

СЪВРЕМЕННО ЛЕЧЕНИЕ НА АНАЛНИТЕ ФИСТУЛИ

С. Илиев, П. Тончев, И. Пресолски, В. Грозев, П. Мирочник, Е. Филипов,
К. Недялков, И. Ристовски, Е. Карастоянов, Д. Нгуен

Първа клиника по хирургия, Отделение по колопроктология и гнойно-септична хирургия, УМБАЛ “д-р Георги Странски”-Плевен

ABSTRACT

Аналната фистула е състояние, което е описано практически от началото на медицинската история. Хипократ около 430 г. пр.н.е. описва това заболяване и прилага лигатурен метод за неговото лечение, който се използва с известна модификация и днес. При избора на метод за лечение от основно значение е предоперативното определяне на типа фистула. Фистулите най-често се подразделят на четири различни категории, базирани на отношението им спрямо вътрешния и външния анал сфинктер. Резултатите от хирургичната интервенция при перианални фистули могат да варират в широки граници при различните хирурзи. Те зависят от сложността на фистулата. Често лошите резултати от предприетото лечение не се съобщават. Обикновено има реципрочна корелация между рецидиви и фекална инконтиненция. Доклади с нисък процент рецидиви обикновено са свързани с висок процент на инконтиненция и обратно. Въпреки това е изключително трудно да се сравняват резултатите от тези проучвания поради липсата на стандартизиран подход. Много проучвания, обхващащи голям брой пациенти, имат неадекватно проследяване. Тъй като много автори не дефинират инконтиненцията, читателят често не е запознат с това, дали проблемът е постоянен или временен, дали инконтиненцията е на твърди или течни фекални маси или само на газове. Липсата на стандартна международна класификация прави невъзможно правилната комуникация между различните хирурзи. Като резултат от това не е възможно да се сравнят резултатите от проучванията на различните автори. Много доклади съобщават само сложни фистули, докато в други са включени и голям брой прости. Това поне отчасти обяснява огромните разлики в резултатите на различни автори. Друг проблем е проследяването на пациентите. Докладите, обхващащи голям брой пациенти, по-често имат добра информация от проследяването на пациентите. Периодът на проследяване също е от значение. Често при по-краткотрайно проследяване не се наблюдават рецидиви и усложнения. Хирургичната техника на хирурга също е от значение, както и старанието при проследяването и контролните прегледи на пациентите. Най-много хирурзи са изгубили репутацията си поради последиците от операции на фистули, отколкото след всяка друга оперативна процедура. В САЩ инконтиненцията дори след правилно проведената операция за анална фистула е една от най-честите причини за това, пациентът да съди своя лекар. Хирургът, който има късмет да е първоначалния оператор, е с най-добър шанс да излекува пациента и да ограничи усложненията и инконтиненцията.

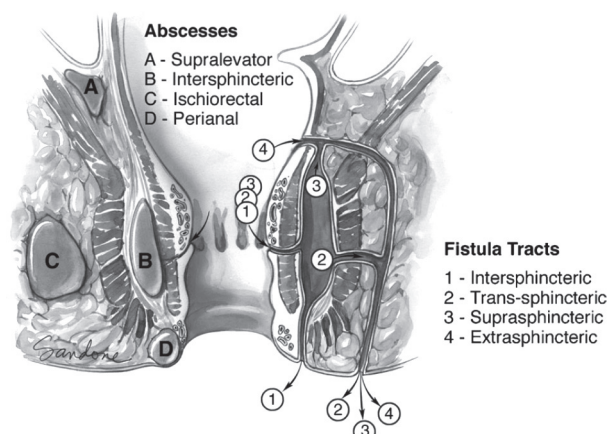
Ключови думи: *анална фистула, анална инконтиненция, диагностика, лечение, следоперативни резултати*

Address for correspondence:

д-р С. Илиев
Първа клиника по хирургия
Отделение по колопроктология и гнойно-септична
хирургия
УМБАЛ “д-р Георги Странски”-Плевен
бул. „Георги Кочев“ № 8А, Плевен
e-mail: sergeyiliev@gmail.com

ВЪВЕДЕНИЕ

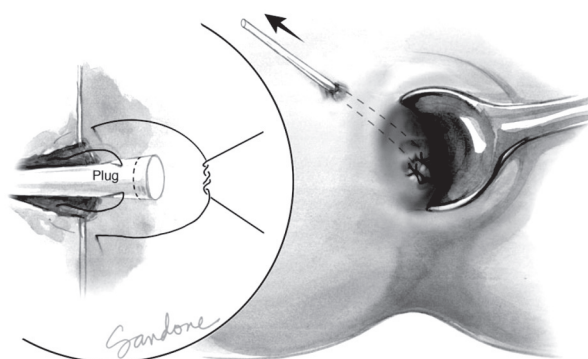
Аналната фистула е състояние, което е описано практически от началото на медицинската история. Хипократ около 430 г. пр.н.е. описва това заболяване и прилага лигатурен метод за неговото лечение, който се използва с известна модификация и днес. Фистулотомията и оставянето на фистулния тракт е описана и въведена като метод за лечение на аналните фистули от John Arderne през 1376 г. С малки вариации, това е същият метод, който най-често се използва и днес. Percivall Pott в трактата си за фистулите постулира три метода за лечение на това заболяване: каустични (изгаряне), лигатура и инцизия (17). При избора на метод за лечение от основно значение е предоперативното определяне на типа фистула. Фистулите най-често се подразделят на четири различни категории, базирани на отношението им спрямо вътрешния и външния анален сфинктер. Според класификацията на Паркс (52) фистулите биват интерсфинктерни, транссфинктерни, супрасфинктерни и екстрасфинктерни (фиг. 1).



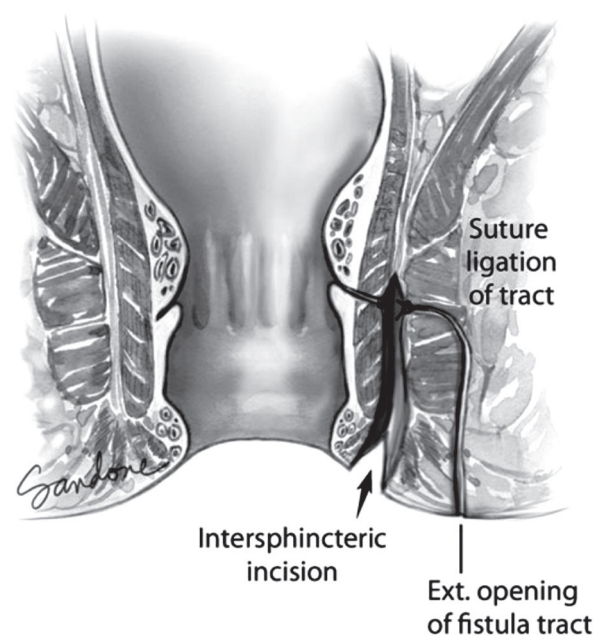
Фиг. 1. Класификация на перианалните фистули в зависимост от отношението им спрямо аналния сфинктерен комплекс (цит. по 55)

ДИАГНОСТИКА

При обследването на перианалната област се установява външният отвор на аналната фистула. Аноскопията не дава по-добри резултати от ректалното туширане, а приложението ѝ понякога е болезнено и невъзможно. Ултразвукът изследване на перинеума и аналния канал е по-показателно. Показателността и точността на изследването се увеличават след инсуфлира-



Фиг. 2. Прилагане на плъг за запушване на фистулния тракт (цит. по 55)



Фиг. 3. LIFT-техника (цит. по 55)

нето на водороден прекис през фистулния отвор по време на изследването и достига 84-90% (2,3). Фистулографията влиза в съображение при установяване на вида, характера и разположението на фистулния ход, неговото отношение към лумена на ректума и наличието на добавени фистулни ходове. Данните от КАТ с инсуфлирането през фистулния отвор на контраст или водороден прекис са значително по-показателни в сравнение с фистулографията. На направените аксиални срезове се виждат фистулните канали и вътрешният отвор в стената на ректума.

Табл.1. Манометрично проучване на Chang и Lin (15)

Максимално анално налягане при покой (mm Hg)	Преди операцията	След операцията	p
мъже	77,2±30,4	58,8±24,1	0,001*
жени	63,8±22,4	45,1±20,9	0,022*
години >50	62,3±18,5	47,6±20,0	0,018*
години <50	82,3±20,3	68,2±16,0	0,015*
всички пациенти	71,6±21,7	57,5±22,1	0,002*

*значими разлики

Табл. 2. Нарушение на континенцията (по Chang и Lin, 15)

Показатели	n	Добра %	Нарушение на континенцията (%)	p
всички пациенти	45	62	38	
пол				
мъже	29	72	28	0,048
жени	16	44	56	
възраст				
години >50	22	55	45	0,305
години <50	23	70	30	
Предоперативно максимално анално налягане				
> 70 mm Hg	22	78	22	0,023
<70 mm Hg	23	44	56	

Табл. 3. Резултати от приложението на пластика с проксимално ламбо

Автор	N	Рецидив (%)	Инконтиненция на газове (%)	Инконтиненция на фекалии (%)	Зацапване (%)
Aguilar <i>et al.</i> (1985)	189	3	13	0	-
Wedell <i>et al.</i> (1987)	27	0	3	0	-
Shemesh <i>et al.</i> (1988)	8	1	0	0	0
Lewis <i>et al.</i> (1995)	11	1	0	0	-
Ozuner <i>et al.</i> (1996)	19	6	-	-	-
Miller, Finan (1998)	25	5	0	0	-
Ortiz, Marzo (2000)	1033	7	5	3	0

Приложението на ЯМР за оценка на топографо-анатомичните взаимоотношения на фистулните ходове и аноректума е златен стандарт за оценка на фистулата и избора на оперативната тактика (40,41). ЯМР дава възможност за предоперативна класификация на аналните фистули с висока точност, като същевременно преду-

преждава хирурга за заболяване, което би могло да бъде пропуснато и да опорочи резултата от лечението. Този тип изследване е особено полезен при пациенти с рецидивиращи, сложни фистули, защото дава възможност за откриване на вторични фистулни ходове, пропуснати при предшествващите операции. Рецидивите при пациентите, оперирани без ЯМР, достигат 57%, до-

като при оперираните след ЯМР-диагностика са едва 16%. Аналната тонометрия дава обективни данни за функционалното състояние на аналния сфинктер и за степента на континенция. Тя база за оценка въздействието на проведеното лечение върху аналната функция.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечението на аналните фистули цели да балансира отличния резултат с липсата на рецидив и постоперативна анална инконтиненция. Има редица спорни въпроси за най-подходящия метод, които касаят най-вече пациенти с комплексни, високи или вече оперирани фистули с различна тежест на увредата на сфинктерния апарат. Разработен е алгоритъм за вземане на решение за избор на оперативен метод (55). Групата за практически стандарти на Американското дружество на хирурзите на колона и ректума през 2011 г. предлагат следните параметри за лечение на перианалните абсцеси и перианалните фистули, базирани на резултатите от прилагането на подхода на медицината, базирана на доказателствата (65):

Лечение на прости анални фистули

1. Простите анални фистули могат да бъдат третирани чрез фистулотомию. Марсупиализацията може да подобри зарастването на раната.
2. Едноетапна фистулотомию с инцизия и дренаж могат да се приложат при селектирани пациенти с аноректален абсцес и фистула.
3. Прости анални фистули могат да се лекуват чрез дебридмент и фибриново лепило.

Лечение на комплексни анални фистули при запазване целостта на сфинктерния апарат и континенцията

1. Комплексните анални фистули могат да се лекуват с дебридмент и фибриново лепило.
2. Запушалките на аналните фистули могат да се използват за лечение на комплексни анални фистули.
3. Ендоаналната пластика може да се прилага за лечение на анални фистули.

4. Фистулотомията е друг вариант за лечение на сложните фистули.

5. Комплексните фистули могат да бъдат третирани чрез интерсфинктерно лигиране на фистулния тракт (LIFT-техника).

Тези препоръки не разглеждат топографо-анатомичните взаимодействия на фистулния тракт и сфинктерния маншон. Лечението на аналните фистули, съобразено с класификацията на Паркс, включва няколко типа хирургични процедури.

Лечение на интерсфинктерните фистули

Различаваме пет типа интерсфинктерни анални фистули според фистулния ход: единичен нисък ход; висок, сляп ход; висок ход, с втори отвор в ректума; висок ход без отвор на перинеума и висок ход със супралеваторен абсцес без перинеален отвор. Интерсфинктерните фистули могат да бъдат излекувани дифинитивно с минимални усложнения и нарушения на сфинктерната функция и континенцията. Паркс (51) съветва да се ексцизира част от вътрешния анален сфинктер заедно със фистулния тракт и съединителната тъкан в интерсфинктерния план, като по този начин се отстранява цялата потенциално инфектираната glandуларна тъкан. Този оперативен подход не води до нарушения в континенцията. Рецидив при лечението на интерсфинктерните фистули е възможен при пропускане на вторичните ходове и непълното им отваряне. Резултатите от манометрично проучване (15) след лечението на интерсфинктерните фистули с дисцизия и ексцизия са показани на табл. 1. Отчита се снижение на аналното налягане в покой в дисталните 1-2 см на аналния канал. Нарушение в аналната континенция е установено при 38% (табл. 2) (15).

Лечение на трансфинктерните фистули

Съществуват четири основни техники на лечение на средните и високите трансфинктерни фистули. Най-разпространената техника е фистулотомията. Нарушение в континенцията се открива при 1/3 от случаите (8), а за успех се съобщава при 97% (18).

Вторият метод е сетон фистулотомию за период от 1 до 4 седмици, което не нарушава сфинктерната функция поради бавното разси-

чане на сфинктера с едновременното образуване на фиброзна тъкан (7,36,71). В някои серии функционалните резултати от сетон фистулотомията са сравними с фистулотомията, но честота на рецидивите може да е висока (8). Скорошни проучвания показват ниско ниво на рецидиви и различна честота на нарушение на континенцията (15,16).

Третият подход е ексцизията на фистулния тракт (8), за да може долната част на външния сфинктер и ако е възможно - и на вътрешния сфинктер - да бъдат запазени и аналният дефект да бъде затворен с директно зашиване (51) или със заплата от аноректума (37,50). Адвансед флап пластиката се превръща в популярен метод, като може да се използва лигавица от аноректума или кожа от перинеума. Алтернатива е техниката на Martius с лабиално ламбо при ректовагиналните фистули.

Четвъртата техника се използва предимно за високи фистули чрез изсичане на фистулата с последваща сфинктерна реконструкция под протективна стома (16).

Лечение на супрасфинктерните фистули

Тези фистули са следствие на интерсфинктерна фистула със сляп вторичен висок ход, усложнен от абсцес, който се евакуира спонтанно или по-често се дренира през леваторите в ишио-ректалната ямка. След правилното идентифициране фистулният ход, лежащ латерално от външния сфинктер, се изрязва и дефектът на мускулус леватор ани се затваря, за да може фистулата да бъде конвертирана в първоначалния ѝ интерсфинктерен вид. Тогава резидуалната фистула се отваря на втори етап. Друг подход е изрязване на тракта и затваряне на вътрешния отвор с транспозиция на ламбо. В съображение влиза методът на Темелков за лечение на рецидивиращи супралеваторни фистули със сакрален достъп и ексцизия на фистулния ход. При високите фистули с вторичен отвор в ректума с успех се прилага ТЕМ за верифициране и ликвидиране на вътрешния отвор (1). При хронични рецидивиращи пелвиоректални фистули може да се приложи авторската методика на Темелков за сагитална или латерална ректотомия и дрениране на фистулата в ректалния лумен (4).

Лечение на екстрасфинктерните фистули

Екстрасфинктерните фистули най-често са следствие от травма, предишно лечение на анални фистули или са вторични поради възпалително заболяване като болест на Крон и туберкулоза. Лечението на не-Кроновите фистули изисква ексцизия на тракта и затваряне на дефекта в ректума посредством пластика с транспозиция на ламбо (37,50). Тези операции традиционно се извършват под протекцията на проксимална стома. Резултатите от приложението на пластика с ламбо при затваряне на вътрешния отвор за лечение на екстрасфинктерните анални фистули са представени на табл. 3. При лечение на екстрасфинктерните фистули с успех се прилага ТЕМ за верифициране и обработване на вътрешния отвор след ексцизия на фистулния тракт (22).

Лечение на подковообразните фистули

Подковообразните фистули могат да се разделят на интерсфинктерни, супрасфинктерни, екстрасфинктерни и трансфинктерни. Има четири подхода при лечението на подковообразни фистули.

Първият и традиционен метод е отваряне на всички фистулни ходове, идентифицирайки вътрешния отвор. Съществуват два главни недостатъка: пролонгирано зарастване и нарушаване на континенцията поради лезия на външния анален сфинктер (68). По-консервативният подход включва частична фистулектомия с отстраняване на вътрешния отвор и „г“-образната част от фистулния ход, като частта, преминаваща през външния и вътрешния сфинктер, само се кюретира²⁸. Дълбокото постанално пространство се достига посредством задна средина инцизия от вътрешния отвор при денталната линия до опасната кост, като се нарушава целостта на долната част на вътрешния сфинктер и подкожната част на външния сфинктер (32). Повърхностната част на външния сфинктер се разделя успоредно на фибрите, без да се прерязват (32). Третият начин е да се извърши фистулектомия, за да се отстранят всички фистулни ходове като всеки дефект в мускула се сутурира директно. Вътрешния отвор се покрива с ламбо (11). Четвъртият подход е приложението на

лигатурния метод за разсичане на трансфинктерния ход, комбиниран с отваряне на страничните фистулни ходове (28,32). Специално внимание трябва да се обръща на подковообразните фистули при жени поради липсата на подкрепа на предната част на външния анален сфинктер от пуборекталния мускул, което може да доведе до инконтиненция при фистулектомия или фистулотомия (56,57).

Лечение на комплексните анални фистули при запазване целостта на сфинктерния апарат и континенцията

Нарушаването на целостта на който и да е от мускулите, формиращи сфинктерния маншон, при лечението на аналните фистули крие риск от развитие на постоперативна инконтиненция (15). Това налага прилагането на методи, щадящи аналния сфинктер, като пломбиране на фистулния ход с фибриново лепило или колагенови биопротези. Инжектирането на фибриново лепило във фистулния ход при комплексните фистули предпазва аналния сфинктерен апарат от лезии и води до оздравяване при 60% от случаите (9). От друга страна, има съобщение за провал в лечението при 90% от случаите след употреба на фибриново лепило (10). Постига се оздравяване при 1/5 до 2/3 от болните при лечението на криптогландуларните фистули с фибриново лепило, без да има нарушение на континенцията (14). Две рандомизирани проспективни проучвания (38,62) сравняват техниката с фибриново лепило при лечението на ниски прости фистули спрямо фистулотомията. Успех с фибриново лепило е постигнато при 3 от 6 пациенти срещу 7 от 7 пациента с фистулотомия. При високите комплексни фистули фибриновото лепило води до оздравяване в 9 от 13 случая (69%), сравнено с конвенционалното лечение, където успех е постигнат в 2 от 16 случая (13%) ($p=0,003$). Успех се постига при 73,53% (25/34), като пациентите с рекурентни фистули са с по-слаби добри крайни резултати при честота на успеваемост само 50% (2/4) (5). Нарушение в континенцията е регистрирана само при пациентите, претърпели конвенционално лечение (5). Използването на биопротези за запълване на фистулния канал също не нарушава целостта на сфинктерния маншон и запазва континенцията (фиг. 2). Налице е успех

при 68% и рецидив при 32% след лечението на комплексните анални фистули със свински биопротези (21,22) и при 81% - с колагенови биопротези (21). Съобщава се за успешно прилагане на Surgisis® AFP™ Anal Fistula Plug при лечението на трансфинктерни и екстрасфинктерни фистули (6). Комплексните фистули могат да бъдат третирани чрез интерсфинктерно лигиране на фистулния тракт (LIFT-техника) (фиг. 3). Чрез интерсфинктерен достъп трактът може да бъде идентифициран, лигиран и отделен с последващо затваряне на вътрешния отвор и дренаж на външния фистулен отвор. При прилагането на тази техника се минимализира травмата на аналния свинктерен комплекс. Няколко проучвания, свързани с тази нова техника, съобщават за затваряне на фистулата в 57-94% при среден период на проследяване от 3 до 8 месеца. Процентът на рецидивите варира от 6 до 18% (13,58,61). В 3 големи проучвания не се съобщава за нарушение на аналната континенция или усложнения на метода. За съжаление данните все още са твърде оскъдни, за да позволят генерални изводи и включването на техниката в терапевтичните алгоритми.

Описана е техника за лечение на високи и рецидивиращи фистули, при която парциалната ексцизия на фистулния тракт е последвана от въвеждането на верижки от полиметилметакрилат (РММА) кополимер (34). Раната се затваря първично, като верижките се вадят поетапно за период от 7-21 дни. В тази група предварителният доклад съобщава за 100% излекуване на пет пациенти. Концепцията е атрактивна поради липсата на разделяне на сфинктерните мускули, но са необходими допълнителни изследвания, преди да може да бъде препоръчана за употреба. В съображение влизат и прекъсването на пасажа и на втори етап извършването на фистулектомия с пластика на аналния сфинктер или транспозиция на мускулус грацилис. Прилагани са техники с гентамицинови перли без задоволителен резултат; изгаряне на фистулния канал с озон при 15 случая със спорен резултат (50), докато лечението със стволови клетки е все още в експериментален етап.

Анални фистули при болестта на Крон

Перинеалната патология е налице при 40 до 80% от пациентите с болестта на Крон, като наличието на перианална фистула представлява голям проблем при тези пациенти. Основното лечение на перианалните фистули при болестта на Крон е медикаментозното. Хирургичното лечение се прилага за контрол на сепсиса и понякога в опит окончателно да се елиминира персистирането на дефекта (65). Антибиотиците са ефективни, особено при фистулна болест. Прилагат се метронидазол и флуорохинолони, като подобрение се наблюдава при над 90% от пациентите. Има оскъдна информация за приложението на азатиоприн, 6-меркаптопурин, циклоспорин и такролим за лечение при тези пациенти. В последно време все по-голяма популярност придобива използването на infliximab – мноклонално антитяло срещу тумор-некротичен фактор алфа. Такова лечение води до по-висок процент на излекувани от перианални фистули пациенти с болест на Крон, като пълно зарастване се съобщава при 46% от болните (65). Решението за предприемане на хирургична интервенция при перианални прояви на болестта на Крон трябва да бъде съобразено с индивидуалните фактори при всеки пациент, като се има предвид тежестта на основното заболяване. За съжаление, въпреки големите усилия, които се полагат за лечението на тези пациенти, често се налага извършване на проктектомия като последен възможен вариант (65).

1. Асимптомните фистули при пациенти с болестта на Крон не изискват хирургичско лечение.
2. Аналните фистули при пациенти с перианална форма на болестта на Крон могат да бъдат вторични вследствие на друга локализация на болестта или резултат от крипогландуларен абсцес. Независимо от етиологията пациентите с асимптоматични фистули и без данни за локален сепсис не подлежат на хирургично лечение (42,63). Тези фистули могат да останат без явни прояви за продължителен период от време, поради което пациентите не бива да бъдат подлага-

ни на ненужна хирургична интервенция. Симптоматичната проста ниска перианална фистула при пациентите с болест на Крон може да бъде третирана с фистулотомиа. Фистулотомията е безопасен и ефективен метод при ниски прости фистули, без или с минимално засягане на външния анален сфинктер. Като се има предвид хроничния ход на заболяването и честите рецидиви, е от изключително значение запазването на функцията на сфинктерния апарат. За това преди предприемането на операцията трябва да се имат предвид всички фактори, имащи отношение към изхода от лечението, и по-специално - тежестта на аноректалното засягане, сфинктерния статус, аналната континенция, наличието на проктит, предхождащи хирургически интервенции в засегнатия сегмент и консистенцията на изпражненията. С подходяща селекция на пациентите оздравяване се наблюдава при 56-100% от пациентите с лека инконтиненция при 6-12% (12,18,60). Това може да се дължи отчасти на повтарящите се фистулотомии при пациенти с рецидив на заболяването. Оздравяването при тези пациенти може да бъде протрахирано - в рамките на 3 до 6 месеца.

3. Комплексните фистули при болестта на Крон могат да бъдат палиативно третирани с дълготраен дренаж и лигатура. За комплексни фистули, асоциирани с болест на Крон, дълготрайното налагане на лигатура (6 седмици) напр. силастик-катетри, може успешно да контролира секрецията от фистулата. Въпреки приложеното лечение, рецидивиращ сепсис е налице при 20-40%, а между 8 и 13% от пациентите съобщават за лека фекална секреция (20,25,66). По-нови данни за комбинираното приложение на лигатура и infliximab водят до затваряне на фистулите при 24 до 78% от пациентите след инициална терапия, като 25 до 100% от пациентите отговарят на повторни курсове с infliximab (27,29,67).

4. Комплексните фистули при пациенти с болестта на Крон могат да бъдат третиранни с пластика, ако не е засегната ректалната мукоза. Ендоректалният и аноректалният епител може да бъде използван за пластика на вътрешния отвор на фистулата при селектирани пациенти. Успеваемостта непосредствено след операция варира между 64-75% (47,64). Рецидивите се увеличават с удължаването на периода на наблюдение. Ректовагиналните фистули при болестта на Крон се излекуват между 40 и 50% при прилагането на пластика (30). Лечението на проктита може да позволи прилагането на пластика на по-късен етап.
5. Комплексните фистули при болест на Крон могат да наложат девиация на пасажа или проктектомия при пациенти със заболявания, неповлияващи се от други методи. Малък брой от пациентите с тежко засягане на периааналната област, агресивен ход на заболяването и неповлияване от други методи на лечение могат да бъдат подложени на прекъсване на пасажа или проктетомия за контрол на сепсиса от периаанален произход (29). За пациенти с комплексна периаанална форма на болестта на Крон отклоняването на пасажа варира от 31% до 49%. Предсказващите фактори са съпътстващи заболявания на дебелото черво, персистиращ сепсис от периаанален произход, предхождащо отклоняване на пасажа, фекална инконтиненция и стеноза на аналния канал. Въпреки оптималната медикаментозна и минимално инвазивна терапия между 8% и 40% от болните биват подложени на проктетомия за контрол на рецидивиращите симптоми (12,39).

Анални фистули и аноректален карцином

Рядко карциномите могат да се развият на базата на хронична анална фистула. Getz et al. Описани са два случая и се отбелязва, че има по-малко от 150 описани случая в литературата (19,27,54). Описани са седем пациента с карцином, произхождащ от аноректална фистула, свър-

зана с болестта на Крон и 33 пациента, вече описани в литературата (35). Представят се три случая на вилозен тумор, произхождащ от анални фистули (46). Счита се, че хроничното персистиращо възпаление е предпоставка за малигна дегенерация. Наличието на туморна маса, кръвениста секреция и увеличен муцинов ексудат се считат за показателни за съпътстващ малигнен процес (33). За съжаление забавянето на диагнозата е често срещано явление. Диференциалната диагноза включва карцином на аналния канал (епидермоиден или клоакогенен) с фистула, карцином на ректума с фистула, супуративен хидраденит с малигна дегенерация и карцином (23,33,49). Има съобщения за разпространяване на карцином на дебелото черво в предхождаща го фистула (30,59). Това твърдение подкрепя тезата, че при наличието на периаанален малигнен процес трябва да се изследва внимателно целият дебелочревен тракт. Биопсията, особено от фистулите, които персistirат за по-продължителен период от време, е силно препоръчителна. С голяма важност е хистологичното изследване на всички материали от фистулата при пациенти, суспектни за малигнен процес. Абдоминоперинеалната резекция с постоперативна лъче- и химиотерапия може да бъде потенциална лечебна интервенция.

Следоперативни грижи

Постоперативните грижи за раната могат да бъдат толкова важни, колкото и оперативната интервенция. Основните цели при лечението на пациент с периаанална фистула е зарастването на раневия дефект от дълбочина и избягването на преждевременен контакт и зарастване на противоположните кожни ръбове. За пациента се изработва диета. Аналгетици се прилагат при нужда. Някои хирурзи предпочитат използването на превръзки, напоени със натриев хипохлорид (Milton, Dakin's или Eusol), за да раздалечават кожните ръбове, но такива превръзки често са ненужни (53). Пациентите трябва да правят топли бани по три пъти на ден за поддържане на перинеалната хигиена и по-добър комфорт. Може да се приложи и меко разхлабително перорално. Някои автори препоръчват приемането на вещества, спомагащи оформянето на фекалните маси, докато раната зарасне. Големи-

те фекални маси, които се образуват в резултат на това, създават един вид физиологична дилатация. Поради травмата върху отделни мускулни влакна някои пациенти могат да изпитват известно неволево изтичане на фекални маси в ранния следоперативен период, особено ако изпражненията са с по-течна консистенция. Въпреки това, ако аноректалният пръстен е интактен, пациентите възвръщат континенцията си за 7-10 дни след операцията (53). Времето за заздравяване зависи от комплексността на фистулата. Фистулотомия при проста фистула може да зарастне за 4-5 седмици, докато при комплексната фистула този процес може да отнеме няколко месеца. Повечето неусложнени фистули заздравяват за около 12 седмици след операцията (69). Внимателното изследване показва изключително дълъг период от време до пълното зарастване при много пациенти, въпреки че този резултат не бива да ни изненадва. Съобщава се за дълъг период на зарастване след оперативна интервенция (43,52). Многобройни фактори са свързани със забавеното заздравяване. Това забавяне е толкова по-голямо, колкото по-комплексна е фистулата: напр. фистули с екстраректално разпространение или с висок сляп тракт отнемат много време, за да заздравеят. Забавеното зарастване е често при пациенти с възпалителни заболявания на червата.

РЕЗУЛТАТИ

Резултатите от хирургичната интервенция при перианални фистули могат да варират в широки граници при различните хирурзи. Те очевидно зависят от сложността на фистулата. Често лошите резултати от предприетото лечение не се съобщават. Обикновено има реципрочна корелация между рецидиви и фекална инконтиненция. Доклади с нисък процент рецидиви обикновено са свързани с висок процент инконтиненция и обратно. Въпреки това е изключително трудно да се сравняват резултатите от тези проучвания поради липсата на стандартизиран подход. Много проучвания, обхващащи голям брой пациенти, имат неадекватно проследяване. Тъй като много автори не дефинират инконтиненцията, читателят често не е запознат с това, дали проблемът е постоянен или временен, дали

инконтиненцията е на твърди или течни фекални маси и дали е само на газове. Липсата на стандартна международна класификация прави невъзможна правилната комуникация между различните хирурзи. Като резултат от това не е възможно да се сравнят резултатите от проучванията на различните автори. Много доклади съобщават само сложни фистули, докато в други са включени и голям брой прости фистули (52). Това поне отчасти обяснява огромните разлики в резултатите на различните автори. Ако имаше налична стандартна класификация, резултатите от различните методи за лечение на перианални фистули биха могли да се сравняват и да бъдат по-достоверни.

Друг проблем е проследяването на пациентите. Докладите, обхващащи голям брой пациенти, по-често имат добра информация от проследяването на пациентите. Съобщава се за проследени 94% от лекуваните пациенти (69). Периодът на проследяване също е от значение. Често при по-краткотрайно проследяване не се наблюдават рецидиви и усложнения. Трудно е да се разбере, защо има толкова големи разлики в резултатите на различни автори. Един от факторите е различието в популацията на пациентите. От значение са хирургичната техника на оператора, старанието при проследяването и контролните прегледи на пациентите. Най-много хирурзи са изгубили репутацията си поради последиците от операции на фистули, отколкото след всяка друга оперативна процедура. Усложненията на хирургията на фистулите включват фекално зацапване, изтичане на мукус, различна степен на инконтиненция (на газ и/или фекалии) и рецидивиращи абсцеси и фистули. В САЩ инконтиненцията дори след правилно проведена операция за анална фистула е една от най-честите причини за това, пациентът да съди своя лекар (53). Именно поради тази причина далновидният хирург ще положи специални усилия да обясни подробно съпътстващите рискове от процедурата. Факт е, че не съществува перфектен анален контрол след операция, ако аналната фистула преминава през значителна част от външния сфинктер. Хирургът, който има късмет да е първоначалния оператор, е с най-добър шанс да из-

лекува пациента и да ограничи усложненията и инконтиненцията.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гърбев, Г., К. Василев, П. Иванов. Трансанална ендоскопска микрохирургия. София, ВМА, 2010.
2. Танкова, Л., Ц. Цанков, Х. Дереджан, З. Гюрова. Контрастна усилена ендоанална и трансперианална ехография на перианални фистули.- *Хирургия*, 2005, № 6, 14-17.
3. Танкова, Л., К. Йончева. Съвременна концепция за патогенезата и лечението на аналните фисури.- *Съвр. мед.*, 2007, № 2, 74-79.
4. Темелков, Т. Сагитални или латерални ректотомии при хронични рецидивиращи пелвиоректални фистули - авторска методика.- В: XII. Национална конференция по колопроктология. Варна, 29.09.-01.10.2011 г.
5. Хаджиев, Б. Лечение на хроничните аноректални фистули чрез залепване с фибриново лепило.- *Хирургия*, 64, 2008, № 3, 41-52.
6. Хаджиев, Б. Нашият първоначален опит със Surgisis® AFP™ Anal Fistula Plug при лечение на аноректалните фистули.- *Хирургия*, 67, 2011, № 1, 33-38.
7. Цанков, Ц. По въпроса за терминологията на ано-ректалните абсцеси и фистули.- *Хирургия*, 60, 2007, № 4, 44-47.
8. Abcarian, H., G. Dodi, J. Girona, et al. Symposium: fistula-in-ano.- *Int. J. Colorectal Dis.*, 2, 1987, 51-71.
9. Abel, M. E., Y. S. Chiu, T. R. Russel, P. A. Volpe. Autologous fibrin glue in the treatment of rectovaginal and complex fistulas.- *Dis. Colon Rectum*, 36, 1993, 447-449.
10. Aitoloa, P., K. M. Hiltunen, M. Matikainen. Fibrin glue in perianal fistulas - a pilot study.- *Ann. Chir. Gynecol.*, 88, 1999, 136-138.
11. Athanasiadis, S., A. Kohler, M. Nafe. Treatment of high anal fistulae by primary occlusion of the internal ostium, drainage of the intersphincteric spaces and mucosa advancement flap.- *Int. J. Colorectal Dis.*, 9, 1994, 153-157.
12. Bell, S. J., A. B. Williams, P. Wiesel, K. Wilkinson, R. C. Cohen, M. A. Kamm. The clinical course of fistulating Crohn's disease.- *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 17, 2003, 1145-1151.
13. Bleier, J. L., H. Moloo, A. M. Goldberg. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas.- *Dis. Colon Rectum*, 53, 2010, 43-46.
14. Buchanan, G. N., P. Sibbons, M. Osborn, et al. Pilot study: fibrin sealant in anal fistula model.- *Dis. Colon Rectum*, 48, 2005, 532-539.
15. Chang, S. C., J. K. Lin. Change in anal continence after surgery for intersphincteric anal fistula: a functional and manometric study.- *Int. J. Colorectal Dis.*, 18, 2003, 111-115.
16. Christiansen, J., C. Ronholt. Treatment of recurrent high anal fistula by total excision and primary sphincter reconstruction.- *Int. J. Colorectal Dis.*, 10, 1995, 207-209.
17. Corman, M. L. Colon and rectal surgery. 5th ed. Philadelphia, Lippincott, 2005, 303-305.
18. Davies, M., D. Harris, P. Lohana, et al. The surgical management of fistula-in-ano in a specialist colorectal unit.- *Int. J. Colorectal Dis.*, 23, 2008, 833-838.
19. Dukes, C. E., C. Galvin. Colloid carcinoma arising within fistulas in the anorectal region.- *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 18, 1956, p. 246.
20. Eitan, A., M. Koliada, A. Bickel. The use of the loose seton technique as a definitive treatment for recurrent and persistent high trans-sphincteric anal fistulas: a long-term outcome.- *J. Gastrointest. Surg.*, 13, 2009, No 6, 1116-1119.
21. Ellis, C. N., J. W. Rostas, F. G. Greiner. Long-term outcomes with the use of bioprosthetic plugs for the management of complex anal fistulas.- *Dis. Colon Rectum*, 53, 2010, 798-802.
22. Ellis, C. N. Sphincter-preserving fistula management: what patients want.- *Dis. Colon Rectum*, 53, 2010, 1652-1655.
23. Fincato, M., C. Corsi, A. Perrone, et al. Perianal fistulous abscesses and cloacogenic cancer.- *Proctology*, 2, 1980, p. 105.
24. Galandiuk, S., J. Kimberling, T. G. Al-Mishlab, A. J. Stromberg. Perianal Crohn disease: predictors of need for permanent diversion.- *Ann. Surg.*, 241, 2005, 796-801.
25. Galis-Rozen, E., H. Tulchinsky, A. Rosen, et al. Long-term outcome of loose-seton for complex anal fistula: a two-centre study of patients with and without Crohn's disease.- *Colorectal Dis.*, 12, 2010, No 4, 358-362

26. Getz, S. B., Y. D. Ough, R. B. Patterson, et al. Mucinous adenocarcinoma developing in chronic anal fistula: report of two cases and review of the literature.- *Dis. Colon Rectum*, **24**, 1981, 562-566.
27. Guidi, L., C. Ratto, S. Semeraro, et al. Combined therapy with infliximab and seton drainage for perianal fistulizing Crohn's disease with anal endosonographic monitoring: a single-centre experience.- *Tech. Coloproctol.*, **12**, 2008, 1111-1117.
28. Hanley, P. H. Anorectal supralelevator abscess-fistula-in-ano.- *Surg. Gynecol. Obstet.*, **148**, 1979, 899-904.
29. Hyder, S. A., S. P. Travis, D. P. Jewell, N. J. McC Mortensen, B. D. George. Fistulating anal Crohn's disease: results of combined surgical and infliximab treatment.- *Dis. Colon Rectum*, **49**, 2006, 1837-1841.
30. Hyman, N. Endoanal advancement flap repair for complex anorectal fistulas.- *Am. J. Surg.*, **178**, 1999, 337-340.
31. Hyman, N., M. Kida. Adenocarcinoma of the sigmoid colon seeding a chronic anal fistula: report of a case.- *Dis. Colon Rectum*, **46**, 2003, 835-836.
32. Inceoglu, R., R. Gencosmanoglu. Fistulotomy and drainage of deep postanal space abscess in treatment of posterior horseshoe fistula.- *BMC Surg.*, **3**, 2003, 10.
33. Kulaylat, M. N., R. J. Doerr, H. Karamanoukian, G. Barrios. Basal cell carcinoma arising in a fistula-in-ano.- *Am. Surg.*, **62**, 1996, 1000-1002.
34. Kupferberg, A., M. Zer, S. Rabinson. The use of PMMA beads in recurrent high fistula: a preliminary report.- *World J. Surg.*, **8**, 1984, 970-974.
35. Ky, A., N. Sohn, M. A. Weinstein, et al. Carcinoma arising in anorectal fistulas of Crohn's disease.- *Dis. Colon Rectum*, **41**, 1998, 992-996.
36. Lenter, A., V. Wienert. Long-term indwelling seton for low trans-sphincteric anal fistulas: experience with 108 cases.- *Dis. Colon Rectum*, **39**, 1996, 1097-1011.
37. Lewis, W. G., P. J. Finan, P. J. Holdsworth, P. M. Sagar, B. M. Stephenson. Clinical results and manometric studies after rectal flap advancement for intralelevator trans-sphincteric fistula-in-ano.- *Int. J. Colorectal Dis.*, **10**, 1995, 189-192.
38. Lindsey, I., M. M. Smilgin-Humphreys, C. Cunningham, N. J. Mortensen, B. D. George. A randomized, controlled trial of fibrin glue vs. conventional treatment for anal fistula.- *Dis. Colon Rectum*, **45**, 2002, 1608-1615.
39. Löffler, T., T. Welsch, S. Mühl, U. Hinz, J. Schmidt, P. Kienle. Long-term success rate after surgical treatment of anorectal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease.- *Int. J. Colorectal Dis.*, **24**, 2009, No 5, 521-526.
40. Lunniss, P. J., M. A. Kamm, R. K. S. Phillips. Factors affecting continence after surgery for anal fistula.- *Br. J. Surg.*, **81**, 1994, 1382-1385.
41. Maaikje, P. T., R. G. H. Beets-Tan, V. P. M. van der Hulst, M. Deutekom, M. G. W. Dijkgraaf, P. M. M. Bossuyt, et al. MRI in evaluating atrophy of the external anal sphincter in patients with fecal incontinence.- *Am. J. Roentgenol.*, **187**, 2006, 991-999.
42. Mardini, H. E., D. A. Schwartz. Treatment of perianal fistula and abscess: Crohn's and non-Crohn's.- *Curr. Treat. Options Gastroenterol.*, **10**, 2007, 211-220.
43. Marks, C. G., J. K. Ritchie. Anal fistulas at St. Mark's Hospital.- *Br. J. Surg.*, **64**, 1977, 84-91.
44. Matos, D., P. J. Lunniss, R. K. S. Phillips. Total sphincter conservation in high fistula-in-ano: results of a new approach.- *Br. J. Surg.*, **80**, 1993, 802-804.
45. McCortney, J. S., I. G. Finlay. Cutting seton without preliminary internal sphincterotomy in management of complex high fistula-in-ano.- *Dis. Colon Rectum*, **39**, 1996, 55-58.
46. Millar, D. M. Villous neoplasms in anorectal fistulas.- *Proctology*, **2**, 1979, p. 50.
47. Mizrahi, N., S. D. Wexner, O. Zmora, et al. Endorectal advancement flap: are there predictors of failure?- *Dis. Colon Rectum*, **45**, 2002, 1616-1621.
48. Mueller, M. H., M. Geis, J. Glatzle, et al. Risk of fecal diversion in complicated perianal Crohn's disease.- *J. Gastrointest. Surg.*, **11**, 2007, 529-537.
49. Nelson, R. L., L. Prasad, H. Abcarian. Anal carcinoma presenting as a perirectal abscess or fistula.- *Arch. Surg.*, **120**, 1985, p. 632.
50. Ozuner, G., T. L. Hull, J. Cartmill, V. W. Fazio. Long-term analysis of the use of transanal rectal advancement flaps for complicated anorectal/vaginal fistulas.- *Dis. Colon Rectum*, **39**, 1996, No 1, 10-14.

51. Parks, A. G. The pathogenesis and treatment of fistula-in-ano.- *BMJ*, **1**, 1961, 463-469.
52. Parks, A. G., R. W. Stitz. The treatment of high fistula-in-ano.- *Dis. Colon Rectum*, **19**, 1976, 487-499.
53. Philip, H. G. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. 3rd ed. 2007, 218-220.
54. Prioleau, P. G., M. S. Allen, Jr., T. Roberts. Perianal mucinous adenocarcinoma.- *Cancer*, **39**, 1977, p. 1295.
55. Beaulieu, R., D. Bonekamp, C. Sandone, S. Gearhart. Fistula-in-ano: when to cut, tie, plug, or sew.- *J. Gastrointest. Surg.*, **17**, 2013, 1143-1152.
56. Rociu, E., J. Stoker, M. J. C. Eijkemans, J. S. Laméris. Normal anal sphincter anatomy and age- and sex-related variations at high-spatial-resolution endoanal MR imaging.- *Radiology*, **217**, 2000, 395-401.
57. Rociu, E., J. Stoker, M. J. C. Eijkemans, J. S. Laméris. Anovaginal and rectovaginal fistulas: endoluminal sonography versus endoluminal MR imaging.- *Am. J. Roentgenol.*, **178**, 2002, No 3, 737-741.
58. Rojanasakul, A., J. Pattanaarun, C. Sahakitrungruang, K. Tantiphlachiva. Total anal sphincter saving technique for fistulain-ano: the ligation of the intersphincteric fistula tract.- *J. Med. Assoc. Thai.*, **90**, 2007, 581-586.
59. Rollinson, P. D., S. A. Dundas. Adenocarcinoma of sigmoid colon seeding into pre-existing fistula.- *Br. J. Surg.*, **71**, 1984, 664-665.
60. Sangwan, Y. P., D. J. Schoetz, Jr., J. J. Murray, et al. Perianal Crohn's disease: results of local surgical treatment.- *Dis. Colon Rectum*, **39**, 1996, 529-535.
61. Shanwani, A., A. M. Nor, N. Amri. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano.- *Dis. Colon Rectum*, **53**, 2010, 39-42.
62. Singer, M., J. Cintron, R. Nelson, et al. Treatment of fistula-in-ano with fibrin sealant in combination with intra-adhesive antibiotics and/or surgical closure of the internal fistula opening.- *Dis. Colon Rectum*, **48**, 2005, 799-808.
63. Solomon, M. J. Fistulae and abscesses in symptomatic perineal Crohn's disease.- *Int. J. Colorectal Dis.*, **11**, 1996, 222-226.
64. Sonoda, T., T. Hull, M. R. Piedmonte, V. W. Fazio. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap.- *Dis. Colon Rectum*, **45**, 2002, 1622-1628.
65. Steele, S. R., R. Kumar, D. L. Feingold, J. L. Rafferty, W. D. Buie; 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*, **54**, 2011, No 12, 1466-1471.
66. Takesue, Y., H. Ohge, T. Yokoyama, Y. Murakami, Y. Imamura, T. Sueda. Long-term results of seton drainage on complex anal fistulae in patients with Crohn's disease.- *J. Gastroenterol.*, **37**, 2002, 912-915.
67. Topstad, D. R., R. Panaccione, J. A. Heine, D. R. Johnson, A. R. MacLean, W. D. Buie. Combined seton placement, infliximab infusion, and maintenance immunosuppressives improve healing rate in fistulizing anorectal Crohn's disease: a single center experience.- *Dis. Colon Rectum*, **46**, 2003, 577-583.
68. Van Tets, W. F., J. C. Kuijpers. Continence disorders after fistulotomy.- *Dis. Colon Rectum*, **37**, 1994, 1194-1197.
69. Vasilevsky, C. A., P. H. Gordon. Results of treatment of fistula-in-ano.- *Dis. Colon Rectum*, **28**, 1985, 225-231.
70. Williams, J. G., C. A. MacLeod, D. A. Rothenberger, S. M. Goldberg. Seton treatment of high anal fistulae.- *Br. J. Surg.*, **78**, 1991, 1159-1161.
71. Williams, N., N. A. Scott, M. H. Irving. Effect of lateral sphincterotomy on internal anal sphincter function.- *Dis. Colon Rectum*, **38**, 1995, 700-704.