

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Анализ эффективности хирургического лечения пациентов с острым и хроническим парапроктитами. Проанализированы результаты хирургического лечения пациентов с острым и хроническим парапроктитами.

Полученные результаты позволяют утверждать, что выбор оптимального объема и метода оперативного вмешательства при остром парапроктите и свищах прямой кишки является решающим в плане профилактики рецидивов и осложнений и обеспечении благоприятного результата в отдаленном периоде.

Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства пациентов с острым и хроническим парапроктитами позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения пациентов данной категории

Ключевые слова: острый парапроктит, свищ прямой кишки, оперативное лечение.

O.V. Popkov, S.A. Alekseev, S.O. Popkov

SURGICAL ASPECTS OF THE TREATMENT PARAPROCTITIS

Analysis of the effectiveness of surgical treatment of patients with acute and chronic paraproctitis.

Results of surgical treatment of patients with acute and chronic paraproctitis.

These results suggest that the choice of the optimal amount and method of surgical intervention in acute paraproctitis and rectal fistula is crucial in preventing relapses and complications, and ensuring a favorable outcome in the long term.

A differentiated approach to the choice of surgical intervention in patients with acute and chronic paraproctitis improves both immediate and long-term outcomes of patients in this category

Key words: acute abscess, rectal fistula, surgery.

Парапроктит является одной из актуальных проблем проктологии. Парапроктит - нагноение параректальной клетчатки, при котором инфекция из устьев анальных желез, располагающихся на дне заднепроходных (морганиевых) крипт, проникает в ткани околопрямокишечной области. Инфицированию и воспалению желез способствуют геморрой и хроническая анальная трещина, анальный зуд, увлажнение перианальной кожи, запоры или поносы и многие другие факторы. Однако у ряда пациентов развитие парапроктита не связано с какими-либо заболеваниями прямой кишки.

Парапроктит - одно из самых распространенных проктологических заболеваний и составляет 20-40% всех

болезней прямой кишки. У пациентов трудоспособного возраста встречается от 6.0 % до 22% случаев. До настоящего времени лечение данного заболевания является предметом дискуссий [3]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении данной патологии, результаты лечения не всегда оказываются удовлетворительными. Высокая частота осложнений и рецидивов заболевания, длительные сроки лечения и нетрудоспособности свидетельствуют о сложности и нерешенности многих вопросов этой патологии.

Провести анализ результатов хирургического лечения пациентов с острым и хроническим парапроктитами.

В колопроктологическом отделении УЗ «З ГKB им. Е.В. Клумова» за 2008- 2012 гг. проходили лечение 2280

пациентов с острым парапроктитом: в 2008 г. – 435 пациентов, в 2009 г. – 447; 2010 г. – 486; 2011 г. – 450; 2012 г. – 462.

Нами проведен ретроспективный анализ лечения 550 пациентов (мужчин 385 человек (70%); женщин – 165 (30%)). По возраст:

- 20-40 лет – 225 (41%)
- 40-60 лет – 270(49%)
- 60 и более – 55 (10%)

Локализация гнойника в параректальной клетчатке:

- Острый подкожный парапроктит - 275(50%)
- Острый подслизистый парапроктит - 11(2%)
- Острый ишиоректальный парапроктит - 209(38%)
- Острый пельвиоректальный парапроктит - 39(7%)
- Острый ретроректальный парапроктит - 5(1%)
- Анаэробный парапроктит - 11 (2%)

Сахарный диабет наблюдали у 41 пациента.

Диагностика острого парапроктита основывалась на данных анамнеза, клинической картины, результатов объективного обследования пациентов. В предоперационном периоде проводился осмотр, пальпация перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, лабораторное, рентгенологическое, УЗИ, бактериологическое обследование пациентов.

Лечение больных с острым парапроктитом представляет сложную и трудную задачу, которое предусматривает радикальную санацию гнойного очага, ликвидацию отдаленных последствий патологического процесса, профилактику рецидивов заболевания.

Свищ прямой кишки - воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевых ходов. Пациенты с этой патологией составляют около 15-25% всех проктологических больных [1, 2].

Экстрасфинктерные свищи классифицируют по степени сложности. При первой степени сложности экстрасфинктерного свища внутреннее отверстие узкое без рубцов вокруг него, нет гнойников и инфильтратов в клетчатке, ход достаточно прямой. При второй степени сложности в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но нет воспалительных изменений в клетчатке. При третьей степени экстрасфинктерные свищи характеризуют узкое внутреннее отверстие без рубцового процесса вокруг, но в клетчатке имеется гнойно-воспалительный процесс. При четвертой степени сложности у них широкое внутреннее отверстие, окруженное рубцами, с воспалительными инфильтратами или гнойными полостями в клетчаточных пространствах.

При трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки обследование больного необходимо дополнять фистулографией, определением функции сфинктеров заднего прохода.

Наиболее распространенные виды операций при свищах прямой кишки:

1. рассечение свища в просвет прямой кишки;
2. иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля);
3. иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затеков;

4. иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием сфинктера;

5. иссечение свища с проведением лигатуры;

6. иссечение свища с перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища [3].

Наибольшей проблемой является лечение экстрасфинктерных свищей, при которых рецидивы составляют 8-16%.

В предоперационном периоде проводили лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое и бактериологическое обследование пациентов.

Выбор оптимального объема и метода оперативного вмешательства при остром парапроктите является решающим в плане профилактики рецидивов и осложнений и обеспечении благоприятного результата в отдаленном периоде.

Оперативные вмешательства проводились под са-кральной или спинальной анестезией.

При подкожных и подслизистых формах парапроктитов выполнялось вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки по Габриэлю – 285пациентов (52%).

При ишиоректальных и пельвиоректальных формах парапроктитов применялась двухэтапная хирургическая тактика. В острой стадии заболевания выполнялось вскрытие, санация и дренирование гнойника. Некрэктомия с широким вскрытием гнойных затеков применялась у больных с анаэробными формами парапроктитов, которые отличались обширным гнойно-некротическим поражением параректальной клетчатки и тяжелым клиническим течением. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная антибактериальная, инфузионная терапия. Антибиотики применялись с учетом чувствительности микрофлоры. При формировании параректальных свищей производилась радикальная операция - иссечение гнойного хода с ликвидацией внутреннего отверстия свища. После вскрытия гнойника параректальной клетчатки без ликвидации внутреннего отверстия парапроктита рецидив заболевания или свищи прямой кишки имели место в 70-100% случаев.

При выборе оперативного вмешательства учитывалось:

- отношение свищевых ходов и внутреннего отверстия к сфинктеру;
- наличие рубцового процесса по ходу свища;
- наличие инфильтратов и гнойных затеков в параректальной клетчатке.

Выполнено операций по поводу свищей прямой кишки - 237, интрасфинктерных свищей – 71 (30%), трансфинктерных – 120 (51%), экстрасфинктерных – 46 (19%).

При интрасфинктерных свищах выполнялись операции: иссечение свища в просвет кишки с ушиванием дна раны. Нагноения ран, рецидивов, недостаточности анального жома не было.

При трансфинктерных свищах применялось иссечение свища с ушиванием части наружного сфинктера и лигатурный метод. Нагноение раны отмечено у 2 пациентов

(1,6%), рецидивы - у 7 (5,8%), недостаточность анального жома – у 3(2,5%).

При экстрасфинктерных свищах выполняли иссечение свища и лигатурный метод, иссечение свища с перемещением слизистого лоскута. Имело место нагноение раны у 2 пациентов (4%) , рецидивы – 3 (6,5%), недостаточность анального жома - 1 (2,2%). Средняя длительность стационарного лечения составила – 8 койко-дней. Общая продолжительность временной нетрудоспособности – 23 дня.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства, оптимизация предоперационной подготовки и послеоперационного лечения пациентов с острым парапроктитом позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения пациентов данной категории, сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

Литература

1. Аминев, А.М.Руководство по проктологии. Куйбышев. – 1973. - т.3. - 367с.
2. Бородинец, А.Л., Русинович В.М., Кирковский В.В. Современная тактика лечения острого парапроктита. Тез. Докл.: Проблемы колопроктологии. М. - 1998. – С.34-35.
3. Дульцев, Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М., Медицина. - 1987. -120с.
4. Ривкин, В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. Медпрактика. - 2001. - 134с.
5. Смирнов, В.Е., Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К. Дифференцированный подход к лечению острого парапроктита. – М. - 1995.- 156с.
6. Тимербулатов, В.М. и др. Парапроктит. – Уфа. - 1998.- 211с.
7. Федоров, В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М. - 1984.- 198с.

Поступила 22.04.2013 г.