

Л. У. НАЗАРОВ, Э. Б. АКОПЯН, В. Х. ОГАНЕСЯН, С. Г. БАГДАСАРЯН

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ПАРАПРОКТИТА

Разработаны модификации операций при остром и хроническом парапроктитах, благодаря которым улучшены результаты и сокращены сроки стационарного и амбулаторного лечения.

Внедрение в клиническую практику радикальных методов операций при остром парапроктите и свищах прямой кишки привело к резкому снижению числа рецидивов. Однако результаты хирургического лечения некоторых форм заболевания остаются пока неудовлетворительными. Данные литературы [1, 5, 7, 9, 14, 17] свидетельствуют, что при операциях по поводу подкожно-подслизистых и чрессфинктерных форм острого и хронического парапроктита рецидив заболевания составляет 2—3%, тогда как после радикальных вмешательств по поводу ишиоректальных и пельвиоректальных гнойников, а также сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки он составляет более 10%. Оставляют желать лучшего также общие сроки выздоровления больных. Многие способы операций требуют длительного стационарного и амбулаторного лечения, нередко затягивающегося в результате возникновения различных осложнений местного характера. В этой связи изыскание путей улучшения результатов лечения данного заболевания имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

На основании опыта лечения 2482 (1976—1985 гг.) больных острым парапроктитом и свищами прямой кишки нами разработаны практические рекомендации по усовершенствованию методов лечения данного заболевания, которые позволили снизить число рецидивов и местных послеоперационных осложнений, а также сократить сроки выздоровления больных.

Хирургическая тактика лечения подкожно-подслизистых и чрессфинктерных форм острого парапроктита в настоящее время унифицирована и сводится к вскрытию гнойника в просвет прямой кишки. Прооперировав 537 больных, мы убедились в адекватности данного вмешательства. Послеоперационные осложнения практически не наблюдались, а рецидив заболевания отмечен только в 0,8% случаев.

При свищах прямой кишки низкого уровня общепринятой является операция иссечения свища в просвет кишки по Габриэлю. В тех случаях, когда свищевой ход проходит через волокна сфинктера, дно раны ушивают кетгутowymi швами по А. Н. Рыжих. После этих операций при значительной протяженности гнойного хода образуется сравнительно большая раневая поверхность, которая удлиняет сроки выздоровления больных. Кроме того, нередко в результате нагноительного процесса кетгутковые швы расходятся, что может привести к развитию недостаточности функции анального жома.

С 1980 г. вышеуказанные вмешательства проведены нами у 186 больных с интрасфинктерными и у 294—трансфинктерными свищами

прямой кишки. У 28 пациентов первой группы (15,0%) свищевой ход имел длину более 4 см. После иссечения такого рода свищей по Габриэлю сроки стационарного лечения в среднем составляли 13, а амбулаторного—15 дней. У 92 больных с транссфинктерными свищами (31, 3%) наружное отверстие фистулы располагалось на расстоянии более 4 см от края ануса. Средний срок стационарного лечения у них составил 16, а амбулаторного—19 дней. Нагноение раны с расхождением кетгутовых швов наблюдалось у 16 из 92 больных. У этих пациентов полное рубцевание раны наступало только через 1,5 месяца со дня операции. Кроме того, 6 человек с осложнениями стали предъявлять жалобы на недержание кишечных газов. Рецидив заболевания составил 0,7%.

С начала 1980 года в институте оперированы 454 больных с интрасфинктерными и чрессфинктерными свищами прямой кишки. Из них у 230 пациентов (50, 7%) при длине хода фистулы более 4 см применяли операцию в нашей модификации. Суть модификации заключается в том, что после иссечения свища в просвет кишки всю поверхностную часть раны ушивали наглухо лавсановыми швами, оставляя нешитым только маленький (1—1,5 см) участок треугольной формы у самого края ануса. При транссфинктерных свищах на оставшуюся часть раны в анальном канале накладывали 2—3 кетгутовых шва, т. е. ушивали рассеченные края сфинктера (рис. 1). Раны зажили первич-



Рис. 1. Трансфинктерный свищ иссечен в просвете кишки, дистальная часть раны ушита наглухо. Наложены швы в зоне сфинктера.

ным натяжением у 223 больных, и только в 7 (3,1%) наблюдениях имело место частичное нагноение раны, ушитой кетгутовыми швами, не приведшее к расхождению ее краев.

Стационарный период лечения сократился в среднем на 6, а амбулаторный—на 12 дней. Общая сумма экономического эффекта при этом составила 103957 руб. 20 коп., а сумма прямого экономического эффекта, т. е. непосредственно для здравоохранения—12006 руб. 00 коп. (на одного больного 52 руб. 20 коп.)¹.

Предложенная модификация предупреждает также возникновение недостаточности функции анального жома, так как даже при несо-

1. Подсчеты по экономическому эффекту произведены согласно методическим указаниям «Оценка эффективности результатов научных исследований и внедрения их в практическое здравоохранение», составленным Украинским ИУВ. Харьков, 1977.

стоятельности кетгутовых швов во внутреннем углу раны наложенные на периаанальную кожу лавсановые швы предупреждают расхождение надсеченных краев сфинктера. Изучение отдаленных результатов лечения показало, что количество рецидивов после этой операции не увеличивается (0,75%).

При лечении острого ишиоректального и пельвиоректального парапроктита в практике применяется вскрытие гнойника со стороны просвета прямой кишки [1] или дренирование околопрямокишечного абсцесса с дозированной сфинктеротомией через его внутреннее отверстие [9]. В последние годы чаще используется метод вскрытия парапроктита с проведением и этапным затягиванием лигатуры. Последний вариант операции может быть признан более радикальным, однако требует длительного срока лечения, при этом каждая манипуляция по затягиванию лигатуры сопровождается мучительными болевыми ощущениями.

Нами предложена модификация лигатурного метода операции (авторское свидетельство № 9046791), которая предусматривает однократное затягивание нити, укороченный срок пересечения подлежащего мостика тканей и менее болезненный послеоперационный период: после вскрытия гнойника со стороны промежности через рану и внутреннее отверстие парапроктита проводят шелковую нить (№ 8). Мостик тканей под лигатурой надсекают со стороны раны таким образом, чтобы толщина его не превышала 1,5 см. (рис. 2). Одновременно в анальном



Рис. 2. Ишиоректальный парапроктит вскрыт со стороны промежности. Через рану и внутреннее отверстие парапроктита проведена лигатура. Мостик тканей под лигатурой надсечен таким образом, чтобы толщина его не превышала 1,5 см.

канале иссекают узкую полоску слизистой оболочки от внутреннего отверстия до периаанальной кожи, т. е. создают денервированное ложе для лигатуры. Последнюю затягивают и перевязывают временным узлом. Дистальную треть промежностной раны ушивают наглухо, а через центральную часть рыхло тампонируют параректальную полость.

(рис. 3). Если на 12—13-е сутки после операции лигатура не отпадает самостоятельно, ее удаляют путем пересечения подлежащего мостика тканей. Обычно к этому времени затянутая лигатурой порция анального сфинктера перерождается в фиброзную ткань и фиксируется к краям раны. Фактически к моменту удаления лигатуры подлежащий мостик тканей настолько истончается, что пересечение его не представ-

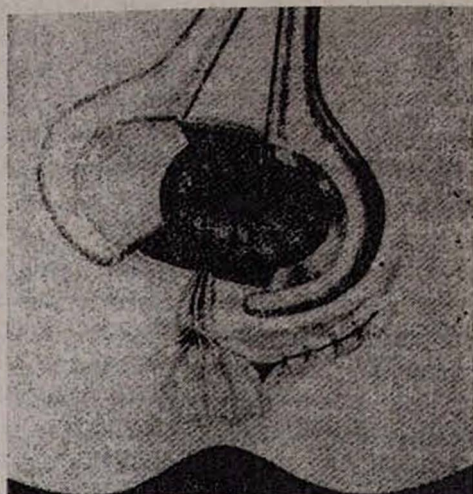


Рис. 3. Лигатура перевязана над мостиком сфинктера. Дистальная часть раны ушита наглухо, а через центральную часть дренирована параректальная полость.

ляет трудностей и даже не требует местного обезболивания. Перетянутые же в течение 12 суток волокна жома срастаются друг с другом и после пересечения не расходятся. Этим и объясняется меньшая вероятность нарушения функции сфинктера, что подтверждается нашими объективными исследованиями, проведенными с помощью сфинктерометра новой конструкции (свидетельство на пром. образец № 9793).

Результаты оперативного лечения 613 больных указанной модификацией свидетельствуют, что сроки лечения по сравнению со способом этапного затягивания лигатуры сократились в среднем: стационарный—на 13, а амбулаторный—на 9 суток. Экономический эффект непосредственно для здравоохранения в расчете на одного больного составил 99 руб. 50 коп., а в целом—60993 руб. 50 коп. Общая сумма экономического эффекта, включая как прямые, так и косвенные затраты,—379984 руб. 70 коп. Рецидив заболевания имел место в 4,6% случаев.

Литературные данные, касающиеся лечения сложных форм свищей прямой кишки, разноречивы. В одних работах указывается, что при экстрасфинктерных свищах целесообразно применение модификаций операции Джек-Робле [1, 2, 3, 10, и др.], а в других—использование лигатурного метода [6, 10, 12, 13]. Большой популярностью пользуются также способы иссечения свища с отшиванием и дозированной сфинктеротомией через внутреннее отверстие по А. Н. Рыжих [9] и полное удаление свища с ушиванием сфинктера [4, 8, 11, 15]. В публика-

циях последних лет, обобщающих опыт лечения сложных свищей прямой кишки, почти в равной степени одобряются вышеуказанные хирургические вмешательства, но при осложненных формах заболевания все-таки предпочтение отдается лигатурному методу.

В нашей клинике при экстрасфинктерных свищах широко используется описанная выше модификация лигатурного способа операции. Результаты 329 оперативных вмешательств свидетельствуют о том, что по сравнению со старым способом этапного затягивания лигатуры применяемая нами операция сокращает стационарный период лечения на 11, а амбулаторный—на 9 дней, что дало прямой экономический эффект в размере 28063 руб. 70 коп. (на одного больного—85 руб. 30 коп.), при общей сумме экономии (по здравоохранению, народному хозяйству и социальному страхованию)—181315 руб. 70 коп. Рецидив наблюдался в 3,8% случаев.

При вариантах экстрасфинктерных свищей с прямым направлением гнойного хода без затеков и полостей у 69 больных мы пользовались методикой, применяемой при длинных трансфинктерных свищах. Здесь также производилось иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера и периаанальной раны. Основным смыслом предложения заключается в том, чтобы уменьшить нагрузку на кетгутные швы и предупредить расхождение ушитых мышц сфинктера. Особо показана эта операция при передних сложных свищах у женщин, когда другие методики неприемлемы или связаны с риском нарушения функции анального жома. Сроки стационарного лечения в среднем—12, а амбулаторного—10 дней. Рецидива заболевания и нарушения функции сфинктера не отмечено.

Все хирургические вмешательства, выполняемые по поводу острого парапроктита и свищей прямой кишки, необходимо завершать профилактической криптотомией или криптэктомией. Санация глубоких анальных крипт, являющихся резервуаром дремлющей инфекции, есть дополнительная действенная мера по предупреждению развития местных воспалительных осложнений.

НИИ проктологии МЗ АрмССР

Поступила 28. 01. 86 г.

1. 2. ՆԱԶԱՐԻՎ, Է. Բ. ՀԱԿՈԲՅԱՆ, Վ. Կ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Ս. Գ. ԲԱՂԴԱՍԱՐՅԱՆ

ՊԱՐԱՊՐՈԿԿԻՏԻՏՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ԼԱՎԱՅՄԱՆ ՃԱՆԱՊԱՐՀՆԵՐԸ

Վիրահատության են ենթարկվել սուր և խրոնիկական պարապրոկտիտների 4 հիվանդներ: Ուղիղ աղու հասարակ խողակներով հիվանդների մոտ կիրառվել է վիրահատության ձևափոխված եղանակ, որը մոտ 2 անգամ կրճատում է հետվիրահատական շրջանը: Հիվանդության կրկնումները եղել են 0,7% դեպքերում:

Պարապրոկտիտի բարդ ձևերով հիվանդների մոտ կիրառվել է լիզատուրային մեթոդի ձևափոխություն, որը նպաստել է հետվիրահատական շրջանի կրճատմանը 1,5 անգամ: Հիվանդության կրկնումները կազմել են 3,3—4,6%:

L. U. NAZAROV, E. B. HAKOPIAN V., Kh. HOVANESSIAN, S. G. BAGHDASSARIAN
THE WAYS OF IMPROVEMENT OF THE PARAPROCTITIS TREATMENT

The modifications of the operations in case of acute and chronic paraproctitis are worked out, which improve the results and shorten the terms of stationary and ambulatory treatment.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аминов А. М. Руководство по проктологии, т. 3. Куйбышев, 1973.
2. Блинниченко Н. М. Автореф. дисс. докт. Куйбышев, 1972.
3. Бунатян А. А. Автореф. дисс. канд. М., 1959.
4. Давыдов Р. Э. Автореф. дисс. канд. М., 1967.
5. Дроздова В. Н. В кн.: Матер. IV конф. проктологов РСФСР. М., 1973, с. 48.
6. Карапетян Н. Ф. Автореф. дисс. канд. М., 1972.
7. Назаров Л. У. Свищи прямой кишки. М., 1966.
8. Пакалнс Л. К. Автореф. дисс. канд. Рига, 1966.
9. Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. М., 1968.
10. Саламов К. Н., Дульцев Ю. В. Парaproктит. М., 1981.
11. Селиванов В. И. Хирургия, 1971, II, с. 65.
12. Burckhardt Th. Chirurg., 1953, 11, 512.
13. Krause H., Roschke W. Med. Welt., 1974, 25/9, 368.
14. Leaper D. J., Page R. F., Rosenberg L. L., Wilson D. H., Goltzger J. C. Dis. Colon a. Rectum, 1976, 19, 1, 46.
15. Mandache F., Chiracuta J. Editura Medicala, Bucuresti, 1957.
16. Parks A. G., Sits R. W. Dis. Colon a. Rectum, 1976, 19, 6, 487.
17. Wilson D. H. Brit. J. Surg., 1964, 51, 11, 823.

УДК 616—002.3

С. С. ОГАНЕСЯН, Н. А. ТАРВЕРДЯН

УЧАСТИЕ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНОЙ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
В ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Проведено бактериологическое исследование у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей. Выявление с помощью анаэробных методик строгих и факультативных анаэробов, позволяющее проводить этиотропное лечение, открывает новые возможности для борьбы с гнойной хирургической инфекцией.

Широкое применение антибиотиков привело к существенным изменениям в этиологии хирургической инфекции. Грамположительная флора постепенно вытесняется грамотрицательной, несравненно возрастает значение так называемых условно-патогенных микроорганизмов и сапрофитов [4]. Важное место среди них занимают неклостридиальные, строгие, неспорообразующие анаэробы.

Применяемые методы микробиологического исследования не дают полной информации о составе микрофлоры в гнойных ранах, так как они более чем в половине случаев содержат строгие, неклостридиальные анаэробы в сочетании с аэробами, а в ряде случаев—анаэробы в чистом виде [1, 3].