

4. Попов В.Л., Шигеев В.Б., Кузнецов Л.Е. Судебно-медицинская баллистика. — СПб., 2002. — 655 с.  
5. Смутин Я.С. Судебно-медицинская экспертиза повреж-

дений выстрелами из охотничьего ружья. — Л., 1971. — 191 с.  
6. Эйдлин Л.М. Огнестрельные повреждения. — Ташкент, 1963. — 331 с.

**Информация об авторах:** Неделко Николай Федорович — к.м.н., доцент; 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра судебной медицины с основами правоведения; Буторина Мария Николаевна — врач судебно-медицинский эксперт; Телегина Лариса Владимировна — врач судебно-медицинский эксперт; Зимина Лилия Александровна — врач судебно-медицинский эксперт.

© ЧАРЫШКИН А.Л., СОЛДАТОВ А.А., ДЕМЕНТЬЕВ И.Н. — 2013  
УДК 616-089:616-08

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАРАПРОКТИТОМ

*Алексей Леонидович Чарышкин, Александр Александрович Солдатов, Иван Николаевич Дементьев*  
(Ульяновский государственный университет, ректор — д.ф.-м.н., проф. Б.М. Костишко, Институт медицины, экологии и физической культуры, директор — д.м.н., проф. В.И. Мидденко, кафедра факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.Л. Чарышкин)

**Резюме.** Исследовано 102 больных с диагнозом хронический рецидивирующий парапроктит в период с 2000 г. по 2012 год. Средний возраст больных у мужчин  $29,1 \pm 6,2$  лет, у женщин  $24,5 \pm 12,2$  лет. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от способа хирургического лечения экстрасфинктерных ректальных свищей. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. Применение разработанного способа закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита, позволило улучшить результаты лечения, снизить ранние послеоперационные осложнения, рецидив заболевания.

**Ключевые слова:** хронический парапроктит, экстрасфинктерные ректальные свищи.

## OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC RECURRENT PARAPROCTITIS

*A.L. Charyshkin, A.A. Soldatov, I.N. Dementyev*  
(Ulyanovsk State University, Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture, Ulyanovsk)

**Summary.** 102 patients with the diagnosis chronic recurrent paraprocitis have been investigated during the period from 2000 to 2012. Average age of patients in men was  $29,1 \pm 6,2$  years, in women —  $24,5 \pm 12,2$  years. Patients were divided into 3 groups depending on a way of surgical treatment of extrasphincter rectal fistulas. Between the groups there was no revealed any significant difference on sex, age and character of accompanying pathology. Application of the developed way of closing of an internal opening of fistula in complex forms of paraprocitis, allowed to improve results of treatment, to reduce early postoperative complications, disease recurrence.

**Key words:** chronic paraprocitis, extrasphincter rectal fistulas.

Больные хроническим парапроктитом составляют 0,5-4% от общего числа стационарных хирургических больных и 30-35% среди пациентов с заболеваниями прямой кишки [1,2].

Вопросы лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки до настоящего времени остаются актуальными [3, 4, 5, 8]. Это обусловлено высоким риском развития рецидива свища, который составляет от 4,7 до 33%, а также анальной инконтиненции, отмечаемой в 5-83% после предпринятых оперативных вмешательств [6,7].

Ликвидация внутреннего свищевого отверстия является наиболее ответственным этапом операции, так как от этого в большей степени зависят непосредственные и функциональные результаты лечения [7,8].

Разработка и внедрение оптимальных методов хирургического лечения рецидивных, сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки является актуальной задачей.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных хроническим рецидивирующим парапроктитом с экстрасфинктерными ректальными свищами.

### Материалы и методы

Работа выполнена в соответствии с основными направлениями программы научных исследований ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», на кафедре факультетской хирургии.

В исследование включены 102 больных с диагнозом хронический рецидивирующий парапроктит, опериро-

ванных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей, в период с 2000 г. по 2012 год.

Для решения поставленных задач были использованы клиничко-лабораторные, рентгенологический, эндоскопический, УЗИ-методы исследования.

В лабораторных исследованиях определяли общий анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) определяли по формуле В.К. Островского.

Сфинктерометрия выполнялась по методике А.М. Аминова (1973). Клиническую оценку функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки проводили по Ю.В. Дульцеву и К.Н. Саламову (1981).

Лечение было двухэтапным: вначале производили вскрытие и дренирование параректального абсцесса, затем, после стихания острых воспалительных процессов проводили радикальную операцию.

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от способа хирургического лечения экстрасфинктерных ректальных свищей при рецидивирующем парапроктите. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. 1 группа — 60 пациентов, оперированных традиционным методом оперативного лечения, применяли модификации операции А.Н. Рыжиха с трубчатым выделением свища, при этом свищевой ход препарирован со стороны промежности в виде тяжа до стенки прямой кишки, после выделения, иссечения свища и ликвидации внутреннего отверстия (иссечения содержащей отверстие крипты), с пластикой внутреннего отверстия участком слизистой оболочки, всем больным подшивали по периметру П-образный лоскут слизистой.

Таблица 1

Возрастно-половая структура исследуемых больных

| Возраст, лет | Мужчины       |      | Женщины       |     |
|--------------|---------------|------|---------------|-----|
|              | Число больных | %    | Число больных | %   |
| до 20        | 9             | 11   | 7             | 35  |
| 20-29        | 22            | 26,8 | 8             | 40  |
| 30-39        | 26            | 31,7 | 2             | 10  |
| 40-49        | 11            | 13,4 | -             | -   |
| 50-59        | 8             | 9,8  | 2             | 10  |
| 60 и старше  | 6             | 7,3  | 1             | 5   |
| Всего        | 82            | 100  | 20            | 100 |

2 группа — 36 пациентов, оперированных предложенным способом закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита (патент РФ на изобретение № 2472457). На первом этапе хирургического лечения проводили вскрытие, дренирование, санацию гнойного очага и послеоперационную терапию. После стихания воспалительного процесса в верхнем наружном квадранте ягодичной области после обработки операционного поля антисептиком трижды и под местным обезболиванием производили вертикальный разрез кожи, в подкожножировом слое тупо формировали ложе и помещали полипропиленовую сетку на 25-30 суток до начала второго этапа хирургического лечения, для того, чтобы сетка проросла соединительной тканью и в последующем не было воспалительной реакции. На втором этапе хирургического лечения, через 25-30 суток после помещения полипропиленовой сетки в ложе, послеоперационный рубец в верхнем наружном квадранте ягодичной области иссекали и полипропиленовую сетку извлекали из ложа.

Затем внутреннее отверстие свища иссекали до мышечного слоя двумя полуовальными разрезами. В проекции внутреннего отверстия свища на перианальной коже производили дугообразный разрез длиной 2-3 см до границы мышечного и подслизистого слоев анального канала. С помощью шпателя тупо отсепаровывали слизистую анального канала в виде тоннеля проксимальнее дефекта слизистой до 12 мм, на ширину до 2,5 см, или немного шире. Внутреннее отверстие в мышечном слое иссекали и ушивали. Через подслизистый тоннель вводят пророщенную соединительной тканью полипропиленовую сетку и укладывали на шов мышечного слоя. Дефект слизистой оболочки над полипропиленовой сеткой восстанавливали путем сшивания неизмененных краев. Швы накладывали на дугообразный разрез кожи перианальной области, кожную рану ушивали до резинового выпускника.

3 группа — 6 пациентов, оперированных по способу В.П. Лыско и соавт., пластика внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита, включающий иссечение внутреннего отверстия или криптэктомии, выскабливание острой ложечкой и ушивание внутреннего отверстия в мышечном слое прямой кишки биодegradуемым шовным материалом, укрытие его пластиной из полимерного материала.

Заключение этического комитета ИМЭиФК УлГУ от 7.12.2010 г.: проведение клинических исследований по применению разработанного способа хирургического лечения внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита, предполагаемая эффективность и безопасность научно обоснованы. Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6. При сравнении полученных параметров нами использовался t-критерий Стьюдента для независимых парных выборок и  $\chi^2$ -тест. Статистически значимыми признавались различия с уровнем доверительной вероятности не менее 95% с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений.

## Результаты и обсуждение

Возрастно-половая структура исследуемых больных представлена в таблице 1.

Анализируя эти данные видно, что среди пациентов статистически значимо ( $p < 0,05$ ) преобладают мужчины (80,4%), женщины составляют (19,6%). Эта особенность заболевания отмечена в большинстве исследований посвященных хроническому рецидивирующему парапроктиту.

Следует отметить что, как среди мужчин, так и среди женщин, заболевание преимущественно встречается в трудоспособном возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст больных у мужчин  $29,1 \pm 6,2$  лет, у женщин  $24,5 \pm 12,2$  лет).

Все, включенные в исследование, перенесли в прошлом острый парапроктит, который заканчивался либо самопроизвольным вскрытием абсцесса (4,3%) или экстренной операцией (95,7%).

Из-за отторжения полимерного материала у 6 пациентов в 3 группе больных, данная группа исключена из дальнейшего исследования.

Продолжительность послеоперационного болевого синдрома оценена по продолжительности потребности больных в ведении анальгетических препаратов и составила  $6,5 \pm 2,1$  суток в первой группе и  $4,1 \pm 1,4$  суток во второй группе (табл. 2). Различия сроков является статистически значимым ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2

| Потребность больных во введении анальгетических препаратов (сут.) |                 |
|---|-----------------|
| Потребность больных во введении анальгетических препаратов (сут.) |                 |
| 1 группа  | 2 группа        |
| $6,5 \pm 2,1$   | $4,1 \pm 1,4^*$ |

Примечание: \* - межгрупповые различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

Частота осложнений в группах пациентов распределилась следующим образом: 31,7% (19 больных) в первой, 11,1% (4 больных) во второй. Различия этих показателей статистически значимо ( $p < 0,05$ ).

Структура ранних послеоперационных осложнений представлена таблице 3.

Таблица 3

Структура ранних послеоперационных осложнений

| Показатель                    | Первая группа (n=60) | Вторая группа (n=36) |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Частота осложнений (общая), % | 31,7                 | 11,1 *               |
| Нагноение раны и серомы, %    | 26,7                 | 2,8*                 |
| Расхождение краёв раны, %     | 1,7                  | 2,8                  |
| Кровотечение, %               | 3,4                  | 5,5                  |

Примечание: \* - межгрупповые различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

При рассмотрении этих данных видно, что максимальное число ранних послеоперационных осложнений наблюдается в первой группе, а минимальное количество во второй группе больных.

В первой группе с высокой частотой (26,7%) возникли нагноения ран и серомы, кровотечения (3,4%), расхождение краев раны (1,7%).

Во второй группе, в виду особенности способа операции возникали кровотечения (5,5%), расхождение краев раны (2,8%), нагноение раны (2,8%).

Проведенный анализ ЛИИ у исследуемых больных показал, что в первой группе больных (таблица 4) ЛИИ на 2-е сутки составил  $7,9 \pm 0,3$ , а во второй группе  $5,7 \pm 0,2$ , что статистически значимо меньше, чем в группе сопоставления ( $p < 0,05$ ), на 6-е сутки ЛИИ во второй группе ниже, чем в первой и на 10 сутки в обеих группах был в пределах норм.

Таблица 4  
Динамика ЛИИ в послеоперационном периоде

| Группы<br>больных n-92 | ЛИИ после операции |            |          |
|------------------------|--------------------|------------|----------|
|                        | 2 сут.             | 6 сут.     | 10 сут.  |
| 1-группа n-60          | 7,9±0,3            | 6,2±0,3*   | 2,2±0,2* |
| 2-группа n-36          | 5,7±0,2-1          | 4,1±0,1*·1 | 2,1±0,2* |

Примечание: \* — различия с исходным фоном статистически значимы ( $p < 0,05$ ), · — межгрупповые различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Номер группы сравнения указан после значка.

Средние сроки госпитализации при проведении радикальной операции в первой группе 15,4±3,2 суток, а во второй — 12,3±2,1 суток, что в среднем на 3 суток меньше, чем в первой группе ( $p < 0,05$ ).

Анализ данных о типах заживления ран среди исследуемых групп больных показал, что в первой группе у всех пациентов рана заживала вторичным натяжением на всем протяжении.

Во второй группе у подавляющего большинства пациентов (94,5%) рана зажила первичным натяжением, и лишь у 2 (5,5%) — вторичным натяжением.

Таким образом, из полученных результатов видно, что наилучшие результаты наблюдаются во второй группе больных, где заживление раны у большинства больных проходило по типу первичного заживления раны, что способствует сокращению сроков заживления раны.

В первой группе средний срок временной нетру-

доспособности составил 33,4±9,1 суток, во второй — 16,1±8,7 суток ( $p < 0,05$ ).

Средние сроки временной нетрудоспособности коррелируют со сроками полного заживления ран. Во второй группе они меньше в 2 раза, что в очередной раз свидетельствует о преимуществе предложенного способа операции.

Для клинической оценки отдаленных результатов оперативного лечения в сроки до 3 лет нами использованы критерии А.М. Кузьминова (2004), включающие отсутствие и возникновение рецидивов, наличие признаков недостаточности анального сфинктера. Хорошие результаты наблюдали у 27 (45%) больных 1 группы, во 2 группе у 35 (97,2%) — при отсутствии рецидива и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные — у 21 (35%) в 1 группе, у 1 (2,8%) во 2 группе при недостаточности анального сфинктера с отсутствием рецидива. Неудовлетворительные результаты выявлены только в 1 группе у 12 (20%) больных вследствие рецидива свища в сроки до 3 лет.

Таким образом, улучшение результатов лечения у больных с хроническим рецидивирующим парапроктитом, оперированных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей с помощью предложенного способа связано с полным закрытием внутреннего отверстия свища, малой травматичностью операции, что позволяет уменьшить число рецидивов заболевания, обеспечить профилактику послеоперационной недостаточности анального сфинктера.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.М.О. Оптимизация лечения больных острым и хроническим парапроктитом: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Ставрополь, 2008. — 23 с.
2. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. — М.: Медпрактика, 2003. — 140 с.
3. Болквадзе Э.Э. Сложные формы острого парапроктита (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009. — 38 с.
4. Болквадзе Э.Э., Коплатадзе А.М., Проценко В.М. и др. Объем некрэктомии и лечение послеоперационной раны при анаэробном парапроктите. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2009. — Т. 84. №1. — С. 84-85.
5. Воробьев Г.И., Камаева Д.К., Коплатадзе А.М. Результаты лечения больных острым парапроктитом. // Анналы хирургии. — 2001. — №1. — С. 54-58.
6. Кузьминова С.В., Ачкасов Е.Е. Влияние способа хирургического лечения у больных с послеоперационными стриктурами анального канала на качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде. // Московский хирургический журнал. — 2010. — № 6(16). — С. 4-8.
7. Кузьминова С.В., Ачкасов Е.Е. Лечение послеоперационных стриктур анального канала. // Вестник Санкт-Петербургского университета. — Серия 11. Медицина. — СПб., 2010. — Прил. — С. 369.
8. Чарышкин А.Л., Солдатов А.А., Дементьев И.Н. Результаты хирургического лечения больных острым парапроктитом. // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2011. — №4. — С. 49-53.

**Информация об авторах:** 432970 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, УлГУ, тел. (8422) 41-20-88, e-mail:charyshkin@yandex.ru Чарышкин Алексей Леонидович — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.; Солдатов Александр Александрович — аспирант кафедры; Дементьев Иван Николаевич — аспирант кафедры.

© ЯКУБОВИЧ А.И., ЧАЩИН А.Ю., БОБКОВА Е.Н. — 2013  
УДК: 616.5-053.2

## СЛУЧАЙ КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ

Андрей Игоревич Якубович, Александр Юрьевич Чащин, Елена Николаевна Бобкова  
(Иркутский государственный медицинский институт, ректор — д.м.н., д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра дерматовенерологии с курсом медицинской косметологии, зав. — д.м.н., проф. А.И. Якубович, кафедра дерматовенерологии ФПК и ППС, зав. — д.м.н., проф. И.О. Малова)

**Резюме.** Описана остроразвившаяся форма красного отрубевидного волосяного лишая у больного 62 лет. Достигнут быстрый регресс высыпаний при комплексной терапии, включающей ре-ПУВА терапию.

**Ключевые слова:** красный волосяной отрубевидный волосяной лишай, неотигазон, ПУВА-терапия, дифференциальный диагноз, псориаз.

## A CASE OF PITIRIASIS RUBRA PILARIS

A.I. Yakubovich, A.Yu. Chashchin, E.N. Bobkova  
(Irkutsk State Medical University, Russia)

**Summary.** An acutely developed form of pityriasis rubra pilaris in the patient of 62 years old has been described. The rapid regression of lesions in the complex therapy, including re-PUVA therapy has been reached.

**Key words:** pityriasis rubra pilaris, neotigason, PUVA therapy, differential diagnosis, psoriasis.