

УДК 616.351—007.253

Л. У. НАЗАРОВ, Э. Б. АКОПЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Приводятся результаты хирургического лечения больных хроническим парапроктитом. Установлено, что успех оперативного лечения свищей прямой кишки зависит от индивидуальной тактики в вопросе выбора метода операции. Радикальные хирургические вмешательства, сочетающиеся с профилактической криптотомией, способствуют предупреждению развития местных воспалительных осложнений и рецидивов заболевания.

Среди различных заболеваний прямой кишки аноректальные свищи встречаются в 35—40% случаев [1, 2, 4].

Установлено, что подавляющее большинство свищей прямой кишки возникает после острого парапроктита, а это значит, что острый парапроктит и прямокишечные свищи—разные стадии единого патологического процесса.

В проктологической клинике больницы № 8 г. Еревана (базы кафедры проктологии ЕрГИДУВа МЗ СССР) с декабря 1975 г. по май 1980 г. оперированы по поводу свищей прямой кишки 634 больных.

Возникновению острого парапроктита предшествуют микротравмы слизистой анального канала в области крипт Морганьи с проникновением инфекции через лимфатические сосуды в параректальную клетчатку и развитием абсцесса. Считается, что травма слизистой возникает чаще у людей, страдающих сопутствующими заболеваниями—геморроем, анальными трещинами, проктитом, язвами и т. д. Среди общего числа наших пациентов в 44% наблюдений возникновению парапроктита предшествовали перечисленные заболевания, которые способствовали воспалительному отеку и разрыхлению слизистой, благодаря чему облегчалось проникновение инфекции. И все-таки в большинстве случаев (56%) свищи возникали у практически здоровых лиц. В этих условиях парапроктит возникает в результате инфицирования анальных желез, устья которых локализируются именно в морганиевых криптах или вблизи них. Следовательно, параректальный гнойник с самого начала возникновения связан с просветом прямой кишки, где имеется внутреннее отверстие абсцесса. Если это отверстие после вскрытия гнойника прочно заживет—наступит стойкое выздоровление. Такой исход отмечается у 35% больных. Если отверстие затянется непрочным рубцом—об-

разуется рецидивирующая форма парапроктита, что наблюдается в 20% случаев, и, наконец, в 45% — отверстие остается открытым — зияющим, и возникает свищ [2]. Заживлению внутреннего отверстия парапроктита мешают болезненные сокращения сфинктера, дефекация, проникновение инфекции из кишки в параректальную клетчатку, а также воспалительное состояние анальной слизистой и окружности внутреннего отверстия.

Анальные фистулы преимущественно встречаются у лиц в возрасте 30—50 лет, причем, по нашим данным, у мужчин почти в шесть раз чаще, чем у женщин.

В 86,8% случаев свищи полные, т. е. имеют наружное (одно или несколько) и внутреннее отверстие. Лишь 13,2% составляют неполные внутренние фистулы. Наружных неполных свищей, как известно, не бывает; внутреннее отверстие свища либо временно закрылось, либо просто не было диагностировано.

В зависимости от расположения свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру фистулы подразделяются на: а) подкожно-подслизистые или интрасфинктерные; б) чрессфинктерные и в) сложные свищи высокого уровня или экстрасфинктерные. При каждом виде свища мы применяем определенный способ хирургического вмешательства. Основная цель каждой операции сводится к ликвидации свищевого хода, а, главное, его внутреннего отверстия — основного источника инфекции. 101 человек (15,9% общего числа больных) оперирован по поводу простых — интрасфинктерных свищей. При этой разновидности фистул мы применяем общеизвестный способ операции — иссечение свища в просвет кишки по Габриэлю. Рецидива заболевания после применения этой методики мы не наблюдали.

252 больных (39,7% общего числа пациентов) оперированы по поводу трансфинктерных свищей, пересекающих подкожную порцию наружного сфинктера. В этих случаях мы также производим иссечение свища в просвет кишки по Габриэлю. Однако в связи с тем, что образуется довольно глубокая рана, требующая длительного срока заживления, мы применяем модификацию А. Н. Рыжих [4] и ушиваем дно раны кетгутовыми швами. В результате рана становится гораздо уже и более поверхностной. Полное выздоровление в отдаленных сроках наблюдения отмечено в 99,2% случаев. Примерно такие же результаты лечения сообщают в литературе многие известные хирурги-проктологи.

Иначе обстоит дело с лечением сложных — экстрасфинктерных свищей высокого уровня, дающих большой процент рецидива, развитие стойких нарушений функции сфинктера после неоднократных попыток хирургического лечения.

Мы считаем, что основная причина неудач в хирургическом лечении сложных свищей прямой кишки заключается в том, что хирурги не учитывают специфики их разновидностей. Экстрасфинктерные свищи отличаются друг от друга не только по виду и характеру расположения хода в параректальной клетчатке, но и другими чрезвычайно важными

особенностями. Это, в первую очередь, локализация и величина внутреннего отверстия свища, направление и степень разветвления свищевого хода, наличие гнойных затеков и полостей, степень развития рубцовых и воспалительных тканей на промежности и в анальном канале и т. д. Хирург должен отчетливо представлять себе эти особенности и выбрать правильный, типичный для данного вида свища способ операции. Иначе говоря, необходима индивидуализация в вопросе выбора способа операции при сложных свищах высокого уровня.

282 пациента (44,4% общего числа больных) были оперированы по поводу различных видов сложных фистул. В тех случаях, когда внутреннее отверстие свища небольших размеров, без рубцовых изменений, применяли операцию А. Н. Рыжих [4]. Под контролем метиленовой сини, введенной в ход фистулы, свищ выделяют до стенки кишки и отсекают. Оставшийся отрезок свища после тщательного выскабливания и обработки йодом ушивают кетгутовыми швами. Далее в кишку вводят ректальное зеркало и производят дозированную сфинктеротомию через внутреннее отверстие на глубину 1 см. Последнюю манипуляцию производят для временного понижения функции анального жома и ликвидации его сокращений, мешающих заживлению внутреннего отверстия. Вместе с тем сфинктеротомия преследует и другую важную цель. Надсекая волокна сфинктера через рубцовое внутреннее отверстие, экономно иссекая участки рубцовой слизистой и тщательно выскаблив рану, хирург добивается таким образом ликвидации внутреннего отверстия и образования на месте бывшего внутреннего отверстия открытой грануляционной раны, которая заживает прочным рубцом. Этим методом оперировано 28 больных. Рецидив отмечен в 2 случаях.

При экстрасфинктерных свищах, когда по ходу фистулы в зоне наружного сфинктера выявлялись рубцовые полости и гнойные затеки, применяли операцию «пики», предложенную Л. У. Назаровым [3]. Свищ рассекали в просвет кишки, а затем рану в области сфинктера ушивали несколькими узловыми кетгутовыми швами, подкрепляя их возвратными шелковыми швами, накладываемыми на дистальную треть раны, через все ее слои с захватом кожи. Рана приобретает форму, напоминающую пику. Через 10—12 дней кожные швы снимают, и периаанальная рана, заживающая к этому времени, как правило, не расходится. Указанной методикой оперировано 66 больных. Полное выздоровление в отдаленные сроки наблюдения отмечено у 65 больных.

У лиц, страдающих в течение продолжительного срока свищами высокого уровня, в результате постоянного воспалительного состояния, частых вспышек парапроктита, а также неоднократных, но безуспешных операций на промежности и стенке прямой кишки развивается обширный рубцово-воспалительный процесс. Рубцы, часто хрящевидной консистенции, занимают параректальную область, окружают свищевой ход и внутреннее отверстие свища в анальном канале. При этом, как правило, наблюдаются широкие, разветвленные гнойные ходы и большие внутренние отверстия. В таких случаях наиболее адекватной

операцией, по нашему мнению, является лигатурный способ лечения. В нашей клинике применяется модификация лигатурного способа операции по Л. У. Назарову [3]. Свищевой ход отсепаровывают до стенки кишки и отсекают обычным способом. Тщательно иссекают все рубцовые ткани, затем через рану и внутреннее отверстие свища в анальном канале проводят шелковую нить (№ 8). В отличие от общепринятого способа рану на промежности рассекают дополнительно по направлению к анусу, пересекая при этом подкожную клетчатку, кожу и частично волокна наружного сфинктера. Дозированную сфинктеротомию со стороны раны производят таким образом, чтобы мостик тканей, остающийся между кишкой и раной, над которым непосредственно затягивают лигатуру, имел толщину не более 1—1,5 см. Рану на промежности ушивают до лигатуры и дренируют мазевым тампоном. Через 9—10 дней после хирургического вмешательства лигатура либо отпадает сама, либо ее удаляют путем рассечения подлежащего, к этому сроку уже зарубцевавшегося мостика тканей.

Одновременное затягивание нити на операции обеспечивает равномерное по окружности сжатие подлежащего мостика мышечных волокон сфинктера, которые под лигатурой срастаются друг с другом и в последующем при пересечении не расходятся. С другой стороны, частичное ушивание промежностной раны уменьшает глубину и размеры ее и ускоряет процесс заживления. При этой методике срок стационарного лечения укорачивается в два раза и составляет не более 18—20 дней. Оперированы 188 больных. Выздоровление констатировано в 97,4% случаев.

Исследования объективных показателей функции сфинктера до и в разные сроки после хирургического вмешательства производились с помощью сфинктерометра нашей конструкции (авторское свидетельство № 9793 от 2 января 1979 г.). Полное объективное восстановление функции сфинктера наступает в среднем через 1—1,5 месяца после вмешательства. Отметим, что срок восстановления функциональных показателей зависел не столько от степени сложности свища, сколько от рецидивов и предшествующих нерадикальных операций, так или иначе способствующих развитию инконтиненции.

Проведенными клиническими, анатоми-топографическими и морфогистохимическими методами было установлено, что при свищах в патологический процесс вовлекается не только кривая, где располагается его внутреннее отверстие, но и другие, «синтактные», глубокие морганиевы синусы анального канала. Диффузное поражение анальных крипт является причиной послеоперационных воспалительных осложнений и в какой-то степени рецидивов заболевания. Поэтому, начиная с 1977 г., мы на всех операциях по поводу аноректальных фистул, кроме основного этапа операции, производили профилактическое рассечение глубоких морганиевых синусов. Такая дополнительная манипуляция способствовала улучшению результатов хирургического лечения свищей

прямой кишки и фактически приводила к ликвидации воспалительных местных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Проктологическое отделение
8-й клинической больницы

Поступила 5/II 1980 г.

Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Է. Բ. ՀԱԿՈՅԱՆ

ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐԻ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ուղիղ աղու խուղակով տառապող հիվանդների հետվիրահատական շրջանի ուսումնասիրության արդյունքների հիման վրա հաստատված է, որ բուժման հաջողությունը, հատկապես բարդ խուղակների ժամանակ, կախված է վիրաբուժական մեթոդի ընտրությունից:

Հետանցքի սֆինկտերի ֆունկցիոնալ վիճակի հետազոտությունը մինչև հետվիրահատական շրջաններում, ցույց է տվել, որ խուղակների տարբեր ձևերի ժամանակ համապատասխան վիրաբուժական մեթոդի կիրառման դեպքում սֆինկտերոմետրիայի տվյալները 1—1,5 ամսից նորմալանում են:

Կատարված կլինիկական, անատոմո-տոպոգրաֆիկ և մորֆոհիստոլոգիական մեթոդներով ապացուցված է, որ խոռոչիկական պարապրոկտիտների ժամանակ պաթոլոգիական պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են բոլոր խոր մորգանյան խորշերը: Այդ խորշերի հատումը ռադիկալ վիրահատման հետ մեկտեղ չպատում է հետվիրահատական տեղային բորբոքային բարդությունների վերացմանը:

L. H. NAZAROV, E. B. HAKOPIAN

SURGICAL TREATMENT OF RECTAL FISTULAS

The results of the surgical treatment of patients with chronic paraproctitis are brought in the paper. It is established that the success of the surgical treatment of rectal fistulas, especially of their complex forms, depends on the individual tactics in choosing the method of the operation.

By means of the clinical, anatomic topographic, histochemical methods it is established that there is observed diffusive affection of the anal crypts in rectal fistulas, which causes local inflammatory complications after the operation.

The prophylactic dissection of the deep morganian sinuses in radical operation of anorectal fistulas prevents the development of these complications.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Блииничев Н. М. Автореф. дисс. докт. Куйбышев, 1972.
2. Назаров Л. У. Свищи прямой кишки. М., 1966.
3. Назаров Л. У., Дроздова В. Н., Карапетян Н. Ф. Хирургия, 1972, 7, стр. 128.
4. Рыжих А. Н., Баркан М. Б. Парапроктит. М., 1951.