,6$ (медіана 48 [35-67])
Післяопераційні ускладнення, %	2 (7,7%)
Післяопераційна летальність, %	0
Медіана спостереження після операції, тижні	21 [6-48]
Успіх після LIFT, %	22 (84,6%)
Рецидив фістули, %	4 (15,4%)
Середній інтервал часу до рецидиву, тижні	$20,89 \pm 11,15$ (медіана 15 [8-40])



Медіана тривалості спостереження після операції становила 21 тиждень [6-48]. Успіх спостерігався у 22 (84,6%) пацієнтів. Наприкінці цього спостереження у 4 (15,4%) хворих виник рецидив після LIFT, інтервал часу до рецидиву склав $20,89 \pm 11,15$ тижнів (медіана 15 [8-40]). У всіх випадках рецидиви виникли при значному рубцевому процесі в зоні операції, тому всі рецидивні свищі перетворилися на міжсфінктерні. Всім хворим були виконані повторні втручання у вигляді фістулотомії.

Щонайменше шість різних технічних варіантів, після описаної процедури LIFT 2007 року, були визначені в літературі [8]. Оскільки безпосереднього порівняння між технічними варіантами ще не було зроблено, залишається складним з'ясувати справжню ефективність класичного LIFT або будь-якого з його технічних варіантів [13]. Так, техніка LIFT без висічення свищового тракту представляє собою незначну модифікацію операції [7]. Показник успішності у 47-94,2% повідомлявся з використанням цього варіанту техніки LIFT [10, 14-17]. Ми переконані, що успіх після цих операцій залежить від належної ідентифікації свищового тракту та обробки його дистальної частини без пошкодження, а також надійної обробки внутрішнього отвору фістули. В даний час можуть виникнути певні суперечки щодо визначення невдачі після операції, персистенції та рецидиву анальної фістули після операції. У будь-якому випадку успіх після процедури LIFT може бути об'єктивно визначений як повне післяопераційне загоєння, як вихідного отвору фістули, так і межсфінктерної рани. Нарешті, рецидив може розглядатися як повторне виникнення свища після повного загоєння рани [6]. Концептуально мабуть вірно, що всі невдачі включають в себе міжсфінктерну рану і всі рецидиви повинні мати тракт від попереднього внутрішнього отвору до зовнішнього отвору.

Деякі автори запропонували використання дренажу (seton) перед процедурою LIFT як ефективного засобу проти невдачі після операції, хоча це не згадувалося в оригінальній описовій публікації [7]. Але дослідження

показали, що попереднє використання дренажу перед LIFT не впливало на показники успішності [9, 11, 12]. Більш того, при аналізі об'єднаних даних чотирьох досліджень пацієнтів, які перенесли процедуру LIFT з передопераційним дренажем і без нього, достовірної різниці, пов'язаної з попереднім дренажем, не було досягнуто (0,96; 95% ДІ 0,8-1,16; $p = 0,69$), [13]. Незважаючи на це, результати, що наведені, слід інтерпретувати з обережністю, оскільки в трьох серіях випадків початковий дизайн дослідження не був спрямований на дослідження або порівняння результатів пацієнтів з/та без розміщення дренажу.

У нашому дослідженні було встановлено, що 84,6% пацієнтів на трансфінктерні анальні фістули вилікувалися після запропонованої нами модифікованої мінімально інвазивної процедури LIFT. Більш того, операція виявилася безпечною та легкою для виконання. Зрештою, оскільки не використовувалися спеціалізовані або дорогі матеріали, такі як лазер, колагенові пробки або відіо-асистовані пристрої, процедура, на наш погляд, є привабливою для лікування цієї категорії хворих особливо в країнах, що розвиваються.

Основні обмеження нашого дослідження впливають з його непорівняльного дизайну, від обмеженого контролю та відсутності оцінки щодо змінних, пов'язаних з невдачею після LIFT. Потрібні подальші дослідження для виявлення факторів ризику неефективності лікування та ефективності LIFT порівняно з іншими операціями зі збереженням сфінктера для анальних фістул.

Висновок

Модифікована техніка LIFT є безпечною та ефективною для хірургічного лікування хворих на транссфінктерні анальні фістули. Досягнутий значний успіх після модифікованої методики LIFT (84,6%) свідчить про подальше можливе визначення застосування цієї операції у хворих на інші типи фістул та удосконалення самої методики операції для поліпшення результатів лікування і якості життя хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Abcarian A.M., Estrada J.J., Park J., et al. Ligation of intersphincteric fistula tract: early results of a pilot study. *Dis. Colon Rectum*. 2012; 55(7):778-782.
2. Aboulian A., Kaji A.H., Kumar R.R. Early result of ligation of the intersphincteric fistula tract for fistula-in-ano. *Dis. Colon Rectum*. 2011; 54:289-292.
3. Alasari S., Kim N.K. Overview of anal fistula and systematic review of ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT). *Tech. Coloproctol*. 2014; 18:13-22.
4. Amato A., Bottini C., De Nardi P., et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: a consensus statement developed by the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR). *Tech. Coloproctol*. 19:595-606.
5. Bleier J.I.S., Moloo H., Goldberg S.M. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas. *Dis. Colon. Rectum*. 2010; 53:43-46.
6. Campbell M.L., Abboud E.C., Dolberg M.E., et al. Treatment of refractory perianal fistulas with ligation of the



- intersphincteric fistula tract: preliminary results. *Am. Surg.* 2013; 79:723–727.
7. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungruang C., Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. *J. Med. Assoc. Thai.* 2007; 90:581–586.
 8. Ellis C.N., Rostas J.W., Greiner F.G. Long-term outcomes with the use of bioprosthesis plugs for the management of complex anal fistulas. *Dis. Colon Rectum.* 2010; 53: 798–802.
 9. Limura E., Giordano P. Modern management of anal fistula. *World J. Gastroenterol.* 2015; 21:12–20
 10. Liu W.Y., Aboulian A., Kaji A.H., et al. Long-term results of ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for fistula-in-ano. *Dis. Colon Rectum.* 2013; 56:343–347.
 11. Meinero P., Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. *Tech. Coloproctol.* 2011; 15:417–422
 12. Mendes C.R.S., Ferreira L.S. de M., Sapucaia R.A., et al. Video-assisted anal fistula treatment: technical considerations and preliminary results of the first Brazilian experience. *ABCD Braz. Arch. Dig. Surg.* 2014; 27:77–81.
 13. Mushaya C., Bartlett L., Schulze B., et al. Ligation of intersphincteric fistula tract compared with advancement flap for complex anorectal fistulas requiring initial seton drainage. *Am. J. Surg.* 2012; 204:283–289.
 14. Sirikurnpiboon S., Awapittaya B., Jivapaisarnpong P. Ligation of intersphincteric fistula tract and its modification: Results from treatment of complex fistula. *World J. Gastrointest. Surg.* 2013; 5:123–128.
 15. Steele S.R., Kumar R., Feingold D.L., et al. Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis. Colon Rectum.* 2011; 54:1465–1474.
 16. Tan K-K., Tan I.J., Lim F.S., et al. The anatomy of failures following the ligation of intersphincteric tract technique for anal fistula: a review of 93 patients over 4 years. *Dis. Colon. Rectum.* 2011; 54:1368–1372.
 17. Yassin N.A., Hammond T.M., Lunniss P.J., et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review. *Colorectal Dis.* 2013; 15:527–535.



МИНИМАЛЬНО
ИНВАЗИВНЫЕ ЛИГАЦИИ
ФИСТУЛЬНОГО
ТРАКТА (LIFT) ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С ТРАНССФИНКТЕРНЫМИ
АНАЛЬНЫМИ
ФИСТУЛАМИ

*И. А. Криворучко,
К. Ю. Пархоменко,
О. П. Божко,
Т. М. Фирсик*

Резюме. Лучшее лечение анальной фистулы должно включать ликвидацию очага инфекции и способствовать заживлению свищевого тракта, сохраняя при этом комплекс анального сфинктера и полную его функциональность.

Было проведено проспективное исследование хирургического лечения 26 больных с трансфинктерными анальными свищами с использованием операции LIFT в период с января 2017 по январь 2019 года. Из 26 пациентов с трансфинктерной фистулой, которых оперировали с помощью модифицированной операции LIFT, 19 (73,1%) больных были мужчины в возрасте $(40,58 \pm 8,99)$ лет (медиана 37,5 [28-60]). Медиана ИМТ составила 25,8 (21-39) кг/м². Медиана наблюдения составила 21 ([6-48]) неделю. Успех наблюдался у 22 (84,6%) пациентов. Модифицированная техника LIFT является безопасной и эффективной для хирургического лечения больных с трансфинктерными анальными свищами. Достигнутый значительный положительный результат после модифицированной методики LIFT (84,6%) свидетельствует о дальнейшем возможном применении этой операции у больных на другие типы свищей и совершенствование самой методики операции для улучшения результатов лечения и качества жизни больных.

Ключевые слова: *трансфинктерна анальная фистула, техника LIFT, послеоперационные осложнения, отдаленные результаты.*

MINIMALLY INVASIVE
LIGATION OF FISTULAL
TRACT (LIFT) IN SURGICAL
TREATMENT OF PATIENTS
WITH TRANSSPHINCTERIC
ANAL FISTULAS

*I. A. Kryvoruchko,
K. Yu. Parkhomenko,
O. P. Bozhko, T. M. Firsyk*

Summary. The best treatment for anal fistula should include the elimination of the infection site and promote the healing of the fistula, while maintaining the complex of anal sphincter and its full functionality.

A prospective study of the surgical treatment of 26 patients with transsphincteric anal fistulas using a LIFT operation from January 2017 to January 2019 was conducted.

Of the 26 patients with transsphincteric fistulas who operated using the modified LIFT procedure, 19 (73.1%) of the patients were men at the age of (40.58 ± 8.99) years (median 37.5 [28-60]). The median BMI was 25.8 (21-39) kg/m². The fistulas was transsphincteric in all cases. The median follow-up was 21 ([6-48]) weeks. Success was observed in 22 (84.6%) patients.

The modified LIFT technique proved to be safe and effective in the surgical treatment of transsphincteric anal fistulas. Significant success after the modified method of LIFT (84.6%) suggests further possible definition of the use of this operation in patients with other types of fistulas and improvement of the procedure itself for improving the treatment outcomes and quality of life of patients.

Key words: *transsphincteric anal fistula, LIFT technique, postoperative complications, remote results.*