

ВЫВОДЫ

1. Проба Бергманна—Эйльботта с нагрузкой билирубином является высокоинформативным и безопасным методом лабораторной диагностики синдрома Жильбера.
2. Диагностика синдрома Жильбера возможна при характерной клинической картине заболевания на основании комплекса исследований функционального состояния печени и желчевыводящих путей с учетом положительного эффекта лечения фенобарбиталом *ex juvantibus*.
3. Показатели пробы Бергманна—Эйльботта могут рассматриваться как критерий для определения лечебной дозы фенобарбитала у больных с синдромом Жильбера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер А. Ф., Крупникова Э. З. Наследственные пигментные гепатозы. Л., 1975.—2. Бондарь З. А. Желтухи. М., Медицина, 1965.—3. Еселев М. М., Сцепуро П. Г. а) Казанский мед. ж., 1976, 4, б) Врач. дело, 1979, 8.—4. Идельсон Л. И. Гемолитические анемии. М., Медицина, 1975.—5. Клемашев И. С. К характеристике функциональных и гемодинамических нарушений при хронических заболеваниях печени. Автореф. докт. дисс., М., 1973.—6. Крутских Е. В. В кн.: Новые методы диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения. Л., 1970, т. 92.—7. Логинов А. С., Клемашев И. С. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1974, № 7.—8. Логинов А. С., Блок Ю. Е. Тер. арх., 1977, 6.—9. Лорне Ю. И. Сов. мед., 1961, 11.—10. Подымова С. Д. Хронический гепатит. М., Медицина, 1975.—11. Предтеченский В. Е. Руководство по клиническому лабораторному исследованию. М., Медгиз, 1964.—10. Бергман Г. Функциональная патология. М.—Л., 1936.—13. Гиттер А., Хейльмейер Л. Справочник по клиническим функциональным исследованиям. М., Медицина, 1966.—14. Горанов И. В кн.: Врожденные и приобретенные энзимопатии. М., 1980.—15. Lovisetto P. а. о. *Minerva med.*, 1976, 67, 35.

Поступила 23 октября 1984 г.

УДК 616.517.8—036.65—002—089.8

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

В. Г. Сахаутдинов, В. М. Тимербулатов, Р. У. Смакаев, М. С. Ишимов

*Кафедра хирургических болезней № 2 (зав.— проф. В. Г. Сахаутдинов) Башкирского
медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ*

Несмотря на разработку современных методов оперативного лечения острого парапроктита, частота рецидивов заболевания и формирования параректальных свищей остается довольно высокой и составляет от 10 до 48% [2, 3, 5]. Мы, как и некоторые авторы [2, 3, 4], считаем целесообразным выделить две формы рецидивного парапроктита: острого рецидивирующего и хронического рецидивирующего. Первая форма клинически мало отличается от острой стадии, поскольку проявляется после полного закрытия ран и свищей. Гнойник локализуется чаще под послеоперационным рубцом, хотя и при атипичном расположении при тщательном исследовании выявляется связь с первично пораженной криптой и рубцами.

При хроническом рецидивирующем парапроктите на фоне имеющегося параректального свища возникает обострение гнойно-воспалительного процесса. Нередко параректальные абсцессы самопроизвольно опорожняются наружу или в просвет прямой кишки. Если самопроизвольной эвакуации гноя не наступает, то в параректальной клетчатке формируется гнойник.

Актуальность данного вопроса обусловлена большими сложностями выбора объема и метода оперативного вмешательства в острый период. Выяснить причину рецидива в каждом конкретном случае не всегда представляется возможным, хотя радикальность операции заключается в ликвидации этиологического фактора.

Мы располагаем опытом лечения более 4000 больных с парапроктитами. Частота рецидивов заболевания в 1972—1975 гг. составляла 16,7%, в 1976—1982 гг.—8,6% от общего числа больных с острыми парапроктитами. Острая рецидивирующая форма встречается в 10 раз чаще, чем хроническая. В последние два года отмечены

единичные случаи рецидивов, чему способствуют одномоментные радикальные операции при острых парапроктитах, полноценное долечивание больных в стационаре и амбулаторных условиях, тщательный анализ каждого случая рецидива заболевания.

Опыт лечения больных с рецидивными формами парапроктитов позволяет выделить следующие причины рецидивов заболевания и способствующие ему факторы. Рецидивный парапроктит возникает, как правило, после операции по поводу глубоких форм (ишиоректальный, пельвеоректальный, ретроректальный) в 86% случаев. Трудности оперативного лечения больных с указанными формами острого парапроктита связаны с тем, что свищевой ход от полости абсцесса в прямую кишку располагается часто экстра-или трансфинктерно с захватом значительной порции анального сфинктера при втором варианте. При вскрытии абсцесса в просвет прямой кишки у таких больных возникает опасность повреждения сфинктера. Ушивание же волокон сфинктера в гнойной ране также чревато серьезными осложнениями. Вскрытие и дренирование параректального абсцесса без надежной ликвидации внутреннего отверстия (в расчете на его закрытие при постепенном заживлении раны от дна) нередко могут стать причиной образования параректального свища. Образующаяся обширная, глубокая раневая полость заполняется долго, что приводит к формированию ригидных стенок. По этой причине полость уменьшается в основном за счет ее заполнения, а не сращения краев раны и западения. Морфологические исследования показывают, что регенерация подкожной клетчатки и кожи происходит быстрее, чем ишиоректальной, в результате закрытия кожного и подкожного участков раны изолируется остаточная полость или в подобных случаях имеет место преобладание поверхностной раневой контракции. Этому же способствует длительное тампонирование раны в послеоперационном периоде. Данный факт подтверждается частым выявлением гнойной полости с плотными стенками при повторных операциях.

Однако следует подчеркнуть, что рецидив парапроктита в большинстве случаев обусловлен тактическими и техническими погрешностями, допущенными ранее. Оставленное внутреннее отверстие абсцесса в прямой кишке ведет к рецидиву или формированию свища. Исследованиями Э. Б. Акопяна (1982) установлено, что при операциях по поводу острого парапроктита следует иссекать и соседние пораженные крипты, которые также могут вызвать рецидив заболевания. Нерадикальное иссечение гнойника, оставленные некротические ткани и стенки гнойной полости, а при повторных операциях и рубцы приводят к возникновению очага инфекции в параректальной клетчатке. В некоторых случаях в полости абсцесса мы находили шелковые лигатуры, поэтому для гемостаза следует применять рассасывающийся шовный материал.

Многие авторы к провоцирующим факторам относят геморрой и анальные трещины, которые, по нашим данным, при рецидивном парапроктите выявляются у 42% больных. Они, возможно, способствуют поддержанию хронического вялотекущего воспалительного процесса в параректальной клетчатке.

Определенную роль в патогенезе парапроктита играют нарушения кровообращения прямой кишки и окружающей ее клетчатки. Исследования регионарного кровообращения путем реографии прямой кишки показали их выраженные расстройства, особенно при рецидивных формах парапроктита. На рисунке представлены реограммы прямой кишки здорового и больного с острым и рецидивным парапроктитом (рис. 1).

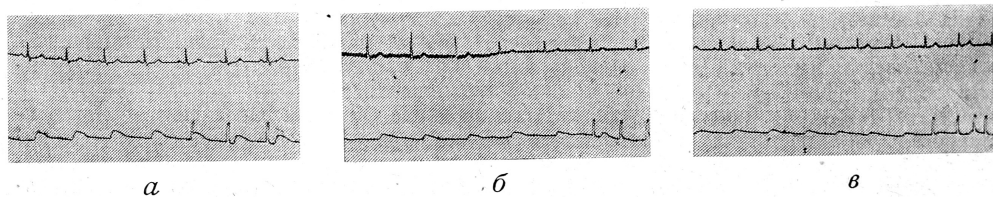


Рис. 1. Реограммы прямой кишки здорового (а), больного с острым парапроктитом (б), острым рецидивирующим парапроктитом (в).

Выявление причин рецидива парапроктита в каждом случае является основой радикальной операции. Для рецидивного парапроктита характерно наличие множественных затеков и сложных свищевых ходов, поэтому до операции мы проводим тщательное обследование больных с определением отношения свищей к анальному сфинктеру. Кроме общепринятых методов исследования, уточнению локализации

абсцесса и свищевого отверстия способствуют аноскопия, пункционная абсцессография, прокрашивание гнойника красителем во время операции и инструментальная ревизия.

С помощью предварительной аноскопии уточняется локализация не только пораженной анальной крипты, в которой находится внутреннее отверстие свища, но и тех, которые вовлечены в воспалительный процесс. Если после прокрашивания не выявляется явное сообщение абсцесса с просветом прямой кишки, уточнить пораженную крипту можно при аноскопии по накоплению красителя. Последнее, а также эндоскопические признаки криптита позволяют выбрать оптимальный объем операции (криптомия, криптэктомия).

Пункционную абсцессографию производим раствором йодолипола после предварительного отсасывания гноя и введения до 4—5 мл контрастного вещества. Абсцессография в двух проекциях дает возможность определить все затеки гнойника и свищевые ходы, высоту расположения абсцесса и иметь примерное представление об отношении свищевого хода к анальному сфинктеру.

Все оперативные вмешательства выполняем под общим обезболиванием. Во время операции иссекаем все некротически измененные, рубцовые и воспаленные ткани. Важно иссечь полностью капсулу абсцесса и провести тщательный гемостаз. Последний осуществляем электрокоагуляцией или прошиванием крупных сосудов рассасывающимся шовным материалом.

Следующим важным этапом радикальной операции является ликвидация внутреннего отверстия абсцесса, что представляет собой весьма сложную задачу. Обширный рубцово-воспалительный процесс, как правило, распространяется в область пораженной анальной крипты, поэтому иссечение рубцовых тканей связано с риском повреждения анального сфинктера.

При интрасфинктерном ходе свища от полости абсцесса производим вскрытие гнойника в просвет прямой кишки с криптэктомией. При глубоких гнойниках с транс- и экстрасфинктерным ходом при невыраженных рубцовых процессах выполняем криптэктомию, дополняя ее при соответствующих показаниях дозированной сфинктеротомией. Однако ввиду рубцового процесса, имеющегося у большинства больных, операцией выбора остается лигатурный метод. При свищевом ходе, захватывающем небольшую порцию анального сфинктера, затягивание лигатуры осуществляем сразу же после операции. При захвате же значительной порции анального жома затягивание начинаем после заполнения грануляциями дна раны в зоне сфинктера (обычно на 6—8-е сутки после операции). Этим достигается постепенное заживление раны по направлению к просвету кишки, что предупреждает значительный диастаз краев рассеченной порции анального сфинктера. Показаниями к применению лигатурного метода при рецидивном парапроктите являются хронический характер воспаления, способствующий образованию рубца вокруг анального жома, и резистентность тканей промежности к инфекции. У большинства больных (80%) был использован лигатурный способ.

После оперативных вмешательств, особенно при многократных рецидивах, остаются обширные раны, заживление которых происходит длительно. Замедленная регенерация параректальной клетчатки также является неблагоприятным условием. Для ускорения указанных процессов у 23 больных мы применили аутодермопластику: у 8 — по Тиршу, у остальных — свободную. Пересадка кожи предупреждает формирование остаточной полости, поскольку трансплантат прикладывается ко дну раны и препятствует образованию грубого рубца, деформации анального сфинктера. Применение аутодермопластики сокращает сроки заживления раны в среднем на 6,5 дня.

Раннюю подготовку раневой поверхности к аутодермопластике начинаем с интенсивного промывания раневой полости через двухпросветные трубки растворами антисептиков, протеолитических ферментов и с проведения физиотерапевтических процедур. Сроки подготовки к аутодермопластике составляют в среднем 4—5 дней. Перспективным представляется применение лучей лазера и ультразвука.

При рецидивном парапроктите отмечены иммунологические нарушения как в гуморальном, так и клеточном звене. Для нормализации иммунологической реактивности больным назначаем продигозан и левамизол. Для улучшения кровообращения прямой кишки и параректальной зоны используем реополиглокин и сосудистые препараты (никотиновая кислота, трентал и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян Э. Б. Местные воспалительные послеоперационные осложнения парапроктитов, диагностика, лечение и профилактика. Автореф. канд. дисс., Тбилиси, 1982.— 2. Аминев А. М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1973, т. 3.—

УДК 615.477.87

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

З. Н. Якубова, В. М. Кошкин, Р. С. Барышкина, Л. Ф. Шилова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Н. Якубова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Внутриматочная контрацепция наибольшее распространение получила в нашей стране с конца 60-х годов. В настоящее время внутриматочной контрацепцией пользуется более 100 миллионов женщин во всем мире [3, 4]. Изучено влияние внутриматочных средств (ВМС) на многие физиологические функции женщины, а также определена эффективность их применения. Механизму действия ВМС посвящено немало работ.

Целью нашего исследования являются выяснение оптимальной продолжительности непрерывной экспозиции и перерывов при замене контрацептива, возрастных ограничений к применению внутриматочной контрацепции. Для решения этих задач проведены клинические наблюдения за 368 женщинами в возрасте от 18 до 54 лет, применявших внутриматочную контрацепцию. Статистическому анализу подвергнуты 10 тысяч карт диспансерного наблюдения женщин по материалам Татарского республиканского центра контрацепции.

Распределение женщин по возрастным группам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Возраст обследованных женщин

Возраст, лет	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46 и старше
Число женщин	40	2066	3653	2503	1166	512	100

Как видно, преобладали женщины детородного возраста от 21 до 35 лет. Все они до введения ВМС имели беременности за 1—9 мес. 100 женщин были в климактерическом периоде.

Непосредственно после введения ВМС появлялись боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей, связанные, по нашему мнению, с травмированием эндометрия во время введения внутриматочного контрацептива. Эти осложнения исчезали без лечения.

Таблица 2
Продолжительность метrorрагии, болей и адаптации после введения ВМС

Возраст, лет	Продолжительность осложнений, дни		Продолжительность адаптации, мес
	метrorрагия	боль	
15—20	3,7	2,1	8,8
21—25	2,8	1,7	5,6
26—30	2,7	1,8	6,0
31—35	2,9	1,8	6,8
36—40	3,2	2,1	6,9
41—45	6,4	3,8	10,2

Как видно из табл. 2, наибольшая продолжительность кровянистых выделений из половых путей и болей внизу живота, возникающих непосредственно после введения ВМС, наблюдалась у женщин старше 40 лет, что, по-видимому, связано с возрастными особенностями эндометрия.

В табл. 2 представлены данные продолжительности осложнений и адаптации, проявляющейся в виде гиперполименореи, в различных возрастных группах.

Как видно, замедленная адаптация происходит у женщин в возрасте до 20 и