

ХИРУРГИЯ

УДК 616-089:616-08

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

А.Л. Чарышкин, А.А. Солдатов, И.Н. Дементьев

Ульяновский государственный университет

Исследовано 102 больных с хроническим рецидивирующим парапроктитом в период с 2000 по 2012 гг. Средний возраст больных мужчин составил $29,1 \pm 6,2$ года, женщин – $24,5 \pm 12,2$ года. 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. Результаты исследования показали, что 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.

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

Вопросы лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки до настоящего времени остаются актуальными [3, 4, 9]. Это обусловлено высоким риском развития рецидива свища, который составляет от 4,7 до 33 %, а также анальной инконтиненции, отмечаемой в 5–83 % случаев после предпринятых оперативных вмешательств [5, 6, 10].

Ликвидация внутреннего свищевого отверстия является наиболее ответственным этапом операции, так как от этого в большей степени зависят непосредственные и функциональные результаты лечения [6, 9].

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных хроническим рецидивирующим парапрокти-

том 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 хронического рецидивирующего парапроктита, оперированных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей в период с 2000 по 2012 гг.

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

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

Сфинктерометрия выполнялась по методике А.М. Аминева. Клиническую оценку функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки проводили по Ю.В. Дульцеву и К.Н. Саламову.

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.

2 группа – 36 пациентов, оперированных предложенным способом закрытия внутрен-

него отверстия свища при сложных формах парапроктита (патент РФ на изобретение № 2472457) [8]. Способ осуществляли следующим образом.

На первом этапе хирургического лечения проводили вскрытие, дренирование, санацию гнойного очага и послеоперационную терапию. После стихания воспалительного процесса в верхнем наружном квадранте ягодичной области 1 (рис. 1) после обработки операционного поля антисептиком трижды и под местным обезболиванием производили вертикальный разрез 2 кожи длиной 3,0 см. В подкожножировом слое тупо формировали ложе 3 размером 3,0×3,0 см. В ложе 3 помещали полипропиленовую сетку 4 размером 2,5×2,5 см на 25–30 сут до начала второго этапа хирургического лечения. Рану дренировали резиновым выпускником, швы накладывали на кожу. На втором этапе хирургического лечения, через 25–30 сут после помещения полипропиленовой сетки в ложе 3, послеоперационный рубец в верхнем наружном квадранте ягодичной области 1 иссекали, проращенную соединительной тканью полипропиленовую сетку 4 острым путем извлекали из ложа 3. На рану накладывали швы.

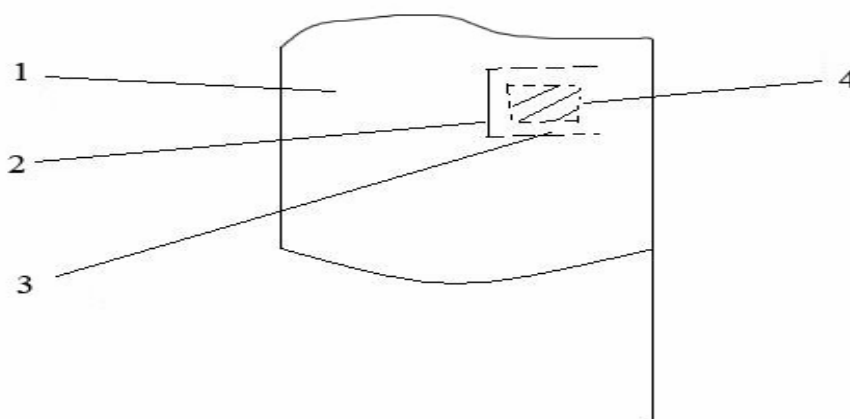


Рис. 1. Предварительное помещение полипропиленовой сетки в верхнем наружном квадранте ягодичной области на 25–30 сут до начала второго этапа хирургического лечения:

- 1 – ягодичная область;
2 – вертикальный разрез кожи в верхнем наружном квадранте ягодичной области 1;
3 – ложе; 4 – полипропиленовая сетка

Проращенную соединительной тканью полипропиленовую сетку 4 на время дальнейшего проведения хирургического лечения помещали в раствор с антибактериальным

препаратом. Затем внутреннее отверстие 5 свища (рис. 2) или крипту иссекали до мышечного слоя двумя полуовальными разрезами 6, отступя от его края 0,5 см.

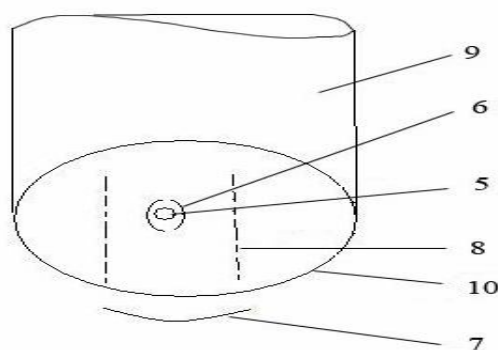


Рис. 2. Иссечения внутреннего отверстия свища прямой кишки до мышечного слоя (слизистую оболочку анального канала отсепаровывают в виде тоннеля со стороны перианальной кожи из дугообразного разреза):

5 – внутреннее отверстие свища прямой кишки со стороны слизистой оболочки; 6 – полуовальные разрезы; 7 – дугообразный разрез на коже перианальной области; 8 – подслизистый тоннель; 9 – прямая кишка; 10 – анус

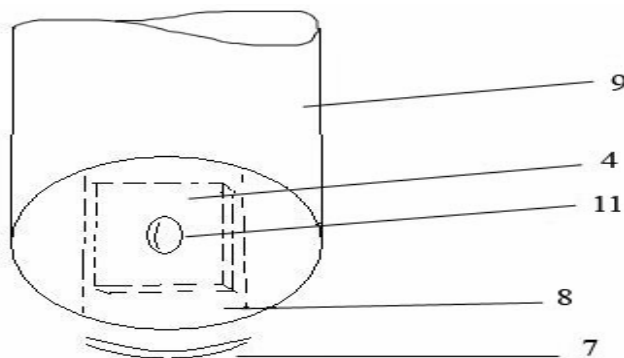


Рис. 3. Размещение в подслизистый тоннель 8 без дополнительной фиксации подготовленной проращенной соединительной тканью полипропиленовой сетки 4 (11 – иссечено внутреннее отверстие 5 свища прямой кишки 9 до мышечного слоя)

В проекции внутреннего отверстия 5 свища на перианальной коже производили дугообразный разрез 7 (рис. 3) длиной 2–3 см до границы мышечного и подслизистого слоев анального канала. С помощью шпателя тупо отсепаровывали слизистую анального канала в виде тоннеля 8 проксимальнее дефекта слизистой до 12 мм на ширину до 2,5 см или немного шире.

Внутреннее отверстие в мышечном слое выскабливали острой ложечкой или иссекали, после чего ушивали биodeградируемым шовным материалом. Через подслизистый тоннель 8 вводили проращенную соединительной тканью полипропиленовую сетку 4 и укладывали на шов мышечного слоя. Дефект слизистой оболочки над проращенной соединительной тканью полипропиленовой сеткой 4 восстанавливали путем сшивания неизмененных краев или перемещали одним из известных способов. Швы накладывали на ду-

гообразный разрез кожи перианальной области, кожную рану ушивали до резинового выпускника.

3 группа – 6 пациентов, оперированных по способу В.П. Лыско и соавт. [7]: пластика внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита, включающая иссечение внутреннего отверстия или криптэктомия, выскабливание острой ложечкой и ушивание внутреннего отверстия в мышечном слое прямой кишки биodeградируемым шовным материалом, укрытие его пластиной из полимерного материала.

По заключению этического комитета ИМЭиФК УлГУ от 7.12.2010 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

χ^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 табл. 1.

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

Анализируя эти данные, видим, что среди пациентов статистически достоверно ($p < 0,05$) 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 мужчин – 29,1±6,2 года, женщин – 24,5±12,2 года).

Все включенные в исследование перенесли в прошлом острый парапроктит, который заканчивался либо самопроизвольным вскрытием абсцесса (4,3 %), либо 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 продолжи-

тельности потребности больных во введении анальгетических препаратов и составила 6,5±2,1 сут в первой группе и 4,1±1,4 сут во второй группе

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

Структура ранних послеоперационных осложнений представлена в табл. 2.

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 %) возникали нагноения ран и серомы, кровотечения (3,4 %), расхождение краев раны (1,7 %). Во второй группе ввиду особенности способа операции возникали кровотечения (5,5 %), расхождение краев раны (2,8 %), нагноение раны (2,8 %).

Таблица 2

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 краев раны, %	1,7	2,8
Кровотечение, %	3,4	5,5

Примечание. * – межгрупповые различия достоверны ($p < 0,05$).

Проведенный анализ ЛИИ у исследуемых больных показал, что в первой группе больных (табл. 3) ЛИИ на 2 сут составил $7,9 \pm 0,3$, а во второй группе – $5,7 \pm 0,2$, что достоверно меньше, чем в группе сопостав-

ления ($p < 0,05$); на 6 сут ЛИИ во второй группе был ниже, чем в первой, и на 10 сут в обеих группах данный показатель был в пределах нормы.

Таблица 3

Динамика ЛИИ в послеоперационном периоде

Группы больных, n=92	ЛИИ после операции		
	2 сут	6 сут	10 сут
1 группа, n=60	$7,9 \pm 0,3$	$6,2 \pm 0,3^*$	$2,2 \pm 0,2^*$
2 группа, n=36	$5,7 \pm 0,2^{\bullet 1}$	$4,1 \pm 0,1^{\bullet 1}$	$2,1 \pm 0,2^*$

Примечание. * – различия с исходным фоном достоверны ($p < 0,05$), • – межгрупповые различия достоверны ($p < 0,05$). Номер группы сравнения указан после значка.

Средние сроки госпитализации при проведении радикальной операции в первой группе – $15,4 \pm 3,2$ сут, а во второй – $12,3 \pm 2,1$ сут, что в среднем на 3 сут 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 пациентов (5,5 %) – вторичным.

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

В первой группе средний срок временной нетрудоспособности составил $33,4 \pm 9,1$ сут, во второй – $16,1 \pm 8,7$ сут ($p < 0,05$).

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. Кузьмина, включающие отсутствие и возникновение рецидивов, наличие признаков недостаточности анального сфинктера. Хорошие результаты наблюдали у 27 (45 %) больных 1 группы, у 35 (97,2 %) больных 2 группы при отсутствии рецидива и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные – у 21 (35 %) в 1 группе, 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.

При сравнении качества жизни больных

через 6 мес. и 1 год после лечения по опроснику SF-36 показатели больных в 1 группе оказались по всем векторам статистически достоверно хуже, чем во 2 группе (табл. 4, 5). Качество жизни больных 2 группы в течение года не ухудшалось.

Таблица 4

Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 у больных в 2 группах исследования через 6 мес. после проведенного лечения (баллы)

Показатели	1 группа	2 группа
Физическая активность	73,2±1,2	85,3±0,3*
Общее состояние здоровья	58,2±1,4	78,1±1,1*
Жизненная активность	53,8±1,1	74,1±0,7*
Психическое здоровье	64,3±1,3	74,2±1,1*

Примечание. * – межгрупповые различия достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 5

Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 у больных в 2 группах исследования через 1 год после проведенного лечения (баллы)

Показатели	1 группа	2 группа
Физическая активность	72,1±1,2	85,4±0,3*
Общее состояние здоровья	57,2±1,4	78,2±1,1*
Жизненная активность	52,5±1,1	74,1±0,7*
Психическое здоровье	63,3±1,3	74,2±1,1*

Примечание. * – межгрупповые различия достоверны ($p < 0,05$).

Отдаленные результаты (через 6 мес. и 1 год) проведенного хирургического лечения у пациентов 2 группы показывают стабильность восстановленных клинических показателей, т.е. сохранность тех же улучшенных значений, что наблюдались через 1 мес., 6 мес. после выполненной операции.

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.

Выводы:

1. Предложенный способ закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита позволяет радикально ликвидировать внутреннее свищевое отверстие с сохранением функции анального жома.

2. Разработанный способ оперативного лечения сложных форм экстрасфинктерных ректальных свищей у больных с хроническим рецидивирующим парапроктитом способствует снижению ранних послеоперационных осложнений на 20,6 %, уменьшению сроков госпитализации в среднем на 3 сут ($p < 0,05$),

по сравнению с традиционным хирургическим лечением.

3. Применение способа оперативного лечения сложных форм экстрасфинктерных ректальных свищей у больных с хроническим рецидивирующим парапроктитом позволяет снизить риск рецидива заболевания, уменьшить развитие недостаточности анального сфинктера I степени на 47 % в сравнении с традиционным хирургическим лечением.

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. Воробьев Г. И., Камаева Д. К., Коплатадзе А. М. Результаты лечения больных острым парапроктитом // *Анналы хирургии*. 2001. № 1. С. 54–58.

5. Кусьминова С. В., Ачкасов Е. Е. Влияние способа хирургического лечения у больных с по-

слеоперационными стриктурами анального канала на качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде // *Московский хирургический журн.* 2010. № 6 (16). С. 4–8.

6. Кусьминова С. В., Ачкасов Е. Е. Лечение послеоперационных стриктур анального канала // Приложение к научно-теоретическому журналу «Вестник Санкт-петербургского университета». Сер. 11. Медицина. СПб., 2010. С. 369.

7. Способ пластики внутреннего отверстия при сложных формах парапроктита : патент № 2125841 / В. П. Лыско [и др.] ; заявка № 95115817/14 ; приоритет от 12.09.1995 ; зарег. 10.02.1999.

8. Способ хирургического лечения внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита : патент № 2472457 / А. Л. Чарышкин, А. А. Солдатов ; по заявке № 2011153668 ; приоритет от 27.12.2011 ; зарег. 20.01.2013 ; бюллетень № 2.

9. Чарышкин А. Л., Солдатов А. А., Деметьев И. Н. Результаты хирургического лечения больных острым парапроктитом // *Ульяновский медико-биологический журн.* 2011. № 4. С. 49–53.

10. Чарышкин А. Л., Солдатов А. А., Деметьев И. Н. Хирургическое лечение больных хроническим парапроктитом // *Медицинская наука и образование Урала*. 2012. № 3. С. 42–44.

COMPARATIVE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS CHRONIC PARAPROCTITIS

A.L. Charyshkin, A.A. Soldatov, I.N. Dementyev

Ulyanovsk State University

102 patients with the diagnosis chronic recurring paraproctitis during the period from 2000 to 2012 are investigated. Average age of patients at men of 29,1±6,2 years, at women of 24,5±12,2 years. Patients were divided into 3 groups depending on a way of surgical treatment of extrasphincter rectal fistulas. Between groups it wasn't revealed significant distinctions on a sex, age, character of accompanying pathology. Application of the developed way of closing of an internal opening of fistula at difficult forms paraproctitis, allowed to improve results of treatment, to reduce early postoperative complications, disease recurrence.

Keywords: chronic paraproctitis, extrasphincter rectal fistulas.