

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

Чарышкин А.Л., Солдатов А.А., Дементьев И.Н.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», 432970 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, УлГУ, тел. (8422) 41-20-88, e-mail: charyshkin@yandex.ru

Лечение хронического парапроктита является актуальной и сложной проблемой современной абдоминальной хирургии, поэтому необходимо совершенствовать способы хирургических вмешательств при данной патологии. С 2007 года по 2011 год под нашим наблюдением находилось 37 пациентов с хроническим рецидивирующим парапроктитом, оперированных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа хирургического лечения экстрасфинктерных ректальных свищей при хроническом рецидивирующем парапроктите. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. 1 группа – 25 пациентов, оперированных традиционным методом оперативного лечения. 2 группа – 12 пациентов, оперированных предложенным способом закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита (заявка на изобретение №2011153668). Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Сравнительный анализ результатов проводили на основании клинических данных, инструментальных исследований, фистулографии, эндоректальное УЗИ, анальной манометрии, электромиографии. Применение разработанного способа закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита позволило улучшить результаты лечения, снизить ранние послеоперационные осложнения, рецидив заболевания в сроки наблюдения до 6 месяцев.

Ключевые слова: хронический парапроктит, ректальный свищ.

COMPARATIVE ESTIMATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PARAPROCTITIS

Charyshkin A.L., Soldatov A.A., Dementev I.N.

FGBOU VPO "Ulyanovsk State University", Ulyanovsk 432970, ul. Tolstoy, 42, USU, tel. e-mail: charyshkin@yandex.ru

Treatment chronic paraproctitis is actual and a challenge modern abdominal surgeries, therefore it is necessary to improve ways of surgical interventions at the given pathology. Since 2007 for 2011 under our supervision there were 37 patients with chronic paraproctitis, operated apropos extrasphincter rectal fistulas. Patients have been divided into 2 groups depending on a way of surgical treatment extrasphincter rectal fistulas at chronic paraproctitis. Between groups it has not been revealed significant distinctions on a sex, age, character of an accompanying pathology. 1 group – 25 patients operated with a traditional method of operative treatment. 2 group – 12 patients operated in the offered way of closing of an internal aperture of a fistula at difficult forms paraproctitis (the demand for the invention №2011153668). All patients gave the informed voluntary consent to medical intervention. The comparative analysis of results spent on the basis of the clinical data, tool researches, fistulography, endorectal ultrasonic, anal manometer, electromyography. Application of the developed way of closing of an internal aperture of a fistula at difficult forms paraproctitis, has allowed to improve results of treatment, to lower early postoperative complications, disease relapse in terms of supervision till 6 months.

Key words: chronic paraproctitis, a rectal fistula.

Хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки при хроническом парапроктите остается наиболее актуальной проблемой колопроктологии [1, 2, 6]. Несмотря на совершенствование оперативной техники, высоким остается процент рецидивов и анальной недостаточности [3, 4, 7]. Многие из существующих способов

оперативного лечения сложных параректальных свищей, несмотря на хорошие результаты, полученные авторами [1, 5], являются технически сложными и остаются не совершенными для их широкого применения. Число предлагаемых хирургических методик и их модификаций продолжает расти, используются различные технологии: латексные лигатуры, клиппирование никелидо-титановыми скрепками, пломбировка клеевыми композициями [1, 2, 3, 7]. Несмотря на это рецидив при экстрасфинктерных свищах прямой кишки сохраняется на уровне 2 – 11,7 %, а анальной недостаточности – на уровне 14,6 % за последнее десятилетие [1, 4].

Учитывая вышеперечисленное, лечение хронического парапроктита является актуальной и сложной проблемой современной абдоминальной хирургии, поэтому необходимо совершенствовать способы хирургических вмешательств при данной патологии.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим парапроктитом.

Материал и методы исследования

С 2007 года по 2011 год под нашим наблюдением находилось 37 пациентов с хроническим рецидивирующим парапроктитом, оперированных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей. Средний возраст больных в группах составил $43,4 \pm 7,2$ года.

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа хирургического лечения экстрасфинктерных ректальных свищей при хроническом рецидивирующем парапроктите. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. 1 группа – 25 пациентов, оперированных традиционным методом оперативного лечения; применяли модификации операции А.Н. Рыжиха с трубчатым выделением свища, при этом свищевой ход препарирован со стороны промежности в виде тяжа до стенки прямой кишки, после выделения, иссечения свища и ликвидации внутреннего отверстия (иссечения содержащей отверстие крипты), с пластикой внутреннего отверстия участком слизистой оболочки, всем больным подшивали по периметру П-образный лоскут слизистой.

2 группа – 12 пациентов, оперированных предложенным способом закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита (заявка на изобретение №2011153668). Способ осуществляли следующим образом. На первом этапе хирургического лечения проводили вскрытие, дренирование, санацию гнойного очага и послеоперационную терапию. После стихания воспалительного процесса в верхнем наружном квадранте ягодичной области после обработки операционного поля антисептиком трижды и под местным обезболиванием производили вертикальный разрез

кожи длиной 3,0 см и в подкожножировом слое формировали ложе, в которое помещали полипропиленовую сетку размером 2,5x2,5 см на 25–30 суток до начала второго этапа хирургического лечения. Рану дренировали резиновым выпускником, швы на кожу. На втором этапе хирургического лечения, через 25 – 30 суток, послеоперационный рубец в верхнем наружном квадранте ягодичной области иссекали, пророщенную соединительной тканью полипропиленовую сетку острым путем извлекали из ложа. На рану накладывали швы. Пророщенную соединительной тканью полипропиленовую сетку на время дальнейшего проведения хирургического лечения помещали в раствор с антибактериальным препаратом. Затем внутреннее отверстие свища или крипты иссекали до мышечного слоя двумя полуовальными разрезами, отступя от его края 0,5 см. В проекции внутреннего отверстия свища на перианальной коже производили дугообразный разрез длиной 2 – 3 см до границы мышечного и подслизистого слоев анального канала. С помощью шпателя тупо отсепаровывали слизистую анального канала в виде тоннеля проксимальнее дефекта слизистой до 12 мм, на ширину до 2,5 см. Внутреннее отверстие в мышечном слое иссекали, после чего ушивали биodeградируемым шовным материалом. Через подслизистый тоннель вводили пророщенную соединительной тканью полипропиленовую сетку и укладывали на шов мышечного слоя. Дефект слизистой оболочки над пророщенной соединительной тканью полипропиленовой сеткой восстанавливали путем сшивания неизмененных краев. Швы на кожу перианальной области до резинового выпускника. В послеоперационном периоде больные 1 и 2 группы получали стандартное лечение, включающую антибактериальную терапию и иммуномодулирующую коррекцию (деринат).

Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Заключение этического комитета ИМЭиФК УлГУ от 7.12.2010 г., проведение клинических исследований по применению разработанного способа хирургического лечения внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита, предполагаемая эффективность и безопасность научно обоснованы.

Сравнительный анализ результатов проводили на основании клинических данных, инструментальных исследований, фистулографии, эндоректального УЗИ, анальной манометрии, электромиографии.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6. При сравнении полученных параметров нами использовался t-критерий Стьюдента для независимых парных выборок и χ^2 -тест. Статистически значимыми

признавались различия с уровнем доверительной вероятности не менее 95 % с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки эффективности разработанного нами способа закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита проведен сравнительный анализ ближайших результатов в двух группах больных, сопоставимых по степени тяжести. Критериями оценки был болевой синдром, гнойные осложнения, частота рецидивов и повторных операций, недостаточность анального сфинктера.

В послеоперационном периоде необходимость введения наркотических анальгетиков из-за болевого синдрома возникла у 16 (64%) больных 1 группы. У больных 2 группы болевой синдром отмечен только у 1 (8,3%) пациента.

В 1 группе у 7 (28 %) больных возникло нагноение послеоперационной раны, повлекшее формирование грубых деформирующих рубцов перианальной области. Во второй группе больных гнойных осложнений в послеоперационном периоде не было. Инконтиненции в 1 группе больных не выявлено, но у 10 (40 %) больных при отсутствии жалоб на недержание отмечалось относительное снижение манометрических показателей в покое и при волевом сокращении, рецидив свища в сроки до 6 месяцев возник у 4 (16 %) больных, проведены повторные операции. Во второй группе больных инконтиненции не выявлено, относительное снижение манометрических показателей в покое и при волевом сокращении отмечено у 1 (8,3 %) больного, рецидива свища в сроки до 6 месяцев не выявлено.

Для клинической оценки ближайших результатов оперативного лечения в сроки до 6 месяцев нами использованы критерии А.М.Кузьмина (2004), включающие отсутствие и возникновение рецидивов, наличие признаков недостаточности анального сфинктера (табл. 1). Хорошие результаты наблюдали у 11 (44 %) больных 1 группы, во 2 группе у 11 (91,7 %) больных при отсутствии рецидива и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные – у 10 (40 %) 1 группе, у 1 (8,3 %) во 2 группе при недостаточности анального сфинктера с отсутствием рецидива. Неудовлетворительные результаты выявлены только в 1 группе у 4 (16 %) больных вследствие рецидива свища в сроки до 6 месяцев.

Таблица 1
Ближайшие результаты оперативного лечения в сроки до 6 месяцев

Ближайшие результаты в группах	Результаты		
	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные

1 группа	11 (44 %)	10 (40 %)	4 (16 %)
2 группа	11 (91,7 %)	1 (8,3 %)	-

Таким образом, применение разработанного способа закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита позволило улучшить результаты лечения, снизить ранние послеоперационные осложнения, рецидив заболевания (в сроки наблюдения до 6 месяцев).

Выводы

1. Разработанный способ закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита позволяет радикально ликвидировать внутреннее свищевое отверстие с сохранением функции анального жома и позволяет снизить риск развития анальной инконтиненции.
2. Показаниями к предложенному способу хирургического лечения сложных форм парапроктита является наличие у больного экстрасфинктерного свища прямой кишки.

Список литературы

1. Бородкин А. С. Сегментарная проктопластика в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2006. – 24 с.
2. Клиническая колопроктология: Руководство для врачей/ П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц, Ф. Э. Эллин, Н. Л. Смирнов // Х: Факт, 2006. – 670 с.
3. Основы колопроктологии / Под ред. Г. И. Воробьева. – Ростов н/д: Феникс, 2001. – 163с.
4. Ривкин В. Л. Руководство по колопроктологии/ В.Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. – М. : Медпрактика, 2001. – 488 с.
5. Dziki A. Seton treatment of anal fistula: experience with a new modification/ A. Dziki, M. Bartos // Eur. J. Surg. – 2003. – Vol. 164. – P. 543 – 548.
6. Length of follow—up after fistulotomy and fistulectomy associated with endorectal advancement flap repair for fistula in ano/ Н. Ortiz, M. Marzo, M. de Miguel [et al.] // Colorect. Dis. – 2007. – Vol. 9, N 3. – P. 13 – 60.
7. Prospective clinical and manometric study of fistulotomy with primary sphincter reconstruction in the management of recurrent complex fistula—in—ano/ F. Perez, A. Arroyo, P. Serrano [et al.] // Colorect. Dis. – 2006. – Vol. 21. – P. 522 – 526.

Рецензенты:

Белый Лев Евгеньевич, д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Смолькина Антонина Васильевна, д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.