

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

**Лаврешин П. М., Гобеджишвили В. К., Жабина А. В., Гобеджишвили В. В.,  
Владими́рова О. В.**

*ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России», Ставрополь, Россия, e-mail: postmaster@stgmu.ru*

В работе представлены результаты лечения 374 пациентов с различными клиническими формами острого парапроктита. Все больные оперированы радикально. Контрольную группу составили 124 (33,2 %) больных, которым применяли два вида оперативного пособия: при интра- и трансфинктерном расположении первичной фистулы вскрывали острый парапроктит в просвет прямой кишки, при экстрасфинктерном – вскрытие гнойника с проведением лигатуры. В основную группу вошли 250 (66,8 %) пациентов, у которых осуществлен дифференцированный подход к выбору метода операции и лечению ран промежности. У них выбор метода операции зависел не только от расположения первичного гнойного хода по отношению к волокнам сфинктера, но и от распространения воспалительного, рубцового процесса в стенке прямой кишки и окружающих гнойник тканях. Методы исследования: клинические, физический (сфинктерометрия), цитологический. Осуществленный дифференцированный подход к лечебной тактике при остром парапроктите позволил улучшить исходы заболевания: уменьшить количество рецидивов, явлений дискомфорта в области заднего прохода за счет формирования мягкого послеоперационного рубца.

Ключевые слова: острый парапроктит, лечебная тактика, исходы заболевания.

## TREATMENT TACTIC IN ACUTE PARAPROCTITIS

**Lavreshin P. M., Gobedzhishvili V. K., Zhabina A. V., Gobedzhishvili V. V.,  
Vladimirova O. V.**

*Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia, e-mail: postmaster@stgmu.ru*

In this trail showed the results of treatment the 374 patients suffered from different forms of acute paraproctitis. All patients was operated radically. In control group included 124 (33,2 %) patients, operated using of two main methods: operation by Gabriel in inta- and trans-sphincter primary fistula cases, incision of the purulent focus with ligature introduction in extra-sphincter cases. In to the research group included 250 (66,8 %) patients, for whom was used differentiated choice of operation tactics and treatment of perinea wounds. The choice of operation based not only on the place of the focus in relation to the sphincter fabrics but also on the spreading of inflammation, scarring in rectal wall and tissues around. Methods of investigation: clinical, physical (sphincterometry), cytological methods. Used of differentiated tactics of treatment in paraproctitis cases allowed to bettering the outcomes: decrease the recurrence cases and discomfort in perinea ara due to formation of soft elastic post operation scars.

Keywords: acute paraproctitis, tactics of treatment, outcomes.

По данным ведущих клиник нашей страны и зарубежных исследователей острый парапроктит составляет 0,5–4 % среди больных с общехирургической патологией и 20–40 % в структуре проктологических заболеваний [1, 2, 4, 5, 6]. У 13–20 % оперированных возникают осложнения гнойно-воспалительного характера, у 4–10 % пациентов возникает рецидив или переход заболевания в хроническую стадию течения, у 17–36 % больных имеются явления дискомфорта в области заднего прохода, у 6–8 % развивается недостаточность анального сфинктера [2, 3, 7, 8]. По-прежнему большое количество пациентов с острым парапроктитом продолжают поступать в общехирургические стационары, где им производится простое вскрытие параректального абсцесса с дренированием полости гнойника, тем самым обрекая больного на повторные, часто

многократные, поступления в те же стационары, физические и эмоционально-психологические страдания, значительно ухудшающие качество их жизни и трудоспособность [1, 3, 4, 5].

**Цель** работы заключалась в разработке комплекса лечебно-тактических мероприятий, направленных на улучшение результатов лечения острого парапроктита.

**Материал и методы.** В работе представлены результаты лечения 374 больных с различными клиническими формами острого парапроктита. Подготовка больных острым парапроктитом к операции начиналась сразу же после установки диагноза и принятия решения о неотложном хирургическом вмешательстве. Мы считаем обязательным перед оперативным вмешательством выполнение очистительной клизмы, которая, не затягивая времени операции, способствует снижению возможности инфицирования раны непосредственно во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде. Очистительную клизму выполняли за 1,5–2 часа до операции, вслед за ней в прямую кишку вводили резиновую трубку 1 см в диаметре на глубину 5–6 см, и больной слегка тужился в течение 10–15 минут в туалетной комнате, что способствовало очищению кишечника от промывных вод. После опорожнения кишечника больные принимали гигиеническую ванночку со слабым раствором перманганата калия, затем сбривались волосы в области заднего прохода и промежности. Перед операцией всем больным рекомендовали помочиться. Пациентам с сопутствующими заболеваниями, выраженной интоксикацией проводили комплекс лечебных и диагностических мероприятий (консультация терапевта, рентгенография легких, ЭКГ, внутривенные инфузии 5 % глюкозы, гемодеза, сердечные препараты и др.). За 30–40 минут до операции выполнялась премедикация. Операция производилась в положении больного на спине, с согнутыми в коленных суставах ногами на гинекологических держателях и выдвинутым вперед тазом. Все наблюдаемые нами больные оперированы радикально под спинномозговой анестезией. Основную группу составили 250 (66,8 %) больных, которым осуществлен дифференцированный подход к выбору метода операции и лечению ран промежности. Контрольную группу составили 124 (33,2 %) больных. Методы исследования: клинические, физический (сфинктерометрия), цитологический.

**Результаты исследования и заключение.** У 250 (66,8 %) больных основной группы выбор метода операции зависел не только от расположения первичного гнойного хода по отношению к волокнам сфинктера, но и от распространения воспалительного, рубцового процесса в стенке прямой кишки и окружающих гнойник тканях. По этому принципу больные разделены на 3 группы.

Первую группу составили 178 (47,6 %) пациентов с острым подкожным и ишиоректальным парапроктитом с расположением «первичной фистулы» интра- и

трансфинктерно с вовлечением поверхностных порций сфинктера. Этим пациентам выполнялась операция – вскрытие острого парапроктита с иссечением первичного гнойного хода в просвет прямой кишки. Операцию выполняли следующим образом. Отступая от края ануса не менее 3 см, над местом наибольшей болезненности делали разрез длиной, обычно, 5–6 см. После эвакуации гноя и обработки гнойной полости из раны в просвет кишки через внутреннее отверстие первичного гнойного хода проводили желобоватый зонд. Периаанальную кожу и слизистую анального канала рассекали по зонду. Рассеченные участки слизистой и кожи иссекали в виде треугольника, вершина которого находится в анальном канале, а основанием является разрез кожи на промежности. Обязательно иссекали слизистую оболочку и морганиевы крипты в области внутреннего отверстия. В результате образовывалась треугольной формы рана. Полость гнойника и рану обрабатывали 3 % раствором перекиси водорода, рыхло тампонируют марлевыми лентами с гипертоническим раствором натрия хлорида или мазями на водорастворимой основе «Левомеколь», «Левосин», «Диоксиколь». В прямую кишку вводили газоотводную трубку и тампон с мазью на жирорастворимой основе.

Вторую группу составит 37 (9,9 %) больных с первичным острым парапроктитом, у которых «первичная фистула» по отношению к волокнам сфинктера располагалась трансфинктерно с вовлечением значительной порции сфинктера и экстрасфинктерно (22 пациента с острым ишиоректальным и 15 – с острым пельвиоректальным). Этим больным оперировали в два этапа. Первым этапом осуществляли вскрытие и дренирование гнойника. Вторым этапом выполняли на 5–6 сутки. Он включал в себя закрытие внутреннего отверстия в стенке прямой кишки путем перемещения слизистой по типу операции Джад-Рабле при свищах прямой кишки. Приводим технику операции. После растяжения анального сфинктера визуально и с помощью зонда определяли локализацию внутреннего отверстия. Далее при помощи гидравлической препаровки 0,5 % раствором новокаина выкраивали участок слизистой трапециевидной формы. На границе перехода периаанальной кожи в слизистую оболочку производили поперечный разрез длиной 2–3 см, от его краев в проксимальном направлении наносили два расходящихся разреза слизистой, подслизистого слоев в форме трапеции, на 2 см выше внутреннего отверстия. Затем, начиная снизу, от анального канала вверх, приподнимая лоскут, острым путем отпрепаровываем его. Таким образом, образуется толстый участок слизистой длиной около 5 см, шириной около 3 см у основания. Более широкое основание обеспечивает лучшее кровоснабжение, надежную приживляемость и меньшую вероятность некроза и ретракции низведенного участка. Внутреннее отверстие гнойника обрабатывали ложкой Фолькмана, низкочастотным ультразвуком в течение 1 минуты с помощью аппарата УРСК-7Н-18 частотой  $26,5 \pm 0,5$  кГц, раствором йодоната,

после этого ушивали кisetным кетгутовым швом. Мобилизованный участок низводили с помощью зажимов Алиса, избыток низводимого лоскута вместе с внутренним отверстием и криптами отсекали. Лоскут фиксировали, прикрывая им наложенные на внутреннее отверстие швы, тонким (№ 3) кетгутом к краю разреза на перианальной коже. На вертикальные разрезы слизистой накладывали отдельные кетгутовые швы. В прямую кишку вводили тампон с мазью и газоотводную трубку.

В третью группу вошли 35 (9,3 %) больных с обострением рецидивирующего парапроктита, у которых гнойный ход располагался транс- и экстрасфинктерно. Во время вскрытия параректального абсцесса у этой группы больных оценивали развитие и степень выраженности рубцового процесса в области внутреннего отверстия и вокруг него в стенке прямой кишки. При транссфинктерной локализации с вовлечением в процесс поверхностных порций сфинктера у 17 (%) пациентов выполняли операцию вскрытия парапроктита в просвет прямой кишки. К выбору метода операции у 18 (%) больных с глубокими рецидивирующим парапроктитом подходили также дифференцированно. У 7 (%) пациентов острым рецидивирующим парапроктитом с транссфинктерной локализацией гнойного хода, проходящей через его глубокие порции и экстрасфинктерно, когда рубцовый процесс ограничивался пределами пораженной крипты, слизистая анального канала была подвижной, первым этапом выполняли вскрытие и дренирование параректального абсцесса. По истечении 5–6 суток производили закрытие внутреннего отверстия путем перемещения слизисто-мышечного лоскута прямой кишки по Джад-Робле. У 11 (%) больных во время ревизии анального канала при вскрытии острого парапроктита рубцовый процесс распространялся по анальному каналу, в него вовлекались волокна сфинктера, слизистая была неподвижной. Этим пациентам выполнена операция вскрытия парапроктита с проведением лигатуры. Техника операции состояла в следующем: гнойник вскрывали полулунным разрезом не ближе 3–4 сантиметров от края анального кольца, протяженность разреза обеспечивала полную эвакуацию гноя. У больных с пельвиоректальными парапроктитами производили расслоение плоской и широкой *m.levator ani* в продольном направлении, так как при рассечении ее в поперечном направлении повреждаются мышечные волокна и существует реальная угроза повреждения крупных артериальных и венозных стволов. После вскрытия гнойника его полость обследовалась пальцем, разъединяли соединительно-тканые перемишки, раскрывали гнойные затеки, промывали полость абсцесса и рану 3 % раствором перекиси водорода, выполняли гемостаз. Затем вводили указательный палец в анальный канал и устанавливали локализацию внутреннего отверстия. Двумя пальцами, со стороны раны и со стороны прямой кишки, определяли участок гнойной полости, ближе всего прилежащий к стенке кишки. Как правило, в этом месте имеется сообщение с просветом

кишки. Со стороны раны в просвет кишки через внутреннее отверстие первичного гнойного хода проводили толстую шелковую лигатуру. Далее устанавливали толщину мышечных образований, расположенных между гнойным ходом, гнойной полостью, границами сфинктера и просветом кишки. При обнаружении транссфинктерного с вовлечением большой порции и экстрасфинктерного расположения гнойного хода продлевали разрез кожи до средней линии кзади от анального кольца, когда внутреннее отверстие находилось в задней крипте, или кпереди, если оно располагалось в передней крипте. Затем в рану промежности временно вводили тампон с раствором 3 % перекиси водорода и приступали к обработке внутреннего отверстия со стороны прямой кишки. В анальный канал вводили ректальное зеркало. Внутреннее отверстие окаймляли эллипсоидным разрезом до мышечного слоя. Верхний угол раны в прямой кишке находился на 1 см выше внутреннего отверстия гнойного хода, нижний угол соединялся с медиальным углом промежностной раны. Слизистую оболочку в указанных пределах иссекали. Внутреннее отверстие выскабливали ложкой Фолькмана. Затем из раны извлекали тампон, и проведенную ранее лигатуру укладывали строго по средней линии сзади или спереди от анального канала (в зависимости от расположения внутреннего отверстия) и тонически затягивали. Промежностную рану рыхло тампонируют марлевыми лентами с гипертоническим раствором натрия хлорида или мазями на водорастворимой основе «Левомеколь», «Левосин», «Диоксиколь». В прямую кишку вводили газоотводную трубку и марлевый тампон с мазью на жирорастворимой основе.

Контрольную группу составили 124 (33,2 %) больных острым парапроктитом, оперированных радикально. При лечении этих пациентов использовали два вида оперативного пособия: у 78 (20,9 %) больных при поверхностных парапроктитах, а также у 21 (5,6 %) оперированного при ишиоректальных парапроктитах с транссфинктерным расположением первичного гнойного хода, захватывающей небольшую порцию анального сфинктера, выполняли операцию вскрытия острого парапроктита в просвет прямой кишки. При ишиоректальных и пельвиоректальных формах острого парапроктита с экстрасфинктерным расположением гнойного хода у 18 (4,8 %) пациентов производили вскрытие абсцесса с одномоментным проведением лигатуры через внутреннее отверстие в стенке прямой кишки. У 7 (1,9 %) больных она проведена в отсроченном порядке через 5–6 суток после вскрытия гнойника. В послеоперационном периоде при лечении ран промежности применяли традиционные средства антисептики.

В послеоперационном периоде критериями эффективности лечения считали сроки нормализации клинических показателей течения раневого процесса: очищение раны, появление грануляций и эпителизации.

У больных основной группы с 2-х суток во время перевязок применялся низкочастотный ультразвук. После очищения раны, появления грануляций приступали к ее обработке среднечастотным ультразвуком. Наблюдение за течением раневого процесса показало, что у пациентов, лечение которых дополнялось ультразвуковой обработкой ран, последние очищались быстрее, перифокальная реакция была менее выражена. В мазках-отпечатках у них к 3-м суткам значительно уменьшалось количество микрофлоры, подавляющее ее большинство располагалось внутриклеточно, увеличивалось количество макрофагов, гистиоцитов. На 5-е сутки микрофлора определялась в незначительном количестве, в виде завершеного фагоцитоза, увеличивается количество полибластов, фибробластов. В контрольной группе эти изменения наступали на 6–7 сутки. Полное очищение раны у больных контрольной группы наступало на 7 сутки, грануляции появлялись к 5–6 суткам, эпителизация – 8–9 суткам. В основной группе соответственно: очищение – на 4–5 сутки, грануляции – на 4 сутки, эпителизация – на 7 сутки.

Отдаленные результаты прослежены у 210 (84 %) больных из основной группы и у 120 (97,6 %) контрольной. В основной группы у 8 (3,8 %) пациента был рецидив заболевания, еще у 8 (3,8 %) больных имела место недостаточность анального сфинктера I–II степени, у 15 (7,1 %) больных имелись явления дискомфорта в области заднего прохода.

В контрольной группе рецидив заболевания имелся у 10 (8,3 %) больных, у 8 (6,6 %) оперированных возникла недостаточность анального сфинктера I–II степени, у 20 (16,7 %) наблюдались явления дискомфорта в области заднего прохода.

### **Вывод**

Дифференцированный подход к лечению острого парапроктита позволил улучшить исходы заболевания: уменьшить количество рецидивов заболевания, возникновение недостаточности анального сфинктера, явлений дискомфорта в области заднего прохода за счет формирования мягкого послеоперационного рубца.

### **Список литературы**

1. Ан В. К., Ривкин В. Л. Развитие учения о патогенезе и хирургическом лечении парапроктита // Актуал. вопр. колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 21-22.
2. Воробьев Г. И., Коплатадзе А. М., Болкквядзе Э. Э. Выбор метода хирургического лечения больных со сложными формами острого рецидивирующего парапроктита // Актуал. вопр. колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 45-45.
3. Гинюк В. А., Рычагов Г. П. Комплексный подход к лечению пациентов с острым парапроктитом с применением фототерапии // Новости хирургии. – 2011. – № 6. – С. 70-75.

4. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит. – М., 1981. – 208 с.
5. Лаврешин П. М., Гобеджишвили В. К., Оверченко Д. Б. Острый парапроктит. – Ставрополь, 2005. – 126 с.
6. Рывкин В. Л., Капуллер Л. Л, Белоусова Е. А. Колопроктология: руководство. – М., 2011. – 368 с.
7. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. – М., 1984. – 284 с.
8. Abcarian H. Anorectal Infection: Abscess–Fistula // Clin. Colon Rectal Surg. – 2011. – V. 24, no. 1. – P. 14–21.