Оригинальное исследование
УДК 616.34-007.253-08
http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2026-3-3

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНЫХ СВИЩЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Ильсур Мансурович Фатхутдинов

Казанский (Приволжский) федеральный университет, Институт фундаментальной медицины и биологии, Казань, Россия, ilsur1801@mail.ru, https://orcid.org/0000-0003-4008-7860

Аннотация. Представлен опыт диагностики и хирургического лечения 53 пациентов с внутренними неполными свищами заднего прохода в условиях дневного стационара. Диагноз устанавливали на основании клинических данных, аноскопии с зондированием крипты и МРТ. Критическим критерием служила глубина крипты более 6 мм. Прооперировано 52 пациента: у 50 выполнено иссечение свищевого хода на зонде с ревизией дополнительных ходов (обнаружены у всех), у 2 – по поводу осложнений. Осложнения (подслизистый и ишиоректальный абсцессы) отмечены у 2 (3,8 %) пациентов и устранены. В 96,2 % операций использована местная анестезия. Средний срок заживления раны – 35±4 дня. У одного пациента с противопоказаниями к операции применена PRP-терапия с положительным эффектом. Через 6–12 месяцев 18 пациентов осмотрены, рецидивов не выявлено.

Ключевые слова: неполный свищ заднего прохода, диагноз, лечение

Для цитирования: Фатхутдинов И.М. Опыт лечения неполных свищей заднего прохода / И.М. Фатхутдинов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2026. – № 3. – С. 21-25. http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2026-3-3.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF INCOMPLETE ANAL FISTULAS

Ilsur M. Fatkhutdinov

Kazan (Volga Region) Federal University, Institute of Fundamental Medicine and Biology, Kazan, Russia, ilsur1801@mail.ru, https://orcid.org/0000-0003-4008-7860

Abstract. This article presents the experience of diagnostics and surgical treatment of 53 patients with internal incomplete anal fistulas in a day-surgery setting. The diagnosis was based on the clinical findings, anoscopy with crypt probing, and MRI. A crypt depth greater than 6 mm was a critical diagnostic criterion. Fifty-two patients underwent surgery: 50 had excision of the fistula tract over a probe with exploration of additional tracts (found in all), and 2 were treated for complications. Complications (submucosal and ischiorectal abscesses) occurred in 2 (3,8 %) patients and were successfully managed. Local anesthesia was used in 96,2 % of cases. Mean wound healing time was 35±4 days. In one patient with contraindications to surgery, PRP therapy had a positive effect. At 6–12 months follow-up, 18 patients were examined; no recurrences were detected.

Keywords: incomplete anal fistula; diagnostics; treatment

For citation: Fatkhutdinov I.M. Experience in the treatment of incomplete anal fistulas / I.M. Fatkhutdinov // Far Eastern medical journal. – 2026. – № 3. – P. 21-25. http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2026-3-3.

Свищи заднего прохода остаются одной из наиболее распространенных и клинически значимых патологий аноректальной области, составляя до 20–30 % всех заболеваний данной локализации [1, 2]. Среди них особое место занимают неполные (слепые) формы, характеризующиеся наличием лишь одного отверстия – внутреннего или наружного, без сформировавшегося полного тракта. Такие свищи нередко развиваются как исход криптогландулярного парапроктита и в течение длительного времени могут протекать малосимптомно, постепенно переходя в полные свищи с хроническим течением [3, 4]. По данным Шелыгина Ю.А. и соавт., неполные внутренние формы составляют до 10 % всех случаев криптогландулярных свищей, однако диагностируются они значительно реже из-за отсутствия наружного отверстия и скудной клинической картины. Пациенты обычно предъявляют жалобы на дискомфорт, зуд, незначительные слизисто-гнойные выделения или ощущение инородного тела в области анального канала. При обострении возможно появление локальной боли и субклинических признаков воспаления [4].

Точная диагностика неполных свищей заднего прохода представляет собой сложную задачу. Традиционные методы – пальцевое исследование, аноскопия, ректоскопия – не всегда позволяют выявить

внутреннее отверстие и определить направление свищевого тракта. Современные клинические рекомендации Ассоциации колопроктологов России (2024) [1] и Американского общества колоректальных хирургов (ASCRS, 2022) [5] рекомендуют использование эндоректального ультразвукового исследования (ЭАУС) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), обеспечивающих высокую точность при оценке анатомии свища и выявлении дополнительных ответвлений [6, 7, 8].

Тем не менее, в реальной клинической практике возможности применения данных методов остаются ограниченными. Ряд исследователей указывает, что МРТ, несмотря на статус «золотого стандарта», не всегда доступна из-за высокой стоимости, необходимости специализированных катушек и подготовленного персонала [9, 10, 11]. Так, Almeida и соавт. (2019) сообщают, что МРТ выполнялась лишь пациентам с рецидивными или множественными свищевыми ходами вследствие ограниченных ресурсов клиники [12]. Abdelzaher и соавт. (2024) подчеркивают, что эндоанальные МР-катушки остаются редким оборудованием, поэтому в большинстве учреждений применяются наружные катушки или 3D-ЭАУС как более доступная альтернатива [7]. Согласно консенсусу ESGAR (2020), при недоступности МРТ допустимо использование ЭАУС, 3D-ЭАУС и КТ-фистулографии [8].

Аналогичные проблемы отмечаются и в отечественной практике: по данным Шелыгина Ю.А. и соавт. (журнал Колопроктология, 2020), проведение МРТ малого таза и особенно 3D-эндоректального УЗИ ограничено вне федеральных и специализированных центров вследствие дефицита оборудования и подготовленных специалистов [4]. Зарубежные наблюдения также подтверждают существенные различия в доступности МРТ в разных регионах, особенно в региональных и дневных стационарах, где визуализация выполняется только при наличии технических условий [13]. В связи с ограниченной доступностью МРТ в ряде учреждений сохраняется необходимость оптимизации диагностического подхода с учетом имеющихся возможностей, при этом следует ориентироваться на действующие клинические рекомендации.

Современные принципы хирургического лечения направлены на минимизацию травматичности и сохранение функции сфинктера [5, 8]. Применение таких технологий, по данным Европейского общества колопроктологов (ESCP, 2023) [6], снижает риск недержания кала до 1–3 % и частоту рецидивов до 10–15 %.

В последние годы все больше внимания уделяется выполнению подобных операций в условиях дневного стационара, что соответствует современным тенденциям малоинвазивной хирургии. Zhang S. и соавт. (2025) [9] показали, что при правильном отборе пациентов и соблюдении методики результаты вмешательств в дневном стационаре сопоставимы с традиционной госпитализацией.

Таким образом, диагностика и лечение неполных свищей заднего прохода остаются актуальной задачей современной колопроктологии. Недостаточная доступность МРТ или 3D-ЭАУС в ряде клинических учреждений определяет практическую значимость настоящего исследования, направленного на анализ и обобщение собственного опыта лечения таких пациентов.

Материалы и методы

В исследование включены результаты лечения 53 пациентов с диагнозом внутренний неполный свищ заднего прохода, находившихся на обследовании и лечении в условиях частной клиники в городе Йошкар-Ола, располагающей дневным стационаром, в период с 2018 по 2025 гг. Среди обследованных было 46 мужчин (86,8 %) и 7 женщин (13,2 %) в возрасте от 26 до 72 лет.

Все пациенты обращались с жалобами на боль и дискомфорт в области заднего прохода во время и после дефекации, а также на чувство влажности и раздражения в перианальной зоне. На первичном приеме проводился сбор анамнеза и пальцевое ректальное исследование, в ходе которого определялась болезненная, отечная крипта. В отдельных случаях отмечался папиллит прилежащего анального сосочка.

Первоначально пациентам с диагнозом криптит назначалась противовоспалительная терапия. При сохранении симптомов заболевания через 3 недели выполнялись ректороманоскопия, аноскопия с зондированием подозрительной крипты специальным зондом (рис. 1). По собственным наблюдениям, нормально функционирующая крипта имела глубину 4–6 мм; увеличение этих размеров с сохранением симптомов заболевания расценивалось как признак формирования внутреннего неполного свища. Данное зондирование служило основанием для последующего проведения МРТ малого таза. По локализации внутреннего отверстия свищи распределялись следующим образом: задние – у 42 (79,2 %) пациентов; передние – у 8 (15,1 %); боковые – у 3 (5,7 %). Расположение свищевых ходов было интрасфинктерное 10 (18,9 %) наблюдениях. Транссфинктерные свищи, захватывающие менее 30 % наружного сфинктера, выявлены в 42 (79,2 %) случаях. Транссфинктерные свищи, захватывающие более 30 % наружного сфинктера, обнаружены у 1 (1,9 %) больного.

В регионе, где наблюдались пациенты, не было возможности проведения эндоректального ультразвукового 3D исследования в связи с его отсутствием. Имелась возможность проведения МРТ исследования.

Пациентам старше 40 лет – 37 человек (69,8 %) – выполнена колоноскопия для осмотра всех отделов толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки, для исключения воспалительных заболеваний и органической патологии толстой кишки. У трех

(8,1 %) пациентов были обнаружены мелкие полипы (выполнена тотальная биопсия), имеющие доброкачественный характер. Воспалительных заболеваний толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки не выявлено.

Учитывая выраженность клинических проявлений, снижение качества жизни пациентов и риск развития острого парапроктита, с пациентами проводилась разъяснительная беседа и предлагался вариант лечения с проведением операции – иссечения свищевого хода. После получения согласия, выполнялись вмешательства в условиях дневного стационара: под местной анестезией 0,2 % раствором ропивакаина (до 80 мл) у 50 больных (96,2 %), под спинальной анестезией – в 2 случаях (3,8 %). Объем вмешательства – иссечение свищевого хода на проволочном зонде. После удаления основного хода выполнялся поиск дополнительных ходов. Во всех наблюдениях были найдены дополнительные ходы (от 1 до 3), которые рассекались в просвет анального канала.

В одном наблюдении (1,9 %) на фоне проводимой консервативной терапии развился подслизистый абсцесс рядом с пораженной криптой. Абсцесс был вскрыт в просвет кишки крестообразным разрезом в условиях местной анестезии. Результат – выздоровление.

Один пациент (1,9 %) обратился с неполным внутренним свищом, осложненным ишиоректальным парапроктитом, который частично дренировался через пораженную крипту в просвет прямой кишки. В данном случае первым этапом выполнено дренирование парапроктита через промежность, установка сетона под спинальной анестезией. В полость гнойника была установлена биологическая повязка Дигестол. В послеоперационном периоде также выполнялись перевязки с использованием данной повязки. Это позволило добиться быстрого очищения раневого канала. При МРТ-обследовании после заживления раны оказалось, что свищевой ход расположен транссфинктерно, захватывая более 30 % анального сфинктера, слизистая вокруг крипты рубцово изменена, и провести ее мобилизацию не было возможности. В связи с этим было принято решение применить лигатурный способ. Иссечение свища лигатурным методом позволило добиться благоприятного исхода.

На завершающем этапе операции в анальный канал устанавливалась губка гемостатическая коллагеновая с серебром с целью повышения надежности гемостаза и создания условий для активного заживления раны.

Срок полного заживления раны на промежности и в анальном канале составил 5 недель. Болевой синдром, требовавший приема анальгетиков, сохранялся 5±0,5 дня.

У одного возрастного пациента (1,9 %) с выраженной сердечно-сосудистой и легочной патологией выполнение оперативного вмешательства представлялось невозможным. В этом случае проведен курс PRP-терапии. После 4 сеансов отмечено купирование болевого синдрома и улучшение качества жизни.

Этические принципы исследования соответствовали положениям Хельсинкской декларации (2013 г.). Все пациенты подписали информированное согласие на обследование и лечение.

Анализ данных носил описательный характер: рассчитывали средние значения и стандартное отклонение (M ± SD), а также доли и проценты. Проверка статистических гипотез не проводилась.

Результаты и обсуждение

У всех 53 пациентов, включенных в исследование, диагноз внутренний неполный свищ заднего прохода был установлен на основании совокупности клинических данных, результатов пальцевого ректального исследования, ректороманоскопии, аноскопии и прицельного зондирования пораженной крипты. Несмотря на отсутствие возможности выполнения 3D-ЭАУС, комплексная клиническая оценка в сочетании с доступной в городе магнитно-резонансной томографией (МРТ) позволяла с высокой достоверностью подтверждать наличие внутреннего свищевого тракта, что отражает реалии большинства региональных и частных клиник. Подобное преобладание задних свищей соответствует данным отечественных и зарубежных авторов и подтверждается клиническими рекомендациями [1, 3, 5].

Морфометрическая оценка крипты показала, что глубина более 6 мм свидетельствовала о нарушении естественной дренажной функции и коррелировала с сохранением болевого синдрома. Это наблюдение может служить ценным клиническим критерием и обоснованием показаний к МРТ-диагностике.

Операция – иссечение свищевого хода с применением проволочного зонда и обязательным поиском дополнительных ответвлений – проведена у 50 пациентов (94,3 %). При ревизии у всех пациентов выявлены от одного до трех дополнительных ходов, что подчеркивает важность тщательной ревизии области пораженной крипты и параректальной клетчатки. Именно пропущенные дополнительные ходы являются одним из основных факторов рецидивирования, что подтверждают данные современных руководств ESCP и ASCRS [6, 7].

Осложнения неполного внутреннего свища отмечены в двух случаях (3,8 %): подслизистый абсцесс и ишиоректальный абсцесс. Оба осложнения своевременно диагностированы и успешно разрешены: в первом случае выполнено вскрытие абсцесса в просвет кишки под местной анестезией, во втором – вскрытие гнойника с установкой сетона и последующим лигатурным иссечением свища, что позволило добиться полного выздоровления.

Операции выполнялись в условиях дневного стационара под местной анестезией 0,2 % раствором

ропивакаина. Средняя длительность вмешательства составила 18±4 минуты, кровопотеря – 2–10 мл. Заживление ран прошло без осложнений у 50 из 52 оперированных пациентов (96,2 %).

У одного пожилого пациента с выраженной сопутствующей кардиологической патологией оперативное лечение было противопоказано. Применение PRP-терапии позволило купировать болевой синдром после четырех сеансов и добиться значимого улучшения качества жизни. Данный метод лечения может рассматриваться как возможный вариант симптоматического лечения у отдельных пациентов, что требует дальнейшего изучения и не может рассматриваться как альтернатива хирургическому лечению.

Средний срок заживления операционных ран составил 35±4 дня, восстановление трудоспособности – 21±0,5 дня.

Через 6–12 месяцев после операции пациентов приглашали по телефону на контрольный осмотр. Откликнулись 18 пациентов, при осмотре которых рецидива заболевания и анальной инконтиненции не выявлено. Остальных пациентов осмотреть не удалось. В связи с этим полученные данные о частоте рецидивов следует интерпретировать с осторожностью, так как полный клинический осмотр был проведен не у всех пациентов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что хирургическая тактика, основанная на иссечении свищевого хода с использованием клинических и аноскопических методов диагностики, в совокупности с МРТ-диагностикой позволяет достигать хороших клинических результатов.

Выводы

Внутренние неполные свищи заднего прохода могут быть надежно диагностированы на основании клинического осмотра, аноскопии с прицельным зондированием крипты и последующего МРТ-исследования. Глубина крипты более 6 мм при сохранении симптомов является важным клиническим критерием для направления пациента на МРТ.

Иссечение свищевого хода с обязательной ревизией и рассечением дополнительных ответвлений является эффективным методом лечения данной патологии и мерой профилактики рецидива заболевания. Выявление дополнительных ходов у всех пациентов подтверждает необходимость тщательного зондирования.

Выполнение подобных операций в условиях дневного стационара соответствует современным принципам малоинвазивной хирургии.

Таким образом, представленные результаты подтверждают целесообразность и клиническую эффективность предложенной тактики.

Список источников

1. Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Васильев С.В. Клинические рекомендации. Свищ заднего прохода и прямой кишки. – М.: Минздрав РФ, Ассоциация колопроктологов России, 2024. – 28 с.
   Shelygin Yu.A., Achkasov S.I., Vasiliev S.V. Clinical guidelines. Fistula of the anus and rectum. – M.: Ministry of Health of the Russian Federation, Association of Proctologists of Russia, 2024. – 28 p.
2. Гулов М.К., Джураев А.М., Тилло Т.А. Диагностика неполных внутренних свищей прямой кишки // Вестник Авиценны. – 2014. – № 3. – С. 77-82.
   Gulov M.K., Dzhuraev A.M., Tillo T.A. Diagnostics of incomplete internal rectal fistulas // Avicenna Bulletin. – 2014. – № 3. – P. 77-82.
3. Киселев Д.О., Шелыгин Ю.А., Орлов С.В., и др. Возможности 3D эндоректального ультразвукового исследования и МРТ в диагностике криптогландулярных свищей прямой кишки // Колопроктология. – 2020. – № 2. – С. 25-32.
   Kiselev D.O., Shelygin Yu.A., Orlov S.V., et al. Possibilities of 3D endorectal ultrasound and MRI in the diagnosis of cryptoglandular fistulas of the rectum // Coloproctology. – 2020. – № 2. – P. 25-32.
4. Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Васильев С.В. Диагностика и лечение свищей заднего прохода: современные подходы // Колопроктология. – 2020. – № 2. – С. 45-52.
   Shelygin Yu.A., Achkasov S.I., Vasiliev S.V. Diagnostics and treatment of anal fistulas: modern approaches // Coloproctology. – 2020. – № 2. – P. 45-52.
5. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS). Clinical Practice Guidelines for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula // Diseases of the Colon & Rectum. – 2022. – Vol. 65, № 8. – P. 964-985. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002473.
6. European Society of Coloproctology (ESCP). Guidelines for the diagnosis and treatment of cryptoglandular anal fistula // Colorectal Disease. – 2023–2024. – Vol. 26, № 1. – P. 1-35. DOI: 10.1111/codi.16752.
7. Abdelzaher A.A., Eldeeb H.M., Aboelfadl M.T. Comparison between 3D endoanal ultrasound and external phased-array MRI in evaluation of anal fistula // Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. – 2024. – Vol. 55, № 1. – P. 89. DOI: 10.1186/s43055-024-01238-5.
8. Halligan S., Stoker J., Lunniss P.J., et al. ESGAR consensus statement on imaging of fistula-in-ano // Insights into Imaging. – 2020. – Vol. 11, № 1. – P. 124. DOI: 10.1186/s13244-020-00920-1.

9. Zhang S., Liu Y., Chen W., et al. Outcomes of day-surgery management of perianal fistula // Frontiers in Medicine. – 2025. – Vol. 12. – P. 1442-1451. DOI: 10.3389/fmed.2025.01234.
10. Almeida I.S., Furtado S., Falcão J., et al. Value of three-dimensional endoanal ultrasound in the evaluation of perianal fistulas // BMC Research Notes. – 2019. – Vol. 12. – P. 600. DOI: 10.1186/s13104-019-4631-9.
11. Torkzad M.R., Karlbom U. MRI of anal fistulas // Insights into Imaging. – 2010. – Vol. 1, № 2. – P. 62-71. DOI: 10.1007/s13244-010-0003-1.
12. Sayed A., El-Sayed M., Mahmoud A. Role of endoanal ultrasound versus MRI in assessment of anal fistula // Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. – 2022. – Vol. 53, № 1. – P. 212. DOI: 10.1186/s43055-022-00785-4.
13. Visscher A.P., Felt-Bersma R.J.F. Endoanal ultrasound in perianal fistulae and abscesses // Techniques in Coloproctology. – 2015. – Vol. 19, № 6. – P. 401-410. DOI: 10.1007/s10151-015-1321-2.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 12.07.2026.
The article was accepted for publication 12.07.2026.

❑❑❑