

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.352-007.253:616-036.65(045)

ОДНОМОМЕНТНО-РАДИКАЛЬНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШИОРЕКТАЛЬНОГО И ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОГО ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили, М.М.О. Алиев,
О.В. Владимирова, А.А. Тотфалушин
Ставропольская государственная медицинская академия

Несмотря на успехи современной колопроктологии в лечении больных с острой патологией аноректальной области, в хирургическом лечении острого парапроктита и по настоящее время встречаются не решенные проблемы. По данным ведущих клиник страны и иностранных авторов, парапроктит составляет 0,5-4% от всей хирургической патологии [1,4]. Больные с острым парапроктитом среди проктологической патологии составляют 20-40%. Данное обстоятельство, на наш взгляд, связано с такими факторами, как отсутствие единой тактики ведения данной категории больных, разнообразие применяемых оперативных пособий, недостаточно развитая сеть специализированных колопроктологических отделений и центров по стране. По-прежнему значительное количество пациентов проктологического профиля поступают в хирургические стационары, где больным с острым парапроктитом производится простое вскрытие параректального абсцесса с дренированием полости гнойника [3,2,5]. Тем самым больные обрекаются на повторные, часто многократные в течении многих лет поступления в стационары, испытывают большие физические и эмоционально-психологические страдания, значительно ухудшающие качество жизни и трудоспособность. Наносится экономический ущерб бюджету страны и личным сбережениям пациента. Следовательно, возникает необходимость дальнейшей разработки и практического применения таких способов хирургического лечения острого парапроктита, которые легко переносились бы больным, исключали рецидивы заболевания, а значит повторные госпитализации и операции, сводили к минимуму страдания больного и экономические затраты.

Нами разработан новый способ хирургического лечения острого парапроктита, который отвечает всем вышеперечисленным требованиям.

Целью нашего исследования было изучить эффективность применения одномоментно-радикального способа хирургического лечения острого парапроктита при глубокой локализации параректальных абсцессов.

Материал и методы. За период с 2003 по 2006 год в отделении хирургической инфекции и проктологии пролечено 36 пациентов (25 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 17 до 68 лет с ишиоректальным и пельвиоректальным острым парапроктитом, составивших основную группу. Этим пациентам был применён одномоментно-радикальный способ лечения. Острый ишиоректальный парапроктит был выявлен у 27, пельвиоректальный - у 9 больных. У 21 пациента парапроктит возник впервые, у 15 отмечен рецидив ранее перенесенного парапроктита. По локализации свищевого хода, отношению к волокнам прямокишечного сфинктера больные распределились следующим образом: интрасфинктерный ход - 9 больных, трансфинктерный ход - 21 больной, экстрасфинктерный ход - 6 больных.

Всем пациентам, в зависимости от давности заболевания, степени выраженности местных и общих проявлений воспалительного процесса при поступлении проводили соответствующую предоперационную подготовку в течении 2-3 часов, после чего проводилось хирургическое лечение. При обезболивании предпочтение отдавалось перидуральной анестезии лидокаином, обеспечивающей шадящий режим обезбоживания, хорошую релаксацию и анестезию в течении всей операции и в ближайшем послеоперационном периоде. Независимо от расстояния максимальной флюктуации от ануса, глубины нахождения абсцесса производили пункцию полости гнойника толстой иглой, диаметром до 2 мм, отступая 1,5см от перианальной переходной складки, полностью эвакуировали гной, который сразу же отправлялся на микробиологическое исследование и определение чувствительности к антибиотикам. Затем ректоскопом выполняли девульсию ануса и проводили пальпаторную и визуальную ревизию анального канала и прямой кишки. В полость параректального абсцесса вводили раствор красителя (метиленовый синий или бриллиантовый зеленый) с 3% перекисью водорода. После верификации локализации внутреннего отверстия и соотношения первичного гнойного хода к волокнам сфинктера выполняли иссечение внутреннего отверстия вместе с пораженной морганиевой криптой

в пределах здоровой слизистой. На образовавшийся дефект слизистой накладывали кетгутовые швы с захватом подслизистой основы. В полость прямой кишки устанавливали дренажную трубку и марлевый тампон, пропитанный мазью «Левомеколь». Полулунным разрезом, проходящим через пункционное отверстие, длиной до 2-3 см производили вскрытие гнойника с ревизией полости, разрушением рубцовых перегородок, объединением всех затёков в единую полость, некрэктомию. Стенки гнойного хода, идущего к внутреннему отверстию, выскабливали ложечкой Фолькмана до стенки прямой кишки и прижигали спиртовым раствором йода. Полость абсцесса промывали 3% раствором перекиси водорода, 0,05% раствора хлоргексидина, раствором повидон-йода, йодопирона, гипохлорита натрия. Промежностную рану дренировали толстой трубкой с внутренним диаметром до 8 мм, боковыми отверстиями, установленной в самую глубокую точку полости. Рядом с дренажной трубкой, параллельно ей устанавливали микроирригатор для капельного промывания гнойной полости. Промежностную рану ушивали до дренажа.

В послеоперационном периоде проводилось капельное промывание раневой полости растворами антисептиков непрерывно в течении 48 часов. В дальнейшем промывание осуществлялось по 2-3 часа 4-5 раз в дневное время. Ночью пациенты отдыхали. Показанием к прекращению промывания и удалению дренажа и микроирригатора являлось исчезновение в промывных растворах гноя, хлопьев фибрина, участков некротизированных тканей, купирование местных и общих проявлений гнойно-воспалительного процесса, что происходило в среднем на 5-6-е сутки. Швы снимали на 8-9-е сутки.

При рецидивном парапроктите после эвакуации гноя и некрэктомии свищевой ход изолированно выделяли до внутреннего отверстия, после чего удаляли. Мы считаем, что при трансфинктерном и, тем более, экстрасфинктерном расположении параректального свища традиционно принятое рассечение волокон сфинктера прямой кишки лигатурным способом сразу или поэтапно является неоправданным и ошибочным, так как сопряжено с развитием слабости анального сфинктера, вплоть до полной анальной инконтиненции, которая является более тяжелым недугом, чем сам парапроктит.

Контрольную группу в данном исследовании составили 43 пациента, оперированные за период с 2000 по 2003 год. Больные основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту, формам парапроктита и половой принадлежности. Острый ишиоректальный парапроктит был диагностирован у 33 пациентов, острый пельвиоректальный парапроктит - у 10. По расположению свищевого хода относительно волокон сфинктера прямой кишки больные распределились следующим образом: интрасфинктерный ход был определен у 15 больных, трансфинктерный ход - у 19, экстрасфинктерный - у 9 больных.

У больных контрольной группы применялись следующие оперативные пособия. 1-й этап – вскрытие параректального абсцесса и дренирование раны рыхлыми мазевыми тампонами (проводилось всем больным). 2-й этап (выполнялся через 4-6 суток) – иссечение свищевого хода и внутреннего отверстия в просвет анального канала при интрасфинктерных свищах и трансфинктерных свищах, захватывающих менее 1/3 волокон - у

21 больного, лигатурный способ – у 17 больных. Отказались от радикальной операции 5 больных. Промежностная рана у пациентов контрольной группы заживала вторичным натяжением.

Результаты. В основной группе средняя продолжительность нахождения больного на стационарном лечении составила 9 дней, нагноение промежностной раны наблюдалось в 5,5% случаев (2 больных), рецидив заболевания – в 2,7% (1 пациент), недостаточность анального сфинктера у данной категории больных не наблюдалась.

В контрольной группе средняя продолжительность стационарного лечения составила 21 день, при этом рецидив заболевания наблюдался в 25,6% случаев (11 больных), недостаточность анального сфинктера 1 стадии у 11,6% (5 пациентов), 2 стадии – 9,3% (4 больных), 3 стадии – 4,6% (2 больных).

Вывод. Предлагаемый одномоментный радикальный способ хирургического лечения острого парапроктита позволяет значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре, минимизирует материально-финансовые расходы, исключает возможность развития недостаточности анального сфинктера, резко снижает процент рецидивов заболевания, исключая тем самым повторные госпитализации, позволяет улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Аминев, А.М. Руководство по проктологии / А.М.Аминев. - Куйбышев, 1973. - Т. 3. - 572 с.
2. Дульцев Ю.В. Парапроктит / Ю.В.Дульцев, К.Н. Саламов. - М., 1981. - 208 с.
3. Федоров, В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д.Федоров, Ю.В. Дульцев, В.Л.Ривкин. - М., 1994. - 372 с.
4. Athanasiadis, S. Transanal rektal advancement flap versus mucosa flap with internal suture in management of complicated fistulas of the anorectum / S.Athanasiadis, H.Nafe. A.Kohler // Langenbeks Arch.Chir. - 1995. – Vol. 380, № 1. - P. 31-36.
5. Kruzliak, T. The endorectal advancement flap in the treatment of anorectal fistulae and abscesses / T.Kruzliak, M.Danaj, L.Kristoforic // Br. J. Radid. – 1998. – Vol. 71, № 842. – P. 141-145.

**ОДНОМОМЕНТНО-РАДИКАЛЬНЫЙ
СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ИШИОРЕКТАЛЬНОГО И ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОГО
ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

**П.М. ЛАВРЕШИН, В.К. ГОБЕДЖИШВИЛИ,
М.М.О. АЛИЕВ, О.В. ВЛАДИМИРОВА,
А.А. ТОТФАЛУШИН**

Изучены причины неудовлетворительных результатов лечения острого и хронического парапроктита. Разработана тактика дифференцированного подхода к оперативному лечению острого парапроктита. Предложенный способ сфинктеросохраняющего оперативного лечения острого ишио ректального и пельвио ректального парапроктита с транссфинктерным расположением первичного гнойного хода позволяет значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре, снижает финансовые расходы, исключает возможность развития недостаточности анального сфинктера, резко снижает процент рецидивов заболевания и позволяет улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: острый парапроктит, одномоментно-радикальная операция, недостаточность анального сфинктера, качество жизни

**ONE-STAGE-RADICAL SURGICAL
TREATMENT OF ISCHIORECTAL AND
PELVIORECTAL ACUTE PERIPROCTITIS**

**LAVRESHIN P.M., GOBEDZHISHVILI V.K.,
ALIEV M.M.O., VLADIMIROVA O.V.,
TOTFALUSHIN A.A.**

The reasons of unsatisfactory results of acute and chronic periproctitis treatment were studied. Differentiated approach to surgical treatment of acute periproctitis was developed. The offered way of anal sphincter preserving surgical treatment of acute ischio rectal and pelvio rectal periproctitis with transsphincter location of primary purulent fistula allows to reduce duration of in-patient treatment and financial charges, excludes an opportunity of anal incompetence development, considerably reduces number of relapses improving patient's life quality.

Key words: acute periproctitis, one-stage-radical operation, anal incompetence, quality of life