

6. Уотсон-Джонс Р. Переломы костей и повреждения суставов. М., 1972.
7. Bagby G. W. J. Bone It. 7, 59—A. S. 625. Surg., 1971.
8. Kundrat I., Sprindrich I. Roshl. chir., 1964, 7, 481.
9. Mikis Z. D. J. Bone It. Surg., 1975, 57-A, 8, 1 71.
10. Sander K. Beitr. Orthop. Traum., 1972, 19, 9, 519.

УДК 616—007.251—089

Э. Б. АКОПЯН, Л. У. НАЗАРОВ, Л. А. ДАНИЕЛЯН,
А. Р. БАЗИЯН, С. Г. БАГДАСАРЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Представленные результаты хирургического лечения хронических анальных трещин свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода в выборе метода оперативного лечения. Это приводит к укорочению сроков выздоровления больных, а также сокращает число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Лечение хронических анальных трещин в настоящее время преимущественно хирургическое. Предложенные многочисленные способы операций недостаточно эффективны из-за частых осложнений, рецидивов и длительных сроков выздоровления больных. Так, после иссечения трещины по Габриэлю рецидивы возникают в 6,2% случаев, а раны анального канала заживают в среднем через 6—7 недель после операции. После открытой задней сфинктеротомии по Eisenhammer или модификации А. Н. Рыжих в 15—28% случаев возникает недостаточность функции анального жома, рецидивы заболевания составляют 6—8%, а выздоровление больных наступает только через месяц со дня операции [1—3, 7, 8]. Сравнительно лучшие результаты отмечаются после применения открытых или закрытых боковых сфинктеротомий с иссечением или без иссечения трещин. Однако и после этих вмешательств довольно часто (10—15%) возникают послеоперационные осложнения, рецидивы составляют 1—3% [1, 4—6, 9], а полное выздоровление больных наступает через 10—15 дней после операции.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема хирургического лечения хронических анальных трещин остается актуальной.

В НИИ проктологии МЗ Арм ССР с 1976 по 1985 г. оперированы 1080 больных с хронической анальной трещиной, из которых мужчин было 670, женщин—410. Возраст больных 17—70 лет. Длительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 20 лет. Почти все пациенты ранее безуспешно лечились консервативно или новокаиново-спиртовыми блокадами. 11 (1,0%) человек были неудачно оперированы в других учреждениях республики. Заболевание локализовалось на задней стенке анального канала в 958 (88,7%), а на передней—в 77 (7,1%) случаях. Двойные трещины имели место у 45 (4,2%) оперированных. Сочетание трещины с геморроем отмечалось у 513 (47,5%), а со свищами прямой кишки—у 128 (11,8%) пациентов.

У 878 из 1080 (81,2%) больных выполнена операция—иссечение трещины с чрезрпаневой дозированной сфинктеротомией по А. Н. Рыжих. У 19 (2,1%) лиц женского пола имели место передние анальные трещины. В этих случаях трещины иссекались, раны ушивались наглухо и производилась задняя открытая сфинктеротомия. Двойные трещины иссекались, рана на передней стенке анального канала ушивалась, а на 6 часах по циферблату часов производилось дозированное рассечение анального жома. Одновременно с иссечением трещины геморроидэктомия выполнена у 513 (58,4%) пациентов. В 128 (14,6%) случаях трещины были осложнены неполными внутренними интрасфинктерными или полными подкожно-подслизистыми свищами прямой кишки. Во всех случаях сочетанное заболевание имело заднее расположение и при операции трещины вместе со свищем иссекались единым блоком. При наличии спазма сфинктера дополнительно производилось рассечение волокон анального жома через треугольную рану.

В отдаленные сроки наблюдения результаты, прослеженные у 654 (73,5%) из 878 больных, выявили наличие грубого, часто травмирующегося рубца, недостаточность функции анального жома I—II степени с мацерацией периаанальной кожи и анальным зудом у 76 (11,1%) оперированных. Рецидив заболевания возник в 20 (3,1%) случаях. Средний срок выздоровления больных составил 25—30 суток.

У 145 больных после иссечения трещины и выполнения чрезрпаневой дозированной сфинктеротомии рана слизистой оболочки ушивалась погружными кетгутовыми швами с оставлением под ними узкого раневого канала для дренажа, куда вводилась на три дня марлевая турунда (авторское свидетельство за № 3383546/13/015650/1983 г.), после чего рана заживала под ушитой слизистой оболочкой, препятствовавшей ее инфицированию кишечным содержимым. Операция выполнялась только при задних анальных трещинах без выраженных рубцовых изменений и не осложненных свищами прямой кишки. При наличии сочетанного геморроя у 53 (36,6%) больных ушивание слизистой оболочки производилось после иссечения внутренних геморроидальных узлов. Расхождение кетгутовых швов наблюдалось у 6 (4,1%) пациентов. Недостаточность функции сфинктера прямой кишки I степени имела место у 5 из изученных в отдаленные сроки 129 (88,9%) больных, а рецидив заболевания возник у 2 (1,3%) оперированных. Выздоровление больных наступало в среднем через 20—25 дней после операции.

Иссечение трещины с ушиванием раны и закрытой боковой подкожной внутренней сфинктеротомией произведено у 57 больных. По поводу задних трещин оперировано 49, передних—8 человек. Операции во всех случаях производились под общим обезболиванием, так как инфильтрация тканей раствором новокаина затрудняет определение топографических особенностей анального жома и его дозированное рассечение. Сочетанный геморрой был у 12 больных. В этих случаях вначале иссекалась трещина, затем выполнялась подкожная сфинктеротомия с последующей геморроидэктомией, и в конце операции ушивалась рана на месте удаленной трещины. Несмотря на то, что

сфинктеротомия производилась глазным скальпелем, почти во всех случаях отмечалось выраженное кровотечение из рассеченных волокон анального жома. В 13 случаях кровотечение было остановлено тугой тампонадой раны, а у 4 больных ввиду ее неэффективности кожная рана вынужденно расширялась и кровоточащий сосуд ушивался кетгутом. В послеоперационном периоде в 7 наблюдениях образовались гематомы в сфинктеротомной ране, а у одного больного наблюдалось ее нагноение. Рецидив заболевания возник у одного больного. Трудоспособность пациентов восстанавливалась в среднем через 18—20 дней после хирургического вмешательства.

Проанализировав причины возникновения послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, мы убедились в том, что они в основном связаны с неправильным выбором способов операций при различных вариантах анальных трещин, поскольку трещины заднего прохода различаются не только по клиническим проявлениям, но и по особенностям местного изменения тканей в зоне поражения кишки, степени развития рубцово-воспалительного процесса, по наличию осложнений заболевания и, наконец, по функциональному состоянию сфинктера прямой кишки. Дифференцированный подход в выборе способа операции с учетом перечисленных особенностей трещин является, на наш взгляд, предопределяющим в успехе лечения данного заболевания. В связи с этим, начиная с 1986 г., у 152 больных хронической анальной трещиной показание к методу операции избиралось индивидуально.

При трещинах с умеренно выраженными рубцовыми изменениями и спазмом анального жома, а также при трещинах с мягкими краями и дном, но сочетанных с геморроем, применялись операции—иссечение трещины с ушиванием раны и закрытой боковой подкожной внутренней сфинктеротомией. С целью предупреждения характерных для данного вмешательства интра- и послеоперационных осложнений техника операции нами несколько видоизменена: в прямую кишку вводят ректальное зеркало и трещину иссекают треугольным лоскутом. Рану анального канала и периаанальной области ушивают тонким кетгутом (4/0) (рис., а). Под контролем указательного пальца левой руки на 3 часах по циферблату часов в радиальном направлении накладывают два лавсановых шва на 1—1,5 см друг от друга (рис., б). При этом прокол иглы производят на расстоянии 2 см от края ануса, проводят иглу глубоко до уровня зубчатой линии и выводят с края анального отверстия почти через подслизистый слой кишки. Таким образом, в шов попадает внутренняя и частично подкожная порция наружного сфинктера. Между швами узким скальпелем производят прокол периаанальной кожи, и лезвие скальпеля направляют продольно в межсфинктерную борозду. Путем поворота скальпеля на 90° и последующего его извлечения рассекают внутренний сфинктер дистальнее зубчатой линии (рис., в, г). Для предупреждения нагноения ран анального канала и периаанальной области последние покрывают полимерной пленкой «Диплен». Через два дня лавсановые швы снимают. Как правило, кровотечений из сфинктеротомной раны не бывает. Полимер-

ная пленка в течение 2—3 дней, т. е. до первого стула, защищает рану от инфицирования кишечным содержимым, а к этому времени края слизистой оболочки смыкаются и минует опасность расхождения швов.

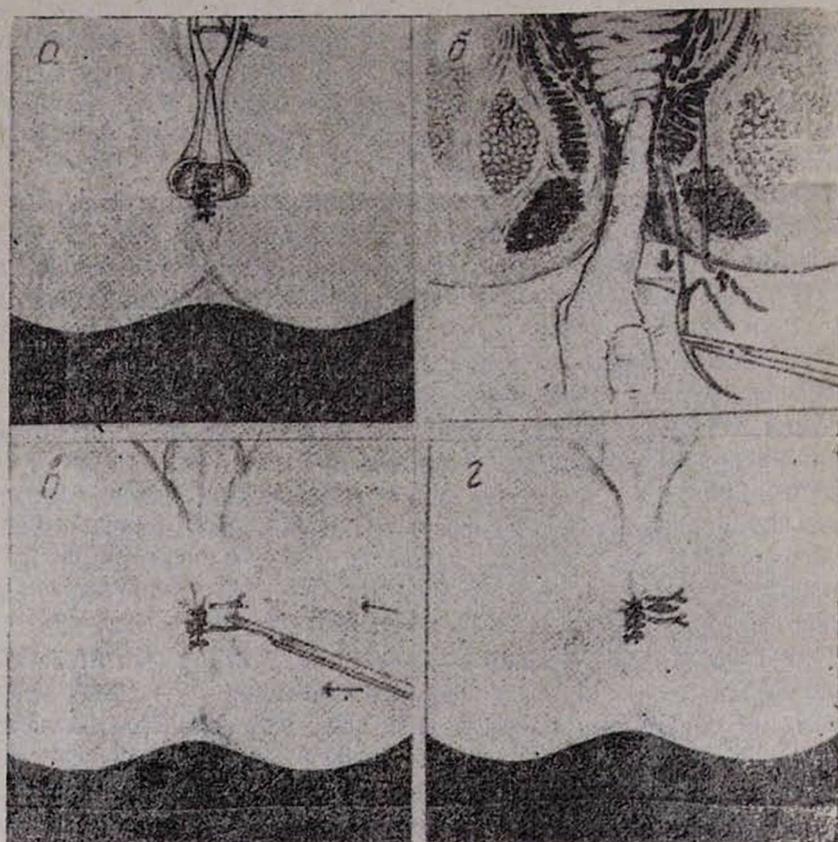


Рис. а. Иссечение трещины и ушивание раны. б. Наложение лавсанового шва под контролем указательного пальца. в. Выполнение боковой подкожной внутренней сфинктеротомии. г. Вид законченной операции.

При наличии геморроидальных узлов вначале иссекают трещину, затем производят сфинктеротомию между наложенными лавсановыми швами, удаляют геморроидальные узлы, ушивают рану на месте иссеченной трещины, а в конце иссекают наружные геморроидальные узлы и покрывают раны полимерной пленкой «Диплен». Операция произведена у 98 больных, из них у 68 одновременно выполнена геморроидэктомия. Полное выздоровление больных наступило в среднем через 15—16 дней. Частичное расхождение кетгутовых швов наблюдалось в двух случаях. Рецидива заболевания не отмечалось.

В тех случаях, когда заболевание сопровождалось выраженным спазмом сфинктера и воспалительными изменениями в зоне поражения кишки, производилось иссечение трещины с чрезрассеивающей дозированной сфинктеротомией или ушиванием слизистой оболочки в нашей модификации. Данное вмешательство применено у 48 больных. В 30

случаях трещины были глубокими с плотными краями, рубцовоизмененным дном. У 7 больных отмечался пектенос, а у 11—трещины были осложнены неполными внутренними интрасфинктерными или полными подкожно-подслизистыми свищами прямой кишки с локализацией на передней стенке анального канала у 9 женщин, которым произведена задняя открытая сфинктеротомия. Одномоментная геморроидэктомия выполнена у 29 из 48 больных.

Полное выздоровление больных наступило в среднем через 20 дней после операции. Недостаточность функции сфинктера прямой кишки I степени отмечалась у I пациента, который получил консервативное лечение, и через 3 недели функция анального жома восстановилась. Рецидив заболевания не отмечался. Только у 6 больных при сфинктерометрии отсутствовал спазм анального жома. У 2 из 6 пациентов трещины были с умеренно выраженными рубцовыми изменениями, и у них после иссечения пораженных тканей раны ушивались наглухо без сфинктеротомии. У остальных пациентов этой группы из-за наличия выраженных рубцово-воспалительных изменений раны не ушивались. Выздоровление этих больных наступило в среднем через 15 дней после операции. Осложнения и рецидивы не наблюдались.

Таким образом, дифференцированный подход в выборе метода оперативного лечения хронических анальных трещин приводит к укорочению сроков выздоровления больных, а также к сокращению числа послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

НИИ проктологии МЗ
Арм ССР

Поступила 1/VII 1987 г.

Է. Բ. ՀԱՈՒՅԱՆ, Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Լ. Ա. ԴԱՆԵԼԻԱՆ,
Հ. Բ. ԲԱԶԻՅԱՆ, Ա. Գ. ԲԱԳԴԱՍԱՐՅԱՆ

ՀԵՏԱՆՑՔԻ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՃԱՔԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հետանցքի խրոնիկական ճաքով 1080 հիվանդների վիրաբուժական մեթոդներով բուժման արդյունքները ցույց են տվել, որ հետապահացիոն բարդությունները, հիվանդության բարդությունները և հիվանդության կրկնումները հիմնականում կապված են ճաքի տարբեր տեսակների դեպքում վիրաբուժական մեթոդի ոչ ճիշտ ընտրությունից: Այդ իսկ պատճառով, սկսած 1986 թ. 152 հիվանդների մոտ կիրառվել է բուժական մեթոդների կիրառման տարբերացված մոտեցում, որը նպաստել է հետվիրահատական շրջանի կրճատմանը, բարդությունների և հիվանդության կրկնումների պակասեցմանը:

E. B. HAKOPIAN, L. H. NAZAROV, L. A. DANIELIAN,
A. R. BAZIYAN, S. G. BAGHDASSARIAN

THE SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURES

The results of the surgical treatment of chronic anal fissures testify to the necessity of differential approach to the choice of the method of surgical intervention. This approach allows to reduce the recovery terms and decrease the quantity of postoperative complications and recidivations of the disease.

1. Дульцев Ю. В. Хирургия, 1984, 12, с. 68.
2. Перов Ю. А. Дис. канд. Куйбышев, 1959.
3. Милитарев Ю. М., Врублевский В. А. Всесоюзная конф. по проктологии (Москва, 21—22 февраля 1978), тез. докл. М., 1978.
4. Эктов В. Н. В кн.: Проблемы проктологии, вып. 4. М., 1983, с. 36.
5. Эктов В. Н. Автореф. дис. канд. М., 1984.
6. Bailey R. V. et al. Dis Co'on Rectum, 1973, 21, 8, p. 381.
7. Rutz-Moreno F. Dis Co'on Rectum, 1968, 11, 4, p. 231.
8. Tchirkov G. Co'o-proctology, 1937, 6, 1, p. 31.
9. Golligher J. C. Surgery of the Anus, Rectum and Co'on. New York: Ed. Springerfeld. 1971, p. 116.

УДК 617.55—073.75

И.Е. КАГАН, А. И. БУХМАН

ВОПРОСЫ ТАКТИКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Разработана схема последовательности использования лучевых методик исследования с учетом локализации поражения, особенностей клинического течения, а главное—разрешающей способности (информативности) отдельных методов или их сочетания при дифференциальной диагностике новообразований левой половины брюшной полости.

Своевременное и точное распознавание объемных образований левой половины брюшной полости до настоящего времени представляет одну из наиболее трудных задач в клинической практике. Важную роль при этом играют клиничко-лабораторные данные. В последние годы значительное место отводится лапароскопии, сопровождающейся пункционной биопсией с цитологическим исследованием. Однако практика убеждает, что наибольшей информативностью и наименьшей травматичностью обладают лучевые методы исследования: рентгенодиагностика, радионуклидная, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, термография, ядерно-магнитный резонанс. С их помощью удается не только выявить патологический очаг, но и дать подробную характеристику его распространенности, морфологического характера, особенностей кровоснабжения, взаимоотношения с окружающими тканями и органами. Но и тут клиницисту-рентгенологу нередко приходится встречаться со значительными сложностями в правильном, наиболее рациональном выборе методики или комплекса методик исследования. Достаточно подчеркнуть, что только рентгенодиагностика, являющаяся основой любой лучевой диагностики, насчитывает в своем арсенале не менее 35 методик.

В настоящей работе мы поставили перед собой задачу, основываясь на личном клиническом опыте и данных литературы, разработать наиболее рациональную тактику рентгенолога при объемных образованиях левой половины брюшной полости.