

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА МЕТОДОМ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССА В ПРОСВЕТ ПРЯМОЙ КИШКИ С УШИВАНИЕМ ДНА РАНЫ

Б.К. Бегалиев

Метод вскрытия абсцесса в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны дает быстрое заживление раны в послеоперационном периоде при остром парапроктите и уменьшает сроки пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: острый парапроктит; оперативное лечение; гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки.

Острый парапроктит – гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки, относится к числу наиболее распространенных заболеваний толстой кишки, составляя 24 – 40% в их структуре [1–3].

Острое гнойное воспаление параректальной клетчатки значительно отличается от банальной гнойной инфекции околопрямокишечной области. Важнейшей отличительной чертой острого парапроктита является связь абсцесса с просве-

том прямой кишки – гнойник обычно исходит из инфицированных заднепроходных крипт. Это обстоятельство требует принципиально другого подхода к выбору методики лечения, отличного от применяемых при лечении других нагноительных заболеваний мягких тканей промежности.

Простое вскрытие гнойника на промежности у больных острым парапроктитом приводит к более или менее стойкому выздоровлению лишь у 30–35%. У остальных, либо остается свищ прямой кишки (хронический парапроктит), либо через разные промежутки времени (от нескольких месяцев до нескольких лет) возникает рецидив абсцесса (остро рецидивирующий парапроктит). Это связано с тем, что при простом вскрытии и дренировании гнойника на промежности внутреннее отверстие парапроктита, как правило, остается не санированным [4–7]. Поэтому радикальная операция при остром парапроктите должна предусматривать не только широкое вскрытие и санацию околопрямокишечного абсцесса, но обязательно ликвидацию внутреннего его отверстия в заднепроходном канале [8–10].

Рассечение острого парапроктита в просвете прямой кишки через его внутреннее отверстие стало распространенной операцией среди проктологов.

После операции образуется довольно большая, достаточно глубокая рана на промежности. Она долго заживает, формируя выраженные рубцы. В рубец может вовлекаться часть волокон анального сфинктера и это приводит к нарушению функции анального жома.

В связи с этим возникает проблема уменьшения или закрытия такой раны. При этом речь не идет о тяжелых формах острого парапроктита таких, как гнилостный, или тем более, гангренозный. При этих редких формах понятно, что никаких одномоментных вмешательств на заднепроходном сфинктере выполнять не следует.

Исходя из изложенного, нами разработан эффективный способ радикального хирургического лечения поверхностных форм параректального абсцесса.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения острого парапроктита.

Задачи исследования: 1. Разработать метод ушивания дна раны после вскрытия острого парапроктита в просвет прямой кишки. 2. Определить показания к применению усовершенствованного метода хирургического лечения острого парапроктита. 3. Провести сравнительный анализ результатов лечения острого парапроктита

традиционным и усовершенствованным методами оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. Материалом данного исследования являются результаты обследования и лечения 192 больных с поверхностными формами острого парапроктита, находившихся в проктологическом отделении Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2007–2009 гг.

В зависимости от методов оперативного вмешательства при остром парапроктите пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 98 (51%) больных, оперированных по предложенной нами усовершенствованной методике.

В контрольную группу вошли 94 (49%) больных, которые были оперированы по традиционной методике, то есть им произведено радикальное вскрытие острого парапроктита с оставлением раны открытой.

Мужчин было 168 (87,5%), а женщин – 24 (12,5%). Большинство больных были в возрасте от 20 до 50 лет – 179 (93,2%), то есть наиболее в трудоспособном возрасте. Средний возраст больных составил 37,3±2,6 лет, 173 (90,1%) больных поступили в стационар в 3–5 сутки от начала заболевания с небольшими очагами поражения параректальной клетчатки, 19 (9,9%) на 6–7 сутки и позже с довольно обширными очагами гнойно-воспалительного поражения околопрямокишечной клетчатки вследствие поздней обращаемости. Таким образом, сроки госпитализации больных в хирургический стационар остаются все еще довольно поздними.

Поздняя госпитализация, недостаточный объем лечения на догоспитальном этапе значительно усложняют течение патологического процесса, являются причиной серьезных осложнений в ближайшем после операционном периоде и в отдаленные сроки.

Из 192 больных у 109 (57,3%) был подкожно и подслизистый, а у 83 (42,7) ишеоректальный парапроктит. Из 192 больных 87 (45,3%) больных были оперированы в течение первого часа после госпитализации в стационар, 63 (32,8%) – до 2 часов, 32 (21,9%) – до 3 часов. Все больные были оперированы под сакральной анестезией.

При остром парапроктите, когда гнойный ход, сообщающий просвет прямой кишки с абсцессом, проходил интрасфинктерно, осуществляли операцию Габриэля, а при трансфинктерном положении гнойного хода применяли усо-

вершенствованную нами методику оперативного вмешательства.

Операция осуществлялась следующим образом: после обработки кожи промежности и дистального отдела прямой кишки, проводили чрескожную пункцию абсцесса, эвакуировали 2–4 мл гноя а затем, не извлекая иглы в полость гнойника вводили 1% раствор метиленовой сини с перекисью водорода в соотношении 1:1 для визуализации внутреннего отверстия парапроктита, анальный канал расширяли ректальным зеркалом. После чего через пункционное отверстие в полость гнойника проводили зонд, конец которого без труда проходил в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие абсцесса.

Радикальным разрезом над зондом в направлении пораженной крипты парапроктит вскрывали и радикально иссекали края и дно гнойной полости. Вместе с криптой иссекали и внутреннее отверстие гнойного хода. Образовавшуюся рану обрабатывали 3% раствором перекиси водорода и раствором фурациллина (1:5000). После чего на всем протяжении на ее дно накладывали швы из рассасывающихся нитей, при стягивании которых края раны соприкасались между собой и она превращалась в линейную с ликвидацией остаточной полости.

В анальный канал на первый день оставляли турунду с мазью левомеколь. На следующий день после операции удаляли турунду из анального канала, рану обрабатывали антисептиками, за тем на рану накладывали повязку с мазью левомеколь.

Такие перевязки осуществляли в течение 5–7 дней. Затем до полного заживления раны, после ванны, ежедневно осуществляли аппликацию на рану индифферентной мази.

При общеклиническом обследовании больных оценивались жалобы, анамнез болезни и жизни, общее состояние больного, данные осмотра, пальпации, температуру тела, результаты анализов крови. При необходимости осуществляли ЭКГ и R-скопию органов грудной клетки.

Специальные методы исследования включали: пальцевое исследование прямой кишки, ультразвуковое исследование, при необходимости аноскопию и ректороманоскопию. Для обследования больных кроме общеклинических и специальных методов исследования применялись: бактериологическое исследование, определение уровня общего белка и белковых фракций. В результате перечисленных методов исследования устанавливались степень выраженности и локализация воспалительного процесса.

Результаты лечения и их обсуждение. У 94 больных контрольной группы сроки стационарного лечения составляли $11,9 + 1,04$ койко-дней. Больные выписались с гранулирующими ранами. Сроки амбулаторного долечивания, у этих больных составили в среднем $16,0 + 1,03$ дней. Общая продолжительность лечения составила $27,3 + 1,03$ дня.

У 98 больных основной группы средние сроки стационарного лечения составили $9,9 + 2,02$ койко-дня. Большинство больных выписались из стационара с зажившими ранами. Сроки амбулаторного долечивания у этих больных составили в среднем $11,0 + 1,2$ дней. Общая продолжительность лечения составила $20,9 + 2,13$ дней.

В отдаленные сроки из 94 больных контрольной группы удалось обследовать 82 (87,2%) пациента, из них у 4 (4,9%) наступил рецидив заболевания, у 5 (6,1%) сформировался свищ прямой кишки, а у 3 (3,6%) развилась недостаточность анального сфинктера первой степени.

Из 98 больных основной группы в отдаленные сроки удалось обследовать 87 (88,8%) пациентов. Из 87 обследованных пациентов только у одного (1,1%) человека возник рецидив заболевания и у одного (1,1%) сформировался свищ прямой кишки, а недостаточность анального сфинктера не наблюдалась.

Таким образом, сокращение сроков стационарного лечения на 2 койко-дня в основной группе по сравнению с контрольной группой, показывает преимущество предложенного нами метода радикального хирургического лечения острого парапроктита.

Преимущество усовершенствованного метода лечения острого парапроктита видна также по частоте развития рецидива заболевания, перехода процесса в хроническую форму и по развитию недостаточности анального сфинктера.

Выводы

1. Разработан метод ушивания дна раны после вскрытия острого парапроктита в просвет прямой кишки.

2. Усовершенствованный метод хирургического лечения острого парапроктита показан тех случаях, когда гнойный ход, сообщающийся просвет прямой кишки с абсцессом, проходит через анальный сфинктер.

3. Анализ результатов лечения острого парапроктита двумя хирургическими методами показал преимущество усовершенствованного метода оперативного вмешательства.

Литература

1. *Канделис Б.Л.* Неотложная проктология. – Л.: Медицина, 1980. – 272 с.
2. *Гощицкий Л.Г., Минчин С.Ю., Бегишев О.Б.* Лечение острого парапроктита в отделении неотложной проктологии // *Вестн. хир.* – 1991. – №5. – С. 29–31.
3. *Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А.* Опыт работы отделения неотложной проктологии // *Проблемы проктологии.* – М., 1992. – Вып. 13. – С. 14–18.
4. *Ривкин В.Л., Дульцев Ю.В., Капуллер Л.Л.* Геморрой и другие заболевания анального канала. – М.: Медицина, 1994. – С. 157–168.
5. *Бородинец А.Л., Агеев В.П., Кремень В.Е.* Результаты лечения острого парапроктита // 1-й Белорусский международный конгресс хирургов. – Витебск, 1996. – С. 158–159.
6. *Stelzner F.* Komplikaned anorektal abscess and fistulae // *Chirurg.* – 1986. – Bd. – P. 297–303.
7. *Corman M.L.* Colon and rectal surgery – Philad.: J.B, Lippinkott Compani, 1990. – 765 p.
8. *Дрыга А.В., Привалов В.А.* Актуальные вопросы хирургического лечения острого парапроктита // *Актуальные вопросы в проктологии: Матер. конф.* – Киев, 1989. – С. 88–90.
9. *Захарченко А., Пац А., Соляников С.* Вопросы радикального лечения острого парапроктита // *Актуальные проблемы колопроктологии: Матер. конф.* – Нижн. Новгород, 1995. – С. 253–254.
10. *Лаврешин П.М., Габеджишвили В.К., Муравьев А.В.* Дифференцированный и комплексный подход к лечению острого парапроктита // *Здоровье – системное качества человека: Сб. ст.* – Ставрополь, 1999. – С 362–364.