

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.352-007.253-089

Н.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, М.М.О.Алиев, А.Б.Хутов, М.П.Лаврешин

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИШИОРЕКТАЛЬНОГО И ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА С ТРАНССФИНКТЕРНЫМ И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ГНОЙНОГО ХОДА

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. П.М.Лаврешин) Ставропольской государственной медицинской академии

Ключевые слова: парапроктит, хирургическое лечение.

Введение. Несмотря на огромные успехи современной колопроктологии в лечении больных с острой патологией аноректальной области, в настоящее время встречаются не решенные проблемы в хирургическом лечении острого парапроктита [2, 5]. Данное обстоятельство, на наш взгляд, прежде всего связано, во-первых, с отсутствием единой тактики ведения данной категории больных и разнообразием мнений относительно способа хирургической операции, применяемой при этой патологии, во-вторых, с недостаточно развитой сетью специализированных колопроктологических отделений и центров. По-прежнему большое число пациентов с острым парапроктитом продолжают поступать в общехирургические стационары, где им производится простое вскрытие параректального абсцесса с дренированием полости гнойника, тем самым, обрекая больного на повторные, часто многократные, поступления в те же стационары, физические и эмоционально-психологические страдания, значительно ухудшающие качество их жизни и трудоспособность [1, 3, 4]. Поэтому возникает необходимость дальнейшей разработки и практического применения таких способов хирургического лечения острого парапроктита, которые исключали бы рецидивы заболевания, повторные госпитализации и операции, сводили бы к минимуму физические, эмоционально-психологические страдания больных и экономические затраты на их лечение. Мы предлагаем способ хирургического лечения острого парапроктита, который в какой-то степени отвечает вышеперечисленным требованиям.

Цель исследования — изучить эффективность применения сфинктеросберегающего, одномоментно-радикального способа хирургического лечения острого ишиоректального и пельвиоректального парапроктита.

Материал и методы. За период с 2003 по 2006 г. под нашим наблюдением находились 36 пациентов с ишиоректальной и пельвиоректальной формами острого парапроктита в возрасте от 17 до 68 лет, которым был применен одномоментно-радикальный способ хирургического лечения (основная группа). Из них мужчин — 25, женщин — 11. Острый ишиоректальный парапроктит был выявлен у 27 больных, пельвиоректальный — у 9. У 21 пациента парапроктит возник впервые, у 15 — был острый рецидивирующий парапроктит. По локализации первичного гнойного хода по отношению к волокнам сфинктера прямой кишки больные распределялись таким образом: транссфинктерное его расположение наблюдали у 29 пациентов, экстрасфинктерное — у 7. При поступлении всем пациентам в зависимости от давности заболевания, степени выраженности местных и общих проявлений воспалительного процесса проводили соответствующую предоперационную подготовку в течение 2–3 ч, после чего им выполняли оперативное лечение. При выборе метода обезболивания предпочтение отдавали спинномозговой анестезии, которая обеспечивает щадящий режим обезболивания, хорошую релаксацию и анестезию в течение всей операции и ближайшем послеоперационном периоде. Независимо от расстояния максимальной флюктуации от ануса, глубины нахождения абсцесса производили пункцию полости гнойника толстой иглой диаметром до 2 мм, отступая не менее 1,5 см от периаанальной переходной складки, полностью эвакуировали гной, который сразу же отправляли на микробиологическое исследование и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Затем аноскопом выполняли деульсию анального жома, проводили визуальную и пальпаторную 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 определения отношения гнойного хода к волокнам сфинктера выполняли иссечение внутреннего отверстия вместе с пораженной морганиевой криптой в пределах здоровой слизистой оболочки. Образовавшийся дефект слизистой оболочки ушивали кетгутовыми швами с захватом подслизистого слоя кишки. 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, разрушали рубцовые перегородки, объединяли все затеки в единую

полость, выполняли некрэктомию. Стенки гнойной фистулы, идущей к внутреннему отверстию, выскабливали ложечкой Фолькмана до стенки прямой кишки и прижигали спиртовым раствором йода. Полость абсцесса промывали 3% раствором перекиси водорода, 0,05% раствором хлоргексидина, натрия гипохлорита. Промежностную рану дренировали толстой трубкой, с внутренним диаметром до 8 мм, с боковыми отверстиями, установленной в самую глубокую точку полости. Рядом с дренажной трубкой, параллельно ей устанавливали микроиригатор для капельного промывания гнойной полости. Промежностную рану зашивали до дренажа. В послеоперационном периоде проводилось капельное промывание раневой полости растворами антисептиков непрерывно в течение 48 ч. В дальнейшем промывание осуществляли по 2–3 ч 2–3 раза в дневное время. Ночью пациенты отдыхали. Показанием к прекращению промывания и удалению дренажа и микроиригатора являлось исчезновение в промывных растворах гноя, хлопьев фибрина, кусочков 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.

Контрольную группу составили 43 пациента с острым парапроктитом, оперированные за период с 2000 по 2003 г. Пациенты основной и контрольной группы были сопоставимы по возрасту, клиническим формам парапроктита и половой принадлежности. Острый ишиоректальный парапроктит был диагностирован у 33 больных, острый пельвиоректальный парапроктит — у 10. По расположению первичного гнойного хода по отношению к волокнам сфинктера прямой кишки больные распределялись таким образом: транссфинктерное расположение первичного гнойного хода наблюдалось у 26 пациентов, экстрасфинктерное — у 17. У пациентов контрольной группы применяли двухэтапное хирургическое лечение. Первый этап операции включал в себя вскрытие параректального абсцесса и дренирование раны рыхлыми мазовыми тампонами. Второй этап выполняли через 4–6 сут. У 26 больных с транссфинктерным расположением гнойного хода производили иссечение первичной фистулы и внутреннего ответствия в просвет анального канала. У 17 пациентов применен лигатурный метод. Промежностная рана у пациентов контрольной группы заживала вторичным натяжением.

Результаты и обсуждение. В основной группе средняя продолжительность нахождения больного на стационарном лечении составила 12 койко-дней. Нагноение промежностной раны имело место у 2 (5,5%) пациентов. Рана заживала мягким, не деформирующим анальную область рубцом. Рецидив заболевания выявлен у 1 (2,3%) больного, недостаточность анального сфинктера не наблюдалась.

В контрольной группе средняя продолжительность стационарного лечения составила 21 койко-

день. Рецидив заболевания выявлен у 11 (26,2%) человек, недостаточность анального сфинктера — также у 11 (26,2%) больных: I степени — у 5 пациентов, II степени — у 4, III степени — у 2.

Выводы. Предлагаемый нами одномоментно-радикальный способ хирургического лечения острого парапроктита позволяет значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре, способствует формированию мягкого рубца, исключает возможность развития недостаточности анального сфинктера, значительно снижает процент рецидивирования заболевания, исключая повторные госпитализации и страдания пациента, уменьшает материально-финансовые расходы на лечение.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ан В.К., Ривкин В.Л. Развитие учения о патогенезе и хирургическом лечении парапроктита // Актуальные вопросы колопроктологии.—Самара, 2003.—С. 21–22.
2. Воробьев Г.И., Коплатадзе А.М., Болквадзе Э.Э. Выбор метода хирургического лечения больных со сложными формами острого рецидивирующего парапроктита // Там же.—С. 45–45.
3. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит.—М., 1981.—208 с.
4. Коплатадзе А.М., Болквадзе Э.Э., Смирнов С.Г. и др. Классификация и выбор метода операции у больных со сложными формами острого рецидивирующего парапроктита // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы конф.—Иркутск, 1999.—С. 82–83.
5. Мадаминев А.М., Акылбеков И.К., Рафибеков Э.Д. К вопросу лечения острого парапроктита // Актуальные вопросы колопроктологии.—Самара, 2003.—С. 92–93.

Поступила в редакцию 11.12.2006 г.

P.M.Lavreshin, V.K.Gobedzhishvili, M.M.O.Aliev,
A.B.Khutov, M.P.Lavreshin

A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ISCHIO-RECTAL AND PELVIO-RECTAL PARAPROCTITIS WITH A TRANSSPHINCTER AND EXTRASPHINCTER POSITION OF THE PRIMARY PUS MEATUS

A one-moment radical method of surgical treatment was used in treatment of 36 patients with ischio-rectal and pelvio-rectal forms of acute paraproctitis. The method of surgical treatment of acute paraproctitis considerably shortened the period of hospital treatment, promoted the formation of a soft scar, excluded the development of the anal sphincter incompetence, and reduced the percentage of recurrent diseases.