

УДК 616.351-002. 3-089

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

*А.М. Мадаминов, Б.К. Бегалиев, Р.Н. Люхуров, А.Б. Мансурова*

Приведены результаты лечения пациентов с острым парапроктитом различными методами оперативного вмешательства.

*Ключевые слова:* острый парапроктит; гнойник; параректальный свищ; дренирование; диализ.

---

## FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ANAL ABSCESS

*A.M. Madaminov, B.K. Begaliev, R.N. Lyukhurov, A.B. Mansurova*

It presents the results of treatment of patients with acute anal abscess different methods of surgical intervention.

*Key words:* acute anal abscess; abscess; perianal fistula; drainage; dialysis.

**Актуальность.** Гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки является частым заболеванием. Частота острого парапроктита колеблется от 10 до 30 % и более, а среди пациентов неотложной проктологии эти больные составляют почти 40 % [1–5].

Около 90 % больных острым парапроктитом составляют лица трудоспособного возраста 20–60 лет. Мужчины болеют чаще, чем женщины [6, 7]. В проблеме острого парапроктита вопросы его хирургического лечения остаются до сих пор наиболее сложными и дискуссионными [8, 9]. В литературе до сих пор отсутствуют единые и четкие рекомендации по выбору рациональной методики операции в зависимости от клинико-морфологической формы парапроктита и локализации гнойника.

Доказательством этому служит существующее до настоящего времени положение, когда в хирургических стационарах операции по поводу острого парапроктита чаще всего ограничиваются простым вскрытием и дренированием гнойника, в связи с чем у 50–100 % оперированных больных возникают рецидивы заболевания или процесс переходит в хроническую форму с образованием параректального свища [5, 10, 11]. Радикальные операции, проведенные по поводу острого парапроктита, в основном, излечивают больных.

Однако существующие методы оперативного лечения острого парапроктита имеют ряд недостатков ввиду опасности повреждения анального сфинктера, затяжного характера течения раневого

процесса, формирования обширных и грубых деформирующих рубцов в параректальной области, развития нарушения функции анального жома, рецидива или перехода заболевания в хроническую форму. Основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения острого парапроктита является неполная ликвидация внутреннего отверстия гнойника [6, 10].

Многие авторы [6, 12, 13] считают оптимальным алгоритм оперативного лечения больных острым парапроктитом, в основу которого положены общие принципы хирургического лечения гнойных ран, предусматривающие:

- раннюю радикальную операцию по типу хирургической обработки гнойного очага с широким рассечением или иссечением всех девитализированных и гнойно-некротических тканей;
  - полную ликвидацию внутреннего отверстия гнойника путем выполнения криптотомии или криптоэктомии;
  - адекватное дренирование ран параректальной клетчатки и промежности с активным проведением регионарного диализа с применением антисептических и антибактериальных средств по типу тканевой антисептики.
- Эффективность радикальных операций определяется следующими основными условиями:
- четкими представлениями о точной локализации абсцессов в параректальной клетчатке;
  - уровнем расположения внутреннего отверстия гнойника на слизистой оболочке прямой кишки;

➤ отношением гнойного хода к волокнам сфинктера прямой кишки [6, 12, 13].

Острый парапроктит по степени выраженности местной симптоматики заболевания, отношению гнойного хода, сообщающего полость абсцесса с анальной криптой к волокнам сфинктера прямой кишки, делится на три степени тяжести [14].

Согласно этой классификации, острый парапроктит *первой степени тяжести* характеризуется однократным формированием гнойника в параанальной клетчатке, гнойный ход, соединяющий полость абсцесса с анальной криптой, полностью располагается внутри от сфинктера прямой кишки (интрасфинктерно).

Острый парапроктит *второй степени тяжести* характеризуется более обширным поражением подкожной клетчатки с гнойными затеками или ограниченным поражением ишиоректальной клетчатки. При этой форме острого парапроктита гнойный ход, открывающийся в просвет прямой кишки, имеет транссфинктерный характер.

Острый парапроктит *третьей степени тяжести* характеризуется распространенным поражением ишиоректальной клетчатки с множественными гнойными затеками и карманами, а также поражением пельвиоректальной клетчатки, при этом гнойный ход, сообщающий полость абсцесса с просветом прямой кишки, проходит экстрафинктерно.

Распечение острого парапроктита в просвет прямой кишки через его внутреннее отверстие при его поверхностных формах стало наиболее распространенной операцией среди проктологов. При этом образуется довольно большая, достаточно глубокая рана на промежности, которая длительно заживает и формирует выраженные рубцы, иногда захватывающие часть анального сфинктера, которые приводят к недостаточности анального жома у 4,9–33 % оперированных больных [1, 4–6].

В связи с этим возникает технически сложная задача уменьшения или закрытия такой раны. В связи с вышеизложенным проблема хирургического лечения острого парапроктита и последующей реабилитации больных приобретает важное социальное и экономическое значение.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения острого парапроктита.

Задачи исследования:

1. Усовершенствовать методику хирургического лечения острого парапроктита.

2. Провести сравнительный анализ результатов лечения острого парапроктита разными методами.

**Материал и методы исследования.** За 2011–2014 гг. в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики находились 278 больных

с острым парапроктитом, среди которых мужчин было 214 (76,9 %), женщин – 64 (23,1 %). Основную часть заболевших составили лица трудоспособного возраста от 21 до 60 лет – 257 (92,4 %) человек.

В первые сутки от начала заболевания ни один из анализируемых больных за медицинской помощью не обращался, на вторые сутки было госпитализировано 36 (13 %) больных, на третьи сутки – 163 (58,6 %), на четвертые сутки – 49 (17,9 %), на пятые сутки и позже – 30 (10,5 %).

Из 278 больных у 129 (46,4 %) пациентов был подкожно-подслизистый парапроктит, у 131 (47,1 %) – ишиоректальный парапроктит и у 18 (6,5 %) – пельвиоректальный парапроктит.

Проведен сравнительный анализ результатов лечения с использованием различных методов оперативного вмешательства. В зависимости от методики хирургического лечения все обследованные больные разделены на три группы.

Первую группу составили 39 (14,1 %) больных, которым было произведено простое вскрытие и дренирование гнойника на промежности. Во вторую группу включили 119 (42,8 %) пациентов, оперированных путем рассечения парапроктита в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны.

В третью группу вошли 120 (43,1 %) больных, которым была применена предложенная сотрудниками отделения проктологии усовершенствованная методика радикального хирургического лечения острого парапроктита.

Данная операция осуществлялась по следующей методике: под сакральной анестезией после обработки операционного поля проводили пункцию абсцесса толстой иглой и отсасывали небольшое количество гнойного содержимого, затем в полость гнойника вводили 3–5 мл 1%-ного раствора метиленового синего, смешанного с 3%-ным раствором перекиси водорода в соотношении 2:1. После чего для визуализации внутреннего отверстия гнойника анальный канал расширяли ректальным зеркалом. Через пункционное отверстие в полость гнойника проводили зонд. Радиальным разрезом над зондом рассекали абсцесс. Иссекали гнойно-некротические ткани. Вместе с анальной криптой иссекали и внутреннее отверстие гнойного хода.

Образующуюся рану обрабатывали антисептиками. После чего на всем протяжении раны на ее дно накладывали узловыи швы из рассасывающихся нитей без захвата кожи промежности и слизистой оболочки анального канала, при стягивании которых края раны соприкасались между собой, и она превращалась в линейную, поверхностную. В анальный канал вставляли тампон с мазью «Левомеколь», который удаляли на следующий день.

В послеоперационном периоде всем больным в течение 5–7 дней после туалета раны на нее осуществляли аппликацию мази «левомеколь», далее до полного заживления раны продолжались перевязки с фурацилиновой мазью. Кроме общеклинических методов исследования осуществляли посев гноя на микрофлору и чувствительность их к антибиотикам.

**Результаты лечения и обсуждение.** Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения острого парапроктита различными хирургическими методами.

Так, у всех 39 больных первой группы, в связи с тем, что раны тампонировались, каждая смена тампона вызывала усиление болевого синдрома. Довольно долго сохранялись отеки окружающих тканей, а динамика раневого процесса оказалась вялой и затянутой. Средние сроки стационарного лечения составили 14,2 койко-дня. Все больные этой группы выписались на амбулаторное долечивание с гнойными ранами. В отдаленные сроки наблюдался рецидив заболевания у 4 (10,2 %) больных, выявлен параректальный свищ у 25 (64,1 %) пациентов.

У 119 больных второй группы в послеоперационном периоде раны также тампонировались, и каждая его смена вызывала усиление болевого синдрома.

Несмотря на то, что у больных этой группы, во время операции осуществлялась санация внутреннего отверстия абсцесса, после операции все же оставались довольно обширные раны, заживление которых происходило в длительные сроки.

Средние сроки стационарного лечения составили 11,3 койко-дня. Все больные этой группы также выписались из стационара с гнойными ранами. В отдаленные сроки у 2 (1,7 %) больных возник рецидив заболевания, у 3 (2,5 %) развился свищ прямой кишки и у 2 (1,7 %) – недостаточность анального сфинктера первой степени.

У 120 больных третьей группы, в связи с тем, что во время операции дно раны ушивалось, и она превращалась в поверхностную, после операции отпала необходимость дренирования ее марлевым тампоном. Поэтому больные со 2 дня после операции отказались от обезболивающих средств. Процесс заживления таких ран происходил быстрее. Средние сроки стационарного лечения составили 9,3 койко-дня. Большинство больных выписались из стационара с зажившими ранами. В этой группе только у 1 (0,8 %) пациента наблюдался свищ прямой кишки.

Таким образом, сравнительный анализ лечения больных острым парапроктитом различными методами оперативного вмешательства с изучени-

ем результатов в ближайшем послеоперационном и отдаленном периодах подтвердил эффективность усовершенствованной методики радикального хирургического лечения острого парапроктита. Процент послеоперационных осложнений снижен до минимума, и значительно сократились сроки лечения и реабилитации больных.

#### Выводы

Усовершенствован метод хирургического лечения острого парапроктита.

Проведенный сравнительный анализ результатов лечения острого парапроктита различными способами показал преимущество усовершенствованной методики.

#### Литература

1. *Канделис Б.Л.* Неотложная проктология / Б.Л. Канделис. Л.: Медицина, 1980. 272 с.
2. Лечение острого парапроктита в отделении неотложной проктологии / Л.Г. Гошкин, С.Ю. Минчун, С.Б. Бегишев и др. // Вестник хирургии. 1991. № 5. С. 29–31.
3. Острый парапроктит: метод. рекомендации / сост. Т.Н. Мартынова. М., 1993. 14 с.
4. *Тимербулатов В.М.* Острый и хронический парапроктит / В.М. Тимербулатов, В.М. Лопатин. Уфа, 1988. 60 с.
5. *Федоров В.Д.* Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 379 с.
6. *Дульцев Ю.В.* Парапроктит / Ю.В. Дульцев, К.Н. Саламов. М.: Медицина, 1981. 263 с.
7. *Масляк В.М.* О хирургическом лечении парапроктита / В.М. Масляк, В.Д. Мандзюк // Вестник хирургии. 1990. № 7. С. 120–123.
8. *Коплатадзе А.М.* Лечение сложных форм острого парапроктита / А.М. Коплатадзе, Ю.А. Бондарев, С.Г. Смирнов // Хирургия. 1992. № 2. С. 144–151.
9. Комплексное лечение больных острым парапроктитом: метод. рекомендации / сост.: В.Т. Сахаутдинов, В.М. Тимербулатов. Уфа, 1987. 10 с.
10. *Назаров Л.У.* Лечение рецидивных форм острого парапроктита / Л.У. Назаров, Э.Б. Аюбян, А.К. Эфенджян и др. // Хирургия. 2000. № 4. С. 45–49.
11. *Султанов Г.А.* Комплексное лечение острого парапроктита / Г.А. Султанов // Хирургия. 1986. № 3. С. 59–61.
12. *Коплатадзе А.М.* Опыт работы отделения неотложной проктологии / А.М. Коплатадзе, Ю.А. Бондарев // Проблемы проктологии. М., 1992. Вып. 13. С. 14–18.
13. *Султанов Г.А.* Острый парапроктит как проблема неотложной проктологии / Г.А. Султанов, С.А. Алиев // Проблемы колопроктологии. М., 2002. Вып. 18. С. 226–232.
14. *Султанов Г.А.* Классификация и лечение острого парапроктита / Г.А. Султанов // Хирургия. 1984. № 2. С. 92–93.