

УДК 616.351—08

Л. У. НАЗАРОВ, Р. В. ОРГУСЯН

ЛЕЧЕНИЕ ТИПИЧНЫХ СОЧЕТАННЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Работа посвящена выявлению и лечению сочетанных поражений у проктологических больных. Предложена тактика хирургического лечения различных поражений, предусматривающая не только радикальное избавление от основного и сопутствующего недуга, но и обеспечивающая неосложненное течение послеоперационного периода.

Возможность сочетания двух и более заболеваний прямой кишки и параректальной области, чаще всего геморроя и анальной трещины, геморроя и хронического парапроктита, отмечалась многими отечественными авторами [1, 5]. На Всесоюзной конференции по проктологии, проходившей в Москве в феврале 1978 г., указывалось [2, 3, 6] на частые сочетания анальной трещины с другими заболеваниями толстой кишки и верхнего отдела пищеварительного тракта. Подобные сочетания заболеваний пока только констатируются проктологами. Вместе с тем выявление особенностей течения рассматриваемых заболеваний и выработка тактики лечения, особенно при наиболее типичных их сочетаниях, имеет немаловажное практическое значение.

В специализированном отделении 8-й клинической больницы г. Еревана (база кафедры проктологии ЕрГИДУВа) большое внимание уделяется сочетанной проктологической патологии. Интерес к ней объясняется прежде всего довольно большим процентом таких больных. Из 1264 стационарных проктологических больных у 301 (23,8%) были диагностированы два и более заболевания прямой кишки или сочетание поражения прямой кишки с болезнями толстой кишки, верхнего отдела пищеварительного тракта или других органов и систем. В подавляющем большинстве случаев (239 из 301 больного) сочетались заболевания прямой кишки и параректальной области. К наиболее типичным сочетаниям можно отнести геморрой и анальную трещину, анальную трещину и хронический парапроктит (свищ прямой кишки), геморрой и парапроктит, наблюдавшиеся у 176 больных (таблица).

Общим патогенетическим моментом этих сочетанных заболеваний является истончение слизистой оболочки анального канала при геморрое, способствующее зачастую ее микротравматизации и образованию анальной трещины или внутреннего отверстия параректального свища, а также хроническая трещина — язва, являющаяся во многих случаях источником возникновения неполного внутреннего или полного свища прямой кишки.

Большую сложность представляет обнаружение сопутствующего заболевания и разграничение его от основного. Как правило, все болезненные ощущения в данной области пациенты относят на счет установленного у них ранее основного недуга. И только специальное обследование позволяет поставить второй диагноз. Между тем дифференциация основного и сопутствующего заболеваний необходима для выработки тактики лечения.

Например, при основном диагнозе — свищ прямой кишки, установленном на основании соответствующего анамнеза (парапроктит), наличия на коже промежности наружного отверстия свища с постоянным гнойным отделяемым или частыми обострениями хронического парапроктита, даже болезненная анальная трещина, которую ошибочно можно расценивать как проявление парапроктита, является сопутствующим заболеванием.

Таблица

Варианты типичных сочетаний проктологических заболеваний

Основное заболевание	Сопутствующее заболевание	Количество больных
Свищ прямой кишки и хронический парапроктит	геморрой	58
	проктосигмоидит	10
	анальная трещина	4
Геморрой	анальная трещина	31
	проктосигмоидит	12
	свищ прямой кишки	7
Анальная трещина	геморрой	36
	проктосигмоидит	9
	свищ прямой кишки	5
Полип прямой кишки	проктосигмоидит	4

Боли в заднем проходе и незначительные гнойные выделения в промежности, связанные с анальной трещиной или краевым подкожным параректальным свищем, расцениваются иногда и врачами, и больными при кровотечении и выпадении узлов во время дефекации и натуживания как симптомы ведущего заболевания — геморроя. Тщательное обследование анального канала позволяет диагностировать у таких больных сопутствующую патологию.

Наоборот, при типичной острой анальной трещине, сопровождающейся, как правило, стойким спазмом мышц анального жома, клиника настолько характерна (боль во время и после дефекации, небольшие ректальные кровотечения), что второе заболевание, выявленное при клиническом обследовании, легко определить как сопутствующее.

Полипы прямой кишки в большинстве случаев обнаруживаются при профилактической ректоскопии у лиц, страдающих другими воспалительными заболеваниями прямой и сигмовидной кишок, однако,

по принятым онкологическим канонам, полипы выдвигаются на первый план, а заболевание, по поводу которого больной обратился к проктологу, расценивается как сопутствующее.

Как видно из приведенной таблицы, в большинстве случаев (у 141 больного из 176) сочетались хирургические заболевания прямой кишки и параректальной области. В таких условиях у соматически сохраненных больных мы выполняли обе операции одновременно, как правило, под наркозом. Очередность этапов обеих операций, их детализация определялись не главенством диагноза, а соображениями асептики, антисептики и удобством выполнения той или иной манипуляции для хирурга. Скажем, при сочетании свища прямой кишки и геморроя мы иссекали свищ в просвет кишки, а затем, после дивульсии анального канала, удаляли внутренние геморроидальные узлы по методике Миллигана-Моргана в модификации, предусматривающей ушивание ран слизистой оболочки наглухо. В случаях с более глубоким расположением свищей прямой кишки в том же порядке удаляли свищ, а затем иссекали внутренние геморроидальные узлы на месте бывшего свища, после этого ушивали дно раны и только тогда иссекали наружные геморроидальные узлы с периаанальной пластикой.

При сочетании геморроя с анальной трещиной вначале (без дивульсии, осторожно раздвигая анальный канал ректальным зеркалом) иссекали трещину с дозированной сфинктеротомией, а затем, растянув анальный канал зажимами Алиса, удаляли внутренние геморроидальные узлы. Такая очередность манипуляций представляется нам наиболее щадящей. При наличии у больного свища, обычно подкожно-подслизистого, и анальной трещины, локализованных в одном ложе, их иссекали единым блоком.

Если же анальная трещина и свищ располагались на разных стенках кишки, вначале иссекали свищ, а затем анальную трещину. Сфинктеротомию в этих условиях либо вовсе не производили, либо надсекали анальный жом в ране, образовавшейся после удаления трещины, на глубину не более 0,5 см.

Разнообразие форм и ветвлений сложных параректальных свищей, наличие больших кратерообразных внутренних отверстий, сочетание их с геморроем или анальной трещиной и т. п. заставляют подбирать методику операции индивидуально для каждого больного.

В большинстве случаев производят одномоментные операции, во время которых удаляют и сложный свищ, и сопутствующий геморрой или анальную трещину. При этом вначале иссекают гнойный ход свища, т. е. ликвидируют очаг воспаления на промежности. Рану тщательно промывают раствором антибиотиков, к которым чувствительна флора свища, затем удаляют геморроидальные узлы или трещину и только после этого вновь возвращаются к ране промежности, через которую либо проводят лигатуру, либо ее частично ушивают, либо тампонируют лентами с мазью Вишневского.

При сложных, часто рецидивирующих экстрасфинктерных свищах прямой кишки и выраженном геморрое с обильными кровотечениями

хирургическое вмешательство расчленяют на два этапа: сначала оперируют по поводу свища, затем, через 1—1,5 месяца, по поводу геморроя.

У 35 больных хирургическое заболевание прямой кишки и параректальной клетчатки сопровождалось хроническим воспалением слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки — проктосигмоидитом. Такое сочетание можно расценивать как типичное с полным основанием: чаще всего именно на фоне хронического воспаления слизистой оболочки прямой кишки развиваются анальные трещины, криптит, парапроктит. Проктосигмоидит может также быть локальным проявлением общего заболевания толстой кишки (различные формы колита, дискинезии и т. п.), при котором наблюдаются поносы и запоры, в свою очередь способствующие развитию геморроя. Особенно важно изучение и лечение таких заболеваний у жителей южных республик, где употребление острых блюд и особенности климата нередко приводят к возникновению проктосигмоидита и связанного с ним упорного анального зуда.

Клиника и лечение проктосигмоидита достаточно полно описаны в работах В. А. Полукарова [4], который отмечает сдвиги в кишечной флоре этих больных, изменения слизистой оболочки прямой и нижней части сигмовидной кишки, видимые при ректоскопии, и другие признаки этого заболевания. Однако автор не заостряет внимания на сочетаниях проктосигмоидита с другими проктологическими заболеваниями.

Обычно на амбулаторном приеме проктолог выявляет у больных геморроем, парапроктитом или анальной трещиной типичные для проктосигмоидита симптомы — неинтенсивные боли в левой нижней части живота, расстройство стула, слизистые выделения из ануса, мокнутие кожи в промежности и анальный зуд. Эти проявления усиливаются после приемов в большом количестве острой пищи и алкогольных напитков. Проводя объективное обследование таких больных в проктологическом кабинете, врач, как правило, кроме выраженной симптоматики основного заболевания, обнаруживает при ректоскопии типичные для проктосигмоидита изменения слизистой оболочки: ее гиперемия, смазанный сосудистый рисунок, иногда даже легкую контактную кровоточивость, а также наблюдает расчесы на коже вокруг ануса, вплоть до ее депигментации. Амбулаторное обследование должно включать трехкратный анализ кала на наличие яйцеглист, анализ крови на сахар, а также бактериологический посев кала на микрофлору для выяснения степени дисбактериоза.

Курс лечения проктосигмоидита целесообразно проводить до госпитализации больного по поводу основного заболевания также амбулаторно. Больному назначаются ежедневные (в течение 22—25 дней) клизмы по 0,5—1 л воды комнатной температуры в положении на левом боку с последующим введением с помощью резиновой груши 100—150 г теплого 0,3 % раствора колларгола. Если позывы после

этого не возникнут, желательно удерживать лекарство в кишечнике до утра.

Обязательным условием лечения является регулирование стула — прием перед сном отвара слабительных трав: александрийского листа, коры крушины, ревеня, геморроидального чая (1 столовая ложка травы на 0,5 стакана воды). Из лекарственных препаратов рекомендуются мексаформ, колибактерин, интестопан и другие, нормализующие микробный состав толстой кишки.

Лечение проводится на фоне диеты, исключающей острую и соленую пищу, любой вид алкогольных напитков, по возможности, курение. При обнаружении глистной инвазии или выраженного дисбактериоза проводят соответствующее лечение. Только после полного курса амбулаторной терапии, получив выраженный эффект, можно направлять больного на операцию. В течение месяца после операции больному рекомендуется соблюдать щадящую диету, а также проводить тщательный туалет перианальной кожи после дефекации: обмывание промежности 2—3% раствором двууглекислой соды или слабым марганцевым раствором с последующим тщательным высушиванием кожи марлей. Использование туалетной бумаги в этот период не рекомендуется.

Проведение короткого предоперационного курса лечения по поводу проктосигмоидита в стационаре нецелесообразно. Как правило, он осуществляется наспех и ограничивается 5—6 микроклизмами с колларголом, что нередко приводит, в конечном итоге, к рецидивам анальной трещины или удлинению периода заживления раны после иссечения параректальных свищей. Обычно у больных проктосигмоидитом перианальные раны быстро ослизняются, инфицируются, заживают широким растянутым рубцом, что обуславливает подчас возникновение послеоперационной недостаточности анального жома. Кроме того, количество дооперационных койко-дней при этом резко возрастает.

Выявление сочетанных проктологических заболеваний, разработка тактики их хирургического лечения, своевременная диагностика и лечение проктосигмоидита обеспечивают, с одной стороны, хорошие результаты лечения, а с другой — предотвращают послеоперационные осложнения и тем самым сокращают срок пребывания больных в стационаре.

Кафедра проктологии Ереванского ГИДУВа
и 8-я клиническая больница г. Еревана

Поступила 10/1 1978 г.

Լ. Ա. ՆԱԶԱՐԱՎ, Ռ. Վ. ՅՐԳՈՒՅԱՆ

ՏԵՊԻԿ ԶՈՒԳՈՐԴՎԱԾ ՊՐՈԿՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Աշխատանքում քննարկվում են պրոկտոլոգիական պաթոլոգիայում տիպիկ գուգորդումների տարբեր տարբերակների բուժման տակտիկայի հարցերը:

176 հիվանդների մոտ ախտորոշում են պրոկտիոլոգիական տարբեր հիվանդությունների բնորոշ դուզորդումները: Ավելի հաճախ հանդիպում են հետևյալ համակցումները՝ թուփք և հետանցքի ճեղքվածք, թուփք և ուղիղ աղիքի խուլակ:

Նկարագրված են դուզորդված պաթոլոգիաների ժամանակ հիմնական հիվանդությունը որոշելու սկզբունքները և վերլուծված են միջոցառումներ, որոնք օգտագործվում են վիրաբուժական միջամտության ժամանակ: Միաժամանակ առաջարկվում են երկրորդ դուզորդված հիվանդության կոնսերվատիվ բուժման մեթոդները, որոնք կանխում են հետվիրահատման բարդությունների զարգացումը:

L. A. NAZAROV, R. V. ORGUSIAN

TREATMENT OF TYPICAL COMBINED PROCTOLOGIC DISEASES

Examination of patients with surgical pathology of straight intestine and pararectal cyst has revealed two and more diseases. In the majority of them typical combinations are noticed, where surgical intervention has been conducted single instantly. In combination of straight intestine diseases with proctitis and proctosigmoiditis conservative treatment precedes surgical intervention.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аминев А. М. Руководство по проктологии, т. 2, 3. Куйбышев, 1971, 1973.
2. Дульцев Ю. В. Хирургия, 1976, 8, стр. 132.
3. Подольяк Г. А. Тез. Всес. конф. по проктологии. М., 1978, стр. 86.
4. Полукаров В. А. Сб.: О болезнях прямой и толстой кишок. М., 1963.
5. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956.
6. Заремба А. А. Дисс. канд. М., 1969.