

Л. У. НАЗАРОВ, Э. Б. АКОПЯН, А. К. ЭНФЕНДЖЯН

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПРОКТИТОВ

(обзор литературы)

Приведенный обзор отечественной и зарубежной литературы посвящен вопросу лечения острых парапроктитов и свищей прямой кишки. Дана сравнительная оценка отдельных методов хирургических вмешательств.

Несмотря на обширную литературу, посвященную хирургическому лечению острого парапроктита и свищей прямой кишки, вопрос этот не теряет актуальности и продолжает дискутироваться в печати.

Детализация форм парапроктита способствует более совершенному подходу к хирургическому лечению этого заболевания. НИИ проктологии МЗ РСФСР предлагает подразделять свищи прямой кишки по следующим признакам—активности воспалительного процесса, локализации гнойников и затеков, расположению внутреннего отверстия, по отношению к сфинктеру [4, 8, 11, 40]. Такая классификация помогает глубже разобраться в описываемой патологии и более обоснованно подходить к выбору методов лечения.

Оперативное лечение острых подкожно-подслизистых парапроктитов, интрасфинктерных и чрессфинктерных свищей, дающее 97—98% выздоровления [3, 15, 28], в настоящее время общеизвестно и сводится к вскрытию абсцесса или иссечению свища в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны (операция Габриэля) или с частичным ее ушиванием [26]. Однако оперативные вмешательства при высоких экстрасфинктерных гнойниках и фистулах пока не удается унифицировать. Для лечения этих форм парапроктита изыскиваются новые способы вмешательства, и тем не менее рецидивы при них остаются в пределах 8—48% [3, 9, 10, 15, 19, 27, 29, 36].

Некоторые авторы [2, 38] отдают предпочтение одномоментному рассечению анального жома через пораженную крипту при острых ишио-ректальных и пельвиоректальных гнойниках. Многими авторами [22, 23, 30] получены удовлетворительные результаты лечения высоких форм острого парапроктита в результате применения техники проведения и этапного или одномоментного затягивания лигатуры. В последние годы значительно реже применяется операция—вскрытие околопрямокишечного абсцесса с дозированной сфинктеротомией через внутреннее отверстие по А. Н. Рыжиху [26].

Литературные данные относительно лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки разноречивы—в одних работах указывается на целесообразность применения модификаций операций Джед-Робле [3, 9 и др.], в других—лигатурного метода [17, 23, 31—33]. Большой популярностью в настоящее время пользуются также следующие методы лечения: иссечение свища с отшиванием и дозированной сфинктеротомией через внутреннее отверстие по А. Н. Рыжиху [26], иссечение сложного свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера

[23, 27], а также различные способы пластики периаанальных ран после фистулеktомии, предложенные А. А. Абражановым [1], А. М. Во-
лошиным [14], Moszkowicz [39].

В многочисленных публикациях последних лет, обобщающих опыт лечения острого и хронического парапроктита [6, 12, 16, 24, 32, 35, 37], одобряются вышеуказанные методы радикальных операций, однако при наиболее сложных, рецидивных формах заболевания предпочтительнее отдается лигатурному методу.

Большую полемику вызвало решение вопросов о целесообразности частичного рассечения сфинктера (дозированная сфинктеротомия) как дополнительного приема для ликвидации внутреннего отверстия парапроктита. А. Н. Рыжих [26] и его ученики [10, 15, 19] указывают на необходимость дозированного рассечения сфинктера при высоких парапроктитах и свищах. А. М. Аминев и хирурги его школы [3, 9 и др.] предлагают более сложные пластические методы закрытия внутреннего отверстия экстрасфинктерного свища прямой кишки без нарушения целостности анального жома. В последних работах НИИ проктологии МЗ РСФСР [27] указывается на необходимость дифференцированного подхода к операциям при высоких экстрасфинктерных свищах прямой кишки.

Обобщая данные хирургического лечения 7505 свищей прямой кишки, В. Д. Федоров с соавт. [28] справедливо отмечают, что до сих пор не существует ни одного надежного способа хирургического вмешательства при экстрасфинктерных фистулах—после этих операций рецидивы возникают более чем в 8% случаев, а недостаточность анального жома отмечается у 7% оперированных.

Существует мнение, что экстрасфинктерные свищи прямой кишки необходимо классифицировать по степени сложности и применять наиболее адекватную операцию в зависимости от варианта свища. При экстрасфинктерных фистулах 1-й степени (маленькое, без рубцовых изменений внутреннее отверстие, прямой ход свища, отсутствие инфильтратов вокруг хода фистулы) хороший эффект дает рассечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера. Свищи 2-й степени (внутреннее отверстие окружено рубцами) рекомендуется оперировать по А. Н. Рыжиху [26]—иссечение свища на промежности с отшиванием и дозированной сфинктеротомией через его внутреннее отверстие. При фистулах 3 и 4-й степени сложности (большое рубцовое внутреннее отверстие, извилистые ходы, окруженные воспалительными инфильтратами, наличие гнойных затеков по ходу свища) следует прибегать к лигатурному методу. Такой подход, по мнению авторов, обуславливает минимальное число осложнений и рецидивов.

Выявление причин рецидивирования парапроктита находится в центре внимания специалистов. С целью выяснения механизма возникновения рецидивов парапроктита Р. З. Давыдовым [13] производились гистологические исследования свищевых ходов, в результате которых установлено наличие постоянного воспалительного инфильтрата вокруг свищевого канала и как результат этого—выраженные изменения нервных стволов и окончаний. Поражение нервного аппарата в окружно-

сти фистулы, по его мнению, может способствовать снижению сопротивляемости тканей и рецидивированию парапроктита, даже при заживлении внутреннего отверстия свища.

По мнению А. К. Пакалыса [25], рецидивы парапроктита возникают главным образом потому, что в просвете прямой кишки при самопроизвольном вскрытии гнойника или после нерадикальной операции острого параректального абсцесса внутреннее отверстие гнойника остается зияющим или временно заживает непрочным, легко травмирующимся рубцом. Однако вопросы: откуда берется инфекция, как возникает внутреннее отверстие парапроктита и свища, может ли после даже самых радикальных операций вновь возникнуть очаг воспаления в анальном канале—далеки от окончательного решения.

Работами А. И. Когона [18], И. Т. Аснач [7], В. А. Аминовой [5] и др. доказано, что в развитии парапроктитов большую роль играют морганиевы крипты и открывающиеся на их дне анальные железы. Установлено, что нередко заболеванию предшествует воспаление анальных крипт—крипитит, при котором поражаются в основном несколько синусов Морганьи. Вместе с тем внутреннее отверстие парапроктитов в 98% случаев бывает единичным [3, 19, 26, 29]. С другой стороны, возможно возникновение диффузного криптита у больных с длительно существующими свищами прямой кишки в результате постоянного инфицирования синусов из области внутреннего отверстия фистулы. Во время радикальных хирургических операций иссекается только та воспаленная крипта, в которой локализуется внутреннее отверстие парапроктита. Следовательно, воспалительный процесс в других синусах Морганьи остается, и как он проявляется в послеоперационном периоде—пока неизвестно. Исследованиями, проведенными на кафедре проктологии ЕрИУВ МЗ СССР [20—23], установлено, что сопутствующий парапроктиту криптит в 18—19% случаев является причиной развития местных воспалительных осложнений после радикальных вмешательств по поводу околопрямокишечных гнойников и аноректальных свищей. У большинства таких больных в разные сроки после операции в области периаанальной раны, а иногда и на других участках анального канала, появляются маленькие подслизистые абсцессы или развивается типичная картина острого криптита. Как правило, поражаются глубокие морганиевы синусы, расположенные преимущественно на задней и передней стенках анального канала, т. е. в зонах 5, 6, 7, а также 11, 12 и 1 часа по циферблату. Протекая как острый «микропарапроктит», подобные криптогенные* абсцессы являются не истинным рецидивом острого парапроктита или свища прямой кишки, а следствием криптита, осложнившего течение основного заболевания. Истинным же рецидивом следует считать возобновление острого парапроктита или свища прямой кишки в связи с оставлением или неполной санацией внутреннего их отверстия в анальном канале. Л. У. Назаровым и Э. Б. Акопяном [22, 23] предложен метод профилактики криптогенных осложне-

* Слово «криптогенный» приведено в прямом смысле, т. е. исходящий из крипты.

ний, заключающийся в санации морганиевых крипт при выполнении радикального вмешательства.

Во время операции, после адекватного обезболивания, когда анальный жом расслаблен, производят детальное исследование морганиевых синусов и выявляют признаки криптита (застой калового содержимого, гиперемия, уплотнение и отек морганиевых столбиков, наличие гноя в криптах). Особое внимание при этом уделяется глубоким криптам, соседним с внутренним отверстием парапроктита или расположенным на задней и передней стенках анального канала. Если воспалительный процесс в крипте выражен, имеется гнойное выделение, а анальные сосочки гипертрофированы и ригидны, то производят криптэктомию. Если же воспалительные изменения в морганиевых синусах незначительны или макроскопически вовсе не определяются, ограничиваются крипто-томией.

Такая дополнительная манипуляция, совершенно безопасная для дальнейшей функции анального жома, предотвращает появление упорных послеоперационных болей и предупреждает развитие повторного острого парапроктита с новой локализацией его внутреннего отверстия. Следует отметить, что в результате профилактической криптотомии и криптэктомии авторам удалось не только ликвидировать местные воспалительные послеоперационные осложнения, но и снизить удельный вес рецидивов заболевания. По их данным, рецидивы после операций по поводу парапроктитов и свищей низкого уровня составили 0,8%, а неудачные исходы после радикальных вмешательств ишиоректальных и пельвиоректальных гнойников, а также сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки имели место лишь в 5,1% наблюдений.

В связи с тем, что число местных осложнений и рецидивов, особенно после операций по поводу высоких, сложных форм заболевания, еще достаточно велико, дальнейшие исследования по предупреждению и лечению этих явлений не теряют своей актуальности.

Кафедра проктологии ЕРИУВ МЗ СССР

Поступила 24/X 1982 г.

Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Է. Բ. ՀԱԿՈՔՅԱՆ, Ա. Կ. ԷՆՖԵՆՅԱՆ

ՊԱՐԱՊՐՈԿՏԻՏՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Սուր և խրոնիկական պարապրոկտիտների բուժումը հանդիսանում է պրակտիկ բժշկության կարևոր ճյուղերից մեկը: Հոդվածում բերված ժամանակակից հայրենական և արտասահմանյան գրականության տվյալները վկայում են այն մասին, որ եթե հասարակ հարուղիղադիքային թարախալարկերի և խուղակների բուժումը 97—98% դեպքում բերում է հիվանդների ապաքինմանը, ապա հիվանդության բարդ ձևերի ժամանակ կրկնումները կազմում են 8—48%:

L. H. NAZAROV, E. B. HAKOPIAN, A. K. ENFENJIAN

TREATMENT OF PARAPROCTITIS

The authors summerize the native and foreign literature concerning the problem of treatment of acute paraproctitis and anal fistulas. The

comparative estimation of different methods of the surgical intervention is given.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абражанов А. А. Труды II съезда российских хирургов. М., 1912, стр. 92.
2. Альф И. М. Матер. IV конф. врачей-проктологов РСФСР. М., 1973, стр. 59.
3. Аминев А. М. Руководство по проктологии, т. 3. Куйбышев, 1973.
4. Аминев А. М., Блинные Н. М., Сагуев М. А. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1975, т. 114, 1, стр. 51.
5. Аминова В. А. Автореф. дисс. докт. Куйбышев, 1970.
6. Анахасян В. Р., Багдасаров Г. А., Острик П. И., Коган Л. В. Сов. мед., 1977, 12, стр. 48.
7. Аснач И. Т. Дисс. канд. Фрунзе, 1966.
8. Безлуцкий Г. С., Безлуцкий П. Г. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1974, т. 112, 6, стр. 118.
9. Блинные Н. М. Автореф. дисс. докт. Куйбышев, 1972.
10. Боброва А. Г. Автореф. дисс. канд. М., 1958.
11. Богуславский Л. С., Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Хирургия, 1977, 8, стр. 78.
12. Бушмелов В. А., Захаров Н. И., Головинкина Т. Н., Леонцева Л. Ю. Хирургия, 1982, 4, стр. 69.
13. Давыдов Р. З. Автореф. дисс. канд. М., 1967.
14. Волошин Я. М. Врачебное дело, 1938, 7, стр. 525.
15. Дроздов В. Н. Дисс. канд. М., 1975.
16. Заремба А. А. Дисс. докт. Москва—Рига, 1974.
17. Карапетян Н. Ф. Дисс. канд. М., 1972.
18. Коган А. И. Дисс. докт. Днепропетровск—Харьков, 1957.
19. Назаров Л. У. Свищи прямой кишки. М., 1966.
20. Назаров Л. У., Канаян А. С., Акопян Э. Б. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1979, т. XIX, 2, стр. 53.
21. Назаров Л. У., Акопян Э. Б., Канаян А. С. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1980, т. 124, 1, стр. 58.
22. Назаров Л. У., Акопян Э. Б. В сб.: Восстановительное лечение и долечивание проктологических больных. М., 1981, стр. 76.
23. Назаров Л. У., Акопян Э. Б. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1981, т. XXI, 2, стр. 159.
24. Оганесян С. З. Хирургия, 1974, 10, стр. 91.
25. Пакалыс А. К. Автореф. дисс. канд. Рига, 1966.
26. Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. М., 1968.
27. Саламов К. Н. Автореф. дисс. канд. М., 1976.
28. Федоров В. Д., Богуславский Л. С., Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Хирургия, 1976, 10, стр. 87.
29. Чернявский А. А., Ланцберг Г. З. Хирургия, 1967, 4, стр. 59.
30. Яшвили Р. Н., Абуладзе Т. В., Джелия М. А. Матер. I конф. проктологов Грузии. Тбилиси, 1977, стр. 79.
31. Becker G. L. Amer. J. Digest. Dis., 1951, 18, 5, 152.
32. Burckart Th. Chirurg., 1953, 11, 512.
33. Deshpande P. J., Sharma K. R. Amer. J. Proctol., 1976, 27, 1, 39.
34. Friend W. G. Dis. Colon a. Rectum, 1975, 18, 8, 652.
35. Hanley P. H. Surg. Clin. N. Amer., 1978, 58, 3, 487.
36. Lilius H. G. Acta Chir. Scand., 1968, 87, 383.
37. Lockhart-Mummery H. E. Dis. Colon a. Rectum, 1975, 18, 8, 650.
38. McElwain J. M., MacLean M. D., Alexander R. M. Dis. Colon a. Rectum, 1975, 18, 8, 646.
39. Parks A. G., Gordon P. H., Hordeastie J. D. Br. J. Surg., 1976, 63, 1, 1.
40. Moszkowicz L. Srch. f. Klin. Chir., 1920, 114, 107.