УДК 616.351—007.44—089

Э. Б. Акопян

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Хронические неопухолевые заболевания прямой кишки, основное место среди которых занимают геморрой, анальная трещина и прямокишечные свищи, широко распространены и преимущественно поражают людей трудоспособного возраста. Известные многочисленные способы лечения указанных заболеваний недостаточно эффективны прежде всего из-за частых местных послеоперационных осложнений, не только отягощающих состояние больных, но и удлиняющих сроки их нетрудоспособности.

Причины возникновения местных осложнений после традиционных методов хирургических вмешательств изучены нами у 518 больных. После геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала процент осложнений составил 23,4 (48 из 205 пациентов). Осложнения преимущественно были обусловлены развитием в послеоперационных ранах воспалительных процессов. Незащищенные от кишечной микрофлоры, ушитые кетгутом раны анального канала нередко инфицируются, и швы расходятся. Нагноительный процесс является причиной сильных болевых ощущений, выделений крови из кишки, температурной реакции, возникновения грубых рубцов в анальном канале и т. д. Замечено, что осложнения чаще возникают после ушивания ран слизистой оболочки и перианальной кожи толстым шовным материалом, оставления в анальном канале культей внутренних геморроидальных узлов, которые, некротизируясь, являются хорошей средой для размножения микроорганизмов. В какой-то степени осложнения были обусловлены также применяемой при геморроидэктомии дивульсией анального жома по Рекамье, так как насильственное растяжение сфинктера приводит к повреждению кавернозных тел мышечных волокон и нервных окончаний. Возникшие при этом подслизистые кровоизлияния способствуют развитию воспалительных процессов, а повреждение мышечной ткани сопровождается сильными болевыми ощущениями и в некоторых случаях может влиять на запирательную функцию анального жома.

Послеоперационные осложнения у больных с трещинами заднего прохода возникли в 11,8% случаев (19 из 161 больного). После операций иссечения трещины с чрезраневой дозированной сфинктеротомией открытые в анальном канале раны часто инфицируются, заживают медленно с образованием деформирующего рубца, нередко нарушающего герметичность заднего прохода. Воспалительные проявления довольно часто наблюдаются также в зоне глухих швов, наложенных на рану при операциях иссечения трещины с боковой подкожной внутренней закрытой сфинктеротомией. Кроме того, во время выполнения данного вмешательства нередко отмечаются кровотечения

из рассеченных волокон анального жома, которые в последующем могут стать причиной развития параректальных гематом или абсцессов.

Местные осложнения у больных со свищами прямой кишки, имевшие место в 11,8% случаев (18 из 152 пациентов), в основном носили воспалительный характер. Аналогично анальным трещинам осложнения возникли после операции Габриэля. Особенно часто это наблюдалось у больных с относительно длинными свищевыми ходами, после иссечения которых раны имели сравнительно большие размеры. Нагноение послеоперационных ран у пациентов чрессфинктерными свищами прямой кишки, оперированных методом А. Н. Рыжих, приводит к расхождению кетгутовых швов, возникновению недостаточности анального жома, выделениям из кишки с мацерацией кожи вокруг заднего прохода и анальному зуду. После иссечения внесфинктерного свища с проведением и одновременным затягиванием лигатуры в ряде случаев возникает недостаточность анального жома. Причиной этого осложнения является оставление для перевязки лигатурой слишком широкой или, наоборот, слишком узкой части сфинктера, преждевременное ее рассечение или прорезывание. В обоих случаях явления инконтиненции развиваются в результате расхождения не фиксированных в ране рассеченных краев анального жома, заполнения дефекта широким, деформирующим рубцом.

С целью предотвращения местных послеоперационных осложнений с 1986 г. у 2712 больных с хроническими неопухолевыми заболеваниями прямой кишки применяли усовершенствованные нами методы лечения. В химической лаборатории института было изготовлено специальное устройство для защиты ран анального канала от бактериального загрязнения. Это цилиндр из пенополиуретана, покрытый самоклеющейся полимерной пленкой «Диплен», в центре которого проведена хлорвиниловая трубка для отведения кишечных газов. Устройство вводят в кишку в конце операции, и этих достигается равномерное покрытие раневых поверхностей защитной пленкой. После удаления устройства во время первой перевязки пленка на ранах сохраняется еще 3 дня и препятствует проникновению инфекции.

Выполняя геморроидэктомию, мы полностью отказались от дивульсии анального жома. Внутренние узлы удаляли без оставления их культей, а раны в анальном канале ушивали кетгутом № 000 или № 0000. Иссечение каждого узла производили маленькими надрезами изнутри кнаружи, зашивая маленькие раны атравматическими иглами, что заметно уменьшает кровопотерю и исключает необходимость наложения травмирующих зажимов на слизистую оболочку. Эластические свойства цилиндра из пенополиуретана исключают условия развития спазма сфинктера, это в свою очередь обеспечивает малоболезненное течение послеоперационного периода. После геморроидэктомии в нашей модификации осложнения возникли в 7,7% случаев (у 74 из 965 больных), т. е. в 3 раза меньше в сравнении с общепринятыми способами. На 9,5 дня сократились общие (стационарные и амбулаторные) сроки нетрудоспособности пациентов (с 30,1±0,2 до 20,6±0,1 суток).

Анальные трещины с мягкими краями и дном, не сочетанные с другими хирургическими проктологическими заболеваниями, лечили разработанным нами новым способом (авторское свидетельство СССР № 1362459), суть которого заключается в выскабливании трещины, обкалывании ее краев препаратом «Этаден», нанесении на рану медицинского клея МК-6 и введении в кишку полимерного устройства. Трещины с умеренно выраженными рубцовыми изменениями и спазмом анального жома, а также без рубцово-воспалительного процесса, но сочетающиеся с геморроем, оперировали путем их иссечения с ушиванием раны и боковой подкожной внутренней закрытой сфинктеротомией. Для предупреждения кровотечений из сфинктеротомной раны рассечение волокон анального жома производили после наложения двух глубоких лавсановых швов, охватывающих внутренний сфинктер. Операцию иссечения трещины с чрезраневой дозированной сфинктеротомией применяли только при осложненных формах заболевания, когда имели место выраженные рубцовые изменения. Местные осложнения составили 3,2% (у 30 из 930 больных), что по сравнению с традиционными методами меньше в 3,7 раза. Общие сроки лечения больных сократились с 25,9±0,6 до 16,4±0,1 дней, т. е. на 9,5 суток.

Краевые внутрисфинктерные свищи оперировали по Габриэлю. Если свищевой ход имел длину более 2,0 *см*, то рану в перианальной зоне ушивали наглухо, а внутреннюю ее часть в кишке оставляли открытой. Аналогичную операцию, только с дополнительным ушиванием рассеченных мышечных волокон, применяли у больных чрессфинктерными свищами прямой кишки. Внесфинктерные фистулы с маленьким без рубцовых изменений внутренним отверстием иссекали полностью, вместе с пораженной криптой, а дефект стенки кишки ушивали послойно с восстановлением целостности слизистой оболочки с помощью клея МК-6 и покрытия полимерной пленкой. Рану на ягодице ушивали до дренажа, обеспечивая полноценный отток из параректальной полости. В качестве дренажа применяли специальные полимерные губки, пропитанные антибактериальными препаратами.

Внесфинктерные свищи с широким, рубцово-измененным внутренним отверстием оперировали методом их иссечения с проведением и одновременным затягиванием лигатуры. При этом строго соблюдали нюансы выполнения деталей операции, касающиеся оставления адекватной толщины мышечного мостика сфинктера для перевязки шелковой нитью. Через 10—12 дней лигатура отпадала сама, либо ее удаляли путем пересечения оставшегося мостика, толщина которого к этому сроку не превышает 0,5—0,7 *см*. У оперированных по поводу свищей прямой кишки местные осложнения наблюдались в 2,8% случаев (у 23 из 817 больных), что по сравнению с результатами традиционных методов лечения меньше в 4,2 раза. Общие послеоперационные сроки лечения больных снизились с 28,4±0,6 до 22,3±0,3 дней, т. е. 6,1 суток.

Таким образом, разработанные нами методы лечения хронических неопухолевых заболеваний прямой кишки с использованием уст-

ройства из полимерных материалов уменьшают удельный вес местных послеоперационных осложнений и сокращают сроки выздоровления больных.

НИИ проктологии
МЗ РА

Поступила 15/XI 1990 г.

Է. Բ. Հակոբյան

ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ՈՉ ՈՒՌՈՒՑՔԱՑԻՆ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՊՈԼԻՄԵՐԱՅԻՆ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ

Ուսումնասիրվել են տեղային հետվիրահատական բարդությունների պատճառները ուղիղ աղու խրոնիկական խպիպով, ճեղքվածքներով հիվանդների մոտ։ Մշակվել են պոլիմերային նյութերի կիրառմամբ վիրաբուժական բուժման տարբերակներ, որոնք կրճատում են բարդությունների զարգացման հավանականությունը և արագացնում ապաքինման ժամկետները։

E. B. Hakopian

The Surgical Treatment of Chronic Non-Tumoral Diseases of the Large Intestine with Application of the Polymeric Medical Materials

The results of the surgical treatment of different non-tumoral pathologies of the large intestine with application of the polymeric medical materials are brought in the article. The advantages of this kind of materials are shown, recommendations are given for their use in different cases.

УДК 616.348

А. Г. Давтян, В. О. Габриелян, Г. А. Казарян

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ МЕТОДОМ ОТКРЫТОГО КАТЕТЕРА

За последние годы в связи с возрастанием уровня заболеваний, связанных с различными нарушениями моторики толстой кишки, актуальной стала проблема оценки ее функционального состояния. Своевременная полноценная диагностика функциональных нарушений прямой и ободочной кишок, выработка адекватной тактики лечения предупреждает дальнейшее прогрессирование процесса, приводящего к воспалительно-дегенеративным изменениям слизистой оболочки и связанными с ними другими осложнениями.

В настоящее время среди различных методов диагностики проктологических заболеваний ведущее место занимает фиброколоноско-