

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ПАРАПРОКТИТАМИ

Проф. Г. П. Зайцев, канд. мед. наук А. А. Бунятян

Кафедра общей хирургии педиатрического факультета 2-го Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова

Распространенность заболеваний парапроктитом и многообразие предложенных методов лечения требуют большого внимания со стороны хирургов к этой группе больных. Сложность топографоанатомических условий, разнообразие этиологических и патогенетических факторов требуют дифференцированного подхода при определении клинической картины заболевания и в особенности — к оперативному лечению больных парапроктитами. Никакого стандарта оперативных приемов при этом не может быть.

На протяжении последних 16 лет (1946—1961 гг.) мы придерживались этой дифференцированной тактики, и за этот период в клинике оперировано 701 больной. Из них 493 — с острым парапроктитом и 208 — с хроническим при наличии свищей.

Мы различаем следующие формы и виды *острых парапроктитов*:

1. По анатомической локализации гнояника: а) подкожные, б) подслизистые, в) седалищно-прямокишечные, г) тазово-прямокишечные, д) позади-прямокишечные.
2. По характеру инфекции: а) неспецифические, вульгарные, б) специфические (туберкулезные, актиномикозные, сифилитические), в) анаэробные.

Подобными классификациями пользуется большинство отечественных и зарубежных хирургов.

По нашим данным, чаще всего встречаются подкожные (50,1%) и седалищно-прямокишечные (39,8%) парапроктиты; значительно реже — тазово-прямокишечные (3,1%), позади-прямокишечные (2,6%) и подслизистые (0,8%). Редко встречающийся диффузный анаэробный парапроктит (1%) характеризуется чрезвычайно тяжелым течением и нередко кончается летальным исходом. Рецидивирующая форма острого парапроктита наблюдалась у 27% больных.

Диагностика острых парапроктитов (за исключением изолированных тазово-прямокишечных и позади-прямокишечных гнояников) не трудна. Пальцевое исследование прямой кишки должно производиться во всех случаях.

Операции по поводу острых парапроктитов производились в основном под кратковременным хлор-этиловым наркозом, реже применялись местное обезболивание, ингаляционный эфирный наркоз, внутривенный наркоз и т. д. По нашим наблюдениям, кратковременный хлор-этиловый наркоз в большинстве случаев вполне достаточен для операции. Однако при тазово-прямокишечных или позади-прямокишечных гнояниках лучше оперировать под эфирно-кислородным или внутривенным наркозом. Местное применение хлор-этила недопустимо.

Общими для всех видов острого парапроктита являются следующие требования при операции: а) гнояник должен быть вскрыт широким разрезом так, чтобы последний заходил за пределы воспалительного инфильтрата; б) пальцем, введенным в полость гнояника, должны быть разъединены все перемычки и вскрыты дополнительные затеки гноя; в) необходимо обеспечить свободный отток гноя и не допускать преждевременного склеивания краев раны, так как последняя должна заживать изнутри кнаружи; г) максимальное сбережение сфинктеров прямой кишки.

В нашей клинике применяется следующая методика операции при остром парапроктите: а) широким полулунным разрезом, который должен заходить за пределы воспалительного инфильтрата примерно на 1 см и располагаться на расстоянии не менее 2—3 см от заднего прохода, вскрывается гнояник. Пальцем, введенным в его полость, разъединяются рыхлые перемычки. Если при исследовании полости гнояника обнаруживаются затеки гноя, заходящие за пределы разреза, то последний удлиняется в ту или иную сторону; б) после эвакуации гноя в рану для дренирования вводится резиновая трубка диаметром 0,8—1 см, которая в то же время служит для промывания гнойной полости антисептическими растворами и введения антибиотиков. Первое промывание гнойной полости через трубку производится во время операции. Для этой цели мы пользуемся чаще всего 3% раствором перекиси водорода. Обычно бывает достаточно введение 40—60 мл перекиси водорода для очищения раны от гноя; в) помимо резиновой трубки, в рану вводятся 2 тампона с гипертоническим раствором хлористого натрия. Тампоны должны располагаться рыхло, по обе стороны от трубки.

Данная методика оперативного лечения острого парапроктита может с успехом применяться при седалищно-прямокишечных, тазово-прямокишечных и позади-прямокишечных формах, когда полость гнояника располагается глубоко в тазу. Применение же резиновой трубки при подкожных и подслизистых парапроктитах нецелесообразно, ввиду небольшой поверхностно расположенной гнойной полости. В подобных случаях, вместо резиновой трубки, вводятся резиновая полоска и марлевая турунда с гипертоническим раствором.

После операции больному устанавливается строгий постельный режим в течение 4—5 дней. Для задержки стула в течение этого же периода назначается настойка опия по 7—8 капель 3 раза в день. В первые 2 суток больные получают легкую, хорошо усваиваемую пищу (сладкий чай, бульон, кисель, 50 г белых сухарей). Начиная

с третьего дня, к этой пище добавляется масло сливочное 20,0, 2 яйца, кефир, а с 5—6 дня больные переводятся на послеоперационный стол № 2, который не содержит острых и плохо усвояемых продуктов.

Первая перевязка производится на следующий день после операции, через трубку посредством шприца промывается полость гноиника 3% раствором перекиси водорода или риванолом 1:1000. Подобное мероприятие производится в течение первых 3—4 дней, после чего трубка удаляется. Тампоны заменяются новыми на 3-й день. В дальнейшем ежедневно, начиная с 5-го дня, назначаются теплые ванны со слабым раствором марганцовокислого калия, после чего в рану вводится мазевый тампон (чаще с синтомициновой эмульсией). Для облегчения акта дефекации с 4—5 дня больным внутрь назначается вазелиновое масло (по 1 столовой ложке 3 раза в день). После стула в обязательном порядке назначаются сидячая ванна и перевязка. В случаях, подозрительных на туберкулез, назначается специфическое лечение.

Антибиотики нужно применять в послеоперационном периоде строго по показаниям. С этой целью мы рекомендуем после вскрытия гноиника направлять гной на посев в лабораторию, где можно исследовать чувствительность высеванных микроорганизмов к антибиотикам, и уже в зависимости от результата назначать тот или иной антибиотик.

Для успешного лечения анаэробных парапроктитов, которые нередко кончаются смертельным исходом, следует экстренно применить комплекс лечебных мероприятий. Разрезы должны быть широкими и при необходимости множественными с иссечением некротизированных тканей и дренированием ран резиновыми трубками и марлевыми салфетками, пропитанными 3% раствором перекиси водорода. Экстренную полноценную операцию необходимо сочетать с введением больших доз антибиотиков, противогангренозной сыворотки, сердечно-сосудистых средств, переливанием крови, плазмы, физиологического раствора поваренной соли и т. д.

Из 493 больных острым парапроктитом 476 выписаны с гранулирующей раной, 15 — со свищами прямой кишки, 2 умерли (в обоих случаях причиной смерти был анаэробный, диффузный парапроктит).

Отдаленные результаты лечения прослежены (А. А. Бунятян) у 122 человек. Сроки наблюдения — от 4 мес. до 10 лет. Из 122 хороших результатов отмечен у 84 (69%). Свищи остались у 17 (14%), рецидивы острого парапроктита наблюдались у 21 (17%).

Анализ отдаленных результатов показал, что успешное лечение острых парапроктитов зависит от ряда факторов: а) ранней госпитализации, б) своевременной точной диагностики, в) ранней полноценной операции, г) правильного ведения послеоперационного периода и т. д.

По нашим данным, рецидивы и свищи в 2,5 раза чаще возникают у больных с повторными заболеваниями острым парапроктитом. По сравнению с подкожным парапроктитом, седалищно-прямокишечные гноиники в 2 раза чаще приводят к возникновению свищей и рецидивов, ибо при этой форме в связи с отсутствием или слабо выраженными внешними признаками острого воспаления чаще всего нарушаются основные условия успешного лечения (ранняя госпитализация и экстренная операция). Отрицательно сказываются на отдаленных результатах лечения малоболлезненные инфильтраты в прямой кишке, с которыми ряд больных преждевременно выписывается на амбулаторное лечение, а также сопутствующий туберкулез легких, который отмечен у 18% больных с неудовлетворительными отдаленными результатами. Поэтому у таких больных оперативное лечение следует обязательно сочетать со специфической терапией.

Хронический парапроктит (свищи прямой кишки и анальной области).

Острые парапроктиты и свищи прямой кишки воспалительного происхождения являются двумя стадиями единого патологического процесса. В нашей клинике за последние 16 лет (1946—1961 гг.) оперировано 208 больных по поводу свищей прямой кишки и анальной области.

Большое патогенетическое значение имеют сопутствующие заболевания: туберкулез, геморрой, полипы и т. д., а также анатомо-физиологические особенности органов и тканей малого таза (наличие клетчаточных пространств, заключенных в костно-мышечных неподатливых образованиях, ограниченная способность расплавленной жировой ткани к восстановлению и в меньшей степени отсутствие покоя в окружающих тканях в результате постоянного сокращения и расслабления сфинктеров и других мышц таза).

Мы различаем следующие виды свищей:

I. По анатомопографическим признакам:

А — По отношению к просвету прямой кишки: а) полные, б) неполные наружные и в) неполные внутренние.

Б — По отношению к наружному сфинктеру: а) интрасфинктерные, б) трансфинктерные, в) экстрафинктерные.

В — По анатомической локализации: а) подкожные, б) подслизистые, в) седалищно-прямокишечные, г) тазово-прямокишечные, д) позади-прямокишечные.

Г — По характеру и направлению свищевого хода: а) прямые, б) изогнуто-извилистые, в) ветвистые.

II. По характеру воспалительного процесса: А — неспецифические, Б — специфические (туберкулезные, актиномикотические, сифилитические).

По нашим данным, у 71,9% больных наблюдались полные свищи, у 27,4% — неполные наружные и у 0,7% — неполные внутренние. В 73,3% внутреннее отверстие свищей располагалось на задней стенке, в области крипт Морганьи; в 23,7% — на передней и в 3% — на боковых стенках. У 40,1% больных свищи имели интрасфинктерный ход, у 33,6% — трансфинктерный и у 26,3% — экстрасфинктерный.

По нашим данным, трансфинктерный ход более характерен для полных свищей, а экстрасфинктерный — для неполных наружных. Среди наших больных у 84% наблюдалось одно наружное свищевое отверстие.

Множественные наружные свищевые отверстия характерны, по нашим наблюдениям, для самопроизвольно вскрывшихся околопрямокишечных гнояников, свищей туберкулезной природы и рецидивирующих острых парапроктитов. Свищи с прямым ходом, по нашим данным, встречаются в 36,8%, изогнуто-извилистым — в 42,8%, ветвистым — 20,4%.

При производстве операций для профилактики рецидивов одновременно со свищем должны быть ликвидированы сопутствующие заболевания прямой кишки (геморрой, полипы, трещины и т. д.).

За 16 лет (1946—1961) в нашей клинике произведены следующие операции по поводу свищей прямой кишки:

Вид операций	Количество больных
Иссечение свища	74
Частичное низведение слизистой с одновременным иссечением свищевых ходов	61
Иссечение свищевого хода с дополнительной тампонадой раны мышечным лоскутом на ножке, с низведением или боковым смещением слизистой	17 ¹
Иссечение свищевого хода и внутреннего отверстия с последующим боковым смещением слизистой	7
Иссечение свища по зонду с последующим наложением швов на слизистую и рану	26
Рассечение свища	12
Рассечение свища с последующим иссечением рубцово-измененных стенок свища	11

В клинике разработаны новые варианты предложенных ранее операций. В частности, существенно видоизменена операция А. А. Абражанова, который предложил и дважды применил тампонаду раневой полости мышечным лоскутом на ножке после рассечения свища. В отличие от автора, в нашей клинике свищ не рассекался, а целиком иссекался, кроме того, при внутреннем отверстии в кишке, с целью его ликвидации, одновременно производилось или низведение, или боковое смещение слизистой. Определенные изменения внесены и в операцию частичного низведения слизистой. В отличие от предложенных ранее модификаций этого способа, когда свищевой ход или оставался нетронутым, выскабливался, или иссекался с последующей тампонадой, мы после иссечения свища зашивали рану наглухо, чаще всего 8-образными шелковыми швами. Если свищ проходит через толщу наружного сфинктера, то данный участок выскабливается острой ложечкой с последующим наложением кетгут-овых швов. В послеоперационном периоде, как правило, в течение 5—6 дней вводятся антибиотики.

Для наиболее успешного лечения свищей прямой кишки необходимо четкое ведение больных после операции. В течение 7—8 дней больные находятся на строгом постельном режиме. Дача опия прекращается через 6—7 дней. Для облегчения первой после операции дефекации, начиная с 5—6 дня, больному внутрь назначается вазелиновое масло (по 1 столовой ложке 3 раза в день). Назначение слабительных средств, особенно солевых, противопоказано. В течение первых 3 дней больные получают чай, бульон, кисель. Внутривенно вводится глюкоза (40% — 20 мл 2 раза в день). Начиная с 4 дня, назначается 1 хирургический стол. Через 9—10 дней после операции больного можно переводить на 2-й стол, а в дальнейшем — на 15-й. Для благоприятного заживления раны важно, чтобы в течение 6—7 дней стул у больных был задержан, что нам обычно удается при применении вышеуказанной диеты в сочетании с приемом настойки опия (по 8 капель 3 раза в день). В течение 6—7 дней назначаются антибиотики (пенициллин, стрептомицин, тетрациклин и т. д.).

¹ У одной больной с множественными, многократно рецидивировавшими свищами, после нескольких безуспешных операций, был наложен противоестественный задний проход и затем произведено иссечение свищей с мышечной тампонадой иссеченного свищевого хода. После ликвидации свищей противоестественный задний проход был устранен.

Обычно больные выписываются из клиники в среднем по истечении 12—14 дней — при первичном заживлении раны и 26—28 дней — при вторичном заживлении.

Из 208 оперированных первичный глухой шов применен у 172 (82,7%).

Непосредственные результаты операций с первичным швом: первичное заживление наступило у 92 (53,4%), выписаны с гранулирующей раной 75 больных, у 5 остался свищ.

Непосредственные результаты операций у всех 208 больных: первичное заживление — у 92 (44,2%), выписаны с гранулирующей раной 103 (49,8%), свищ остался у 13 (6%) больных.

Отдаленные результаты лечения (сроки наблюдения — от 4 мес. до 10 лет) прослежены (А. А. Бунятян) у 80 человек. Полностью выздоровели 68, свищ не зажил или наступил его рецидив у 12.

Отдаленные результаты, проверенные нами, подтверждают точку зрения о необходимости максимального щажения наружного сфинктера при операции. Несмотря на бережное отношение к сфинктеру, 9 наших больных при проверке отдаленных результатов отметили, что после операции они стали слабее удерживать газы, чем прежде, а у одного оперированного по поводу множественных свищей туберкулезной природы, где во время операции пришлось рассечь большую часть волокон сфинктера в одном направлении, отмечалось недержание газов и изредка — жидкого кала.

На основании клинических наблюдений и анализа результатов лечения нами разработаны следующие показания к применению того или иного метода оперативного лечения при свищах прямой кишки и анальной области:

а) рассечение свища в просвет кишки или иссечение свища с наложением швов на слизистую целесообразно при полных интрасфинктерных свищах;

б) иссечение свища с первичным швом целесообразно при неполных наружных свищах;

в) иссечение свища с тампонадой раны мышечным лоскутом на ножке с низведением или боковым смещением слизистой применять при сложных, ветвистых, полных и неполных наружных свищах с экстрасфинктерным и трансфинктерным ходом;

г) иссечение свищевого хода и внутреннего отверстия с последующим боковым смещением слизистой целесообразно при всех видах полных свищей, когда внутреннее отверстие расположено высоко и низвести слизистую не представляется возможным;

д) частичное низведение слизистой с одновременным иссечением свищевого хода и глухим швом применять при всех видах полных свищей, особенно трансфинктерных и экстрасфинктерных, если внутреннее отверстие находится не выше 3 см от кожно-анальной линии, что и наблюдается в подавляющем большинстве случаев.

На основании клинических наблюдений и анализа отдаленных результатов лечения мы полагаем, что при иссечении свищей в случае необходимости допустимо рассекать только подкожные волокна наружного сфинктера с одновременным его ушиванием. При расположении же свища в толще наружного сфинктера данный участок выскабливается острой ложечкой с последующим первичным швом. Успех операции во многом зависит от правильного выбора наиболее рационального способа оперативного вмешательства с учетом вида и характера свища.

Поступила 2 января 1962 г.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСЛЕДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА ПРЕПАРАТОМ «РЕГЕНЕРАТОР» И СУХИМ КОЛИБАКТЕРИНОМ

Доктор мед. наук А. В. Бурмакин (Москва)

Хорошо известно, что хроническая дизентерия, особенно ее рецидивирующая форма, нередко оставляет после себя стойкую дисфункцию кишечника, терминологическое определение которой весьма разнообразно. Более предпочтительно наименование «последизентерийный хронический колит», которое точнее определяет симптомокомплекс постдизентерийной дисфункции кишечника. Последняя проявляется главным образом в неустойчивом стуле, чаще из-за непереносимости значительного ассортимента пищевых продуктов; понос обычно сменяется запором, нередко упорного характера и затяжного течения. Кроме того, есть постоянная склонность к вздутию живота, боли и тяжесть в животе особенно усиливаются после еды. Появляются неприятный вкус во рту и плохой аппетит. Больные подолгу соблюдают ограничительную диету, лишая себя полноценного питания, но без видимого эффекта.

Известно, что этот дизентерийный след («хвост») может тянуться месяцами, даже годами и плохо поддается лечению.

Объективно у подавляющего числа больных хроническим последизентерийным колитом отмечались вздутие живота, болезненность по ходу толстого кишечника, особенно в левой подвздошной области, где ясно определялись спастическое состояние и бо-