

616.35
9.81

Библиотека практического врача

Важнейшие вопросы
хирургии

Ю.В. Дул-удев
К.Н. Саламов

Парапроктит

Медицина 1981

Щ,



ДУЛЬЦЕВ Ю. В., САЛАМОВ К. Н., Парапроктитч — №.: Медицина, 1981, 208 с., ил.

Дульцев Ю. В. — канд, мед* наук, заведующий отделением общей проктологии Научно-исследовательского института проктологии Министерства здравоохранения РСФСР; Саламов К. Н. — канд, мед. наук, старший научный сотрудник отделения общей проктологии того же института.

В книге изложены этиология и патогенез парапроктита. Приведена классификация, позволяющая осуществить правильный выбор метода лечения. Представлена клиника, диагностика и дифференциальная диагностика различных форм парапроктита, подробно описаны осложнения. Критически изложены методы хирургического и консервативного лечения острого и хронического парапроктита. Особое внимание уделено современным методам хирургического лечения парапроктита, пред- и послеоперационному лечению больных. Большое место отведено выбору метода операции с учетом формы и характера парапроктита, ибо неправильно выбранный метод лечения — основная причина рецидивов заболевания.

Книга рассчитана на хирургов и проктологов.

В книге 46 рис., 5 табл., библиография — 45 названий,

Рецензент — А. М. АМИНЕВ проф., заведующий кафедрой госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова*

ИБ—2418

ЮЛИЙ Вячеславович Дульцев, Каурбек Николаевич Саламов

ПАРАПРОКТИТ

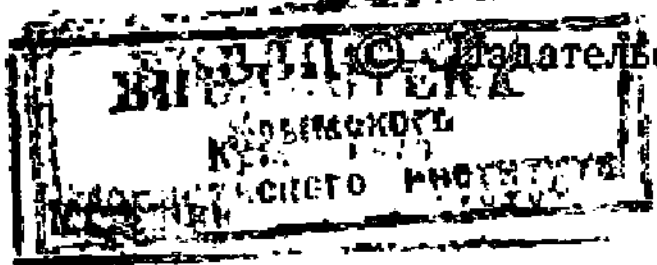
Редактор *Е. Г. Дегтярь*. Художественный редактор *Т. М. Смага*.
Оформление художника *Б. С. Сергеевой*. Технический редактор
В. П. Сорокина. Корректор *Я. С. Парфенова*

Сдано в набор 18.02.81. Подписано к печати 18.02.81. Формат бумаги 84×113/32
Бум. тип. №. 1. Лит. гарн. Печать высокая. Усл. печ. л. 10,92. Усл. кр.-отт,
ИДЗ. Уч.-изд. л* 11*48. Тираж 80 000 экз. Заказ 963, Цена 60 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва Пет-
роверигский пер.» 6/8.

Ярославский полпграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном ко-
митете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014*
Ярославль, ул. Свободы, 97.

„ 5П00—Й58
Д 039(01)81^{95 ~ 81} - 4113000000



Издательство «Медицина». Москва, 1981

ПРЕДИСЛОВИЕ

Парапроктит — одно из самых частых проктологических заболеваний. Однако до сих пор вопросы диагностики, классификации и лечения этого заболевания не разрешены и нередко становятся предметом острых дискуссий.

Важно подчеркнуть, что многие люди, заболевшие острым и хроническим парапроктитом, не получают своевременной эффективной хирургической помощи, длительно лечатся, надолго выбывают из активной трудовой деятельности вплоть до стойкой инвалидности в результате хронического течения и неизлеченного гнойного процесса или возникновения рубцовой деформации промежности с недостаточностью заднепроходного жома (после множественных операций в этой зоне)*

Вопросу лечения парапроктита было посвящено много исследований и публикаций как в нашей стране, так и за рубежом. Только за последние 10 лет завершена целая серия диссертационных работ на указанную тему [Блинниев Н. М., 1972; Тараин В. А., 1972; Заремба А. А., 1974; Улановский, 1973; Дроздова В. Н., 1974; Селиванов В. И., 1976; Саламов К. FL, 1976; и др.].

Большое количество серьезных исследований свидетельствует о незавершенности изучения разбираемой проблемы. Отсутствие единых представлений о патогенезе и методах лечения парапроктита особенно проявляется при оказании помощи больным острым и хроническим парапроктитом. До сих пор при острых формах парапроктита чаще всего производят нерадикальные операции — разрезы с целью опорожнения гнойника, но без устранения источника его возникновения. Такая тактика в большинстве случаев приводит к рецидивам острого парапроктита или к хроническому процессу **свищ прямой кишки**),

Споры о наиболее эффективном способе операции при свищах прямой кишки привели к тому, что многие врачи стали приверженцами той или иной методики оперирования и используют ее у всех больных независимо от особенностей патологического процесса. Такое положение объясняется еще и тем, что выпущенные ранее специальные работы давно стали библиографической редкостью [Рыжих А. Н., Баркан М* Б., 1951; Аминев А. М., 1958, 1973; Назаров Л* У., 1966, и др.] и во многом устарели.

Книга К). В. Дульцева и К. Н* Саламова в какой-то мере восполнит пробел в медицинской литературе. Достоинством ее является подведение итогов современного этапа изучения парапроктита с учетом данных советской и зарубежной литературы последнего периода и анализу результатов лечения более 9000 больных, наблюдавшихся в Научно-исследовательском институте проктологии Министерства здравоохранения РСФСР (далее для краткости — НИИ проктологии) с 1961 по 1979 г.

Авторы книги приводят единую классификацию острых и хронических парапроктитов, исходя из общности их этиологии и патогенеза, и тем самым обосновывают общие принципы лечения различных стадий и форм этого страдания.

Важно стремление авторов показать необходимость индивидуального выбора метода хирургического вмешательства в соответствии с особенностью формы воспалительного процесса. Рекомендации авторов в этом отношении убедительны, так как основаны на оценке результатов применения различных методов у статистически значимых групп больных.

Авторы старались максимально объективизировать свои выводы, и это им в достаточной мере удалось, поскольку они не отрицали и не защищали те или иные варианты или детали операций, а стремились использовать все современные методики по соответствующим показаниям. Результативность этих методик была проанализирована на большом числе наблюдений при тщательном изучении отдаленных исходов.

Это позволяет надеяться, что книга принесет большую практическую пользу и будет способствовать повышению эффективности лечения парапроктита.

Проф. В. Д. ФЕДОРОВ

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Воспаление околопрямокишечной клетчатки — весьма-распространенное заболевание. При профилактических осмотрах населения на 1000 здоровых людей выявляется 5 больных, страдающих свищами прямой кишки" (0,5%)⁴. Среди заболеваний прямой кишки свищи составляют 15,1%* Среди проктологических больных трудоспособного возраста этот показатель колеблется от 6,1 до 22,4% [Милитарев Ю. М. и др., 1972]. По многочисленным отечественным и иностранным статистическим данным, в "общехирургических стационарах больные парапроктитом составляют от 0,5 до 4% [Оганесян Г. З., 1974; Братусь В. Д. и др., 1975; Амиков А. М. и др., 1975; Laug! 1972; Wolf et al, 1974; Ажуеji б. О., 1974, и др.].

В структуре проктологических заболеваний парапроктит стоит на 4-м месте после геморроя, анальных трещин, колитов и составляет 20—40% всех болезней прямой кишки [Назаров Л. У., 1966; Рыжих А. Н*, 1968; Блииничев Н. М., 1972; Яковлев Н. А., 1973; Аминев А. М., 1973; Дроздова В.-Н., 1974; Lier D. Flemming R> 1973]. Однако И. Н. Улановский (1952) утверждает, что парапроктиты составляют более половины всех заболеваний прямой кишки» но, по-видимому, эти данные объясняются подбором больных в специализированном стационаре.

В НИИ проктологии за 18 лет (1961—1979) лечились 41 700 больных, из них 9266 (22,2%) страдали свищами прямой кишки,

Мужчины болеют парапроктитом чаще, чем женщины, Это соотношение колеблется от 1,5:1 до 4,7 :1. По данным А. М. Аминева, суммировавшего данные 43 отечественных и зарубежных авторов и собственные наблюдения, это соотношение равно 7:3.

Парапроктит — заболевание взрослых. По материалам клиники, руководимой А. М. Амийёвым, около 90% больных были в возрасте 20—60 лет. Встречаются описа-

ния свищей прямой кишки у детей [Блинничев Н. М., 1972; Гливенко В. Ф., Давыдова Н, И_М 1973; Лукин В. В. и др., 1973; Aronsson H., 1948; Turell R. et ah, 1956].

Среди 9266 больных парапроктитом, находившихся под наблюдением НИИ проктологии, было 6300 (68%) мужчин и 2966 (32%) женщин; 8932 (96,4%) больных были в возрасте 20—60 лет. Средний возраст больных парапроктитом составил 31—41 год (табл. 1).

Таблица I

Пол и возраст больных парапроктитом

"Пол"	Возраст, годы							Всего
	До 20	21—30	31—40	41—50	61—60	61—70	старше 70	
Мужчины		665 (10,4%)	2117 (33,6%)	2313 (36,7%)	893 (15,8%)	138 (2,2%)	19 (0,3%)	6300 (68%)
Женщины	90 (0,9%)	290 (9,8%)	1222* (12,2%)	973 (32,8%)	305 (12,3%)	83 (2,8%)		2966 (32%)
Итого . . .	90 0%	945 (10,2%)	3339 (36%)	3286 (35,4%)	1386 (14,8%)	221 (2,4%)	25 (0,2%)	9266 (100%)

ЭТИОЛОГИИ

Парапроктит вызывается смешанной микрофлорой, преобладающее значение имеет E. coli [Стручков В. Р., Григорян А. В., 1954; Брайцев В, Р., Бокова Р. Н., 1955; Рыжих А.Н., 1956; Амйнев А, М., 1958; Когон А.И. 1959; Aronsson H., 1948; Fansler W. A., 1956]. А. М. Амйнев (1973) подверг бактериологическому исследованию гнойное отделяемое у 349 больных парапроктитом. Микробная флора была представлена стафилококком и его ассоциациями (44%),; грамотрицательными и грамположительными палочками и их ассоциациями (40%), монобактерийной флорой (38%).

Общепризнано, что возбудителем инфекции при парапроктите в большинстве случаев является смешанная микрофлора. Чаще всего в посевах обнаруживают стафилококки и стрептококки в сочетании с E coli (98% всех наблюдений). Такой парапроктит называют обычным или банальным. Специфическая инфекция является возбудителем парапроктита в общей сложности в 1—2% случаев.

При парапроктите, вызванном аэробной инфекцией* в гное.могут быть обнаружены микробы, не вызывающие каких-либо проявлений [Рыжих А. Н., 1956]. Вместе с тем острая анаэробная инфекция может выявиться в виде газовой флегмоны клетчатки таза, гангренозного, гнило-стного парапроктита и анаэробного сепсиса на почве парапроктита. Возбудителями этих редких форм заболевания являются. *B. perfringens*, *B. oedematiens maligni*, *Vibrio septicas*, *B. hysfolj'ticus*.

Роль туберкулезной микобактерии в этиологии свищей прямой кишки дискутируется на протяжении многих лет/И, Г\ Карпинский (1870), Н- А. Бонч-Осмоловская (1930), В. А. Шаак (1937), А. Н. Рыжих (1956), Л. У/Назаров (1966), Н. Aronsson (1948), Р. Gaillard (1971) и др. допускают, что причиной возникновения свищей является в 1—10% случаев туберкулезная инфекция. По наблюдениям М. Б. Голькина (1924), С. О, Эвояна (1928), I. P. Lockhart-Mummery (1929), R Gross (1930), свищи туберкулезного характера встречаются от 15 до 60% случаев. По данным А. М^ Аминова (1973), среди 2094 лечившихся по поводу парапроктита туберкулезный характер свища выявлен у 12 (0,5%). Эти данные совпадают с нашими наблюдениями.

Роль актиномицетов при парапроктите сравнительно мало изучена. Большинство таких наблюдений носит казуистический характер. По суммарным данным А. Н. Рыжих, Р. З. Давыдова, В. И. Селиванова и А, М. Аминова {1973), из 5300 больных хроническим парапроктитом свищи на почве актиномикоза были у 8-(0,15%). Г. С Пиизур (1969), основываясь на 51 наблюдении, описала клинику, диагностику и лечение актиномикотического парапроктита,

Из специфических воспалительных поражений прямой кишки и параректальной клетчатки заслуживает упоминания сифилис, редкие случаи которого еще встречаются С. А. Штейнберг (1952), И. А. жуков (1955), Ё. Н. Пустыльник (1963), А. М. Аминев (1973) и др.

Таким образом, в этиологии парапроктита ведущее, если не решающее, значение имеет внедрение инфекции в параректальную клетчатку. Своеобразие реакции организма, т. е. клиническая картина заболевания, зависит, с одной стороны, от вида бактерий, их вирулентности и массивности инвазии, с другой стороны, от состояния организма, его восприимчивости и сопротивляемости.

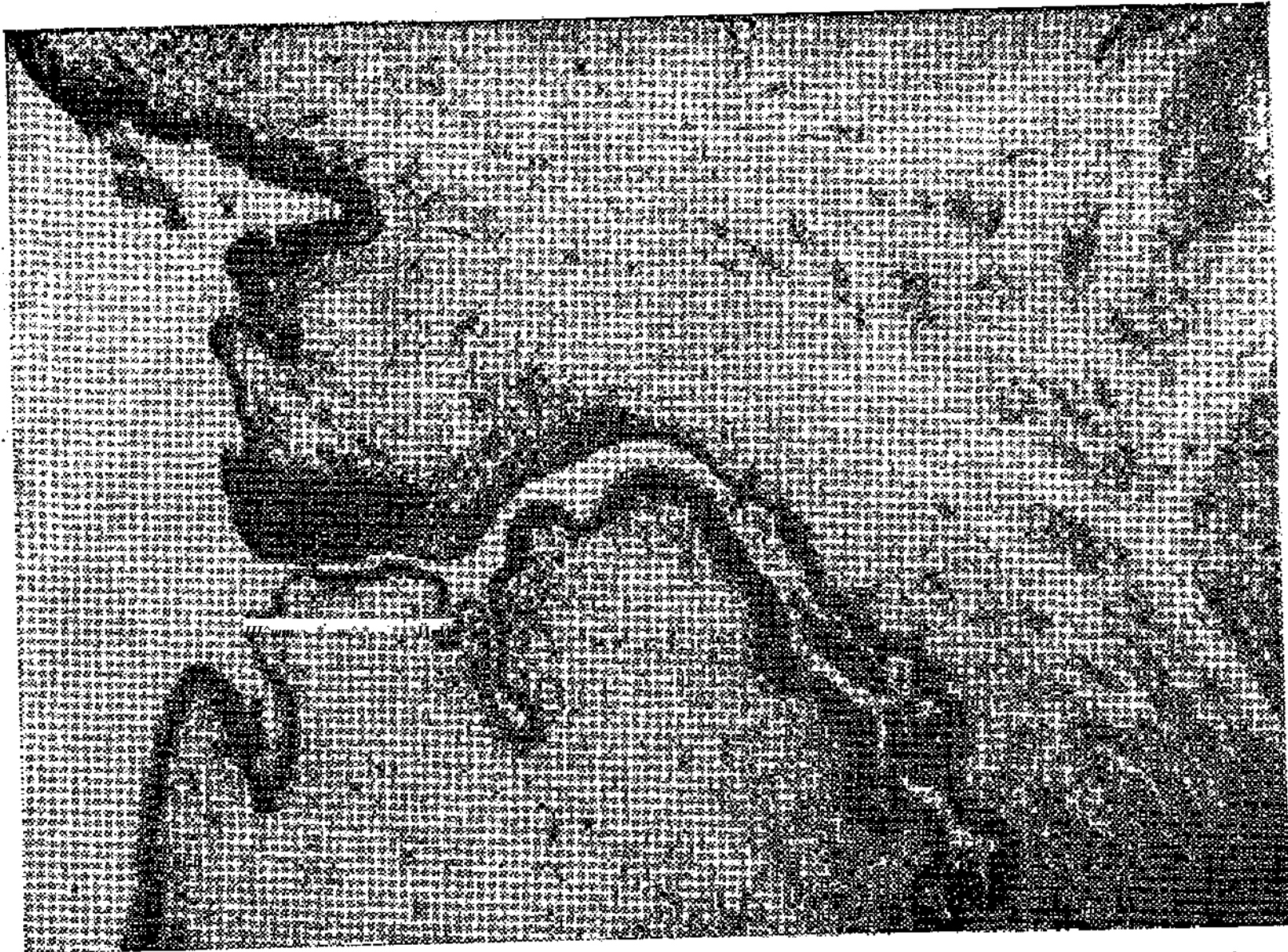
Пути внедрения инфекции в параректальную клетчатку. Дальнейшее ее развитие и распространение составляют суть патогенеза парапроктита. Инфекция может проникать через анальные железы, поврежденную слизистую оболочку прямой кишки, гематогенным и лимфогенным путем, из соседних органов, пораженных воспалительным процессом.

Анальные железы. Большинство современных исследователей считают наиболее вероятным проникновение инфекции в параректальную клетчатку из протоков анальных желез. Впервые эту точку зрения высказал Н. С. Чиари (1878), Позднее G. Hermann и L. Desjossesi (1880) дали анатомическое обоснование этой теории. Инфекция из просвета кишки попадает в анальные железы, разрушает их и проникает в параректальное пространство (рис. 1).

Анальные железы наиболее часто расположены на 9—12 часах [Когон А. И., 1962], В. А. Аминева (1974) утверждает, что в каждую анальную крипту открывается 6—8 анальных желез, 70% желез имеют разветвления в количестве от 1 до 46, McCall (1967) считает, что свищи возникают в тех случаях, когда железа разветвлена. Предрасполагающим фактором к образованию свищей прямой кишки из нагноившейся анальной железы является большая анальная крипта, которая служит входными воротами инфекции. R. Steizner (1959) установил, что крипты могут иметь глубину до 2 см. Самый большой синус обычно локализуется в области задней крипты, поэтому чаще наблюдаются задние свищи прямой кишки [Когон А. И., 1962; Аминева В. А., 1974; Lilius H, G., 1968; Hill J. P., 1970; Rosean Б., 1973, и др.].

С. Р. Morgan, Н. В. Thompson (1956) и G. Shropshera (1960) считают, что в развитии парапроктита играют роль только анальные железы, расположенные в подслизистом слое. По их мнению, гнойный процесс распространяется через крипту в железу, расположенную в подслизистом слое, затем через волокна внутреннего сфинктера, идет выше в межмышечное пространство, а оттуда — в ретроректальное или ишиоректальное пространство*

Однако еще в 1917 г. J. R. Pennington отметил, что в образовании абсцессов параректальной клетчатки с последующим формированием свищей первостепенную роль



Ряс. I. Анальная железа. Окраска гематоксилин-эозином, X28.

огоают внутримышечные анальные железы, С. Gordon* Watson Н. Dodd (1935), изучая топографию указанных желез, установили/что они могут располагаться в толще внутреннего сфинктера, леваторах (и разветвляться в них) а также в супралевакторном пространстве. Большинство авторов считают, что парапроктит возникает в результате нагноения внутримышечных анальных желез [Аминев А. М., 1973; Schier. J., 1971; Rosean E., 1973, Ају-НО. О. et al., 1974; Goligher. G., 1975].

Возможен и другой вариант возникновения парапроктита. Инфекция через крипты попадает в анальные железы, инфицирует их, вследствие, чего наступают отек и закупорка протока, соединяющего железу с криптой, и образуется нагноившаяся ретендионная киста, по вскрытии которой инфекция распространяется в перианальное и параректальное пространства; Инфекция из этих-кист может распространяться гематогенным и лимфогенным путем, что также ведет к образованию абсцесса в параректальной клетчатке. Подобного мнения придерживаются А. АС Аминев (1973), Н. М. Блиниичев (1974), В. А. Аминева (1974), F. Melzner (1959), A. G. Parks* (1961), I. P. Nesselroft (1957, 1964).

На каш взгляд, приведенная теория образования свищей прямой кишки полностью отражает патогенез данного заболевания. Эту теорию подтверждают находки железистого эпителия, выстилающего свищевой ход [Когон А. И., 1957, 1962; Селиванов В. И., 1963; Nilius H. G., 1968; Hill J., 1970; Rosean E.; 1973].

Повреждение слизистой оболочки, Многие авторы считают микротравму слизистой оболочки прямой кишки и анального канала основной причиной возникновения острого парапроктита [Рыжих А. Н., 1956; Бунятян А. А., 1957; Аминев А. М., 1958, 1973; Комахидзе М. Э., Долидзе И. Г., 1973; Lockhart-Mammery J, P 1934; Spiesmann M., 1958; Thompson H. R., 1969; Gaillard P; 1971; Miiudet^TorrallasC, 1973, и др.].

Непереваренные частички пищи, плотные комочки кала могут вызвать ссадины и разрывы слизистой оболочки при дефекации? Острая травма стенки кишки инородными телами (рыбья кость, фруктовые косточки и т. ш) также может иногда привести к образованию парапроктита [Островский С. Е., 1955; Боброва А. И., 1956; Селиванов В. И., 1965; Виёа А. М., 1941; Stelzner F. et al, 1956; Gabriel I. C, 1963].

Внедрению инфекции в стенку прямой кишки и окружающую клетчатку способствуют скопление, застой и длительное пребывание кишечных масс в прямой кишке при запорах (Thorgarson E., 1937; Aronsson H., 1948; Nesselrod B P., 1957]. Это может привести к повреждению слизистой оболочки нижнего отдела прямой кишки содержащимися: в каловых массах плотными и нередко остроконечными включениями. Запоры отмечаются у 2—20% больных парапроктитом [Бунятян А. А., 1959; Когон А. И., 1961; Назаров Л. У.; 1966]. Микротравмы слизистой оболочки прямой кишки возможны также при поносе, проктите, проктосигмоидите.

Описаны случаи острого парапроктита, возникшего в результате повреждения стенки кишки при лечебных манипуляциях (клизмы, блокады и инъекции). А. М. Аминев (1973) приводит сборные данные Т. Esmarch о 22/больных, которым было нанесено повреждение кишки наконечником клизмы; 11 из них погибли от септических осложнений. Известны случаи тяжелых парапроктитов после ошибочных введений в прямую кишку нашатырного спирта, растворов хлорамина; перманганата калия и др., а также после спиртоивокаи-

новых блокад, инъекций нестерильных растворов. А. М. Аминев наблюдал 43 больных острым парапроктитом, причиной которого было инъекционное лечение геморроя и анальных трещин.

Парапроктит может возникнуть в результате травмы: прямой кишки во время хирургических операций нестрельного ранения и других несчастных случаев [Жижих А. Н., Боброва А. Г., 1955; Аминев А. М., 1953, Morgan G. M., 1929; Н. Е. Lockhart-Mummery, Thompson H., 1969; Muudet-Torrelles C., 1973]. Посттравматические парапроктиты, встречающиеся менее чем 1% наблюдений, должны быть выделены в отдельную группу из-за необычных путей внедрения инфекции, особенностей клинической картины, своеобразных методов лечения.

Ряд авторов находят и прослеживают связь парапроктита с другими заболеваниями прямой кишки, известно значение геморроя как заболевания/предшествующего и сопутствующего парапроктиту. Геморрою придавали значение проводника инфекции. Так, А. Н. Жижих наблюдал геморрой у 30,7% больных парапроктитом.

А. М. Аминев (1973), суммировав данные 15 авторов о 4278 больных парапроктитом, установил, что геморрой предшествовал образованию парапроктита у 29,3%. По нашему мнению, роль геморроя в возникновении парапроктита несколько преувеличена. Следует признать, что разрыхленная слизистая оболочка геморроидальным узлом не является серьезным препятствием для проникновения инфекции, тем более при тромбозе и воспалении узлов. Однако острый парапроктит этих больных наблюдается очень редко.

Анальная трещина может быть причиной парапроктита в 0,7—6% случаев [Назаров-Л. У., Аминев А. М., 1973; Inberg R., 1959; Goligher G., 1955; А. Н. Рыжих (1956) считает, что хронические трещины заднего прохода, отграниченные от окружающих тканей прочным грануляционным барьером, относительно редко дают повод к возникновению парапроктита. Наиболее часто, по мнению А. Н. Рыжиха (1956), острый парапроктит возникает на почве воспалительных изменений слизистой оболочки конечного отрезка прямой кишки. Того же мнения придерживается А. Г. Исаев (1961).

Ряд исследователей считают парапроктит довольно частым осложнением неспецифического язвенного колита [Edwards R, Truelove S. C, 1964; de Dombal F. X et al, 1966]. W. P. Sloan и соавт, (1950) из 2000 больных неспецифическим язвенным колитом у 6% отметили острый парапроктит. P. J. Jachman (1954), В. М. Baukse и соавт. (1957) наблюдали острый и хронический парапроктит у 7,5—7,8%, J. C Goligher (1961) — у 30% больных неспецифическим язвенным колитом. Однако А. G, Parks (1963) считает язвенный колит крайне редкой причиной образования свищей прямой кишки.

В 1938 г. P. J, Penner и В. В. Crohn впервые описали парапроктит при болезни Крона. Сам Crohn (1960) среди 542 больных наблюдал острый парапроктит в 15,8% случаев. По данным многочисленных публикаций, парапроктит осложняет болезнь Крона в 25—40% случаев [Левитан М. X. с соавт*, 1974; Jackman R. J., Smith W. D., 1943; Lockart-Mummery H. E., 1959; Steizpeг F., 1959; Davis L M., 1962; Parks H. G., 1963,- 1969; Morson B. d 1965]. Однако J. C. "Goligher (1961), W. B. Gaiillard (1971) склонны считать болезнь Крона одной из редких причин парапроктита. А. М. Аминев (1973) среди 3616 больных парапроктитом за 27 лет ни разу не наблюдал болезни Крона*

Основываясь на опыте НИИ проктологии, мы считаем парапроктит довольно частым осложнением неспецифического язвенного колита и болезни Крона, локализованной в прямой кишке. Деструктивные изменения в стенке кишки, характерные для этих заболеваний, способствуют проникновению инфекции в параректальную клетчатку. На 124 наблюдения болезни Крона прямой кишки в НИИ проктологии в 32 (25,8%) выявлялся парапроктит, у 8 человек парапроктит был первым проявлением болезни Крона. Этим больным неоднократно и безуспешно оперировали по поводу свищей прямой кишки.

Специфические парапроктиты — на почве туберкулеза, актиномикоза, сифилиса — редкие формы заболевания. Они характеризуются торпидным течением и инфильтративным типом распространения процесса. Если первичный очаг заболевания локализуется в прямой кишке, то обычно он проявляется в виде изъязвления слизистой оболочки с характерными особенностями каждого из этих заболеваний. Тогда путь внедрения инфекции очевиден. Чаще же специфический процесс переходит

на параректальную клетчатку путём распространения воспалительного инфильтрата с соседних органов (подвздошные органы, мочевой пузырь) или областей (холодный абсцесс, спускающийся из забрюшинного пространства в полость таза).

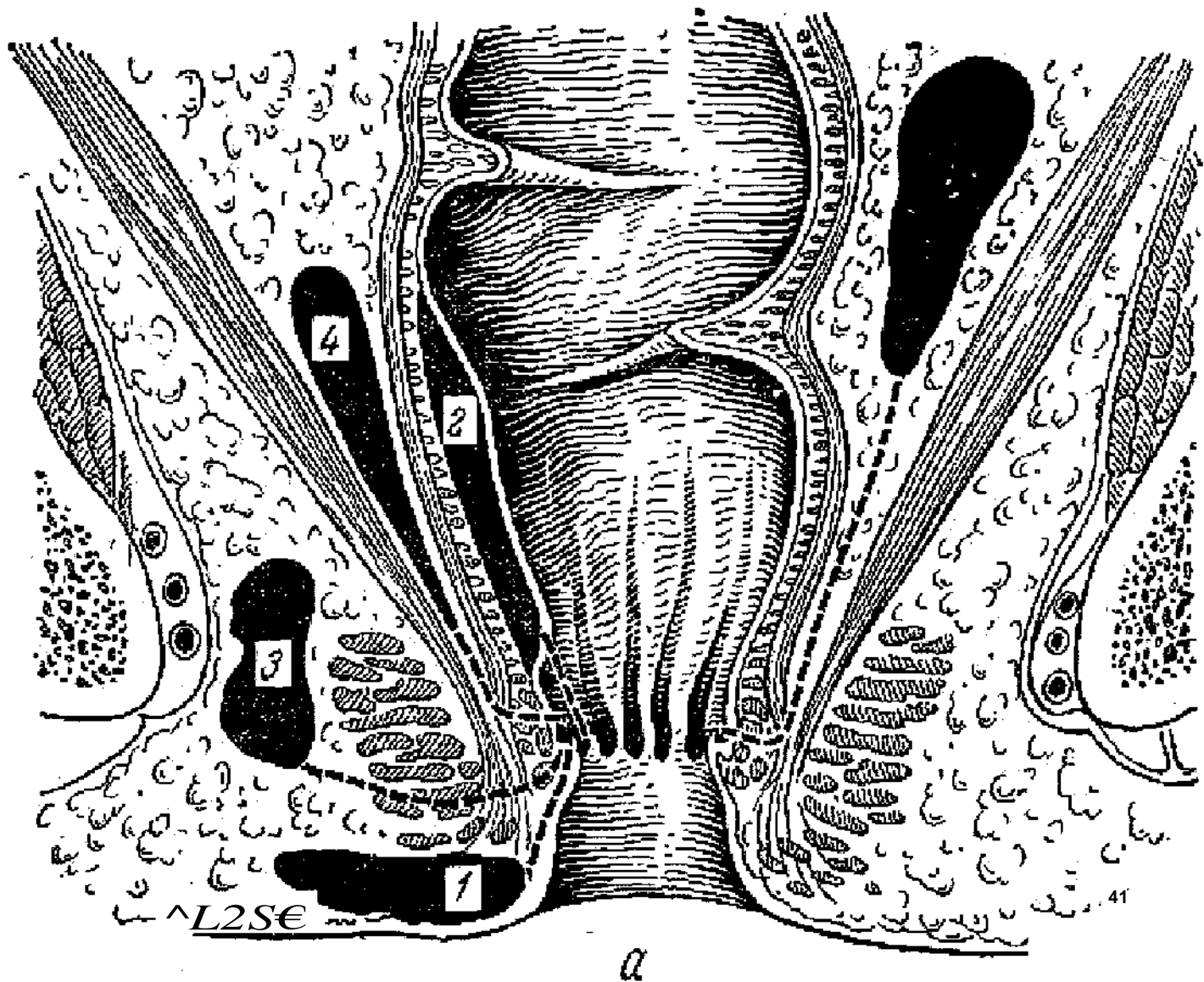
Гематогенный и лимфогенный пути возникновения инфекции в параректальную клетчатку следует признать чрезвычайно редкими в развитии параректита. Однако в литературе встречаются указания на связь начала заболевания с панарицием, ангиной, гонореей и различными гнойными заболеваниями других областей [Брайцев В. Р., 1910; Федоров Г. П., 1922; Едер Б. М., 1939; Бунятян А. А., 1961; Sibner M., Hayden E., 1948; Wilson E., 1954]. Мы не имеем подобных наблюдений.

Воспалительные поражения параректальной клетчатки в связи с заболеваниями соседних органов должны быть выделены в отдельную группу. В отличие от типичных парапроктитов, при которых заболевание прямой кишки первично и инфекция проникает в клетчаточные пространства из просвета кишки, в этих случаях процесс распространяется на параректальную клетчатку с соседних органов. Прямая кишка может быть интактна или поражена вторично.

Ограниченные тазовые перитониты, вскрытые через прямую кишку абсцессы дугласова пространства могут вовлекать в воспалительный процесс параректальную клетчатку.

Гнойные процессы в клетчаточных пространствах; вокруг прямой кишки наблюдаются при заболеваниях: предстательной железы, уретры, парауретральных, курюровских желез, органов женской половой сферы (периметриты, бартолиниты), иногда при остеомиелите костей таза, туберкулезе позвоночника. Нередки параректальные затеки при эпителиальных копчиковых ходах. Игноения дермоидных и эпидермоидных кист таза могут стимулировать картину парапроктита. Широко известны перианальные постинъекционные абсцессы, осложнившиеся распространением воспаления на параректальную клетчатку. Наконец, парапроктит может возникнуть в связи с ранениями тазовых органов.

Группу вторичных парапроктитов характеризует, в первую очередь, правило, хроническое течение воспалительного процесса. Он может быть ограниченным и локализоваться в од-

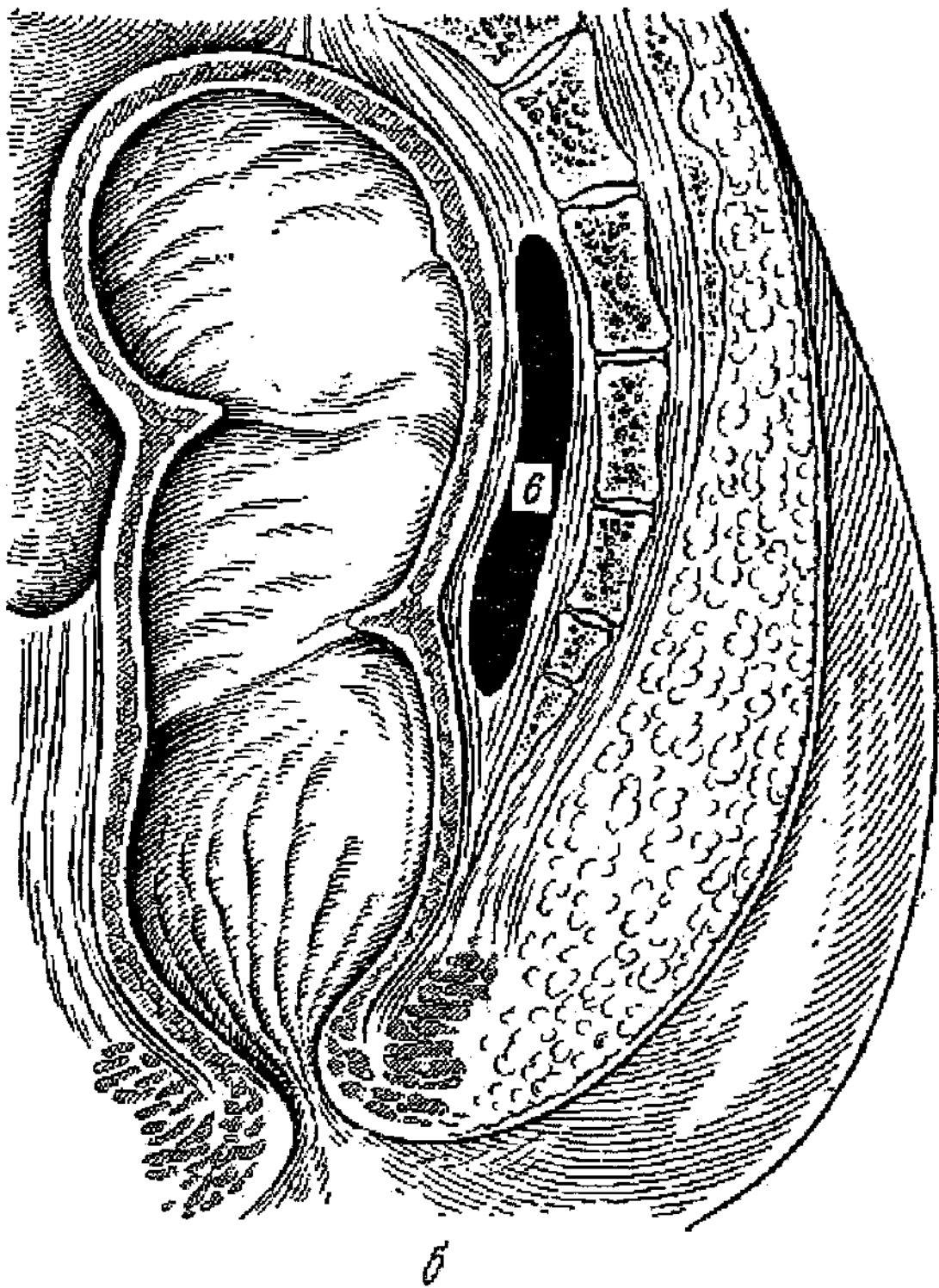


Рас. 2. Локализация гнойников в параректальных клетчаточных пространствах таза;

a — переднезадняя проекция; *J'* — подкожный жировой-слой; 2 — подслизистый слой; 3 — ишиоректальное пространство; 4. — пильвиоректальное пространство; б — боковая проекция; в — ретроректальное пространство.

кз клетчаточных пространств таза или распространенным. Часто наблюдаются свищевые формы вторичного парапроктита (параректальные свищи). Возможны прорывы гнойника в прямую кишку или соседние половые органы.

Пути распространения воспалительного процесса. Анализ литературы и многолетних клинических наблюдений убеждают в-том, что распространение инфекции при парапроктите, идет со стороны прямой кишки. Входными воротами являются анальные крипты, куда открываются протоки анальных желез, либо (значительно реже) поврежденная слизистая оболочка анального канала. Вначале воспаляется какая-либо крипта, где и формируется внутреннее отверстие свища. Эта стадия заболевания часто просматривается. Затем инфекция проникает по протокам анальных желез в их разветвления, локализующиеся в подслизистом или межмышечном слоях. При разветвлении анальных желез в супралевавторном пространстве встречаются наиболее сложные свищи пря-



мой кишки [Gordon-Watson C, Dodd H., 1934—1935]. проникновении инфекции через поврежденную слизи оболочку кишки дальнейшее ее распространение можно по межтканевым щелям, а также лимфогенн гематогенным путем. В связи с рыхлостью подслизи слоя кишки гнойники этой локализации легко и бь распространяются вверх, отслаивая слизистую об* ку. Затеки гноя, распространяясь по ходу сосуд* ветвей, дронируют в; межмышечные пространства м ЦИРКУЛЯРНЫМ И ПРОДОЛЬНЫМ СЛОЯМИ МЫШЦ КИШ стенки.

Распространяясь по разветвлениям анальных > и разрушая их, гной проникает в параректальные чаточные пространства (подслизистбе, подкожное, \ ректальное; пельвиоректальное и ретроректал (рис, 2). В зависимости от степени вирулентности ф. реактивности организма процесс может быть отгран

ным в какой-либо одной области или распространенным по клетчатке соседних анатомических областей, имея разное отношение к сфинктеру (рис. 3).

При распространении гнойного процесса имеют значение и условия оттока. Если гнойник хорошо дренируется по широкому сообщению с кишкой или имеет выход на кожу, можно ожидать минимальных поражений клетчаточных пространств таза. Если таких условий нет, вокруг прямой кишки может образоваться множество гнойных ходов с затеками в различные клетчаточные пространства. Возможны прорывы гнойника на кожу в различных участках (наружные свищевые отверстия). При парапроктите описаны свищевые отверстия на мошонке, бедре, передней брюшной стенке. Кроме того, не исключена вероятность прорыва абсцесса в просвет кишки на уровне ампулярного отдела ее и даже в брюшную полость (рис. 4).

Причины хронического течения заболевания. Современные исследователи рассматривают острый и хронический парапроктит как стадии одного, заболевания [Рыжих А. Н., 1956, 1968; Аминев А. М., 1958, 1973, 1975; Улановский Р. Н., 1962, 1973; Яковлев Н. А., 1973; Gabriel W. B., 1949, 1963; May R., 1956; Parks A. G., 1963, 1976; Novak V. et al., 1969; Eisenhammer S., 1972; Rose[^] an E., 1973; Goligher G., 1975, и др.].

В прежние годы широко обсуждался вопрос о том, почему после вскрытия острого парапроктита так часто формируется свищ прямой кишки. А. G. Cantor (1948) и Н. E. Bacon (1949) даже считали, что после вскрытия острого парапроктита всегда следует предупреждать больных о возможности образования свища прямой кишки. Многие авторы считали главной причиной плохого заживления раны движения мышц тазового дна [Рыжих А. Р., 1956; Боброва А. IV 1959; Бунятян А. А. 1961; Esmarch R., 1887; Allingham W., 1888; Hirschman Z. L., 1943; Gabriel W., 1949], Однако эта точка зрения не подтверждается многочисленными наблюдениями излечения парапроктита при ликвидации свищевого хода и внутреннего отверстия свища,

Поскольку обычно инфекция проникает в параректальную клетчатку из просвета прямой кишки» L. A. Vine (1938) подчеркивает, что «никогда не бывает анальной фистулы без первичного внутреннего отверстия; это отверстие всегда бывает в анальных криптах», Мы разде-

Рис. 3. Расположение свищевых ходов по отношению к волокнам сфинктера,

a — интрасфинктерное;
b — трансфинктерное;
e — экстрасфинктерное;
г — экстрасфинктерное с Пельвизректальным затеком; * *г*? — трансфинктерное с интросфинктерной полостью; *e* — экстрасфинктерное с интросфинктерной полостью.

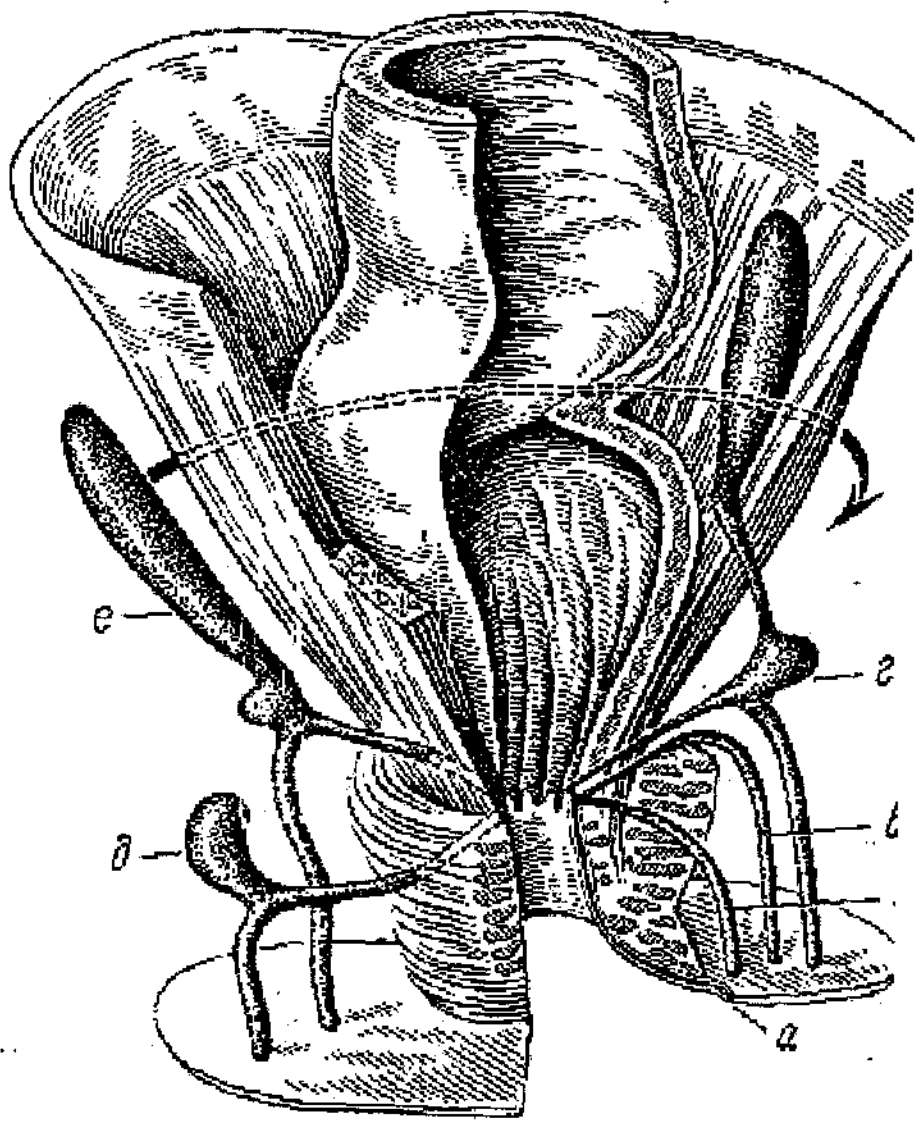
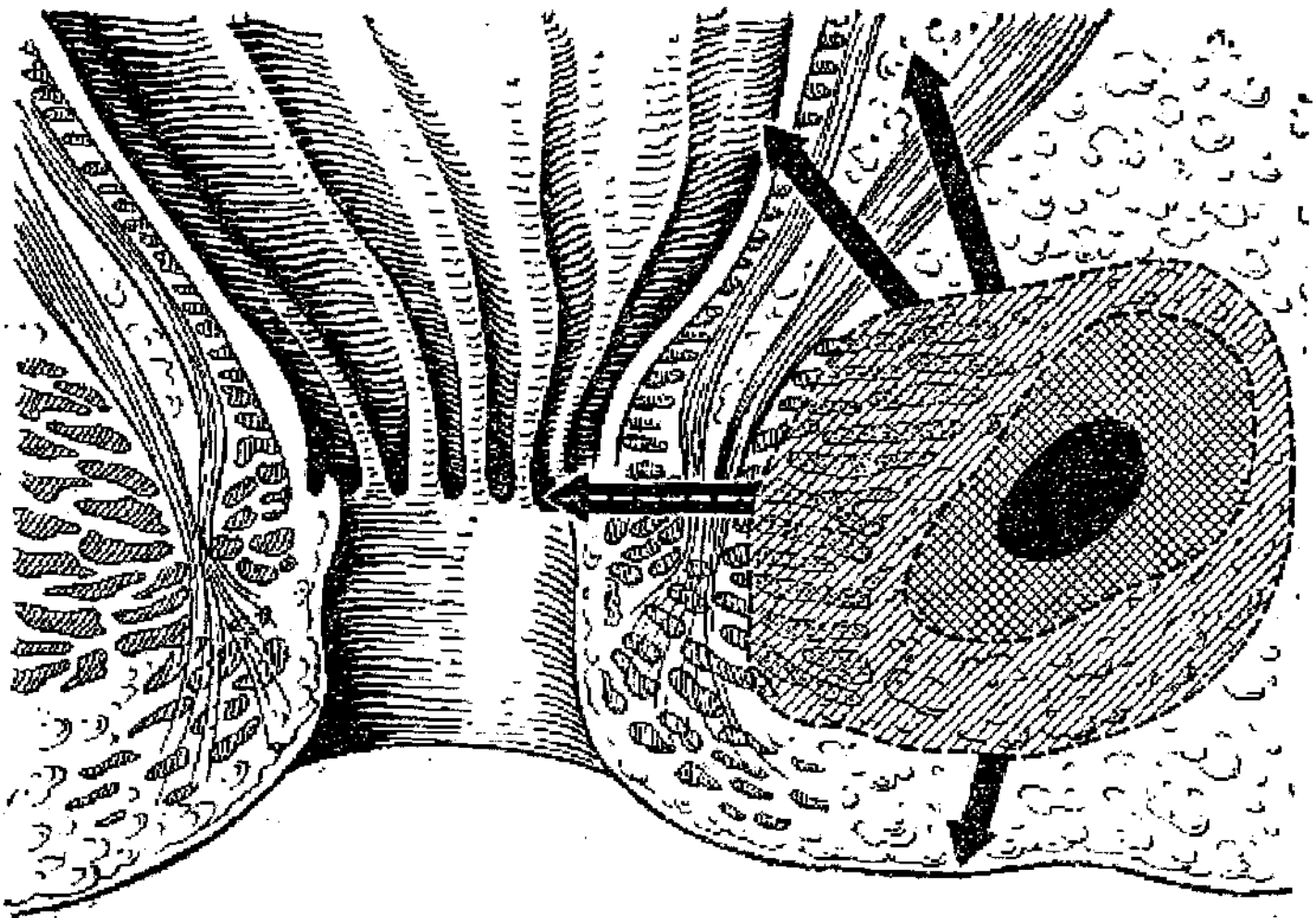


Рис. 4. Пути распространения инфекции в параректальных клетчаточных пространствах (показано стрелками).

82
 СП
 50



БИБЛИОТЕКА
 Крыцкого
 Медицинского инст-та ГТУ

ляем эту точку зрения, полагая, однако* что так бывает в большинстве, случаев, но не всегда. Иногда внутреннее отверстие свища формируется на месте внедрения инфекции в поврежденном участке слизистой оболочки.

Внутреннее отверстие свища (покрытое эпителиальной выстилкой устье инфицированной одной или нескольких анальных желез, открывающихся в морганиевой крипте) является источником постоянного* или периодического инфицирования параректальной клетчатки. Многие авторы высказывали мысль о том, что причиной хронического и рецидивирующего течения заболевания является реинфекция из внутреннего отверстия свища [Блинничев Н. М., 1972; Gabriel W* В., 1949; Becker G. Z., 1951; Goligher J. C.; 1975, и др.].

При проникновении инфекции через поврежденные участки слизистой оболочки, когда нет постоянных ворот инфекции, инфицирование параректальной клетчатки быстро прекращается, как правило, после опорожнения гнойника наступает излечение. Такое благоприятное течение парапроктита с однократной вспышкой заболевания без образования стойкого свища может, по-видимому, иметь место и при распространении воспаления по анальным железам. Это бывает в тех случаях, когда гнойный процесс разрушает входные ворота инфекции вместе с устьями анальных желез или когда гнойник вскрывают оперативно через внутреннее отверстие свища.

Не менее важным фактором хронического течения парапроктита является наличие сформированного свищевого хода, одиночного или, разветвленного, расположенного поверхностно или глубоко в тканях таза.

Заживлению препятствует эпителизация стенок свищевого хода, которая мешает спадению их и составляет просвет открытым для реинфекции [Селиванов В. И., 1965; Аминева В. А., 1974; Aronsson H., 1948; Parks A. G., Morson B. C., 1963]. Внутренняя поверхность свищевого хода бывает выстлана грануляционной тканью или железистым эпителием (рис. 5) [Когон А. И., 1957, 1962; Pichlmaier H., 1964; Hill L R., 1970; Rasean E., 1973].

К рецидивам парапроктита ведет и активизация дремлющей хирургической инфекции. Частота вспышек дремлющей инфекции, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах и наблюдается в 8—35% всех хронических гнойных заболеваний [Грицмаи Ю. Я., 1953].

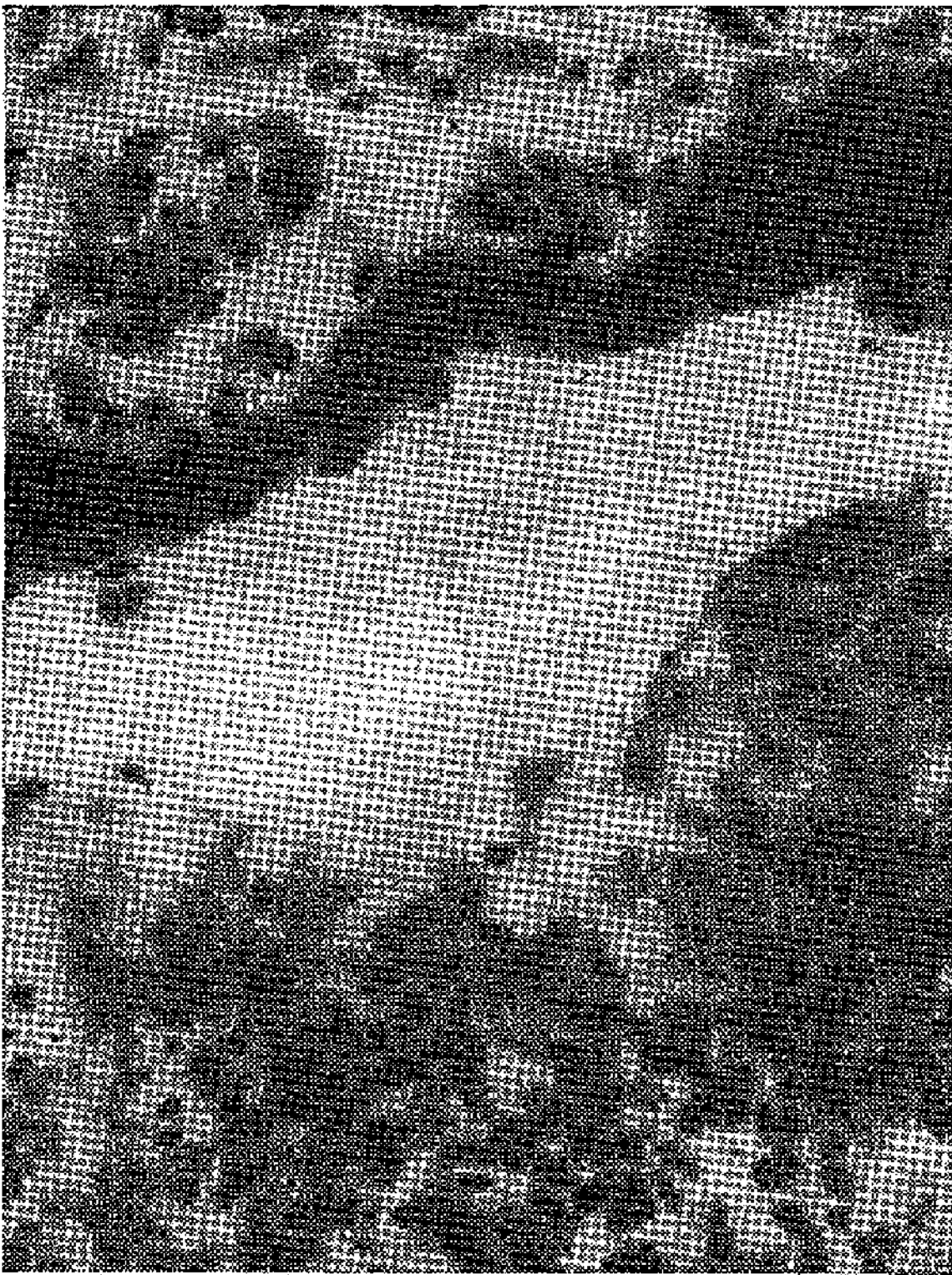


Рис. 5. Спищевой ход. Окраска гематокеилин-зозином, $\times 250$.

Инфекция может более или менее длительное время пребывать в тканях организма, не вызывая заболеваний* (латентная фаза), но затем под влиянием различных факторов проявляется в виде острого парапроктита (активная фаза). Сложный механизм нарушения динамического равновесия между организмом больного и микрофлорой в очаге инфекции до конца не выяснен. Значение имеет ослабление организма простудными заболеваниями, переохлаждение, переутомление, чрезмерная физическая нагрузка и т. п. Клинические наблюдения показывают, что нередко причиной острой вспышки парапроктита могут служить погрешности в диете, прием алкоголя.

При парапроктите очаг дремлющей инфекции не имеет морфологического субстрата. Им служат либо,

цы на месте вскрытого гнойника, либо остаток, стенки свищевого хода (порой имеющий эпителиальную выстилку, содержащий грануляционные ткани), либо нераскрытый, отшнурованный затек. Вспышка дремлющей инфекции может проявиться в виде острого парапроктита с образованием новых свищей.

Глава II МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА

Общепризнано, что радиальное излечение свища прямой кишки возможно только хирургическим путем, так как все попытки использовать другие, даже самые современные антибактериальные и физиотерапевтические средства дают недостаточный и временный эффект [Рыжих А. К., 1956; Аминев А. М., 1958; Соркин Н. Н. > 1968; Jones D., 1958; Bacon НЦ 1961; Bellowe R., 1967; Lilius H., 1968; Jackmann R., 1968; Marangon G., 1970].

Первые сведения о свищах прямой кишки и их лечения, относятся к I в. до и. э., — I в. к* э. В дошедших до нас трудах Гиппократ, Цельса, Галена и Авиценны имеются разделы, в которых детально описаны такие вмешательства, как ликвидация свища с помощью лигатур (Гиштократ, Цельс, Авиценна); рассечение свища (Цельс), иссечение свища с ушиванием раны (Галей). Эти методы не претерпели принципиальных изменений с течением веков и послужили основой для дальнейшего совершенствования.

До второй половины XIX в. в литературе встречаются лишь отрывочные сведения о свищах прямой ки-ки. Методы их лечения терялись и открывались вновь. Так, имеется сообщение [Аминев А. М., 1973], что в 1370 г. Джон Дерн произвел рассечение свища прямой кишки. Феликс (1687) применил для рассечения свища специальный нож — буж. В 1743 г. Faget [цит. по Gross F., 1930] рекомендовал при вскрытии парапроктита пересекать сфинктер, чтобы предупредить образование свища, а при высоких гнойниках рассекать стенку прямой кишки до мышцы, поднимающей задний проход. В 1765 г. Pott [цит. по Esmarch F., 1887] снова ввел в практику простое рассечение свищей. Во избежание появления рецидива и обеспечения заживления раны И. Ф. Буш (1831) считал целесообразным, кроме рассечения свища и стенки кишки, подшивать края рапы к коже ягодичной области.

В 1736 г. Фолио [цит. по Аминева А. М., 1973] возродил лигатурный метод лечения свищей прямой кишки. Позднее этим способом с успехом пользовались такие крупные хирурги, как: Вельпо, Дуайен, Диффенбах. В 1852 г. Salman предложил одновременно вскрывать гнойник и производить фистулэктомию для ликвидации внутреннего отверстия в стенке прямой кишки [цит* по Goligher C., 1967],

Со второй половины XIX в. внимание к проблеме парапроктита было, привлечено фундаментальными печатными работами. Особый интерес представляют исследования отечественных авторов. В 1870 г. вышло «Руководство к изучению и лечению прямой кишки и заднего прохода» И. Г. Карпинского. В специальном разделе описаны все известные методы лечения свищей прямой кишки и дана их критическая оценка. В 1875 г. вышла в свет докторская диссертация П. И. Войнова «Ю свищах заднего прохода», а в 1886 г. С. Кожевниковский опубликовал статистические данные об анальных свищах. В 1859 г. была переведена на русский язык книга О. Нелатона «Хирургическая патология» в одной из глав которой описаны «нарывы на краю заднего прохода и прямой кишки», в 1886 г. переведена монография Эсмарха о болезнях прямой кишки и заднего прохода. Большой раздел в ней посвящен свищам прямой кишки.

По-видимому, эти работы послужили толчком к изучению результатов лечения парапроктита и разработке новых хирургических методик. Исходы операций были так неутешительны, что за последнее столетие было предложено около 100 вариантов хирургического лечения свищей прямой кишки. Частые рецидивы заболевания и недержание кишечного содержимого — вот истоки неудовлетворенности хирургов существующими методиками вмешательств и причина поисков новых способов лечения. Поэтому не удивительно, что Н. Е. Lockharfe-Mammery (1957) и J. C. Goligher (1967), указывая на трудности хирургического лечения сложных свищей прямой кишки, считают эти операции более сложными, чем экстирпация прямой кишки по поводу рака.

В поисках оптимального (а порой и универсального) метода операции разработки велись в различных направлениях.

Можно выделить 5 основных вмешательств: 1) рассечение и иссечение свища в просвет кишки; 2) иссечение свища со сфинктеротомией; 3) иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки; 4) лигатурные методы; 5) прочие методы;

ОПЕРАЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ РАССЕЧЕНИЕМ И ИССЕЧЕНИЕМ СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ

Это самые простые, и наиболее древние методы операций. Рассечение производят по зонду, введенному, через наружное отверстие свища* После пересечения тканей, отделяющих свищ от просвета кишки и заднего прохода/ рана принимает вид жолоба, дном которого является рассеченный канал свища. Образовавшуюся рану тампонируют до заживления вторичным натяжением* Эта операция широко применялась в прошлом столетии [Буш Ф. И., 1810; Шимаиовский Ю., 1865; Войнов П. П., 1868; Карпинский И. Г., 1870; Salmon F., 1835;

Esmarch E., 1887], ею пользуются и теперь при простых — подкожных и подслизистых — свищах [Рыжих А. Н., 1956, 1968; Аминев А. М., 1958, 1959; Назаров Л. У., 1966; Дроздова В. Н., соавт., 1974].

При сложных свищах в течение нескольких месяцев необходимы тщательные перевязки и наблюдение за раной, так как преждевременное слипание краев ведет к образованию нового свища [Рыжих А. Н., 1956; Назаров Л. У., 1966; Аминев А. М., 1973; Дроздова В. Н., 1973; Hughes E. 1960; Khurame S, et al, 1973]. Отрицательной стороной этого метода является длительное заживление раны и возможность осложнений, более серьезных, чем само заболевание [Джанелидзе Ю. Ю., 1934; Стручков В. И., Григорян А. В., 1954; Блинкичев Н. М., 1972; Аминев А. М., 1973].

Формирование грубого послеоперационного рубца, по образному выражению E. T. C. Milligan и C. N. Morgan (1934), зажившего «третичным натяжением», значительно нарушает функцию сфинктера. F. Stelzner (1962), обследовав 399 больных, обнаружил, что недержание наступало именно в тех случаях, когда формировался грубый рубец.

А. М. Аминев среди ПО обследованных у 12 отметил нарушение функции жома заднего прохода. Подобные наблюдения опубликовали А. И. Когон (1962), Н. М. Блинничев (1972), В. Н. Дроздова и соавт. (1974), J. Arakawa, K. Arakawa (1972), C. M. Muudet-Morrdlis (1973).

Необходимым условием успешного лечения свища является рассечение всех его ответвлений, оставление даже небольшого закрытого свищевого хода с гнойными грануляциями ведет к рецидивам, частота которых после этой операции составляет 30—50% [Блинничев Н. М., 1965; Аминев А. М., 1968; Улановский И. И., 1973; Agaji S., Scoba E., 1969; Deshpand P. J., Sharma O. R., 1973].

Учитывая значительную частоту возникновения рецидивов и недостаточности анального жома, после рассечения свища, большинство современных хирургов отказались от этой операции при сложных — экстрасфинктерных — свищах прямой кишки; она может быть выполнена только при простых — подкожных и подслизистых — свищах.

Во избежание осложнений, возникающих после рас-

сечения свища, хирурги пытались усовершенствовать эту операцию. Так, предлагали полностью иссекать свищевой ход вместе с рубцами и грануляциями, оставлять рану открытой для заживления вторичным натяжением. Эта операция получила широкое распространение за рубежом [Aronsson H., 1948; Chabanon R., 1961; Bellamo R 1967; Lilius H. G., 1968; Sumicoshi et al., 1974].

Наибольшее признание получил метод лечения свищей, предложенный W. B. Gabriel (1934—1949). При рассечении и иссечении свища удаляют ленту слизисто-оболочки и треугольный участок кожи, расположенный над свищевым ходом. В послеоперационном периоде добиваются равномерного заживления раны из глубины.

При простых — подкожно-слизистых и чрессфинктерных — свищах прямой кишки операция Габриэля получила всеобщее одобрение и нашла широкое применение. А. Н. Рыжих (1968) выполнил по методу Габриэля более 1900 операций и добился выздоровления 99% больных. Л. У. Назаров (1966) изучил отдаленные результаты 417 больных, леченных по поводу простых свищей прямой кишки, и выявил рецидивы у 1,7%, а недостаточное анальное жоме у 1,2%. Эти данные в основном совпадают с другими сообщениями об исходах лечения СВФ свищей прямой кишки этим методом: А. И. Гридук (1959), А. М. Аминев (1962), Н. М. Блинничев (1965), Н. А. Яковлев (1973) отметили неудачи в 2,8—8,4% наблюдений.

Против этой методики справедливо возражают ряд хирургов, считая ее необоснованно рискованной при сложных — экстрасфинктерных — свищах прямой кишки [Юхтин В. Р., 1971; Блинничев Н. М., 1972; Аминев А. М. 1973; Назаров Л. У. с соавт., 1972, 1973; Virabakke Ch 1969; Gailiard R, 1971; Deshpande R "J., 1973; Shama O, A., 1973; Rosseau E_M 1973]. Как и простое рассечение, эта операция чревата слабостью сфинктера, так как образующийся дефект мышц и грубый рубец в анальном канале препятствуют герметичному замыканию кишки.]

Для предотвращения недостаточности анального жоме было предложено сшивание сфинктера после иссечения свища. В 1885 г. Д. Рындовский в России впервые произвел иссечение свища прямой кишки у 14-летнего ребенка и закрыл рану наглухо трехрядным швом; рана зажила первичным натяжением. Аналогичную операцию выполнили G. Smith и F. Y* Lange (1886) в США. P. D. Sandler (1890) в Германии,

Свищевой ход со всеми его разветвлениями рассекают по зонду, иссекают стенки свища вместе с окружающими рубцовыми тканями и ушивают рану частично или полностью. Этой операцией с успехом пользовались А. Л. Б., Голькина (1924), И. А. Бонч-Осмоловский (1930), А. И. Львов (1942), В. Д. Мандзюк (1970), И. Ф. Голдовский с соавт. (1975), Г. Г., Караванов (1975). Однако ряд авторов считают, что раны анальной области трудно уберечь от инфицирования, что обрекает: операцию, заканчивающуюся наложением первичных швов, на неудачу [Джанелидзе Ю. КХ, 1934; Волошин Я. М., 1939; Назаров Л. У., 1966; Жердецкий А. С., Селиванов В. И*, 1967; Мандзюк В. Д., 1972; Бликничев Н. М., 1972; Аминев А. М., 1973; Gross F., 1930; Smith G., 1941; Alexiv G. et al 1963; Caillard P., 1971; Arakawa J., Arakawa K., 1972].

А* Н. Рыжих в 1953 г. предложил модификацию операции Габриэля, состоящую в ушивании дна раны. Если после иссечения свища в просвет кишки глубина раны превышает 1 см и у хирурга возникает сомнение в последующей функции жома заднего прохода, автор рекомендовал накладывать на дно раны 3—5 кетгутовых швов. Описанная операция оказалась весьма эффективной при лечении подкожно-подслизистых и чрессфинктерных свищей прямой кишки. На 1700 наблюдений А. Н. Рыжих (1968) отметил лишь 2% рецидивов. Л. У. Назаров (1966) в отдаленные сроки после операции по этой методике выявил рецидивы заболевания у 2,7% и недостаточность анального сфинктера у 4% больных.

При сложных свищах прямой кишки иссечение свища с частичным или полным ушиванием раны дает неудовлетворительные результаты. С. С. Аведисов (1964) применил глухие швы у 97 больных; у 60 из них рана зажила первичным натяжением и у 26 — вторичным, у 11, возник рецидив. А. М. Аминев (1973), проводя иссечение свища с последующими швами раны у 296 больных, в 8% наблюдал рецидивы и такую же частоту недостаточности анального сфинктера I степени.

Применение антибиотиков широкого спектра действия, хотя и увеличило число сторонников этого метода, но существенно не улучшило исхода операции, А. С. Жердецкий и В. И. Селиванов (1968), обследовав 17 больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки, подверг-

шихся операции с глухим ушиванием раны, у 7 обнаружили рецидив. По сборной статистике А. М. Аминова (1973), суммировавшего данные 39 отечественных и 14 зарубежных авторов, применявших иссечение свища с глухим или частичным ушиванием раны, рецидивы составляли 6,1 %. Так как не приведены сведения о характере свищей, надо полагать, что операция выполнялась и при простых и при сложных свищах. Поэтому процент рецидивов следует считать заниженным: по материалам отдельных авторов он колеблется от 4,2 до 56,2 [Новгородская Т. РЛ, 1959; Давыдов Р, 3,, 1961; Улановский И, Н., 1964; ееливанов В, И., 1965; Аминев А. М, 1969].

Один из наиболее удачных вариантов операции иссечения экстрасфинктерного свища прямой кишки с ушиванием раны предложил Л. У. Назаров с соавт, (1972, 1973). Свищевой ход иссекают со стороны промежности до стенки кишки, оставшуюся часть по зонду рассекают в просвет кишки, при этом пересекая значительную порцию сфинктера. Края раны и подлежащие рубцовые ткани иссекают таким образом, чтобы форма раны напоминала наконечник пики. Проксимальную часть раны и волокна сфинктера ушивают кетгутовыми швами, а на дистальную треть накладывают узловые шелковые ШБЫ. Последние, стягивая стемки и края раны, уменьшают натяжение ушитых кетгутом мышечных волокон. У 43 больных, оперированных этим методом, автор не выявил рецидивов свища и недостаточности сфинктера.

Приведенные методики положительно завершают многолетние дискуссии о возможности и опасности пересечения сфинктера при иссечении сложного свища прямой кишки. Погвидимому, следует согласиться с В. И. Селивановым (1971) в том, что при радикальном иссечении сложного свища прямой кишки можно допустить полное пересечение сфинктера, однако в конце операции сфинктер должен быть сшит.

ИССЕЧЕНИЕ СВИЩА СО СФИНКТЕРОТОМИЕЙ

При хирургическом лечении свищей прямой кишки очень существен вопрос о целесообразности сфинктеротомии. Операции, включающие рассечение сфинктера, известны с прошлого столетия [Smith G., 1865, 1876; Lange P. L₄ 1886], Ю. К. Шимановский (1885) и

Е. Esmarch (1887), производя сфинктеротомию при сложных свищах прямой кишки, наблюдали иногда недержание газов и кала, но считали эти осложнения временными, не влияющими на последующую функцию заднего прохода. Ряд современных клиницистов на основании большого практического опыта пришли к выводу, что рассечение сфинктера не ведет к стойкому нарушению его функции [Войно-Ясенецкий В. Ф., 1956; Рыжих А. Н., 1956; Мелянцеяич Е. П., Семиротова О. И., 1964; Назаров Л. У., 1964; Rosser С., 1954; Kugler S., 1966; Hill J. *Яг* 1970].

Ж. Вије (1938) оперировал более 1000 больных по поводу свищей прямой кишки с пересечением подкожной порции сфинктера и наблюдал недержание газов лишь у некоторых. Автор отметил, что нарушение функции сфинктера, как правило, развивается при длительной тампонаде раны анального капала, что приводит к образованию грубого рубца на месте пересечения мышцы.

Отмечено, что тонические сокращения сфинктера существенно влияют на заживление раны. Рассечение поверхностной порции анального жома обеспечивает покой послеоперационной ране.

С целью обоснования безопасности сфинктеротомии были предприняты анатомические и экспериментальные исследования. С. Eaton (1947), G. B. E. Simonetti (1954), D. N. Marangos (1964)» J. Schier (1971) указывали, что волокна наружного сфинктера, расположенные продольно и циркулярно, переплетаясь, образуют сеткообразную структуру. Поэтому сфинктеротомия не ведет к резкому нарушению их функций.

А. Л. Лейтес (1966), изучая иннервацию мышц анального жома, установил, что нижние прямокишечные нервы разветвляются у боковых полуокружностей и в самой толще сфинктера, образуя сеть. Некоторые длинные веточки, переходя на противоположную сторону, образуют связи правых и левых прямокишечных нервов. Автор считает, что эти перекресты, разветвления и связи имеют большое значение в сохранении иннервации мышц анального жома. После их частичного перерыва при сфинктеротомии по задней и передней полуокружности анального канала иннервация сфинктера сохраняется.

С. А. Родкин (1954) на основании клинических и экспериментальных наблюдений пришел к выводу, что при частичном пересечении сфинктера в одном месте функ-

ция держания кс" нарушается; тонус сфинктера временно ослабевает, но впоследствии восстанавливается полностью. Подобные наблюдения приводили еще E. Quesen, E. Hartman (1895), W. Aliingham (1896), И. П. Нетребко (1968), И. М. Иноятов и соавт, (1974), изучая расположение нервных ветвей и сосудов в толще наружного сфинктера, нашли, что они менее выражены на 6 и 12 часах по циферблату и, следовательно, сфинктеротомия, проведенная в этих зонах, менее травматична. Рассечение сфинктера, по мнению большинства авторов, допускается только перпендикулярно к волокнам сфинктера [Рыжих А. Е., 1956; Назаров Л. У., 1966; Kaufmann R., 1932; Buie L A., 1938; Aronsson H., 1948; Cantor A. J., 1949; Simonetti G. B, E., 1954; Bacon R E., 1961; Allgower M., 1969; Roschke W., 1972].

-В литературе имеются сведения о других способах временного выключения функции анального жома. В. Д. Мыш (1959), R. H. Thorlaxon (1963), J. Hofman (1963) с этой же целью производили дивульсию сфинктера, а А. А. Бляхер, А. А. Крохолов (1965), Р. З. Давыдов (1967) пользовались фармакологическими средствами.

Таким образом, доказано, что выполненное по четким показателям и строгим правилам дозированное (глубиной до 1 см) рассечение анального жома безопасно [Назаров Л. У., 1966; -Мандзюк В. Д., 1970; 1972; Заремба А. А., 1970, 1974; Дроздова В. Н., 1973, 1974; Stelzner F., 1956; Goligher G. C, 1962; Pichlmaier H., 1964; Stmiikashi G. et al., 1974]. Более того, ряд авторов считают дозированную сфинктеротомию необходимым этапом в оперативном лечении свищей прямой кишки [Когон А. И., 1958, 1960; Безлуцкий Г. С, 1965; Мае-ляк В, М., 1965; Elwain Me, 1959; Eisenhammer S-, 1961; Kugler S., 1966; Kronberger L, 1966].

Однако, по данным некоторых авторов, применение сфинктеротомии в широкой практике привело в определенном числе случаев к недостаточности запирающего аппарата прямой кишки [Брайцев.В. Р., 1952; Стручков В. И; Григорян А. В., 1954, и др.] и было причиной резкой критики этого метода в ходе дискуссий по поводу способа иссечения свища со сфинктеротомией, предложенного А. Н. Рыжихом (1949),

В отечественной литературе в течение многих лет обсуждался вопрос о применении операции Рыжиха,

ленные сроки после операции обнаружил рецидив у 8 из 13 больных. Е. D. Parkinson (1959) убежден, что все пластические операции при свищах прямой кишки заведомо обречены на неудачу. А. Н. Рыжих (1956, 1963), Л. У. Назаров (1964, 1966) также высказывают отрицательное отношение к пластическим операциям. Тем не менее появляются все новые модификации пластического закрытия внутреннего отверстия свища.

А. М. Аминев (1958) предложил комбинированную операцию, в основе которой лежит методика Джада — Робле.— Иссекают внутреннее отверстие свища; из цыщележащего участка слизистой оболочки выкраивают лоскут на ножке; канал свища в мышечной стенке кишки ушивают в два этажа, над ним фиксируют выкроенный из слизистой оболочки лоскут; со стороны промежности иссекают свищевой ход и ко дну раны подшивают края кожи.— Таким методом было оперировано 78 больных, в ближайшие сроки рецидив появился у 5 и наметился еще у 5. Отдаленные результаты изучены у 76 человек: рецидивы после операций по поводу сложных свищей возникли у 8 и по поводу относительно простых, свищей—у 2 больных, всего в 13,2% наблюдений. Таким образом, эта технически сложная операция не дает желаемого результата. По-видимому, ее выполнение при простых свищах нецелесообразно, а при сложных неоп*рзвдашю из-за частого прорезывания швов и некроза низведенного лоскута слизистой оболочки, приводящих к рецидиву.

Для улучшения кровоснабжения низводимого участка слизистой оболочки В. А. Масляк (1965) предложил выкраивать трапециевидный лоскут, включающий также подслизистый и мышечный слои; вмешательство сопровождается дозированной сфинктеротомией.

Н. М. Блиннчев (1972) разработал операцию смещения слизистой оболочки в сторону. После гидравлической препаровки слизистую оболочку отслаивают на протяжении полуокружности кишки на 3—4 см выше внутреннего отверстия свища. Образовавшиеся на месте пересеченного свища отверстия в мышечном слое и слизистой оболочке ушивают в 2—3 этажа; при смещении отпрепарованной слизистой оболочки в сторону зашитые участки разобщаются. Смещенный слой слизистой оболочки фиксируют кетгутовыми швами. Наружные отрезки свищевых ходов иссекают или только выскабливают.

Гнойные полости дренируют. В ближайшие сроки после операции рецидивы возникли у 5,2% оперированных. В отдаленные сроки автор выявил 7,5% рецидивов. Такие исходы лечения сложных свищей прямой кишки следует признать удовлетворительными, если учесть, что не наблюдалось случаев недостаточности анального жома. Однако эти показатели окажутся заниженными, если учесть рецидивы при операциях по поводу экстрасфинктерных свищей. Кроме того, не следует включать в статистику больных с чрессфинктерными свищами, излечения которых можно добиться более простыми методами (операция Габриэля и ее модификации). При всех своих достоинствах операция Блинничева не может одинаково успешно применяться при всех сложных свищах прямой кишки. По нашему мнению, она не применима при широком внутреннем отверстии свища и значительных рубцовых изменениях вокруг внутреннего отверстия.

ЛИГАТУРНЫЙ МЕТОД

Самый древний метод — лигатурный — наиболее распространен при лечении сложных свищей и является, по мнению ряда авторов, достаточно радикальным и надежным. Суть операции сводится к постепенному рассечению свищевого хода и сфинктера лигатурой» Ко времени прорезывания лигатуры в перианальных тканях формируется рубец, исключая возможность расхождения волокон пересеченных мышц и недостаточности анального сфинктера.

По классическому методу Гиппократы через свищевой ход проводилась льняная нить, обвитая конским волосом. Авиценна применял лигатуру из свиной щетины. X R. Pennington (1923) проводил эластичную лигатуру, D. O. Jones (1958), C. Vohnant и M. Novas (1958) — резиновую лигатуру, концы которой фиксировали пластырем к коже ягодичной области: натягиваясь при ходьбе, лигатура сдавливала и постепенно пересекала волокна сфинктера. E. Hertel (1954) для поэтапного рассечения свища проводил через свищевой ход проволоку и закручивал винтом каждые 10—12 дней.

Большинство современных авторов пользуются шелковой нитью, С целью постепенного пересечения мышечных волокон T. Burckhart (1953) предложил не затягивать лигатуру, а подвешивать к ней дозируемый груз*

А> Н. Рыжих (1968) рекомендовал этапно затягивать лить на резиновой трубке через день, начиная с 18—20-го дня после операции. С. Eaton (1947) затягивал лигатуру каждые 4—5 дней, В. Д. Братусь с соавт. (1975), J. P. Lokehart-Mummsry (1934), К. May (1951)—через 12—15 дней. Позднее [Назаров Л. У, с соавт., 1972; Карапетян Н. Ф., 1972] было предложено затягивать лигатуру на операционном столе,

R Demner (1948) практиковал многоэтапное рассечение сфинктера путем одновременного проведения нескольких лигатур[^] которые поочередно затягивали каждые 10—15 дней! А. А. Заремба (1974), E. Stern (1950), Н. Kunz (1950), J. Littmann (1969) также проводили несколько лигатур и поочередно затягивали их через 5—6 дней. P. J. Deshpand, O. R. Sharma (1973) возродили метод Цельса: перед операцией обрабатывали нить специальным едким раствором и тем самым ускоряли процесс ее прорезывания.

В настоящее время распространен вариант лигатурного метода Генеля, з'помянутый в 1938 г. Я- М. Волошиным. Свищевой ход иссекают до сфинктера и на оставшуюся перемышку тканей накладывают лигатуру. Эта операция в различных модификациях с успехом применялась E. Milligan и: С. Morgan (1934), W. B. Gabriel (1936—1949), A. Hart (1948), A. Voly (1949), S. Eisenhommer (1966).

-• Лигатурный метод лечения свищей прямой кишки широко пропагандируется в основном зарубежными хирургами, в России он был введен И. Г. Карпинским (1879)* однако достаточного распространения не получил, так как считают, что он весьма груб и не дает удовлетворительных функциональных результатов. Следует заметить, что выводы многих противников метода основаны на сравнительно небольшом материале. Так, В. Р. Брайцев (1952) сообщает о 10 операциях, из которых одна осложнилась рецидивом свища и 3 — нарушением функции сфинктера, А. И. Коган (1961) наблюдал соответственно 3 и 2 таких осложнений (на 53 операции). Н. В. Блинкичев (1972) подытожил многолетний опыт клиники, руководимой А. М. Аминым (93 наблюдения): в отдаленные сроки были выявлены рецидивы в 19,3% и ослабление функции жома заднего прохода в 30,7% случаев. По мнению автора, показания к лигатурному методу должны быть ограничены. По сборной статистике А. М. Ами-

нева (1973), суммировавшего данные 14 авторов о более чем 1000 оперированных лигатурным методом, рецидивы выявлены у 13,3%, недостаточность жома—у 8,3%—

Противниками лигатурного метода выступают R Stelzner (1959), J/ C Goligher (1961), H. Pichtmaier (1964).

Следует подчеркнуть, что результаты лечения во многом зависят от правильного определения локализации внутреннего отверстия свища, сроков затягивания и прорезывания лигатуры, способа ведения операционной раны. Этими обстоятельствами объясняется разница в исходах лечения свищей прямой кишки лигатурным методом у отдельных авторов,

В последние годы интерес к лигатурному методу лечения сложных свищей прямой кишки в нашей стране возрос. Им с успехом пользуются С. И. Воронихин (1965), И. М. Грабченко с соавт. (1969), А. К. Покалис, К- А. Бремзе (1966, 1969), А. В. Сачков (1969), В. В. Бухтеев с соавт* (1975), И, Ф. Годлерский с соавт. (1975). Особый интерес представляет модификация, которая состоит в одномоментном затягивании лигатуры во время операции и ушивании раны с оставлением отверстия для оттока отделяемого [Карапетян Н. Ф., 1972; Назаров Л. У, с соавт., 1972, 1973; Дроздова В. Н. с соавт., 1974]. Эта методика дала возможность снизить частоту рецидивов до 7% и недостаточности анального жома до 6%, Иссечение свища с проведением и одномоментным затягиванием лигатуры рекомендуется при особо сложных свищах, когда другие операции невыполнимы.

ПРОЧИЕ ОПЕРАЦИИ

В эту группу мы относим вмешательства, которые не получили достаточного распространения.

Ушивание внутреннего отверстия свища упоминается в литературе с 1903 г. (Rotter), Подкупающая своей простотой операция оказалась малоэффективной: у трети больных наблюдались рецидивы.

Инвагинация свища в просвет кишки была предложена F. König в 1903 г. Свищевой ход выделяют до стенки кишки и отсекают; культю инвагинируют в просвет кишки и перевязывают, на дно раины накладывают швы, По опыту отдельных авторов исходы этой операции не отличаются от исходов ушивания внутреннего отверстия свища.

Метод был модифицирован В. И. Юхтиным (1971): после инвагинации культи свищевого хода, внутреннее отверстие иссекают со стороны просвета кишки и ушивают П-образным и кисетным швом, который покрывают перемещенной слизистой оболочкой. Сообщено о 42 операциях, из них 17 — по поводу сложных свищей; рецидивов не наблюдалось.

Превращение сложного экстрасфинктерного свища в простой подслизистый свищ без рассечения мышечной ткани было описано R. H. Barnes в 1913 г. Свищевой ход выделяют до стенки кишки, отсекают и ушивают. В подслизистом слое до внутреннего отверстия свища проделывают тоннель, в котором в последующем формируется свищевой ход. Последний отсекают по зонду через 3—4 нед после первой операции. H. Backhaus (1925) перемещал в подслизистый тоннель выделенный до стенки кишки периферический участок свищевого хода, а наружную часть раны ушивал наглухо; в последующем свищ отсекали по зонду» A. Vogel (1943) отсекал перемещенный свищевой ход проведенной через него лигатурой. А. М. Аминев (1973) сообщил о 26 операциях, выполненных по описанной методике: из 24 оперированных» прослеженных от 1 до 4 лет,, рецидивы обнаружены у 7. К преимуществам операции автор относит возможность изменения сложного свища без повреждения сфинктера, к недостаткам — ограниченность ее применения,

В. П. Капитан (1969, 1973) предложил иссечение свищевого хода с поэтапным рассечением сфинктера каждые 10—12 дней и рыхлым заполнением раны тампоном. Среди 150 больных с чрессфинктерными и экстрасфинктерными свищами, обследованных в отдаленные сроки после операции, излечение установлено у 99,7%. Автор считает, что правильно выполненное частичное или полное пересечение сфинктера при сложных прямокишечных свищах создает благоприятные условия для заживления послеоперационной раны и не сказывается на функции сфинктера.

Пластическое закрытие свищей мышечным лоскутом с" успехом выполнено А. А. Абражановым (1911) у 2 больных, страдавших свищами прямой кишки. Распространения метод не получил. В 1920 г» L Moszkowicz разработал способ иссечения свища с подшиванием выкроенных кожных лоскутов к дну раны, для того чтобы уменьшить ее размеры и способствовать эпителизации с

краев. Подобные операции применяли Я. М. Волошин (1938), W. A. Fansier (1956), А. М. Аминев (1973) справедливо указывает, что одна только пластика раны кожными краями не ведет к устранению дефекта в стенке кишки и поэтому может быть применена лишь как вспомогательный этап операции после закрытия внутреннего отверстия свища» Кожную пластику при иссечении сложных свищей прямой кишки использовали отдельные специалисты. Однако трудоемкие пластические операции не получили широкого распространения: наряду с высокой оперативной техникой они предусматривают тщательную предоперационную санацию гнойных очагов, так как активный воспалительный процесс может свести на нет усилия хирурга.

Глава III КЛАССИФИКАЦИЙ ПАРАПРОКТИТА

Разноречивость данных о результатах лечения парапроктитов во многом связана с отсутствием общепринятой классификации.

Осложнения и рецидивы после операций по поводу острого и хронического (свищи прямой кишки) парапроктита обусловлены неполными сведениями или неверными представлениями о клинических формах и анатомо-морфологических особенностях процесса. Без знания патогенеза заболевания, четкого представления о локализации гнойника и типе свища в каждом конкретном случае нельзя правильно решать вопросы лечения; Таким образом, классификация парапроктита, имеет принципиальное значение, так как должна отражать современные представления об этиологии и патогенезе заболевания, своеобразии его клинических форм и служить опорой для установления клинического диагноза и выбора оптимального метода лечения.

Предложено много классификаций свищей прямой кишки по самым различным признакам. И. Е. Васон (1945) различает свищи простые (имеющие внутреннее и наружное отверстие), сложные (разветвленные, глубоко расположенные) и осложненные (сообщающиеся с другими органами), А. J. Cantor (1946) рассматривает полные и неполные свищи передней, задней и боковой крипты И. Н. Улановский (1951) выделяет простые, сложные и подковообразные свищи. А. И. Когон (1961) подразде-

ляет простые (неразветвленные) свищи прямой кишки на прямые, дугообразные и крючкообразные, сложные (разветвленные) — на дихотомические, Т- и И-образные. Эти классификации не получили достаточного распространения, так как не дают ясного представления ни о сущности процесса, ни о его клинико-анатомических особенностях.

Классификации свищей прямой кишки, основанные на рентгенологических находках при фистулографии, предложены многими авторами.

А. Б. Хейфиц (1937) делит свищи следующим образом: 1) короткие, крючкообразные, расположенные сбоку от прямой кишки; 2) длинные, расположенные в сагиттальной плоскости и заканчивающиеся вверху слепым мешком; 3) разветвленные* охватывающие" прямую кишку с разных сторон к сообщающиеся с ней.

Наиболее удачную, на наш взгляд, классификацию, основанную на рентгенологических признаках, предложил Х. К. Туйджайов (1973).

I. Подкожно-подслизистые свищи: а) короткие; б) длинные; в) разветвленные.

II. Чрессфинктерные свищи: а) разветвленные; б) неразветвленные.

III. Экстрасфинктерные свищи: а) разветвленные; б) неразветвленные.

IV. Неполные внутренние свищи: а) глубокие; б) неглубокие. ^

V. Неполные наружные свищи.

Анатомический подход к делению свищей прослеживается в классификациях E. Melchior (1910), R. Cöz (1930), C. Chiricesco (1928), F. Gross (1930). Выделяли две группы свищей: подкожно-подслизистые (но затрагивающие сфинктер) и ишиоректальные (проходящие через сфинктер). В 1934 г. E. T. C. Milligan и C. N. Morgan предложили классификацию, основанную на расположении свищевого хода по отношению к анальному кольцу; 1) подкожные и подслизистые; 2) высокие и низкие аналные; 3) аноректальные. Эта классификация до настоящего времени принята в европейских странах. Некоторые авторы выделяют интралеваторные (ишжзрктальные) и супралеваторные (пельвиоректальные) свищи [E. S. R. Hughes; 1957; F. Stelzner, 1959; H. Pichlmaier, 1964; I. C. V. Inberg, 1965; A. G. Parks, 1969].

Наиболее широкое распространение получило деление свищей по отношению свищевого хода к волокнам сфинктера [А. И. Рыжих, 1956; А. М. Аминев, 1958; G. B. E. Simonetti, 1954; F. Stelzner, 1962; E. Schima, 1964; D. R. A. Gorriz et al., 1965].

В нашей стране приняты классификации А. И. Рыжиха и А. В. Аминева.

Классификация Рыжиха:

I. По этиологическому признаку выделяют неспецифические и специфические (туберкулезные, сифилитические, актиномикотические) хронические парапроктиты.

II. По отношению к просвету прямой кишки свищи бывают: а) полные, б) неполные внутренние.

III. По отношению к наружному сфинктеру свищи: а) локализуются внутри от сфинктера — полкржно-подслизистые или интрасфинктерные; б) проходят через толщу сфинктера — чрессфинктерные; в) огибают сфинктер снаружи — свищи высокого уровня или экстрасфинктерные.

IV. По характеру и направлению хода отличают: а) простые свищи — при прямом свищевом ходе; б) сложные — при изогнутом, извилистом и ветвистом ходе.

Классификация Аминева:

I. По этиологическим и патогенетическим признакам различают свищи: 1) врожденные; 2) приобретенные: а) травматические, б) симптоматические, в) воспалительные, г) опухолевые,

II. По характеру инфекции; 1) вульгарные парапроктиты; 2) анаэробные парапроктиты; 3) специфические парапроктиты (туберкулезные, сифилитические, актиномикотические),

III. По анатомическим признакам 1. В зависимости от отношения к просвету кишки: А* Полные. В. Неполные: а) внутренние; б) наружные. 2. В зависимости от отношения к наружному сфинктеру: А, Расположенные внутри от сфинктера. Б, Чрессфинктерные, В. Внесфинктерные, 3. В зависимости от первичной локализации воспалительного процесса: А. Подкожные. Б, Подслизистые. В. Седалищно-прямокишечные, Г. Тазово-прямокишечные. 4. В зависимости от расположения наружных и внутренних свищевых отверстий: А. Кожные. Б. Маргинальные. В. Отверстие открывается на переходной кайме» Г. Отверстие открывается в одной из крипт, Д. Отверстие открывается выше крипты.

IV. По рентгенологическим данным: 1. Простые — прямолинейные. 2. Сложные: а) спиральные, опоясывающие, б) ветвистые, в) с наличием полостей и бухт,

V. По клиническому течению: 1. Острый парапроктит. 2. Хронический парапроктит: а) со свищами; б) без свищей; в) рецидивирующий.

Эта, бесспорно, подробная классификация в то же время самая громоздкая из всех предложенных. Даже сам автор указывает на это и предлагает к ней еще одну «рабочую» состоящую из трех групп,

1. По отношению свищевого хода к просвету кишки: а) полные, б) неполные.

2. По отношению свища к наружному сфинктеру и направлению гнойного хода: а) простые, проходящие внутри от сфинктера; б) чрессфинктерные, проходящие через толщу сфинктера; в) сложные, огибающие сфинктер снаружи; г) ректовагинальные.

3. Простые (интрасфинктерные и чрессфинктерные) и сложные (экстрасфинктерные),

В 1973 г. на XXV международном съезде проктологов G. Sumikoshi с соавт. предложил классификацию с изображением свищевого хода в виде кривой» имеющей 3 измерения. Все свищи делятся на 4 группы.

•I. Свищевой ход проходит в пространстве между слизистой оболочкой, кожей и внутренним сфинктером.

II. Свищевой ход проходит между внутренним и наружным сфинктером.

III. Экстрасфинктерный интралеваторный свищевой ход.

IV. Экстрасфинктерный супралеваторный свищевой ход,

Свищи, относящиеся к I и II группе, в свою очередь делятся на высокие и низкие (по отношению к зубчатой линии); III группа свищей делится на одно- и двусторонние. Если свищевой ход извилистый и имеет затёки, то свищ называется осложненным.

В 1976 г. A. G. Parks с соавт. опубликовали классификацию свищей прямой кишки, основанную на тех же принципах, но гораздо более подробную. Авторы подразделяют свищи на 4 основные группы.

I. Интрасфинктерные — свищевой ход разветвляется в клетчатке внутри от сфинктера. Эти свищи называют низкими — анальными. Это наиболее часто встречающиеся свищи.

2. Трансфинктерные — свищевой ход проходит через наружный сфинктер на различных уровнях в ишиоректальную ямку.

3. Супрасфинктерные — свищевой ход проходит внутри от сфинктера над верхней границей лоино-прямокишечной мышцы, затем вниз, через леваторы в ишиоректальную ямку и на кожу,

4. Экстрасфинктерные. — свищевой ход проходит от кожи промежности через жировую клетчатку ишиоректальной области и леваторы в прямую кишку. Он полностью расположен снаружи от наружного сфинктера прямой кишки.

Каждая группа имеет свои варианты направления, ветвления, затеков и сообщений с соседними органами. Очевидна громоздкость этой классификации к невозможность ее использования для определения хирургической тактики. Кроме того, вызывает сомнение утверждение авторов о том, что почти все свищи прямой кишки возникают в связи с какой-либо патологией в интрасфинктерной зоне. Тем самым как бы нивелируется значение внутреннего отверстия свища — входных ворот инфекции.

Принципиально важным пунктом приведенных классификаций остается отношение свищевого хода к мышцам анального жома. Большинство авторов, относя к простым свищам ядкожно-подслизистые и чрезсфинктерные, выделяют группу сложных свищей, куда включает все экстрасфинктерные. Чрезвычайное разнообразие экстрасфинктерных свищей, обусловленное особенностями ветвлений свищевого хода, различной локализацией внутреннего отверстия свища, степенью выраженности

рубцов, активностью и распространенностью воспалительного процесса, весьма затрудняют их лечение. Рецидивы заболевания после операций по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки возникают у 15—30% больных [Блинничев Н. М., 1972; Яковлев Н. А., 1973; Аминев А. М*, 1973; Desphand P. G., Sharma O, R., 1973; Sumikoshi G. et al., 1974, и др.], а недостаточность анального жома — у 4,9—33% больных [Сачков А. С, 1967, 1969; Заремба А. А., 1974; Pichlmaier H., 1964; Sarles J. C, Isman H., 1973, и др.]. По-видимому, следует согласиться с мнениями авторов, утверждающих, что основная причина неудач хирургического лечения сложных свищей прямой кишки заключается в том, что не учитывается специфика каждого свища [Когон А. Р, 1962; Карапетян Н. Ф*, 1972; Назаров Л. У, с соавт., 1973; Trompson H. R> 1969]. В связи с отсутствием критериев в выборе метода операции при сложных свищах прямой кишки предпринимались попытки классифицировать экстрасфинктерные свищи. Выделялись подковообразные, внутримышечные, множественные и другие разновидности ветвления [Безлуцкий Г, С, Безлуцкий П. Г., 1974; Coughlin B. D, 1954; Eisenhammer S., 1954, 1958; Stelzpeg Fe-i 1959; Gabriel W. B., 1963; Inberg K. R., 1965; Lilius H. G., 1968],

Eisenhammer S. (1966) выделял четыре вида сложных свищей: 1) состоящие из одного ствола; 2) состоящие из двух стволов; 3) состоящие из двух стволов — проксимального и дистального; 4) состоящие из одного проксимального ствола, М₊ Б- Баркан (1970) выделял три типа сложных свищей в зависимости от разветвленности свищевого хода: 1) сложные боковые свищи с множественными наружными отверстиями на одной стороне анальной и ягодичной области; 2) подковообразные свищи; 3) сложные свищи с двусторонними множественными наружными отверстиями.

Более обоснованное деление приводят Н. Ф. Карапетян (1972) и Л. У. Назаров с соавт. (1972, 1973). Они разделяют свищк на три группы по локализации и величине внутреннего отверстия, по ширине, направлению и разветвленности свищевого хода и по наличию и локализации гнойных полостей.

Сложные свищи объединяются экстрасфинктерным расположением свищевого хода. Однако этим не исчерпывается морфологическая характеристика патологического процесса в тканях при данном виде хронического парапроктита. Наряду с множеством возможных вариан-

тов ветвлений свищевых ходов имеется еще много факторов, влияющих на исходы лечения. К ним относятся величина и локализация внутреннего отверстия свища, активность и распространенность воспалительного процесса, степень развития рубцов, характер течения заболевания, предшествующие вмешательства.

Авторы данной работы провели клинко-статистический анализ хирургического лечения 672 больных с экстрасфинктерными свищами. Были изучены ближайшие и отдаленные результаты различных операций в зависимости от пола и возраста больных, особенностей течения и продолжительности заболевания, частоты обострений, характера осложнений, наличия рубцовых и воспалительных изменений в тканях промежности и таза, особенностей свищевых отверстий и разветвлений, количества и особенностей предшествовавших оперативных вмешательств. Установлено, что такие факторы, как пол и возраст больных, локализация внутреннего отверстия свища, количество наружных отверстий, длина и ширина свищевого хода, не оказывают влияния на исходы лечения. Продолжительные заболевания, обострения и рецидивы, повторные безуспешные хирургические вмешательства по поводу острого парапроктита и свищей оказывают косвенное влияние на исходы лечения, так как после них образуются дополнительные рубцы и гнойные полости в параректальных клетчаточных пространствах. Существенное влияние на результаты хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки оказывают: 1) ширина внутреннего отверстия свища; 2) рубцовые изменения в стенке прямой кишки вокруг внутреннего отверстия свища; 3) наличие воспалительных инфильтратов гнойных полостей и затеков в околопрямокишечных клетчаточных пространствах. При отсутствии рубцов вокруг внутреннего отверстия рецидивы встретились у 2,1% прослеженных, при наличии таких рубцов — у 6,2%, соответственные данные в зависимости от отсутствия или наличия воспалительного процесса в параректальной клетчатке инфильтратов или гнойных полостей составили 1>6%,

Таким образом, экстрасфинктерные свищи представляют наиболее сложный вид хронического парапроктита* характерной особенностью которого является наличие рубцового процесса в стенке кишки вокруг внутреннего отверстия и воспалительного процесса в параректальной

клетчатке. Если при интрасфинктерных и трансфинктерных свищах рубцовые и воспалительные изменения в стенке кишки и клетчаточных пространствах таза встречаются относительно редко, то при экстрасфинктерных свищах они имеют место как правило.

Клинический анализ привел нас к необходимости выделения 4 групп свищей, резко отличающихся друг от друга по результатам лечения в зависимости от признаков, усугубляющих их сложность. Мы различаем четыре степени сложности экстрасфинктерных свищей.

К I степени сложности относятся свищи с узким внутренним отверстием без окружающего рубцового процесса гнойников и инфильтратов в параректальных клетчаточных пространствах (27,1% больных) (рис. 6,1).

К II степени сложности относятся свищи с узким или широким внутренним отверстием, с рубцовой тканью вокруг него, но без воспалительных изменений в параректальной клетчатке (16,3% больных) (рис. 6,11).

К III степени сложности относятся свищи с узким внутренним отверстием без рубцового процесса вокруг; но с наличием гнойно-воспалительных изменений в параректальных клетчаточных пространствах (23% больных) (рис. 6,12).

К IV степени сложности относятся свищи с широким внутренним отверстием, окруженным рубцами, и с воспалительными инфильтратами или гнойными полостями в околопрямокишечных клетчаточных пространствах (31,8% больных) (рис. 6,13).

С увеличением степени сложности свища частота рецидивов заболевания возрастает (соответственно I и IV степени) от 1,8 до 7,2%, а недостаточность анального жома — от 2,1 до 7,9%. В этой связи встает вопрос о выборе способа операции при различных клинических формах парапроктита.

На основании опыта НИИ проктологии была принята относительно простая и удобная в практическом отношении классификация парапроктита.

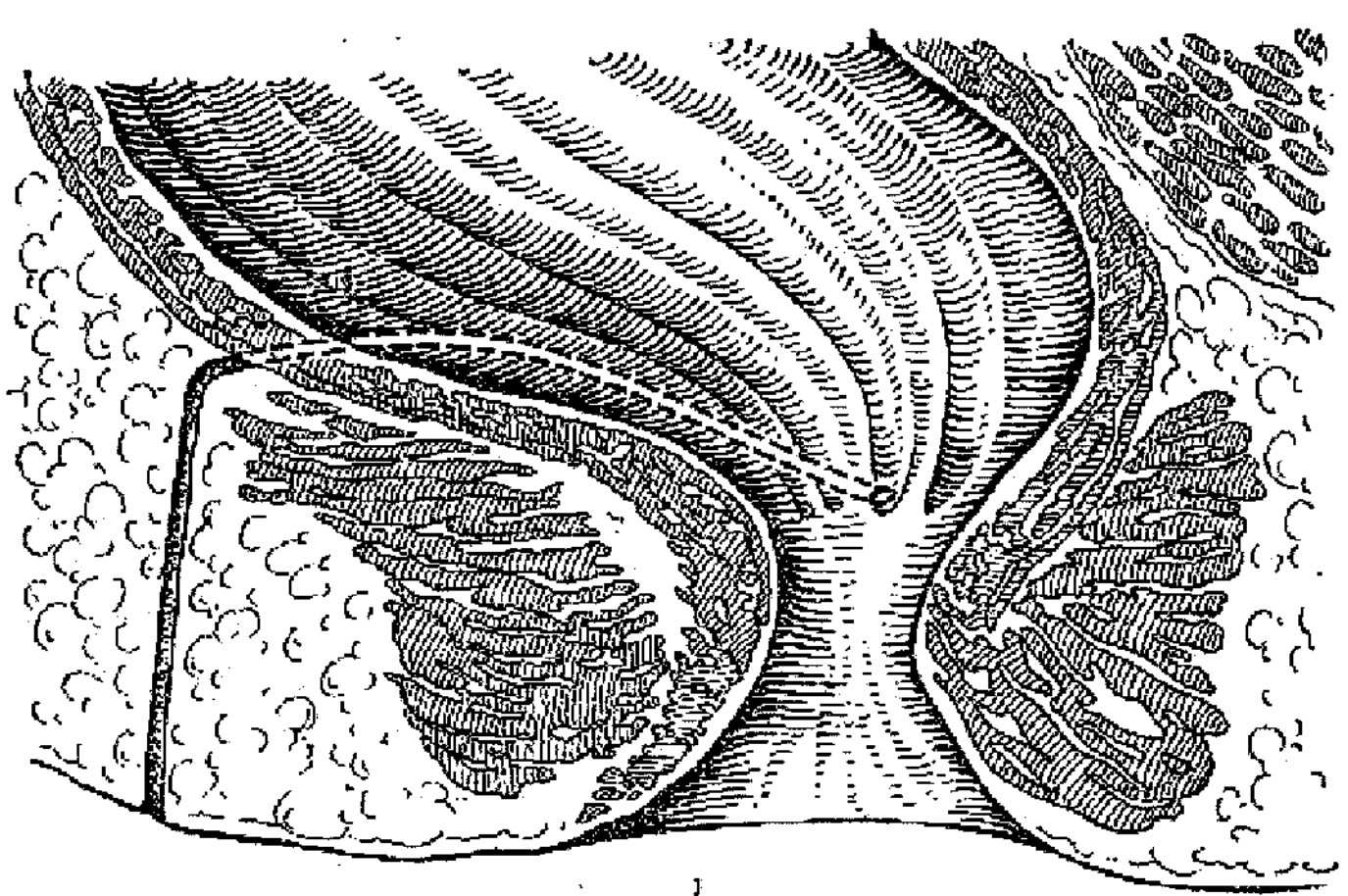
I. По этиологическому признаку парапроктиты делят на банальный, специфический и посттравматический*

II. По активности воспалительного процесса — на острый, инфильтративный и хронический (свищи прямой кишки).

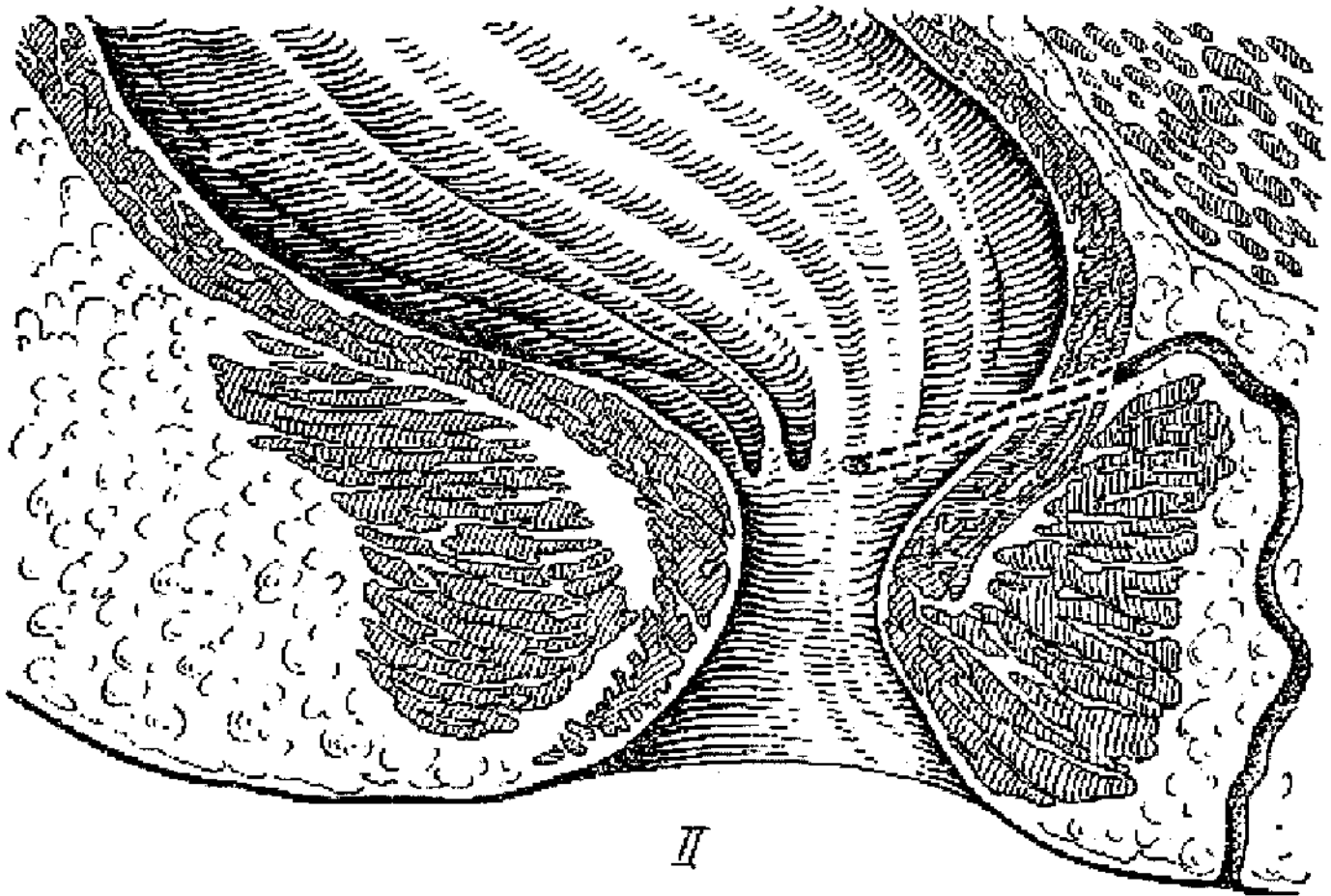
III. По локализации гнойников, инфильтратов, затеков — на подкожный и подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретро-ректальный.

IV. По расположению внутреннего отверстия свища — на передний, задний, боковой.

V. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера — на интрафинктерный (подкожно-подслизистый), трансфинктерный, экстрасфинктерный {I—IV степени сложности),



I

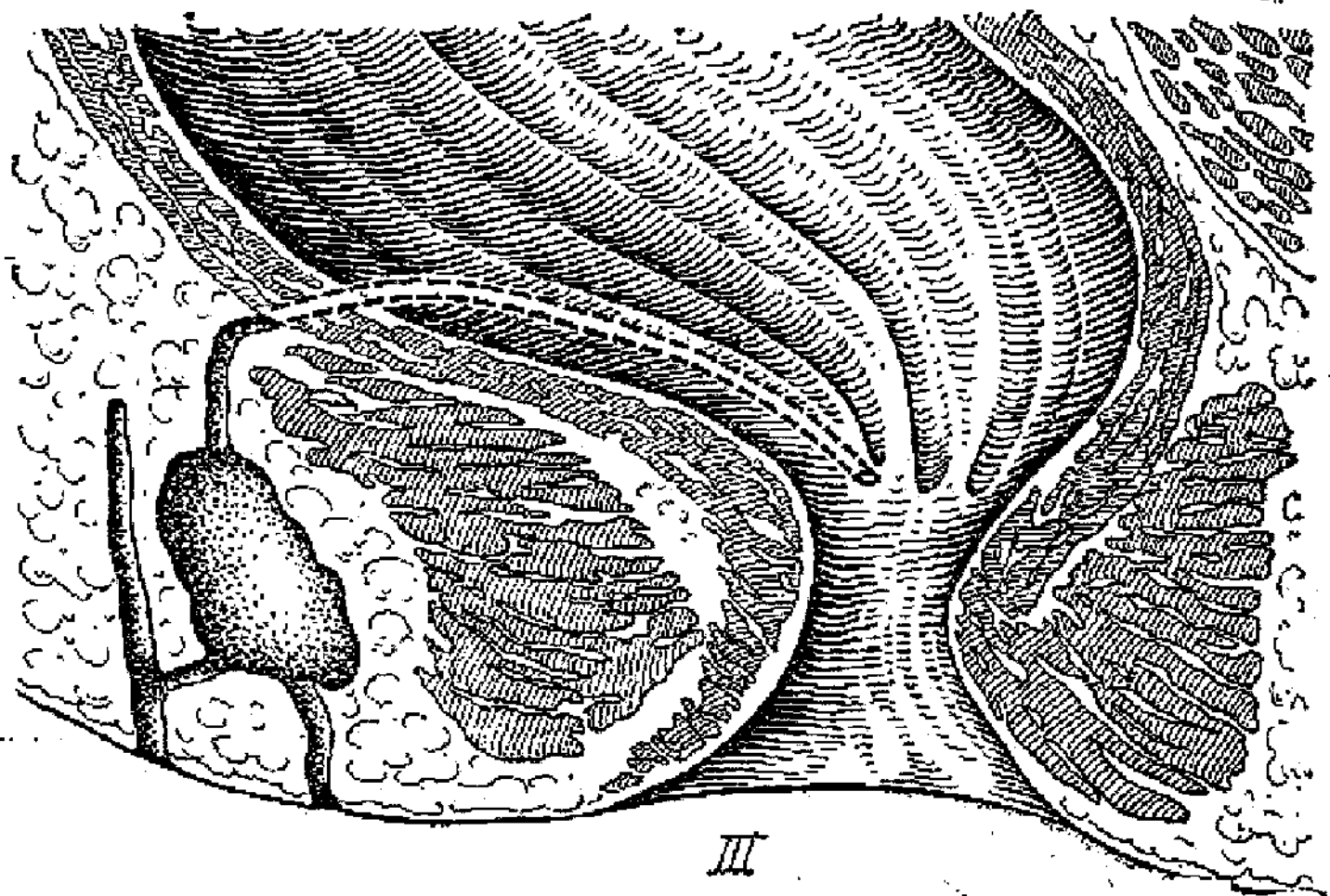


II

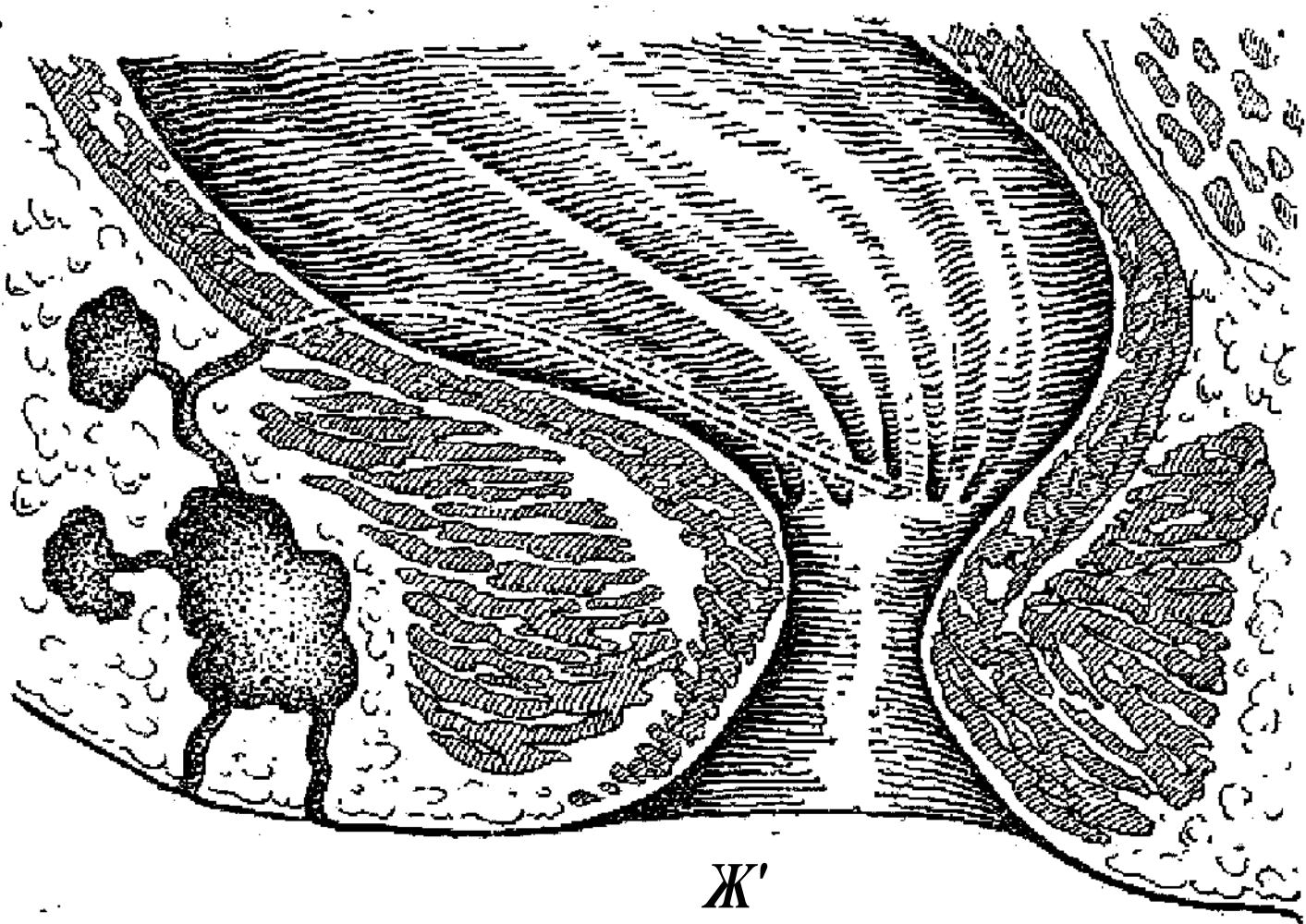
Рис. 6* Экстрасфинктерные сенщи I — IV степени сложности.

Предложенная классификация парапроктита дает возможность легко ориентироваться в характере и распространенности процесса* позволяет точно сформулировать развернутый клинический диагноз и является основой для выбора рационального способа лечения*

Вопрос о классификации парапроктита имеет принципиальное значение, поскольку отражает современные



III



Ж'

Представления об этиологии, патогенезе и своеобразии клинических форм заболевания, Классификация служит опорой для установления клинического диагноза и выбора оптимального метода лечения. Характер гнойного процесса, топографоанатомические взаимоотношения свищевого хода (его разветвлений и затеков) с мышцами анального жома, прямой кишкой и параректальными

клетчаточными пространствами обуславливают большое разнообразие клинических форм парапроктита* В этих условиях способ хирургического лечения должен быть сугубо индивидуализирован. Выбор метода операции основывают на пяти признаках, разбираемых в рекомендуемой классификации.

Глава IV ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

КЛИНИКА

Острый парапроктит возникает в результате проникновения инфекции из прямой кишки через внутреннее отверстие свища. В редких случаях острый парапроктит развивается путем распространения инфекции с соседних органов или при внесении ее извне. В большинстве случаев острый парапроктит является острой стадией свища прямой кишки, так как с самого начала гнойник имеет более или менее четкое сообщение с прямой кишкой.

Заболевание, как правило, начинается остро. Вслед за коротким (не более 3 дней) продромальным периодом, выражающимся в недомогании, слабости, головных болях, появляются озноб, лихорадка и нарастающие боли в прямой кишке, промежности или в тазу. Это наиболее постоянные симптомы заболевания.

Клинические проявления острого парапроктита не отличаются разнообразием, однако степень выраженности симптомов зависит от локализации процесса, вида бактерий или их ассоциаций и реактивности организма. Порой в клинической картине преобладают общие симптомы, обусловленные интоксикацией, отстраняющие местные проявления болезни на второй план. Так бывает, когда воспалительный процесс распространяется в клетчаточных пространствах таза по типу флегмоны, не образуя локализованного гнойника. Нередко вторичные признаки заболевания — задержка стула, тенезмы, дизурические расстройства — могут затушевывать основные симптомы и направить диагностику по ложному пути. Однако в большинстве случаев местные симптомы парапроктита проявляются с самого начала заболевания и распознавание его не представляет трудностей.

В типичных случаях клинические проявления острого парапроктита весьма характерны. Больной отмечает нарастающие, вначале нелокализованные, боли в промежности и повышение температуры тела. С прогрессированием воспалительного процесса ухудшается общее состояние: нарастает слабость, недомогание, пропадает аппетит, появляется бессонница. Вечерами бывает озноб, ночью — усиленное потоотделение.

Если острый воспалительный процесс в параректальной клетчатке не проявляет тенденции к отграничению и протекает по типу флегмоны, возникают септические признаки. По мере локализации процесса и формирования гнойника интенсивность болей нарастает, они принимают пульсирующий характер и четко определенное распространение. В зависимости от активности воспалительного процесса и первичной локализации гнойника этот период заболевания может продолжаться от 2 до 10 дней. Затем, если не проводят адекватного лечения, воспаление распространяется на соседние клетчаточные пространства таза, происходит опорожнение гнойника в прямую кишку или прорыв гноя наружу, чаще всего на кожу промежности.

Прорыв гнойника в одно из соседних клетчаточных пространств клинически может проявиться кратковременным уменьшением болей и снижением температуры тела. Однако вслед за непродолжительным улучшением состояние больного ухудшается вновь и симптомы заболевания становятся еще более выраженными.

Прорыв гнойника в просвет прямой кишки наступает в результате расплавления ее стенки при пельвиоректальных формах парапроктита и наблюдается довольно редко. Чаще гной опорожняется в кишку по ходу свища, когда имеются большое внутреннее отверстие и короткий свищевой ход. Так образуется неполный внутренний свищ прямой кишки.

Прорыв гнойника на кожу сопровождается, как правило, улучшением общего состояния. При достаточно широком оттоке стихают боли; температура снижается до субфебрильной. Однако при самопроизвольном вскрытии гнойника дренирование обычно бывает недостаточным и выздоровление идет очень медленно.

Прорыв гноя наружу может появиться после инфицирования соседних клетчаточных пространств таза. По-видимому, в ряде случаев распространение гноя идет

по линии наименьшего сопротивления и до момента опорожнения гнойника воспаление успевает охватить обширные участки тканей, поразив не только жировую клетчатку соседних полостей, но и мышцы тазового дна, сфинктера и стенку прямой кишки» Поэтому при установлении диагноза необходима экстренная операция, приостанавливающая распространение гнойного процесса.

Если прорыв гнойника на кожу и формирование свища прямой кишки при остром парапроктите — явление обычное и наблюдается примерно в 70% случаев при самопроизвольном вскрытии абсцесса, то распространение воспалительного процесса на соседние клетчаточные пространства или опорожнение гноя в полость прямой кишки выше зубчатой линии происходит редко и относится к серьезным осложнениям. Воспалительные поражения нескольких клетчаточных пространств таза усугубляют процесс и омрачают прогноз. Гнойное расплавление стенки прямой кишки открывает возможность широкого распространения инфекции. В этой ситуации невозможно предотвратить попадание кала* в параректальную клетчатку.

Мы не встречались с прорывом гнойника в забрюшинное клетчаточное пространство, в брюшную полость и мочевыводящие пути, а также не отмечали, распространения гнойного процесса на кости таза при банальных формах острого парапроктита. Тем не менее такие осложнения возможны.

Вслед за вскрытием гнойника может быть три исхода заболевания: 1) формирование свища прямой кишки (хронический парапроктит); 2) появление рецидивирующего парапроктита с более ИЛИ менее частыми обострениями воспалительного процесса; 3) выздоровление.

По литературным данным процент перехода острого парапроктита в хронический колеблется от 25 до 77% [Рыжих А. НУ Боброва А. Г., 1956; Когон А. И., 1962; Стручков В. И., 1966; Goliger J., 1974, и др.]. В формировании свища основным является остающееся открытым после вскрытия гнойника внутреннее отверстие свища. После дренирования полость гнойника быстро спадается и рана в течение 172—2 нед почти полностью заживает. На коже чаще всего остается незакрывшимся маленькое отверстие диаметром не более 0,5 см. Это — наружное отверстие свища, из которого периодически появляются су-

кровичные или гнойные выделения. При достаточно широком свищевом ходе из него могут выделяться газы и даже фекалии. Через сформированное внутреннее отверстие свища поддерживается постоянное инфицирование раневого канала, расположенного между внутренним и наружным отверстиями. Заращение или закупорка наружного отверстия свища рубцом или грануляционными тканями при открытом внутреннем отверстии может привести к обострению воспалительного процесса. Временное закрытие внутреннего отверстия ведет к ремиссии, в этот период выделения из свища прекращаются, а свищевой ход и наружное отверстие облитерируются. Больной считает себя выздоровевшим. Период благополучия может продолжаться месяцами, а иногда и годами. Затем процесс активизируется и свищ снова начинает функционировать.

Когда после вскрытия острого парапроктита внутреннее отверстие свища прикрывается грануляциями или непрочным рубцом поверх эпителиальной выстилки, наступает более или менее продолжительная ремиссия* Нежный поверхностный рубец в анальном канале легко травмируется; внутреннее отверстие открывается и появляются условия для повторного инфицирования клетчатки. Если острый воспалительный процесс возникает на фоне уже имеющихся свищей, то такую форму заболевания принято называть хроническим рецидивирующим парапроктитом [Рыжих А. Н., 1956; Аминев А. М., 1973]."

В ряде случаев приступ острого парапроктита заканчивается, на первый взгляд, полным выздоровлением: выделения гноя прекращаются, рана заживает без образования свища, температура тела нормализуется. Но спустя какое-то время возникает новый приступ с характерными для острого парапроктита клиническими проявлениями. Такую форму заболевания принято называть острым рецидивирующим парапроктитом [Рыжих А. Н., 1956]. По сборной статистике А. Н. Рыжиха, у 30,5% больных острым парапроктитом были повторные (от 1 до 10) обострения гнойного процесса, Автор наблюдал больного с 55 приступами острого парапроктита в анамнезе. Интервалы между рецидивами могут быть самыми различными: от 1—1¹/₂ мес до 1—5 лет. Нередко очередное обострение заболевания заканчивается формированием стойкого свища прямой кишки,

Генез острого рецидивирующего парапроктита, по-видимому, тот же, что и хронического рецидивирующего парапроктита. В его основе — временное несовершенное закрытие (заживление) внутреннего отверстия.

Третий вариант исхода острого парапроктита — полное выздоровление. Примерно в 40% случаев вскрытие гнойника заканчивается клиническим выздоровлением. Это происходит в тех случаях, когда гнойный процесс разрушает ворота инфекции, полость абсцесса хорошо дренируется еще до образования затеков и на месте внутреннего отверстия формируется прочный рубец. Такой исход чаще всего наблюдается при подкожной и подслизистой формах парапроктита,

ДИАГНОСТИКА

Особенности течения острого парапроктита, или его клинические формы, определяются расположением гнойного процесса в параректальных клетчаточных пространствах. Так же как большинство отечественных и зарубежных авторов, мы выделяем подкожный, подслизистый, седалищно-прямокишечный, тазово-прямокишечный и позадипрямокишечный парапроктит.

Подкожный парапроктит — самая частая форма заболевания (50% всех видов острого парапроктита), при которой появляются и быстро нарастают боли в промежности, у заднего прохода. Одновременно повышается температура тела, достигая по вечерам 38—39°C. Температурная реакция сопровождается ознобом. Боли носят острый, пульсирующий характер, усиливаются при движении, перемене положения тела, напряжения брюшного пресса, при кашле, дефекации. Отмечается задержка стула, а при расположении гнойника спереди от ануса — дизурические расстройства.

Кожа промежности на стороне поражения становится гиперемированной, радиальная складчатость у заднего прохода сглаживается. Постепенно увеличивается выбухание кожи, часто имеющее шарообразную форму*. Если гнойник располагается в непосредственной близости от ануса, последний деформируется; анальный канал становится щелевидным, иногда зияющим. В этих случаях больные отмечают недержание газов и жидкого кала, подтекание слизи.

Пальпация вызывает резкую болезненность, Примерно в половине случаев определяется флюктуация. Однако ее отсутствие при описанной клинической картине отнюдь не указывает на то, что еще не наступило абсцедирование: флюктуация — довольно поздний и непостоянный симптом при остром парапроктите.

Пальцевое исследование прямой кишки весьма болезненно. Однако осторожное введение пальца по стенке анального канала, противоположной расположению гнойника, вполне возможно. При этом удается определить верхнюю границу воспалительного инфильтрата, сглаженность анального канала. Инструментальные исследования при подкожной форме острого парапроктита резко усиливают боль и могут даже вызвать шоковую реакцию, кроме того, они малоинформативны. Мы не рекомендуем производить аноскопию, исследование кишки зеркалом, ректороманоскопией при остром парапроктите, если эти исследования могут усилить боли. При необходимости дополнительных данных эти исследования могут быть выполнены под наркозом на операционном столе.

Примерно в 10% наблюдений поверхностно локализованные гнойники имеют подострое течение. Болевая реакция выражена не резко, температура повышается до субфебрильной. При осмотре и пальцевом исследовании вблизи анального канала определяется ограниченный инфильтрат, обычно не превышающий 5 см в диаметре.

Диагностика острого подкожного парапроктита основывается на характерных жалобах, данных осмотра промежности и пальцевого исследования прямой кишки. Дифференцировать данную форму заболевания следует с седлишно-прямокишечным парапроктитом. Обычно подкожные гнойники располагаются не выше гребешковой линии. Стенки кишки выше уровня анального канала при этой форме парапроктита эластичны, Только при распространении гнойного процесса на ишиоректальную клетчатку при пальцевом исследовании выявляются инфильтраты за кишкой, выбухания стенок кишки. Однако чаще бывает наоборот: ишиоректальные парапроктиты распространяются на подкожную клетчатку.

Подслизистый парапроктит встречается в 1,9—6,3% случаев парапроктита [Тараний В* А., 1972; Аминева А. М., 1973; Заремба А. А., 1974], Это наиболее легкая

форма парапроктита, протекающая с субфебрильной температурой и нерезко выраженными болями в прямой кишке, усиливающимися при дефекации,

В течение первой недели гной обычно прорывается в просвет кишки и заболевание заканчивается выздоровлением. В редких случаях гной может распространиться в межмышечное пространство между наружным и внутренним сфинктером, и тогда процесс протекает с выраженным болевым синдромом.

Внешние проявления подслизистого парапроктита обнаруживаются» если гной опускается ниже гребешковой линии и переходит на подкожную клетчатку. В это время отмечается отек соответствующей полуокружности ануса. При пальцевом исследовании прямой кишки вначале выявляется округлое, тугоэластическое образование, расположенное под слизистой оболочкой над гребешковой линией. При распространении воспалительного процесса на межмышечное пространство определяются утолщение стенки кишки, расплывчатые очертания и нечеткие границы воспалительного инфильтрата, расположенного в ней*

Некоторые авторы [Таранин В. А., 1972; Заремба А* А., 1974; Parks A. G., 1977] выделяют межмышечные абсцессы в отдельную форму парапроктита. Мы полагаем, что в этом нет особой необходимости, так как, по-видимому, патогенетически этот вид парапроктита возникает из подслизистого, имеет аналогичные с ним клинические проявления и требует одних и тех же хирургических пособий.

Диагностика подслизистого и межмышечного парапроктита не представляет трудностей и основывается на жалобах (тупые боли в прямой кишке, субфебрильная температура) и данных пальцевого исследования прямой кишки (выбухание в просвет кишки, гнойника из-под слизистой оболочки, уплощение и инфильтрация одной из ее стенок),

Седалищно-прямокишечный парапроктит встречается в 35—40% всех острых парапроктитов. Заболевание, как правило, вначале развивается постепенно, начинаясь ухудшением общего состояния, познабливанием, слабостью, нарушением сна. Затем появляются неотчетливая тяжесть и постоянные тупые боли в прямой кишке или в тазу. К концу первой недели состояние больного значительно ухудшается: быстро повышается темпера-

тура до 39—40°С, появляется озноб. Боли становятся острыми, пульсирующими, усиливаются при дефекации, резких движениях. При локализации воспалительного процесса в зоне предстательной железы, мочеиспускательного канала наблюдаются дизурические расстройства.

Реже заболевание развивается медленно, без заметного ухудшения общего состояния.

Внешние признаки острого ишиоректального парапроктита проявляются к концу первой недели. Вначале кожные покровы не изменены, затем появляется некоторая отечность, иногда припухлость» вслед за которой — легкая гиперемия кожи промежности. Эти симптомы свидетельствуют о переходе воспалительного процесса на подкожную клетчатку. В этот период глубокие тупые боли в тазу сменяются острыми болями, характерными для подкожного парапроктита. Наибольшей интенсивности они достигают при распространении воспалительного инфильтрата на мышцы сфинктера.

При пальпации промежности в первые дни не удается определить каких-либо признаков заболевания. Только с появлением отечности; и гиперемии кожи промежности ткани становятся тестоватыми, пастозными, но и тогда болезненность при обычной пальпации может отсутствовать. В это время появляется весьма характерный симптом — усиление (часто весьма значительное) глубоких болей в тазу при пальпации мягких тканей промежности толчкообразными движениями. При распространении воспаления на подкожную клетчатку пальпация промежности очень болезненна.

Ценные диагностические сведения могут быть получены при пальцевом исследовании прямой кишки. В самые ранние сроки удается выявить вначале уплощение и уплотнение стенки кишки выше анального канала, сглаженность складок на стороне поражения. К концу первой недели заболевания воспалительный инфильтрат оттесняет стенку кишки и выбухает в ее просвет. Отмечается повышение температуры в кишке.

Если воспалительная инфильтрация тканей захватывает предстательную железу и мочеиспускательный канал, пальпация их вызывает болезненный позыв на мочеиспускание.

Инструментальные методы исследования могут применяться только при отсутствии болевого синдрома,

если есть сомнение в диагнозе. Осторожная ректоскопия в начальных стадиях заболевания иногда позволяет обнаружить уплощение стенки кишки, гиперемию слизистой оболочки на участке, прилежащем к инфильтрату. При переходе воспаления на стенку кишки последняя становится ригидной» а складки слизистой оболочки грубыми, инфильтрированными. В запущенных случаях, при опорожнении гнойника в просвет кишки можно обнаружить перфорационное отверстие. Однако на высоте болей инструментальное исследование прямой кишки и анального канала противопоказано.

Диагностика острого ишиоректального парапроктита основывается на клинической картине развивающегося заболевания, данных глубокой пальпации промежности и пальцевого исследования прямой кишки. Диагностика часто запаздывает из-за отсутствия в начале заболевания внешних признаков парапроктита, хотя в ранних стадиях заболевания при глубокой пальпации промежности толчкообразными движениями удается установить усиление болезненности в области таза. Пальцевое исследование через прямую кишку позволяет обследовать седалищно-прямокишечное пространство и выявить расположенные в этой области воспалительные инфильтраты и гнойники. Для ишиоректальной локализации воспаления, переходящего на кишку, характерна инфильтрация стенки: нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала тотчас выше гребешковой линии. Инфильтрация стенки кишки—довольно поздний симптом. Его может и не быть, если гной быстро распространяется на подкожную клетчатку и прорывается на кожу промежности,

Тазово-прямокишечный парапроктит — наиболее редкая и тяжелая форма острого парапроктита — составляет 1,9—7,5% общего числа наблюдений [Таранин В. А., 1972; Аминев А. М., 1973; Рыжих А. Н., 1956, и др.]. По мнению А. Г. Бобровой (1956), тазово-прямокишечный парапроктит чаще возникает не первично, а вторично в результате распространения инфекции из седалищно-прямокишечной ямки, при прорыве гнойника через мышцу, поднимающую задний проход.

Заболевание начинается исподволь. Медленно нарастает ухудшение состояния: лихорадка, озноб, голодная боль, тянущие боли в суставах. Нередко в этот период ошибочно диагностируется грипп или другие простудные

заболевания. Затем присоединяются тяжесть и неопределенные боли в области таза или в нижней половине живота. Боли могут полностью отсутствовать. Иногда они незначительны, иррадиируют в матку, мочевой пузырь, вызывая учащение мочеиспускания» не усиливаются при движении и дефекации. При постепенном развитии заболевания больные долгое время могут лечиться у урологов, гинекологов, терапевтов от колита, цистита, сальпингита и пр.

Продолжительность этого первого периода заболевания может составлять от 1 до 3 нед или растянуться на несколько месяцев, если воспалительная инфильтрация пельвиоректальной клетчатки не разрешается абсцедированием. С появлением абсцесса заболевание принимает острое течение; тупые боли в прямой кишке и в области таза, сопровождающиеся интоксикацией, гектическая температура, задержка стула, которую сменяют тенезмы, наконец, прорыв гноя и образование свища. По характеру клинического течения в поздних стадиях пельвиоректальный парапроктит аналогичен ишиоректальному.

Внешние признаки острого пельвиоректального парапроктита появляются только при распространении гнойного процесса на ишиоректальную, а затем и на подкожную клетчатку. Это происходит не ранее 2—3-й недели от начала заболевания. К этому времени в процесс уже вовлечены клетчаточные пространства противоположной стороны таза. При этой локализации гнойника часто возникает подковообразный парапроктит.

Если происходит гнойное расплавление стенки прямой кишки, образуется высокий свищ, через который гнойник опорожняется в просвет кишки. Примерно за неделю до этого больной отмечает болезненные тенезмы, выделение слизи с прожилками крови в испражнениях. Сочетание ЭТИХ СИМПТОМОВ С повышением температуры тела дает повод заподозрить дизентерию — такие больные иногда попадают в инфекционные отделения. Улучшение состояния в связи с уменьшением болей в прямой кишке, падением температуры наступает, когда очередная дефекация сопровождается выделением гноя с испражнениями» Прорыв гнойника в прямую кишку наиболее вероятен при пельвиоректальной форме парапроктита,

В начальных фазах заболевания симптоматика на*

столько неспецифична, что зачастую не дает повода для исследования прямой кишки пальцем или ректоскопом. Между тем именно в этот период только внимательное исследование кишки позволяет выявить начальные признаки пельвиоректального парапроктита: болезненность одной из стенок среднеампулярного или верхнеампулярного отдела прямой кишки, тестоватой консистенции инфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за ее пределами. В более поздних стадиях определяется утолщение кишки, оттеснение ее извне, а в поздних — вздутие в просвет эластичной, иногда флюктуирующей опухолью, над которой слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной. Верхний полюс пельвиоректального гнойника или воспалительного инфильтрата обычно не достигается пальцем.

При ректороманоскопии в ампулярном отделе слизистая оболочка на участке, прилежащем к инфильтрату, гиперемирована, бархатиста, сосудистый рисунок приобретает сетчатое строение. При вздутии инфильтрата в просвет кишки слизистая оболочка над ним становится гладкой/ лишенной складок, ярко красного цвета, легко и обильно кровоточит при дотрагивании тубусом ректоскопа. В некоторых случаях при продолжительном развитии процесса появляется сужение на уровне инфильтрата и при ректороманоскопии обнаруживается щелевидная или циркулярная стриктура просвета кишки. В поздние сроки в случае опорожнения гнойника в просвет прямой кишки при ректороманоскопии можно обнаружить уровень и протяженность поражения ее стенки.

Пельвиоректальное расположение гнойника, пограничное с брюшной полостью, в некоторых случаях может вовлечь тазовую брюшину в реактивный воспалительный процесс. Клинически нагноение забрюшинной клетчатки проявляется болями в нижних отделах живота, иногда сопровождающимися симптомами раздражения брюшины. Боли в животе» напряжение мышц передней брюшной стенки могут симулировать острый аппендицит. Мы наблюдали больного, которому был поставлен диагноз «острый аппендицит» и во время операции из разреза в правой подвздошной области был вскрыт пельвиоректальный абсцесс.

Больной Г., 45 лет, поступил с жалобами на гнойные выделения из свища на передней брюшной стенке. Год назад обратился к врачу

с жалобами на боли внизу живота. В больнице по месту жительства был экстренно оперирован с диагнозом «острый аппендицита». По вскрытии брюшной полости обнаружен неизменный червеобразный отросток, однако в забрюшинной жировой клетчатке таза выявлено скопление гноя. Брюшная полость была ушита, гнойник дренирован дополнительным разрезом в правой подвздошной области*. Послеоперационный период осложнился флегмоной передней брюшной стенки, отмечались боли в промежности, выделения гноя из прямой кишки. На передней брюшной стенке сформировался гнойный свищ. В НИИ проктологии больной обратился по поводу продолжающихся гнойных выделений из прямой кишки. При обследовании выявлено воронкообразное внутреннее отверстие свища в задней полуокружности анального кайала, при фистулографии установлено наличие длинных свищевых разветвлений в ретроректальной и пельвиоректальной клетчатке. Одно из свищевых разветвлений сообщалось с наружным свищевым отверстием в передней брюшной стенке. Выполнено вскрытие и дренирование ишиоректальных и пельвиоректальных затеков из полулунных разрезов на промежности, проведение лигатуры через внутреннее отверстие свища. Свищевой ход на передней брюшной стенке выскоблен. Послеоперационное течение гладкое; раны промежности зажили вторичным натяжением, свищевой ход на передней брюшной стенке облитерировался. Больной осмотрен через 2²/₃ года: здоров.

Диагностика острого пельвиоректального парапроктита основывается на жалобах больного и данных исследования прямой кишки. Первые проявления парапроктита с отсутствием локальной симптоматики обычно не дают объективных данных для диагноза. Опорой в диагностике может быть только повышение температуры и небольшие боли в области таза. Лишь пальцевое исследование прямой кишки может выявить *locus morbi*. Чем больше времени прошло от начала заболевания, тем более отчетливы данные, получаемые при пальцевом исследовании прямой кишки.

Дифференциальная диагностика должна быть проведена с ишиоректальным парапроктитом, нагноившейся параректальной кистой и абсцессом дугласова пространства. На одной из стадий заболевания клиника пельвиоректального и ишиоректального парапроктита может быть идентичной. Это период, когда расплавляется участок *m. levator ani* и воспалительный процесс распространяется на соседнее клетчаточное пространство. Однако если этого еще не произошло, данные пальцевого исследования прямой кишки могут пролить свет на локализацию инфильтрата или гнойника. При ишиоректальной локализации процесса пальцем удастся обвести все образование и обследовать все его границы, при пельвиоректальной — верхняя граница не достигается,

В первый период заболевания, до появления признаков абсцедирования, иногда трудно определить характер инфильтрата в параректальной клетчатке. Нечеткость контуров, отсутствие выраженной болезненности при исследовании, неподвижность образования наводит на мысль об опухолевом процессе. В этом случае большую помощь клиницисту может оказать рентгенологическое исследование и пункционная биопсия. Иногда на обзорной рентгенограмме таза, которая должна проводиться после обязательной подготовки кишечника клизмами, могут быть выявлены включения на фоне более или менее интенсивной тени инфильтрата. Этот симптом характерен для кистозного и особенно для тератоидного образования параректальной клетчатки, которое при нагноении может дать симптоматику, аналогичную парапроктиту. Сомнения решает пункционная биопсия.

Дифференциально-диагностические различия между пельвиоректальным парапроктитом и абсцессом дугласова пространства обнаруживаются при тщательном сборе анамнеза. Формированию дугласова абсцесса предшествует, как правило, заболевание органов брюшной полости (червеобразного отростка, желчного пузыря, желудка или двенадцатиперстной кишки, паховых лимфатических узлов, женской половой сферы) или хирургические вмешательства по поводу этих заболеваний.

Приводим примеры.

Больной А., 46 лет, поступил с жалобами на наличие свищей с гнойным отделяемым в промежности и на передней брюшной стенке. Болей в течение года. Заболевание началось с острого парапроктита, был экстренно вскрыт гнойник со стороны промежности. Через 3 мес вновь оперирован по поводу острого парапроктита. После операции сформировался свищ с умеренным гнойным отделяемым. Больной стал отмечать боли в левой подвздошной области. Длительно лечился по поводу пахового лимфаденита» был вскрыт гнойник в левой паховой области, расцененный как нагноившийся лимфаденит. После операции сформировался свищ, в НИИ проктологии диагностирован задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки с пельвиоректальным затеком у дренирующимся в левую паховую область. После подготовки произведено иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование пельвиоректальной полости, после чего отмечались постепенное уменьшение полости, облитерация свищевого хода в паховой области. Рана зажила вторичным натяжением. Осмотрен через 8 мес; практически здоров.

Больной А., 27 лет» поступил с жалобами на выделения гноя из свища в области промежности. Болен в течение 1 1/2 лет. Заболевание началось с болей и припухлости в области промежности. За медк-цнткжой помощью обратился через 9 дней с жалобами на умеренные боли в области таза, повышение температуры тела до 38—38,5°С,

Был госпитализирован в районную больницу, где в течение двух суток проводилась активная противовоспалительная терапия. Затем появились боли внизу живота и больной был оперирован по поводу острого живота. В забрюшинной клетчатке таза был обнаружен гной. С предположительным диагнозом «внебрюшинный разрыв прямой кишки» произведено дренирование иараректальной клетчатки двумя разрезами в области промежности и наложение двухствольной сигмостомы. Рапы зажили, в промежности сформировался свищ прямой кишки. Впоследствии больной поступил ДЛИ лечения заднего экстрасфинктерного свища прямой кишки с иельаиоректальным затеком и сообщением этого затека с прямой кишкой на уровне ампулярного отдела прямой кишки. Выполнена операция — иссечение евка, вскрытие и дренирование пельвиоректального и ретроректального затеков, проведение лигатуры. Послеоперационный период протекал благоприятно. Рапа промежности зажила, свищ ликвидировался. В ампулярном отделе отключенной прямой кишки оставалось незажившим вторичное отверстие, образовавшееся вследствие прорыва пельвиоректального гнойника в прямую кишку. В послеоперационном периоде, а также после ВЫПИСКИ больного проводились лечебные микроклизмы в течение 4 мес. При контрольном рентгенологическом исследовании нарушений целостности прямой кишки не выявлено, произведено виутрибрюшное закрытие сигмостомы. Больной осмотрен через 2 года: практически здоров.

А. М. Амиев (1973) придает большое значение бимануальному и бидигитальному исследованию через прямую кишку и влагалище. По его наблюдениям, «при бимануальном исследовании через прямую кишку и брюшную стенку у больных с абсцессом малого таза свести — сопоставить концы исследующих пальцев через толщу тканей никогда не удается. Если при бимануальном исследовании через прямую кишку у мужчин и через влагалище у женщин удастся свести — сопоставить концы пальцев хотя бы не по средней линии, а в боковых отделах таза, то нужно считать, что у больного не абсцесс дугласова пространства, а тазовопрямокишечный паралроктит»,

Позадипрямокишечный парапроктит мы считаем разновидностью тазово-прямокишечного.

Позадипрямокишечное пространство ограничено спереди стенкой прямой кишки, сзади — передней поверхностью крестца, вверху — тазовой брюшиной, снизу — заднепроходно-копчиковой связкой, куда конвергируют мышечные волокна, составляющие m. levator ani. Под*здошно-копчиковая мышца вместе с лобково-копчиковой и копчиковой образуют мышечную пластинку диафрагмы таза. Подздошно-копчиковая мышца направляется кзади вниз и вместе с одноименной мышцей противоположной стороны переходит медиальными пучками в заднепроходно-копчиковую связку. Справа и слева от кишки ретроректальное пространство свободно сообщается с пельвиоректальным. Отсюда столь частые при этой локализации гнойников двусторонние ^ (подковообразные) поражения пельвиоректальной клетчатки.

Учитывая анатомические данные, мы не можем согласиться с утверждением А. М. Аминева (1973) о том, что иозадипрямокишечный парапроктит является вариантом седалищно-прямокишечного или подкожного.

Ретроректальные гнойники встречаются в 1,7—2,8% всех наблюдений парапроктита [Рыжих А. И., 1956; Блинничев Н. М., 1972; Заремба А. А., 1974]. Особенностью проявлений этой формы парапроктита является выраженный болевой синдром, который отмечается с самого начала заболевания. Боли локализуются в прямой кишке и крестце, усиливаются во время дефекации и в положении сидя. Наружные признаки парапроктита появляются только в запущенных случаях, когда гной прорывается в кишку или через кожу промежности. В первом случае образуется дефект стенки кишки над гребешковой линией, коротким свищевым ходом соединяющий просвет кишки с полостью абсцесса, т. е. формируется сложный неполный внутренний свищ. Во втором случае расплавляется *m. levator ani* и гной распространяется под кожу промежности, предварительно проникнув в пельвиоректальное и ишиоректальное клетчаточные пространства.

Ценные диагностические сведения дает пальпация крестцово-копчиковой области и промежности, а также пальцевое исследование прямой кишки. Давление на копчик резко усиливает боли. При пальцевом исследовании определяется выбухание в области задней стенки прямой кишки, которое в зависимости от стадии процесса и сроков, прошедших от начала заболевания, может иметь различные размеры и разную плотность — от тестоватой до тугоэластичной. В отличие от кистозных и опухолевых образований воспалительные инфильтраты этой области всегда болезненны.

Дифференциальная диагностика ретроректального парапроктита проводится с кистозными, тератоидными и опухолевыми образованиями той же локализации, хордомами и другими опухолями крестца.

Не всегда легко отличить банальный острый парапроктит от нагноения пресакральной дермоидной кисты, бессимптомно существовавшей до нагноения. Нагноившаяся, но не опорожнившаяся киста не имеет связи с прямой кишкой, как это бывает при парапроктите. Цараректальный гнойник всегда имеет связь с прямой кишкой в области одной из морганиевых крипт (внутреннее

отверстие свища). Нагноившаяся киста может опорожниться в кишку, в этом случае свищевое отверстие обычно располагается вне зубчатой линии.

Не меньшие диагностические трудности возникают при необходимости отличить хронический индуративный воспалительный процесс в ретроректальной клетчатке от опухолевой инфильтрации. Форма, очертания, консистенция этих образований не дают убедительных аргументов для уточнения диагноза. Решающую роль могут сыграть наличие внутреннего отверстия свища в области одной из морганиевых крипт (что весьма характерно для парапроктита) и данные пункционной биопсии. Для парапроктита характерны острое начало, высокая температура, лейкоцитоз и данные пальцевого исследования прямой кишки.

Заболевания крестца, в том числе и опухолевые, протекающие с разрушением костной ткани, хорошо распознаются рентгенологическим методом.

ЛЕЧЕНИЕ

Операция должна быть выполнена тотчас после установления диагноза. Промедление с* вмешательством не только ухудшает состояние больного, но и омрачает прогноз» так как чревато опасностью распространения гнойного процесса по клетчаточным пространствам таза, разрушения мышечных структур сфинктера и тазового дна, стенки прямой кишки.

По нашему убеждению, операция должна выполняться яод наркозом в условиях стационара. 75% больных с острым рецидивирующим парапроктитом подверглись в прошлом вскрытию гнойников в поликлинике иод местной анестезией, Местная анестезия при воспалительной инфильтрации весьма чувствительных тканей промежности усиливает боли и не обеспечивает эффективного обезболивания, необходимого для выполнения радикальной операции, В лучшем случае удастся вскрыть и дренировать гнойную полость» Такое неадекватное вмешательство нельзя признать целесообразным.

Там, где имеется хирургический стационар, от врача поликлиники требуется экстренная госпитализация боль* ного острым парапроктитом.

Подготовка к операции должна занимать минимум времени. Если нет серьезных противопоказаний к операции со стороны сердечно-сосудистой системы (гипертонический криз, инфаркт миокарда, инсульт, сердечно-легочная недостаточность), т. е. состояний, требующих специальной коррекции, больному ставят очистительную клизму, сбривают волосы с промежности, после чего его подают в операционную.

Положение на операционном столе на спине, с ногами, согнутыми в коленных суставах и уложенными на подставки, тазом, выдвинутым за край стола. В этом положении мы выполняем все операции по поводу острого парапроктита и свищей прямой кишки (рис. 7).

Основные моменты операции при остром парапроктите: 1) вскрытие и дренирование гнойника; 2) ликвидация внутреннего отверстия свища, сообщающего полость гнойника с прямой кишкой.

Выбор метода операции зависит от локализации гнойника, внутреннего отверстия свища и расположения свищевого хода по отношению к сфинктеру. Другими словами, для выбора адекватной операции необходимо установить клиническую форму острого парапроктита/Точная топическая диагностика не всегда возможна до операции* Поэтому уточнение локализации и размеров гнойной полости, наличия затеков, степени поражения мышечного аппарата и стенки прямой кишки продолжается во время операции. Под наркозом в просвет кишки вводят ректальное зеркало и визуально обследуют анальный канал и нижеампулярный отдел кишки.

Пальцем-и на глаз определяют границы гнойника в параректальной клетчатке и воспалительной инфильтрации стенки кишки, отыскивают внутреннее отверстие свища. Если не удастся определить локализацию внутреннего отверстия, следует прибегнуть к прокрашиванию свища метиленовой синью [Таранин В. А., 1972; Заремба А. А., 1974]. С этой целью полость гнойника пунктируют толстой иглой, шприцем откачивают 2—3 мл гноя и по той же игле вводят 1—2 мл 1% раствора метиленового синего с 1 мл раствора перекиси водорода для скорейшего и эффективного прокрашивания всех карманов и затеков, гнойника, а главное—свищевого хода и внутреннего отверстия свища* Последнее выявляется по синему пят-



Рис. 7. Положение больного на операционном столе.

ну, хорошо заметному при осмотре анального канала с помощью зеркала.

Первый момент операции — вскрытие и дренирование тндйн-ика. Мы применяем два типа разрезов: радиальные и полулунные. Радиальный разрез наиболее часто выполняется при подкожных и подслизистых формах острого парапроктита, когда свищевой ход располагается кнутри от сфинктера. Такой разрез, рассекая свищевой ход, не травмирует волокна анального жома.

Полулунный разрез выполняется при ишиоректальных, пельвиоректальных и ретроректальных локализациях гойника.

Второй момент операции — ликвидация внутреннего отверстия свища. Выбор методики операции зависит от отношения свищевых ходов к волокнам сфинктера, Ишиоректальный парапроктит встречается при транссфинктериом и экстрасфинктерном ходе свища, Пельвиоректальный и ретроректальный парапроктит, как правило, бывают при экстрасфинктерном ходе свища,

Операции при остром подкожно-подслизистом парапроктите

В прямую кишку вводят ректальное зеркало. Производят разрез в радиальном направлении от гребешковой линии через анальную крипту на периаанальную кожную зону. Рассекают слизистую оболочку, гребешковую линию с внутренним отверстием свища, кожу церианальной области. Длина разреза зависит от протяженности воспалительной инфильтрации слизистой оболочки и кожи промежности. По глубине разрез тканей анального капала распространяется до мышечного слоя. Затем края разреза, нависающие над вскрытой гнойной полостью, захватывают клеммой Алиса и ножницами иссекают на всем протяжении от верхнего до нижнего угла раны. С особой тщательностью иссекают пораженную крипту вместе с внутренним отверстием свища. После иссечения краев рана принимает эллипсообразную форму. В рану промежности вводят мазевый тампон, в просвет прямой кишки — газоотводную трубку»

Другой вариант операции выполняется по методу Рыжиха и Бобровой. Отступя от края ануса не менее чем на 3 см, над абсцессом делают долулунный разрез длиной до 5 см. Гной эвакуируют. - Из раны в просвет кишки через внутреннее отверстие свища проводят желобоватый зонд. Свищевой ход рассекают по зонду. Кожу и слизистую оболочку иссекают в пределах треугольника, вершина которого находится в анальном канале, а основанием является разрез на коже промежности. Тщательно иссекают слизистую оболочку с пораженной морганиевой криптой в области внутреннего отверстия свища. Рану обрабатывают раствором перекиси водорода, 1% спиртовым раствором йода и вводят тампон с мазью Вишневского. В кишку вводят газоотводную трубку.

Операции при остром седалищно-прямокишечном парапроктите

Полулунным разрезом вскрывают гнойник. Длина и глубина разреза должны обеспечить полную эвакуацию гноя. Пальцем исследуют полость гнойника, разъединяют перемычки, раскрывают карманы. Указательный палец другой руки вводят в анальный канал и определяют внутреннее отверстие свища. Затем выясня-

ют направление свищевого хода. Двумя исследующими пальцами (со стороны кишки и со стороны раны) определяют 5'часть полости гнойника, ближе всего прилежащий к стенке кишки. Именно здесь чаще всего имеется сообщение с кишкой. Направление свищевого хода можно определить на глаз, если свищевой ход был предварительно покрашен метиленовым синим. Со стороны рапы в кишку через внутреннее отверстие свища проводят зонд или кончик зажима Бильрота (иногда это легче сделать со стороны кишки). Затем определяют толщину мышечных образований» расположенных между свищевым ходом, гнойной полостью, границами сфинктера и просветом кишки, Если это только часть жома заднегр прохода, а не вся его масса, т* е. имеется трансфинктерий свищ, свищевой ход может быть рассечен в просвете кишки по зонду или по зажиму Бильрота, Клиновидно иссекают внутреннее отверстие свища с соседними криптами, нависающие края слизистой оболочки и кожи, чтобы предотвратить слипание краев раны. Рану обрабатывают церекисью водорода и 1% спиртовым раствором йода, осушают и в полость вводят тампоны с мазью Вишневского. При правильном послеоперационном лечении раны функция сфинктера не страдает.

Если при вскрытии гнойника выясняется, что свищевой ход располагается экстрасфинктерно, т. е. между свищевым ходом и просветом кишки расположена вся толща мышц анального жома, могут быть выполнены два типа хирургических вмешательств: по Рыжиху и Бобровой или лигатурным методом.

Методика Рыжиха и Бобровой заключается в эвакуации гноя, широком дренировании гнойника и временном выключении функции анального жома путем дозированной сфинктеротомии через внутреннее отверстие свища. При этом обеспечивается не только покой ране, но и создаются условия для заживления рассеченного внутреннего отверстия свища прочным рубцом.

После эвакуации гноя и установления экстрасфинктерного хода свища в рану промежности временно вводят тампон с перекисью водорода. Затем в кишку вставляют ректальное зеркало, разводят его бранши и через внутреннее отверстие свища производят сфинктеротомию на глубину до 1 см. Разрез длиной 3 см в анальном канале и 1 см на коже промежности проходит перпендику-

лярно направлению мышечных волокон. Затем рану в кишке обрабатывают перекисью водорода и 1% спиртовым раствором йода. Операция заканчивается введением в кишку газоотводной трубки и тампона с мазью Вишневского. Рану промежности тампонируют с мазью Вишневского.

Лигатурный метод в последние годы полностью вытеснил операцию, включающую сфинктеротомию. Мы применяем несколько видоизмененную методику этой операции и неизменно получаем вполне удовлетворительные результаты.

После опорожнения, широкого дренирования гнойника и обнаружения экстрасфинктерного свища, соединяющего полость гнойника с прямой кишкой, мы продлеваем полулунный разрез кожи до средней линии кзади от ануса, когда внутреннее отверстие свища находится в задней крипте, или кпереди, когда это отверстие находится в передней крипте. Затем в рану промежности временно вводят тампон с перекисью водорода и приступают к обработке внутреннего отверстия свища со стороны просвета кишки. В анальный канал вставляют ректальное зеркало. Внутреннее отверстие свища окаймляют эллипсовидным разрезом, проникающим в глубину до мышечного слоя. Верхний угол раны в кишке находится примерно на 1 см выше внутреннего отверстия свища; нижний угол раны соединяется с медиальным углом промежностной раны. Слизистую оболочку в указанных пределах иссекают. Внутреннее отверстие свища тщательно выскабливают острой ложечкой и обрабатывают 1% спиртовым раствором йода. Затем из раны промежности извлекают тампон и через внутреннее отверстие свища с помощью зажима Бильрота проводят толстую шелковую лигатуру. Ее укладывают строго по средней линии впереди или позади анального канала (в зависимости от расположения внутреннего отверстия свища) и тонически затягивают. В кишку вводят газоотводную трубку и мазевой тампон. Рана промежности тампонируется с мазью Вишневского.

Операции при остром тазово-прямокишечном парапроктите

Гнойники, локализующиеся в пельвиоректальном пространстве, как правило, сообщаются с прямой кишкой сложным свищевым ходом, расположенным экстрасфинк-

терно. При данной локализации гнойника мы применяем два типа хирургических вмешательств: по Рыжиху и Бобровой и лигатурный.

Первый момент — вскрытие и дренирование гнойника:— осуществляется одинаково при той и другой методике. Полулунным разрезом на стороне поражения, отступя от края ануса не менее чем на 3 см, рассекают кожу, подкожную и ишиоректальную клетчатку. Ассистент широкими крючками разводит в стороны края раны и на дне ее обнажается нижняя поверхность диафрагмы таза (*m. levator ani*). Продольным разрезом рассекают мышечную ткань. Эта манипуляция должна выполняться под визуальным контролем. Если ее не удастся произвести на глаз, что бывает у тучных субъектов, расслаивание мышцы может быть осуществлено тупым путем — пальцем, браншами большого зажима Бильрота или корнцангом.

Рассечение или расслоение плоской и широкой мышцы, поднимающей задний проход, следует производить только в продольном направлении, так как при поперечном рассечении имеется опасность повреждения крупных артериальных и венозных стволов, располагающихся у стенок таза, над *m. levator ani*, точнее над *arcus tendineus*, и покрытых *lamina, parietalis fasciae pelvis*. Это ветви *a. и v* hypogastrica*, главные из них: *a. и v« obturatoria*, *aa. и vv. gluteae sup* и inf.*, *a. и v, pudenda int.*

Перед операцией в мочевой пузырь следует ввести толстый катетер, чтобы при вскрытии гнойника избежать повреждения мочеиспускательного канала.

Дренирование гнойника выполняется с таким расчетом, чтобы в глубине раны не оставалось карманов и отток был достаточным. С этой целью кожную рану расширяют, временно заполняют тампоном с перекисью водорода и приступают ко второму моменту операции.— обработке внутреннего отверстия свища.

Второй момент операции после дренирования гнойника мы выполняем по Рыжиху и Бобровой в тех случаях, когда не, удастся, достоверно выявить расположение внутреннего отверстия свища. В прямую кишку вводят ректальное зеркало и выполняют заднюю дозированную сфинктеротомию на глубину 1 см. Операцию заканчивают обработкой ран 1% спиртовым раствором йода и тампоной раны с мазью Вишневского.

Выполнение второго момента операции лигатурным

методом при пельвиоректальных гнойниках имеет особенности. Несмотря на то что гнойник находится высоко, под тазовой брюшиной, внутреннее отверстие свища всегда расположено ниже, на гребешковой линии. Свищевой ход прободает стенку кишки и направляется вверх от уровня верхней границы анального какала. Так как очень часто пельвиоректальные гнойники располагаются в непосредственной близости от стенки кишки, свищевой ход также проходит рядом со стенкой кишки. После вскрытия и дренирования гнойника необходимо с помощью зонда отыскать остатки свищевого хода и рассечь их до места сообщения с просветом кишки. После этого ход операции аналогичен описанному при седалищно-прямокишечном парапроктите. Рану промежности продлевают до средней линии. Со стороны просвета кишки эллипсоидным разрезом иссекают слизистую оболочку над внутренним отверстием. Последнее выскабливают острой ложечкой, через культю свищевого хода в стенке кишки проводят и тонически затягивают строго по средней линии толстую шелковую лигатуру. Раны прямой кишки и промежности тампонируют.

Мы не сторонники описанного в литературе метода вскрытия пельвиоректального парапроктита в просвет прямой кишки с рассечением всего сфинктера прямой кишки, так как это сопряжено с недостаточностью анального сфинктера. Ушивание сфинктера после его рассечения в условиях острого гнойного процесса чревато несостоятельностью швов и развитием грозных осложнений.

А. М. Аминев (1973) -является сторонником вскрытия пельвиоректальных гнойников в просвет кишки. Его возражения против промежностного доступа основаны на том, что разрез должен пройти через большую толщу тканей, тогда как от просвета кишки гнойник отделен только тонкой кишечной стенкой. Кроме того, по его мнению, образующийся после вскрытия в просвет кишки неполный внутренний свищ менее опасен, чем сложный свищ на коже промежности. Однако описанные выше операции направлены на радикальное излечение парапроктита, в то время как предложение А. М. Аминева носит паллиативный характер, так как при этом вмешательстве не ликвидируют внутреннее отверстие свища и ворота инфицирования параректальной клетчатки остаются открытыми. Помимо этого, в кишке появляется еще одно отверстие и формируется еще один свищ, который

зачастую не поддается излечению. Мы разделяем точки зрения С. П. Федорова (1922, 1928), который, комментируя случай парапроктита, указывал, что к тазово-прямокишечному гнойнику лучше пройти через толстый слой здоровых тканей со стороны кожи, нежели вскры* вать его со стороны просвета кишки, так как: 1) оперируя в темноте, нельзя сделать достаточной величины разрез; 2) очень неудобен дренаж абсцесса через всегда инфицированную полость прямой кишки; 3) всегда возможно образование высокого внутреннего прямокишечного свища.

Операции при остром ретрорентальном (пресакральном) парапроктате

Полость ретроректального гнойника чаще всего сообщается с просветом кишки через заднюю крипту. Первый момент операции — дренирование гнойника — может быть осуществлен двумя путями: из полулунного разреза справа или слева от средней линии (чтобы не пересекать заднепроходно-копчиковую связку) или из полулунного разреза по средней линии (с пересечением связки). Учитывая, что при этой локализации гнойника часто бывает двустороннее поражение параректальной клетчатки, мы отдаем предпочтение операции с пересечением связки, дающей больший обзор и обеспечивающей широкое дренирование ретроректального пространства. Этот разрез тем более целесообразен, что до операции трудно предвидеть распространенность воспалительного процесса.

Производят разрез кожи посредине между проекцией верхушки копчика и задним краем анального отверстия длиной до 5 см. Заднепроходно-копчиковая связка пересекается на расстоянии 1 см от верхушки копчика. Далее манипуляции выполняют тупым путем. Полость гнойника обследуют пальцем, при этом разъединяют соединительнотканые перемышки. После эвакуации гноя рану осушивают и обрабатывают перекисью водорода. Край раны, прилегающий к стенке кишки, с помощью крючка отводят и хорошо экспонируют заднюю стенку анального канала, окруженного мышцами сфинктера. Здесь отыскивают участок свищевого хода» ведущий в просвет кишки. На этом заканчивают первый момент операции. Рану временно тампонируют салфеткой, пропитанной перекисью водорода.

Второй момент операции — проведение лигатуры через внутреннее отверстие свища, В кишку вводят ректальное зеркало. Овальным разрезом слизистую оболочку, нависающую над внутренним отверстием свища, иссекают до мышечного слоя вместе с участком перианальной кожи на мобилизованном крае промежностной раны. Внутреннее отверстие свища тщательно выскабливают острой ложечкой, смазывают 1% спиртовым раствором йода. Удаляют тампон из промежностной раны и через внутреннее отверстие овита проводят толстую шелковую лигатуру, укладывают ее строго по средней линии поперек направлению волокон сфинктера и тонически затягивают. Ретроректальное пространство тампонируют с мазью Вишневского. В кишку вводят газоотводную трубку и мазевой тампон.

Лечение осложненных форм острого парапроктита

Мы описали способы хирургического лечения «чистых» форм острого парапроктита, которые встречаются примерно в 50—70% случаев; в 30—50% наблюдаются смешанные формы. Позднее обращение больных, запоздалая диагностика, промедление с оперативным вмешательством — вот причины появления осложненных форм заболевания,

Остановимся кратко на хирургической тактике при прорыве гнойника через кожу, распространении его на соседние клетчаточные пространства и самопроизвольном вскрытии гнойника в-полость прямой кишки.

Самопроизвольное вскрытие гнойника через кожу — обычно поздний симптом. Опыт показывает, что прежде чем гной находит выход через кожные покровы, он, распространяясь по линии наименьшего сопротивления, поражает параректальную клетчатку. Прорыв гноя наружу снимает остроту процесса, но при этом обычно распространение гноя по клетчаточным пространствам не прекращается, так как достаточного дренирования гнойника не происходит. Тактика хирурга в принципе не меняется: операция из экстренной становится срочной. Это дает возможность произвести перед вмешательством" фистулографию для определения за-теков.

Операций) выполняют под контролем метиленового синего-по принципам и методикам, описанным выше» Поражение соседних клетчаточных пространств при любой локализации гнойника — это естественное течение острого прогрессирующего гнойного процесса. При остром парапроктите подкожные формы часто сочетаются с подслизистыми и межмышечными, ишиоректальные гнойники часто проникают в подкожные жировые пространства к редко — в пельвиоректальные, пельвиоректальные гнойники распространяются в ретроректальные и ишиоректальные пространства. Эти особенности распространения гноя следует иметь в виду во время вмешательства по поводу острого парапроктита. Принципы операции при распространенных и комбинированных формах острого парапроктита остаются прежними: вскрытие и дренирование гнойника и его затеков; ликвидация внутреннего отверстия свища.

Особо следует остановиться на оперативном лечении острого подковообразного парапроктита. Подковообразное или двустороннее расположение гнойников при остром парапроктите связано с распространением гноя на параректальную клетчатку противоположной стороны таза. Легче всего инфицирование идет в подкожном жировом слое, а также по клетчатке пельвиоректального и ретроректального пространств, не имеющих анатомических преград проникновению гноя из одной половины в другую.

При подковообразной форме парапроктита гнойники могут располагаться не только в одноименных, но и в разных клетчаточных пространствах таза. В каждом случае основным гнойником следует считать тот, полость которого непосредственно сообщается с просветом прямой кишки свищевым ходом. Из этой полости воспалительный процесс распространяется на клетчаточные пространства противоположной стороны. Ход свища, ведущего из одной полости в другую, расположенную на противоположной стороне («дуга подковы»), может иметь различную длину и ширину и сообщать гнойники разноименных клетчаточных пространств таза (например, ишиоректальный с пельвиоректальным или подкожным)* -Отсюда большое разнообразие комбинаций локализации гнойников, направлений свищевых разветвлений и их отношения к сфинктеру при этой форме острого парапроктита.

Вмешательство должно начинаться с прокрашивания гнойника метиленовым синим с перекисью водорода*. Желательно начинать с вскрытия основного гнойника, имеющего сообщение с прямой кишкой. Так как объем вмешательства зависит от отношения свища к мышцам сфинктера, направления и локализации дуги подковы, операцию выгоднее начинать полулунным разрезом, который при необходимости может быть продлен в любом направлении. Опорожнив гнойник и сориентировавшись в направлении свища и его ответвлений, рану временно тампонируют салфеткой с перекисью водорода и выполняют аналогичное вмешательство на противоположной стороне. Точно так же опорожняют гнойник и производят ориентацию в направлении ответвлений свища и локализации гнойных затеков. Теперь, широко раскрыв гнойные полости, необходимо найти дугу подковы и свищевой ход, ведущий в кишку. Часто свищевой ход из кишки открывается в дугу подковы. Определяют отношение свища и дуги подковы к мышцам сфинктера. Если дуга расположена в подкожной клетчатке* ее рассекают по зонду. Точно так же поступают, если она располагается в пельвиоректальном пространстве. При этом пересекают заднепроходно-копчиковую связку. Однако ни в коем случае ради ликвидации сообщения между гнойниками обеих сторон не следует пересекать волокон анального жома.

Далее выясняют отношение свищевого йода, идущего из просвета прямой кишки, к мышцам сфинктера. При интрасфинктерном и трансфинктерном расположении свищевого хода его рассекают по зонду. Внутреннее отверстие свищи клиновидно иссекают с прилежащими криптами окружающей его избыточной слизистой оболочки, раны тщательно обрабатывают перекисью водорода и 1% спиртовым раствором йода и тампонируют длинными марлевыми лентами, пропитанными мазью Вишневского. В прямую кишку вводят газоотводную трубку,

Если свищевой ход расположен экстрасфинктерно, в прямую кишку вводят ректальное зеркало, слизистую оболочку вокруг внутреннего отверстия свища очерчивают эллипсовидным разрезом, верхний угол которого располагается на 1 см выше внутреннего отверстия, а нижний на коже сообщается с раной промежности. Слизистую оболочку иссекают до мышечного слоя, внутреннее

отверстие свища выскабливают острой ложечкой и через него проводят толстую шелковую лигатуру, ее укладывают строго по средней линии перпендикулярно волокнам сфинктера и тонически затягивают. Рану промежности тампонируют марлевыми лентами, пропитанными мазью Вишневского. В кишку вводят газоотводную трубку и мазевой тампон.

Тактика, при прорыве гнойника в просвет прямой кишки должна быть активной, поскольку полноценного дренирования в кишку не происходит*. Расширять рану в кишке мы считаем недопустимым по соображениям, изложенным в предыдущем разделе главы. Если оставить такого больного без лечения, могут возникнуть тяжелые осложнения в связи с большой вероятностью прогрессирования и распространения гнойного процесса по клетчаточным пространствам таза. Распространение гнойного процесса может идти и из гнойника, имеющего недостаточный отток. Новые вспышки парапроктита вполне вероятны, так как сохраняются сообщения параректальных клетчаточных пространств через первичное внутреннее отверстие свища в одной из морганиевых крипт и через вторичное отверстие в кишке» образовавшееся при прорыве гнойника.

Приводим пример*

Больной М., 44 лет, поступил с жалобами на незаживающую рану промежности, из которой выделяется кишечный газ и кал. Год назад в одной из районных больниц был экстренно оперирован по поводу острого парапроктита. Был вскрыт гнойник со стороны прямой кишки. В послеоперационном периоде отмечались постоянное повышение температуры до 38—39°C, интоксикация» в промежности появился гнойник, который был вскрыт через 10 дней после первой операции. После опорожнения гнойника больной стал отмечать выделение газов и кала из раны промежности. Диагностированы задний экстрасфинктерный свищ* большой дефект левой боковой стенки нижнеампулярного отдела и большая полость в левом ишиоректальном пространстве, которая дренируется через рану промежности. Произведено отключение прямой кишки с помощью двухствольной сигмостомы. Через 16 дней выполнена операция — вскрытие и дренирование ишиоректальной полости, иссечение экстрасфинктерного свища с проведением лигатуры. Послеоперационное течение без осложнений, рана промежности зажила» однако сообщение с нижнеампулярным отделом прямой кишки оставалось в течение полугода. Только через 8 мес после отключения кишки и ликвидации гнойных очагов в параректальных клетчаточных пространствах наступило заживление свища нижнеампулярного отдела прямой кишки, что позволило закрыть колостому.

Больной осмотрен через 2 года; практически здоров,

• Срочная операция состоит во вскрытии и широком дренировании гнойной полости через рану промежности и ликвидации внутреннего отверстия свища. Как правило, в данной ситуации имеет место пельвиоректальная локализация гнойника с экстрафнкнктерным расположением свищевого хода. Наиболее рациональным в этих случаях мы считаем лигатурный метод лечения.

При прорыве гнойника в кишку по ходу свища, когда гной опорожняется через широкое внутреннее отверстие в области одной из морганиевых крипт (неполный внутренний свищ), операция может быть выполнена в плановом порядке.

Послеоперационный период

Обезболивание необходимо осуществлять в течение ближайшей недели после операции. Мы назначаем Sol. Prbmedoli 2% — 1 мл; Sol. Analgini 50% — 1 мл; Sol. Ditnedroli 1% — 1 мл* по одной инъекции 4 раза в первый день/2—3 раза в следующие два — три дня и при необходимости по одной инъекции на ночь еще в течение 2—3 дней. Обезболивающие средства вводят* перед каждой перевязкой. Анальгезия в послеоперационном периоде дает отдых больному, сохраняет и восстанавливает его силы, обеспечивает покой раде, нормализует кишечную перистальтику, восстанавливает самостоятельное мочеиспускание. При этом больной становится более активным, что особенно важно для пожилых людей или лиц, страдающих легочно-сердечными заболеваниями.

Перевязки производят ежедневно. На следующий день после операции по газоотводной трубке в кишку шприцем вводят 2 мл жидкой мази Вишневского и трубку удаляют. Затем тампон, находящийся в кишке, смачивают снаружи перекисью водорода и также удаляют*. Кожу промежности вокруг ранц обрабатывают 2% спиртовым раствором йода. Под струей перекиси водорода постепенно из раны промежности извлекают тампоны. Рану обильно орошают раствором перекиси водорода и фурацилина, осушивают. В нее рыхло вводят тампон с мазью Вишневского, а в прямую кишку — мазевую турунду, препятствующую склеиванию краев раны в анальном канале.

Вторую перевязку производят па следующий день.

Под струей перекиси водорода извлекают туруиду из прямой кишки и тампон из раны промежности. Кожу обрабатывают 2% спиртовым раствором йода. Рану орошают раствором перекиси водорода и фурацилина и осушают. Кожу вторично обрабатывают йодом. Раны в анальном канале и промежности обрабатывают 1% спиртовым раствором йода, В рану промежности и в анальный канал вводят по узкому тампону с мазью Вишневского.

Последующие перевязки обеспечивают санацию раны растворами антисептиков и контроль за адекватным оттоком раневого отделяемого. Ежедневный контроль за течением раневого процесса дает возможность своевременно и целенаправленно применить для ускорения заживления антисептические и антибактериальные препараты» биостимуляторы, ферменты.

С 3-го дня после операции рану анального канала не тампонируют. Перевязка раны анального канала состоит в тщательном промывании ее раствором перекиси водорода и фурацилина/осушивании, обработке 1% спиртовым раствором йода, Д просвет кишки можно вводить жидкую мазь Вишневского, "" ~ " "

Мы широко пользуемся свечами следующего состава:
Ext. Belladonnae 0,015 г; Xefoformii 0,12 г; Noyocaini 0,14 г; Butyri Cacao 7 г. "" V

Рану промежности с 3-го дня после операции также не тампонируют, в нее вводят узкие турунды с гипертоническим раствором хлорида натрия, 5—10% мазью прополиса/При наличии некротических участков применяют протеолитические ферменты. Названные препараты применяют, как при лечении инфицированных ран/в зависимости от стадии раневого процесса. В случае необходимости высокие гнойные полости можно орошать через микроирригатор растворами антисептиков.

Лечение раны анального канала после операций, сопровождающихся сфинктеротомией, не отличается какими-либо особенностями. Следует лишь еще раз подчеркнуть, что введение в кишку тампонов и турунд прекращается с третьего дня после операции.

Лечение ран после операций с проведением лигатуры имеет следующие особенности; 1) необходимо следить, чтобы лигатура па всем протяжении от внутреннего отверстия в кишке до отверстия в ране промежности была видна и не зарастала грануляционной тканью; 2) зажив-

ление должно идти из глубины раны. Во время перевязок раны анального канала и промежности тщательно промывают растворами перекиси водорода и фурацилина, осушают. Кожу промежности и раневые поверхности обрабатывают 1% спиртовым раствором йода. Лигатуру пропитывают 5% спиртовым раствором йода. Зажимом Бильрота берут узел лигатуры и движением сверху вниз и кзади лигатуру перемещают в ложе и тем самым разрушают грануляции, нависающие над ней. Рану дренируют узкими турундами с гипертоническим раствором хлорида натрия и покрывают салфеткой с мазью Вишневского. На 5—7-й день после операции натяжение лигатуры ослабевает и ее нужно подтянуть» Узел развязывают и лигатуру вновь тонически затягивают. При такой методике рана к 10—12-му дню значительно суживается, а мостик тканей в лигатуре к этому времени истончается и по толщине не превышает 0,5—0,8 см» Если на 10—12-й день после операции не происходит самопроизвольного прорезывания лигатуры, этот мостик следует пересечь. Для этого после обычной обработки раны лигатуру развязывают. Со стороны раны в просвет кишки через внутреннее отверстие свища проводят кончик сомкнутых браншей малого зажима Бильрота и мостик пересекают. У больных с выраженной болевой реакцией эту манипуляцию можно выполнить под внутривенным наркозом. Рану обрабатывают перекисью водорода и 1% спиртовым раствором йода и на сутки тампонируют с мазью Вишневского. В последующем во время ежедневных перевязок производят такую же обработку ран. Рану в прямой кишке не тампонируют, нужно лишь следить, чтобы не произошло преждевременного слипания краев раны над незажившим дном, что может привести к формированию ложного свища.

Аналогичным образом выполняют перевязки после операции по поводу острого парапроктита при прорыве гнойника в просвет кишки. В дополнение к этим перевязкам раз в два дня кишку перед обработкой раны промывают раствором фурацилина или перманганата калия по системе двух трубок: одну из них вводят высоко в просвет кишки, другую ниже — за анальный канал. Антисептический раствор вводится шприцем по первой трубке и оттекает по второй.

Режим больного после операции по поводу острого парапроктита активный. После всех видов хирургиче-

ских вмешательств¹ больному разрешено подниматься с постели уже на второй день. Ограничения могут быть обусловлены стремлением избежать раннего позыва на дефекацию. Поэтому до 3—4-го дня после операции больному разрешается только вставать и ходить по палате, умываться, дойти до туалета, до перевязочной. С 4*го дня эти ограничения снимаются. Активное ведение больных в ближайшем послеоперационном периоде способствует восстановлению гемодинамики, объема дыхания, нормализует мочеиспускание, восстанавливает тонус организма.

Диета должна быть ограничена в первые трое суток бесшлаковыми продуктами, в последующие дни пищей, содержащей минимальное количество шлакообразующих продуктов. Разрешается неограниченное количество жидкости[>] исключая соки, компоты. Рекомендуются бульоны, яйца, творог, любое вареное нежирное мясо. С 4-го дня рацион можно постепенно расширять,["] добиваясь нормализации отпавлений кишечника. Запрещают на длительный срок (до 3 мес) острые блюда, пряности, приправы с перцем, луком, чесноком[>] консервы, спиртные напитки.

Задержка стула. Ежедневные перевязки позволяют защитить бактериально загрязненные раубі анального канала и промежности от дополнительного инфицирования. Однако при попадании кала на рану анального канала даже тщательные перевязки не всегда способны предотвратить инфицирование. С другой стороны, известно, что в ранах анального канала в промежности с 4-го дня после операции появляется грануляционный барьер, предотвращающий превращение бактериально загрязненной раны в инфицированную [Мартынова Т. Л., 1976]. Поэтому мы добиваемся задержки стула в ближайшие 4 сут после операции.

Если кишечник к операции готовят очистительными клизмами, а до и после операции назначают бесшлаковую диету и в ближайшие 4 сут соблюдается ограниченный режим, то при отсутствии диспепсических явлений назначения специальных медикаментозных средств для

¹ Исключение составляет группа больных с высоким отверстием в кишке после прорыва гнойника. Они должны соблюдать строгий постельный режим сроком до 10 дней, употреблять бесшлаковую* диету, в течение этого времени проводится медикаментозная задержка стула.

Задержки стула не требуется. Проведенные в НИИ проктологии исследования показали, что самостоятельный стул при этом бывает на 5—7-й день после операции [Мартынова Т, КЛ, 1976]. Только когда имеется склонность к жидкому или неустойчивому стулу (не более 5% наблюдений), назначают препараты, задерживающие дефекацию: 3 раза в день дают "настойку опия" (по 8 капель) с аскорбиновой кислотой (по 0,35 г) или норсульфазол (по 0,5 г) с левомецетином (по 0,5 г).

На 4-й день днем и на ночь назначают по 30 мл вазелинового масла, а на утро, если нет самостоятельного опорожнения кишечника, ставят очистительную клизму. После стула — общая ванна, перевязка. Перевязки должны производиться после каждой дефекации. С этого дня в порядке ведения больного желательна такая последовательность: стул, ванна, перевязка.

Регуляции дефекации в послеоперационном периоде мы придаем большое значение. Неустойчивый, нерегулярный и особенно неоформленный стул нарушает процесс заживления раны анального канала. Рана покрывается "фибринозным налетом" серого цвета, появляется воспалительная инфильтрация окружающих тканей, "Поэтому при жидком или неустойчивом стуле" назначают соответствующую диету, очистительные клизмы, лекарственные препараты.

- Медикаментозную терапию в послеоперационном периоде проводят по показаниям. Антибиотики применяют в первые 5 сут: они способствуют купированию острого воспалительного процесса/Мы пользуемся наиболее распространенной комбинацией "пенициллина (по 500000 ЕД 6 раз в сутки) со стрептомицином (по 500 000 ЕД 2 раза в сутки) в инъекциях. В дальнейшем при необходимости антибиотикотерапией учитывают данные Лбсева гнойного отделяемого и чувствительность бактерий к антибиотикам. Применение "седативных и тонизирующих средств, сердечно-сосудистых и гипотензивных препаратов, антисептиков и уросептиков строго регламентируется состоянием больного. Мы не назначаем эти препараты в профилактических целях,

ОСЛОЖНЕНИЯ

Расстройства мочеиспускания и дефекация, нагноение раны, повышение температуры — весьма специфические осложнения для такого рода вмешательств.

От правильной интерпретации этих осложнений зависит эффективность их лечения.

Кровотечение в первые сутки после операции может быть обусловлено недостаточно тщательным гемостазом во время операции и слишком рыхлой тампонадой раны промежности. Кровотечение на операционном столе обычно бывает незначительным и объясняется пересечением ветвей *a. haemorrhoidales inf.* — мелких стволов, направляющихся к анальному отверстию и сфинктеру. Значительное кровотечение может возникнуть при вскрытии высоких, пельвиоректальных гнойников путем рассечения мышцы, поднимающей задний проход. Здесь проходит, как правило, незначительная по величине *a. haemorrhoidalis media* из *a. pudenda int.* Однако она бывает довольно мощной, если отходит отдельным стволом от *a. hypogastrica*, и тогда лигирование представляет большие трудности. В конце операции мы производим тугую тампонаду раны, обеспечивающую надежный гемостаз.

При обильном промокании повязки кровью под наркозом производят ревизию раны с удалением из прямой кишки и раны промежности тампонов. Перевязку нужно проводить с помощником, который разводит рану крючками Фарабефа, Кровоточащие сосуды лигируют, тщательно выполняют тугую тампонаду промежностной раны. Выделение крови по газоотводной трубке указывает на кровотечение из прямой кишки. Обычно в этих случаях кровоточит край слизистой оболочки кишки. Ревизию ран анального канала и прямой кишки необходимо проводить с помощью ректального зеркала. Кровоточащий участок слизистой оболочки прошивают кетгутом. В кишку снова вводят газоотводную трубку, которая контролирует гемостаз.

Задержку мочеиспускания в ближайшем послеоперационном периоде могут обусловить: спазм сфинктера мочевого пузыря в ответ на операционную травму; спазм уретры при болевом синдроме; раздражение уретры в связи с воспалительной инфильтрацией парауретральной клетчатки; тугая тампонада раны; раздражение тампоном или газоотводной трубкой прямой кишки; непривычное положение (больной не может мочиться лежа). Профилактикой расстройств мочеиспускания является прежде всего щадящая хирургическая техника, осторожные манипуляции при вскрытии гнойников, расположенных

кпереди от кишки, с обязательным введением катетера в мочевой пузырь. Мы не видим необходимости вводить в кишку большие тампоны и широкие газоотводные трубки. Роль последних не столько в декомпрессии, сколько в контроле за гемостазом. В ближайшем послеоперационном периоде мы придаем большое значение эффективному обезболиванию и противовоспалительному лечению. Перечисленные моменты входят в комплекс мероприятий, направленных на профилактику послеоперационных осложнений со стороны мочевыводящих путей.

При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в день операции на ночь мочу выводят катетером. На утро следующего дня производят перевязку, из кишки извлекают тампон и газоотводную трубку, из раны промежности — тампоны. После соответствующей обработки рану тампонируют рыхло. Больному разрешают помочиться стоя. В редких случаях катетеризацию повторяют на второй день после операции. Хороший мочегонный эффект оказывает прием отвара листьев толокнянки (*Decoctio folii Uvae ursi* 10,0—180,0 — по 1 столовой ложке 5—6 раз в день). Для профилактики инфицирования мочевых путей в связи с катетеризацией мочевого пузыря назначают фурадонин (*Furadonini* 0,1 г по 1 таблетке 3 раза в день) или фурагин (*Furagini* 0,1 г по 1 таблетке 3 раза в день).

Температура тела в первые дни после операции обычно опускается до субфебрильной. При гладком послеоперационном течении субфебрилитет отражает раневой процесс. Иногда наблюдаются подъемы температуры из-за чрезмерной тампонады раны» затрудняющей отток. В ряде случаев высокие подъемы температуры бывают обусловлены всасыванием из кишки разлагающихся сгустков крови, не эвакуированных после окончания операции. Температура может повышаться при попадании экскрементов на раневые поверхности. Вечерние подъемы температуры в первые дни после операции скорее всего связаны с недостаточным дренированием гнойной полости или нераскрытым гнойником. Повышение температуры на 3—5-й день после операции может свидетельствовать об активизации и распространении воспалительного процесса или о нагноении раны.

Здесь мы останавливаемся только на местных осложнениях, связанных с самим вмешательством на прямой

кишке, и не рассматриваем других причин, ведущих к лихорадке (пневмонии, пиелоциетиты и пр).

Причины температурной реакции в ближайшем послеоперационном периоде чаще всего кроются в воспалительных осложнениях со стороны раны. В поисках причин лихорадки следует прежде всего произвести ревизию раны. При необходимости она может быть выполнена под наркозом.

Нагноение раны — весьма частое осложнение ближайшего послеоперационного периода (около 20%), так как операция выполняется при выраженном гнойном процессе и все раневые поверхности инфицированы. Поддержанию воспаления способствует широкое сообщение раны промежности с просветом прямой кишки. И тем не менее полноценное дренирование гнойной полости, ежедневные перевязки с применением антисептиков, антибиотиков, ферментов, биологически активных препаратов создают условия для полноценного заживления ран вторичным натяжением без выраженного распространения нагноительного процесса.

Нагноению способствуют: 1) неадекватная операция; 2) недостаточное дренирование гнойной полости; 3) нераскрытые гнойник или затек; 4) неправильное ведение послеоперационной раны. Выбор метода операции при остром парапроктите имеет важнейшее значение. В технике выполнения операции нет второстепенных деталей. Все важно — от формы, величины разреза и создания надежного оттока до способа ликвидации внутреннего отверстия свища и тампонады раны •

При появлении нагноения рана покрывается налетом, вначале серым, затем бурым, с выраженными наложениями фибрина. Края раны становятся плотными, инфильтрированными, ткани — сухими, затем появляется обильное отделяемое. При ревизии иногда удается определить инфильтрацию тканей, идущую из глубины раны. Чаще всего источником нагноительного процесса является сообщение раны с прямой кишкой.

Гнойники и затеки должны быть широко раскрыты и дренированы, сообщение с кишкой ликвидировано. К этой мере добавляется активная противовоспалительная терапия; антибиотики, орошения раны антисептиками, выполнение 2—3 перевязок в день, ванны, физиотерапевтические процедуры. Когда воспалительный процесс поддерживает неизбежное инфицирование раны при

дефекации, назначают очистительные клизмы или применяют искусственную задержку стула {бесшлаковая диета, покой, лекарственные средства).

Местное лечение гнойных ран включает тщательные перевязки, применение антисептиков (фурацилин, диоксидин, солафур), ферментативных препаратов (химопсин, химотрипсин) и биостимуляторов (прополис, интерферон).

Рациональное лечение послеоперационных ран, предупреждение нагноения, заживление раны анального канала узким рубцом — залог хороших функциональных результатов хирургического лечения острого парапроктита/ Однако у 6% больных, перенесших нагноение раны, наблюдается слабость сфинктера I—II степени из-за рубцовой деформации анального канала и промежности.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В литературе указывают на довольно высокий процент рецидивов заболевания после обычного вскрытия гнойника при остром парапроктите: от 60, [Рыжих А. Н., 1956] до 96% [Когон А. И., 1961]. Применение методов лечения, предусматривающих ликвидацию внутреннего отверстия свища, снизило частоту рецидивов до 1,2 [Рыжих А. Н., Боброва А. Г., 1956]— 19,6% [Аминев А. М., 1973].

Отдаленные результаты зависят от формы парапроктита, сроков и методов хирургического вмешательства. Наши наблюдения показывают, что частота рецидивов при подкожных и подслизистых формах острого парапроктита составляет менее 1%. Причины рецидивов заключаются в недостаточно широком иссечении ленты слизистой-оболочки над внутренним отверстием свища и дефектах ведения послеоперационной раны.

Частота рецидивов при едвалищно-прямокишечных и тазово-прямокишечных формах острого парапроктита составляет в общей сложности около 10%. К сожалению, не менее половины больных поступают в стационар спустя 3—5—7 дней от начала заболевания с довольно распространенным гнойным поражением клетчаточных пространств таза. Прогноз у этой группы больных менее благоприятен, чем у оперированных в ранние сроки. Современное хирургическое лечение острого парапроктита не может ограничиваться простым вскрытием и дрекиро-

ванием гнойника. Тем не менее такие вмешательства до сих пор применяют не только в условиях ПОЛИКЛИНИК, но и в стационарах. Мы считаем, что больной с острым парапроктитом должен быть немедленно госпитализирован в специализированное отделение или в общехирургический стационар и радикально оперирован в экстренном порядке. Это позволит значительно снизить частоту рецидивов заболевания, которые в проктологической клинике не превышают 4%. Своевременное и радикальное лечение острого парапроктита является надежной профилактикой свищей прямой кишки.

Глава V . ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ПДРАПРОКТИТ

По активности процесса и своеобразным клиническим проявлениям инфильтративный парапроктит занимает промежуточное положение между острым и хроническим.

Заболевание характеризуется вялым течением и наличием воспалительного инфильтрата в клетчатке таза. Начало инфильтративного парапроктита может быть медленным, малосимптомным. Однако чаще эта форма заболевания развивается вслед за приступом острого парапроктита, разрешившимся самопроизвольным или хирургическим вскрытием гнойника в просвет кишки. В редких случаях инфильтративный парапроктит возникает после одной или нескольких операций по поводу свища прямой кишки.

Инфильтративный парапроктит имеет небогатую симптоматику: боли в прямой кишке или в тазу, слизисто-гнойные выделения из кишки, субфебрильная температура, нарушения опорожнения кишечника. Редко все эти симптомы одновременно беспокоят больного. Чаще внимание акцентируется на одном из них, ярче других выраженном в данный момент. Только при тщательном расспросе врач обнаруживает и другие симптомы.

Боли могут полностью отсутствовать, чаще они непостоянные, ноющие, не усиливаются во время движений и дефекации.

Выделения из кишки периодически усиливаются и в это время имеют гнойный характер, иногда становятся скудными и слизистыми. Повышение температуры тела — также симптом непостоянный и зависит от ста-

дни воспалительного процесса. Нарушение акта дефекации связано со сдавливанием кишки массивным инфильтратом извне. В этом случае наблюдаются явления частичной кишечной непроходимости. Раздражение слизистой оболочки прямой кишки при вовлечении ее в воспалительный процесс может проявиться тенезами. Все перечисленные симптомы непостоянны, их клиническая окраска меняется в зависимости от активности воспалительного процесса в параректальном инфильтрате.

Инфильтративный парапроктит обычно не имеет внешних проявлений, но при пальцевом исследовании в анальном канале почти всегда удается обнаружить внутреннее отверстие свища. Чаще всего оно бывает точечным. В тех случаях, когда инфильтрат располагается высоко, имеется еще одно отверстие в кишке, через которое опорожнялся гнойник. Внутреннее отверстие может быть и воронкообразным, довольно широким, если опорожнение гнойника шло по свищевому ходу в область морганиевых крипт. В этом случае инфильтрат обычно располагается в ретроректальном или ишиоректальном пространстве. Внутреннее отверстие свища может иметь щелевидную форму, если оно располагается в рубцах стенки анального канала после перенесенной операции (или операций). Во всех случаях речь идет о неполном внутреннем свище.

Выше гребешковой линии, тотчас над ней или высоко в ампулярном отделе прямой кишки, через стенку кишки пальпируется плотный, а при длительном течении процесса деревянистой плотности инфильтрат, неподвижный, безболезненный, часто без четких границ. Если инфильтрат расположен над гребешковой линией и его верхний полюс можно обвести пальцем, его следует расценивать как ишиоректальный. Если инфильтрат расположен выше гребешковой линии и его верхний полюс недостижим, следует считать его пельвиоректальным. Часто при пельвиоректальной локализации воспалительного инфильтрата высоко в стенке ампулярного отдела кишки удается выявить свищевое отверстие, через которое когда-то опорожнился гнойник. Воспалительный инфильтрат после операций на прямой кишке в большинстве случаев локализуется в перианальной клетчатке и вовлекает в процесс мышцы жома и ишиоректальную клетчатку. Такие воспалительные процессы сопровождаются и усугубляют рубцовую деформацию анального канала»

С помощью ректороманоскопии можно определить уровень и степень сужения кишки, распространенность воспалительной инфильтрации слизистой оболочки, а иногда и выявить вторичное отверстие в кишке, через которое опорожнился гнойник, если в прошлом имел место прорыв гнойника в просвет кишки. Вместе с тем ректороманоскопию не всегда можно выполнить из-за выраженного сужения просвета кишки. В этих случаях следует попытаться исследовать кишку с помощью детского ректоскопа или фиброколоноскопа.

Много важных сведений для диагностики инфильтративного парапроктита дает ирригоскопия. Рельеф слизистой оболочки с перестройкой складок, уплощение стенок, границы смещения кишки, форма и протяженность сужения, уровень расположения и ширина отверстия в стенке кишки, наличие затеков бария и проникновение воздуха за пределы прямой кишки — все это позволяет оценить локализацию, степень распространенности процесса по кишке и в параректальных клетчаточных пространствах*

Дифференциальная диагностика инфильтративного парапроктита проводится с актиномикотическими поражениями прямой кишки, озлокачествившимися свищами, злокачественными новообразованиями прямой кишки, осложненными формами дивертикулита.

Для актиномикотического поражения параректальной клетчатки характерно наличие плотного неподвижного инфильтрата с четкими границами. Как правило, этот инфильтрат сравнительно быстро распространяется на клетчатку малого таза, на кожу, которая приобретает багрово-синюшный оттенок, имеет множество свищей с обильным гнойным отделяемым, содержащим актиномицеты. Поэтому сходство с инфильтративным парапроктитом может быть только в самом начале заболевания до поражения кожи и образования свищей.

Гораздо сложнее отличить инфильтративный парапроктит от малигнизированного свища прямой кишки. Для обоих заболеваний характерно длительное течение, иногда одинаковые клинические проявления. Вопрос решает расширенная биопсия из области внутреннего отверстия свища. Внутреннее отверстие в том и другом случае может быть покрыто грануляциями, поэтому, чтобы получить для исследования элементы свищевого хода и инфильтрата, биопсию надо проводить путем клино-

видного иссечения тканей на уровне гребешковой линия.

При раке прямой кишки параректальная клетчатка поражается в далеко зашедших стадиях. На первый план выступают кровотечения, нарушения дефекации. Пальцевое исследование и ректороманоскопия позволяют обнаружить изъязвленную опухоль в кишке. При инфильтративном парапроктите весь процесс локализуется за стенкой кишки; изменения со стороны слизистой оболочки минимальны; в анальном канале обнаруживается внутреннее отверстие свищи. В сомнительных случаях диагноз уточняет биопсия.

Дивертикулит ободочной кишки может осложниться прорывом одного из дивертикулов и образованием более или менее обширного воспалительного инфильтрата за стенкой прямой кишки. В воспалительный процесс может быть вовлечена стенка кишки. Дивертикулы, выявленные при ирригоскопии, позволяют установить правильный клинический диагноз.

Лечение инфильтративного парапроктита консервативное. Назначается курс противовоспалительной терапии: антибиотики, физиотерапия, лечебные микроклизмы из ромашки, 0,4% раствора колларгола. При низких (подкожных, ишиоректальных) формах инфильтративного парапроктита применяют мазовые компрессы. Может быть проведена противовоспалительная лучевая терапия. Если в процессе лечения произойдет активизация воспалительного процесса, абсцедирование инфильтрата, возникают показания к экстренной операции, как при остром парапроктите.

В ряде случаев инфильтративный парапроктит течет месяцами, не имея тенденции ни к рассасыванию, ни к абсцедированию. Курс активной противовоспалительной терапии не дает результатов. В этой ситуации необходимо оценить общее состояние больного. Если процесс стабилизирован, нет нарушения дефекации и признаков интоксикации, температура тела нормальная, показатели крови не изменены, больного можно выписать из стационара под динамическое наблюдение. Курс активного противовоспалительного лечения можно повторять через каждые 2—3 мес. Если же за это время воспалительный процесс активизируется, должна быть выполнена радикальная операция.

В особо тяжелых случаях, когда воспалительный ин-

фильтрат» суживающий просвет кишки, вызывает явления кишечной непроходимости или затрудняет дефекацию, а также когда выражена интоксикация, связанная с всасыванием из инфильтрата, или экскременты попадают в клетчатку через широкое отверстие в кишке, ставится вопрос о колоетоме. Временное отведение каловой струи отключает прямую кишку, создает условия для прекращения инфицирования параректальной клетчатки и проведения эффективного противовоспалительного лечения. К описанному выше курсу противовоспалительной терапии добавляют промывания прямой кишки антисептиками (растворы фурацилина, перманганата калия) через отводящее колено сигмостомы.

Сигмостомию выполняют под наркозом или под местной анестезией. Разрезом в левой подвздошной области, на середине расстояния между пупком и передней верхней остью подвздошной кости послойно вскрывают брюшную полость, Париетальную брюшину подшивают к коже отдельными шелковыми швами и этими же нитями серозо-мышечными швами подшивают выведенную из брюшной полости петлю сигмовидной кишки. Под кишкой проводят стеклянный стержень с надетой на нем резиновой трубкой, удерживающий кишку на уровне брюшной стенки. Через день просвет выведенной кишечной петли вскрывают разрезом одной стенки в продольном направлении. На 9-й день поддерживающий кишку стержень удаляют. Перевязки стомы производят ежедневно. Кожу вокруг стомы обрабатывают спиртовым раствором йода; вокруг выведенной кишечной петли накладывают салфетку с мазью Вишневского.

После проведения курса противовоспалительного лечения больной может быть выписан под наблюдение врача поликлиники. Курс противовоспалительной терапии может быть проведен амбулаторно, его повторяют раз в 2—3 мес,

В процессе динамического наблюдения и амбулаторного лечения решают вопрос о сроках и способе операции по поводу свища прямой кишки. Обычно вмешательство целесообразно предпринимать не ранее чем через 3 мес от момента наложения сигмостомы, но не ранее полного рассасывания инфильтрата или при его абсцедировании. Выбор способа операции зависит от локализации воспалительного инфильтрата, внутреннего отверстия свища и отношения свищевого хода к мышцам

сфинктера. Выполнение операции в условиях отключенной кишки благоприятно сказывается на послеоперационном течении и облегчает ведение раны.

Закрытие сишостомы производят только после полного рассасывания инфильтрата и надежного заживления высокого отверстия в кишке (если таковое имелось), а также по заживлению ран промежности и анального канала после иссечения свища прямой кишки. Преждевременное закрытие сигмостомы чревато новой вспышкой парапроктита.

Глава VI ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ (СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ)

КЛИНИКА

Хронический парапроктит является следствием острого парапроктита и характеризуется наличием отверстия в кишке, свищевого хода, перифокальных воспалительных и рубцовых изменений в стенке кишки и клетчаточных пространствах таза.

Широкое распространение заболевания объясняется поздним обращением больных острым парапроктитом за врачебной помощью и неверно избранной тактикой лечения. 96% больных хроническим парапроктитом связывают начало заболевания и появление свища прямой кишки с перенесенным острым парапроктитом. При этом 30% не обращались к врачу, перенесли заболевание, не получая медицинской помощи, и обратились после того, как гнойник в промежности самопроизвольно вскрылся и образовался свищ; 30% больных обратились в поздние сроки, на 6—12-й день от начала острого парапроктита с вскрывшимся гнойником, когда экстренное хирургическое вмешательство уже не требовалось. Эти больные лечились в амбулатории консервативно. Впоследствии у них сформировался свищ прямой кишки. Только 40% больных острым парапроктитом обращаются за помощью своевременно, но лишь половина из них получает адекватное радикальное лечение — вскрытие гнойника и ликвидацию внутреннего отверстия свища. Остальные подвергаются традиционной операции вскрытия и дренирования параректального гнойника в условиях стационара, а часто и амбулаторно, у большинства из них в последующем образуется свищ прямой кишки.

Конечно, не каждый случай острого парапроктита заканчивается формированием свища, А. Н. Рыжих (1956) писал: «Мы будем недалеко от истины, если предположим, что после обычного оперативного лечения острого парапроктита у 40% больных наступает полное выздоровление». Как было показано в предыдущих главах» излечение наступает, когда вскрытие иараректального гнойника сопровождается разрушением ворот инфекции — внутреннего отверстия свища.

Почти во всех случаях заболевание протекает волнообразно. Периоды обострений сменяются более или менее стойкими ремиссиями. Хроническому парапроктиту свойственно рецидивирующее течение воспалительного процесса на фоне свищей [Аминев А. №., 1973]. После вскрытия и опорожнения гнойника острые воспалительные явления стихают, температура нормализуется или становится субфебрильной, количество гнойного отделяемого из раны постепенно уменьшается, исчезают боли и общее состояние улучшается. Однако рана полностью не заживает: остается неэпителизирующийся участок раны (не более 1 см в диаметре), из него продолжают поступать скудные гнойные, сукровичные или слизистые, выделения. Если на протяжении 1 1/2-2 мес после вскрытия гнойника рана полностью не заживает, можно с большой долей вероятности предположить формирование свища прямой кишки. Незажившая поверхность начинает покрываться рыхлыми грануляциями, формируется наружное свищевое отверстие.

Характер и количество отделяемого из свища зависит от активности воспалительного процесса, наличия разветвлений гнойных полостей. При коротком, неразветвленном свищевом ходе отделяемое скудное, но если он дренирует гнойную полость, то количество выделений может быть значительным. Выделений становится меньше или они прекращаются при стихании воспаления, появляются вновь или усиливаются при обострении воспалительного процесса. Из короткого и широкого свищевом ходе могут выделяться газы и фекалии.

Банальная кишечная микрофлора дает умеренное количество гнойного отделяемого, туберкулезная инфекция — обильные, жидкие выделения» При антиномикотическом парапроктите выделения скудные» иногда крошковатые. При озлокачествлении свища прямой киш-

ки характер выделений меняется, они приобретают кровянистый характер, иногда имеют примесь слизи.

Бактериальный состав определяет цвет и запах выделений из свища. В большинстве случаев гноевидное отделяемое из свища бывает без запаха и имеет желтоватый цвет.

Боли не характерны для хронического парапроктита. После вскрытия гнойника они, как правило, стихают и появляются вновь при обострении процесса. Кроме того, боли появляются или усиливаются при задержке гнояных выделений из свищевого хода. В этих случаях они сопровождаются некоторым повышением температуры* Стойкий болевой синдром может возникнуть при озлокачествлении свища прямой кишки.

Общее состояние больных при хроническом течении парапроктита не страдает. Тщательный гигиенический режим с частой сменой повязок или прокладок в промежности, белья позволяет сохранить трудоспособность. Отсутствие болей создает впечатление относительного благополучия. С другой стороны, частые обострения воспалительного процесса в промежности (хронический рецидивирующий парапроктит) приводят к распространению инфекции, образованию новых свищевых разветвлений и гнойников в клетчаточных пространствах таза, что само по себе требует порой принятия экстренных хирургических мероприятий. Помимо этого, рубцовые и воспалительные изменения в стенке кишки приводят к нарушению функции сфинктера.

Длительное существование воспалительного очага в промежности ведет к появлению «раздражительности» бессонницы, головных болей. Снижается работоспособность, возможно развитие невротической, импотенции.

Хроническому парапроктиту, как правило, сопутствует воспалительный процесс в слизистой оболочке прямой и сигмовидной кишок. Мы наблюдали явления проктита и проктосигмоидита при свищах прямой кишки в 71 % случаев.

Клиническую характеристику хронического парапроктита уместно заключить высказыванием Ю. Ю. Джанелидзе (1934): «Хроническое течение заболевания, вспышки воспалительного процесса по ходу свища, гноевидное отделяемое, непроизвольное отхождение газов, а иногда и кала, и в особенности недержание, оставшееся после операции, делают судьбу этих больных тяжелой.

Не редкость встретить среди них субъектов с неуравновешенной нервной системой».

У 30—40% больных со свищами прямой кишки имеет место хроническое течение воспалительного процесса, иногда годами не дающее обострений, т.е. малосимптомная картина заболевания. Скудные гнойные выделения из наружного свищевого отверстия или из прямой кишки — единственное проявление хронического парапроктита. Изредка наступают периоды полного благополучия: выделения прекращаются, наружное отверстие свища закрывается, свищевой ход облитерируется. В этих случаях говорят о ремиссии парапроктита, продолжительность ее может быть самой различной — от 2—3 нед до 2—3 лет. Мы разделяем точку зрения от А. Н. Рыжих (1956), считавшего, что ремиссия наступает при заживлении внутреннего отверстия свища. Такое заживление обычно несовершенно: внутреннее отверстие закрывается слабым рубцом. Самые незначительные изменения общего состояния, простуда, переохлаждение, переутомление, ушиб или езда по тряской дороге, наконец, простое натуживание во время дефекации или прохождение плотного калового комка могут вновь вызвать парапроктит. Поэтому предвидеть длительность периода ремиссии не представляется возможным,

У 60% больных со свищами прямой кишки имеет место хронический рецидивирующий парапроктит. На фоне однообразно-хронического течения возникает обострение с усилением болей, повышением температуры тела* появлением гнойника по ходу свища, образованием новых свищевых разветвлений, а при прорыве их через кожу — новых свищевых отверстий.

Некоторые авторы наблюдали эту форму парапроктита значительно реже — у 25—35% больных [Рабинович М. Г., 1936; Бехтерева О. В., 1938; Рыжих А. Н., Боброва А. Г., 1956; Вунятян А. А., 1959]. А. А. Аминев (1973) выявил рецидивирующие формы хронического парапроктита у 48% больных.

Обострение парапроктита обычно обусловлено нарушением оттока при закупорке наружного отверстия или свищевого хода гнойно-некротическими массами или грануляционными тканями.

Следует признать, что при длительном заболевании почти все больные со свищами прямой кишки рано или поздно переносят обострения процесса,

Частота обострений и активность воспалительного процесса при хроническом рецидивирующем парапроктите зависит от вирулентности микрофлоры, реактивности организма, условий оттока по свищу и дренирования гнойных полостей. В зависимости от этих факторов обострения возникают от 1—2 в месяц до одного в несколько лет. Количество обострений в анамнезе не пропорционально продолжительности заболевания.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Хронический воспалительный процесс в параректальной клетчатке вызывает ряд патологических состояний общего и местного порядка, обусловленных интоксикацией из гнойного очага и изменениями соседних с ним тканей и органов.

У больных, страдающих на протяжении нескольких лет, отмечается астенизация, выражающаяся в быстрой утомляемости, повышенной раздражительности, общей слабости, снижении работоспособности. У некоторых пациентов преобладают невротические реакции.

Ухудшение общего самочувствия усугубляется гнойными выделениями из свища, порой с неприятным запахом, что заставляет больных избегать общества.

При отсутствии надлежащего гигиенического ухода перианальная кожа мацерируется. Причиной мацерации может быть не только гнойное отделяемое, но и выделение слизи с испражнениями при сопутствующем проктосигмоидите. В этом случае больные отмечают неустойчивый, неоформленный или кашицеобразный стул, обилие газов, вздутие живота, зуд кожи промежности. При многолетнем течении парапроктита воспалительные изменения в слизистой оболочке прямой кишки встречаются как правило.

Описаны случаи амилоидоза внутренних органов при длительно существующих свищах прямой кишки, но мы на значительном клиническом материале не встретили подобного осложнения хронического парапроктита, -

Пектеноз — замещение мышечных элементов подслизистого слоя анального канала соединительной или рубцовой тканью при хроническом воспалительном процессе или длительном спазме. Этим термином мы обозначаем только те виды соединительнотканых или рубцовых замещений гладкомышечных элементов подсли-

зистого слоя анального канала и внутреннего сфинктера, которые происходят в связи с воспалительными, дегенеративными или дистрофическими изменениями в них при заболеваниях анального канала и прямой кишки (анальная трещина, свищ прямой кишки, геморрой и прочие заболевания анального канала).

Пектеноз выявляется в виде ригидного гребешка, выступающего в просвет анального канала, или рубцового тяжа, расположенного циркулярно или чаще по одной из его стенок*

При хроническом парапроктите частота и интенсивность рубцовых изменений в анальном канале зависит от продолжительности заболевания, количества обострений, степени сложности свища прямой кишки. Отсюда и разноречивость сведений о частоте пектеноза при парапроктите, А. М. Аминев (1973) на 2094 наблюдения острого и хронического парапроктита выявил пектеноз у 4% больных при подковообразных свищах. В НИИ проктологии пектеноз наблюдался у 47,9% больных с экстрасфинктерными свищами.

Пектеноз имеет разнообразные клинические проявления, в основе которых — потеря эластичности стенок анального канала. Легкие признаки недостаточности сфинктера выявляются при рубцовом процессе по одной из полуокружностей анального канала: больной не удерживает газы, а иногда и жидкий кал. При сопутствующем проктосигмоидите могут отмечаться нарушения герметизма запирающего аппарата прямой кишки и просачивание или подтекание слизи, в результате чего возникают зуд перианальной кожи, повышение ее влажности, а затем мацерация. Выраженная недостаточность анального жома наблюдается при циркулярном пектенозе; часто она сочетается с сужением анального канала. Больные жалуются на затруднения при опорожнении кишечника, когда имеется оформленный стул, и недержание жидкого или кашицеобразного кала. Этот феномен характерен для хронического многолетнего парапроктита с периодическими обострениями воспалительного процесса. Некоторые авторы наблюдали столь резкое сужение анального канала за счет пектеноза, что возникали явления кишечной непроходимости [Morgan J. W., 1934; Abel A; L., 1964; Spiesman M. G., 1970].

Самым грозным осложнением хронического пара-

проктита, но, к счастью, и самым редким, является озлокачествление свищей прямой кишки. До 1953 г. в литературе было опубликовано всего 54 наблюдения рака прямой кишки на почве длительно существующего свища [Bowers R., Jous L, 1953]. В 1967 г. P. Bretlau сообщил о 75 случаях, описанных в литературе. Чаще всего заболевание развивается у лиц пожилого возраста при существовании свища прямой кишки в течение 10—20 лет. В. Larsou (1958) ссылается на описание 24 случаев ракового превращения свищей прямой кишки при продолжительности заболевания не менее 15 лет. А, Gabriel (1967) подчеркивает, что каждый свищ, существующий более 10 лет, может претерпеть подобное превращение. Эти авторы считают, что малигнизация начинается со стороны стенки анального канала, из внутреннего отверстия свища. Напротив, Ж* М. Юхвидова (1959) полагает, что перерождение в рак может начаться со стороны наружного отверстия свища. По гистологической структуре опухоли относятся к аденокарциноме, реже к плоскоклеточному раку. В НИИ проктологии из 9266 больных свищами прямой кишки у 28 (0,3%) выявлено злокачественное перерождение. Во всех случаях отмечался многолетний хронический парапроктит: 5 человек болели от 5 до 10 лет, 21 — от 10 до 40 лет, только у 2 больных продолжительность заболевания не превышала 3 лет. В связи с этим является важным профилактическим мероприятием своевременное и правильное лечение острого и хронического парапроктита.

Мы попытались проследить возможную связь между частотой обострений хронического парапроктита и озлокачествлением свища. Оказалось, что частые обострения (раз в 1—3 мес и чаще) нехарактерны для свища, склонного к малигнизации. Лишь двое из 28 больных с озлокачествленными свищами до поступления в клинику не были оперированы по поводу хронического парапроктита, остальные подвергались хирургическому лечению от 1 до 10 раз.

Несомненно, правильное лечение в начальной фазе заболевания не привело бы к рецидиву свища и его последующей малигнизации.

Наиболее частыми жалобами больных с озлокачествленными свищами были боли в промежности, прямой кишке и выделение слизи из наружного свищевого отверстия. Болевой синдром не характерен для обычных

свищей прямой кишки. Только при обострении парапроктита появляются боли, которые стихают после разрешения острого воспалительного процесса. Не менее характерным признаком малигнизации свища прямой кишки является появление ложных позывов к дефекации и выделение темной крови из прямой кишки. Эти симптомы, не будучи патогномными, помогают заподозрить злокачественное превращение свища прямой кишки. Биопсия может подтвердить этот диагноз. Опыт НИИ проктологии показывает, что менее половины больных с малигнизированными свищами прямой кишки подлежат радикальной операции. Из 28 больных, находившихся под нашим наблюдением, 11 была произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки и сигмостомия, причем рану в области промежности не ушивали и больные длительное время находились в стационаре. У остальных 17 больных в связи с отдаленными метастазами и распространенностью опухолевого процесса была выполнена паллиативная операция — двуствольная сигмостомия.

- Приводим пример.

Больной Е-Й, 40 лет, поступил с жалобами на слизисто-гнойные выделения из свища на промежности и боли в области анального канала. Болен в течение 18 лет/Заболевание началось остро, и в поликлинике был вскрыт гнойник. В последующем сформировался свищ прямой кишки, по поводу которого оперирован 6 раз; причем каждый раз свищ рецидивировал. Отмечает похудание, снижение работоспособности. Область промежности деформирована за счет грубо сформировавшихся послеоперационных рубцов, на фоне которых выявляется наружное свищевое отверстие, свищ имеет чресфнкнктерный ход. Отмечается значительный, рубцовый процесс по ходу свища и в анальном канале у внутреннего отверстия; ткани ипфльтрованы и отечны; пальцевое исследование болезненно. Произведена расширенная биопсия свищевоего хода, гистологическое исследование выявило аденокарциному. Под наркозом произведена брюшно-промежностпэя экстирпация прямой кишки с наложением забрюшинной сигмостомы. Осмотрен через 3 года после операции, дагших о рецидиве рака и наличии отдаленных метастазов нет..

Надо подчеркнуть, что длительное существование свища прямой кишки, боли в промежности вне периода обострения, и вне дефекации при хорошем оттоке из свища, выделения слизи из наружного свищевоего отверстия, кровянистые выделения из прямой кишки и ложные позывы на низ наряду с общими симптомами, характерны-

ми для злокачественных опухолей, — все это должно настораживать врача в отношении малигнизации свища, К сожалению, диагноз рака у больных с малигнизированными свищами устанавливается в поздние сроки. Радикальное и своевременное лечение хронического парапроктита является надежной профилактикой злокачественного превращения свищей прямой кишки.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз хронического парапроктита часто не представляет сложностей. Больной сам приходит с жалобами на наличие свища в области промежности; врачу остается составить правильное представление о виде свища, отношении его к волокнам жома заднего прохода, установить локализацию внутреннего отверстия свища, наличие гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах, степень разветвленности свищевого хода и развития рубцового процесса в стенке анального канала и по ходу свища, выявить осложнения хронического парапроктита. Все это достигается последовательным клиническим обследованием.

Осмотр должен производиться в специальной комнате, оснащенной перчатками, зондом, аноскопом, раствором метиленового синего, шприцем, ректоскопом. Подготовка к обследованию: накануне вечером больной не ужинает, с целью освобождения кишки от каловых масс ставят две очистительные клизмы, а на следующее утро еще две.

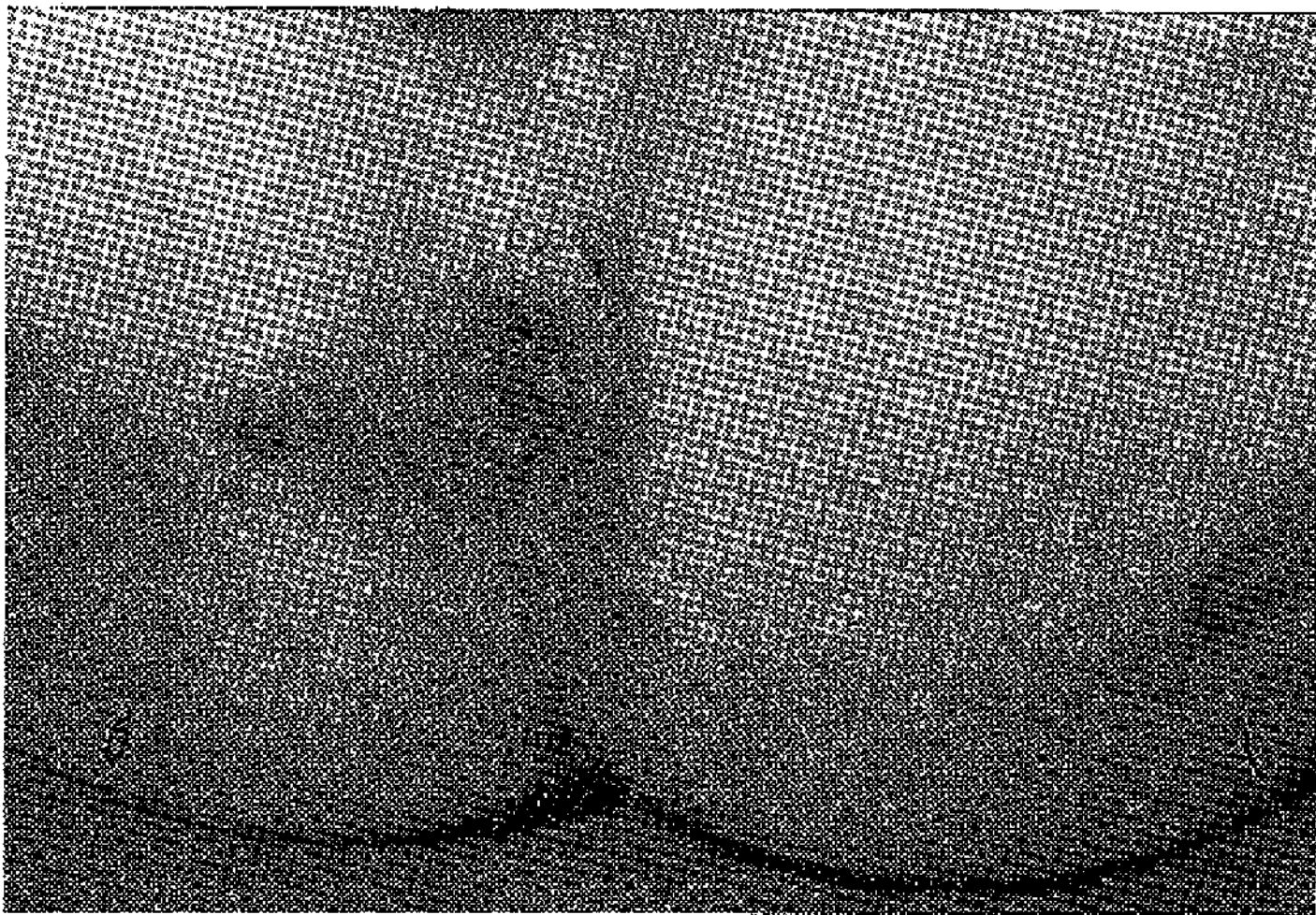
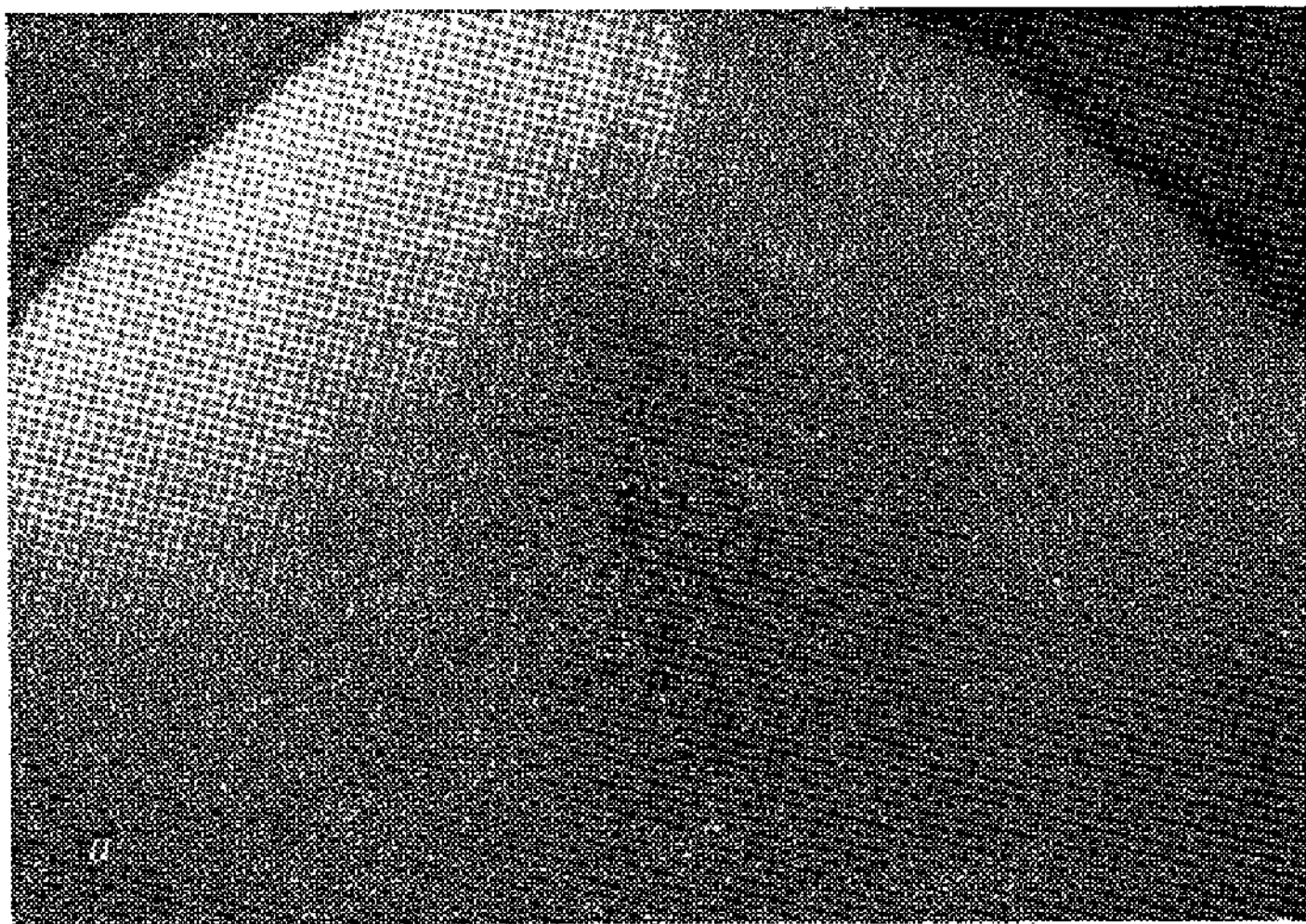
Во время опроса врач оценивает нервно-психическое состояние пациента, уточняет продолжительность заболевания, особенности его начала и течения, частоту и характер обострений, предыдущие способы лечения. Важным моментом является выявление указаний на сопутствующую патологию аггоректальной области (геморрой, анальный полип, проктосигмоидит и колит). По рассказу о количестве гнойных выделений из свищевого отверстия можно составить представление о сложности свища, наличии гнойных полостей в околопрямокишечных пространствах. Зуд в перианальной области, затрудненный акт дефекации, наличие и степень недержания кишечного содержимого могут служить указанием на наличие пектенноза и рубцового процесса в анальном канале.

Осмотр больного хроническим парапроктитом производится в гинекологическом кресле в положении, как для операции по поводу геморроя. Следует обращать внимание на состояние кожных покровов промежности и ягодичной области* Асимметрия свидетельствует о наличии воспалительного или дегенеративного процесса. У 67% больных хроническим парапроктитом имелось одно наружное свищевое отверстие. Множественные свищевые отверстия подозрительны на специфический процесс (рис, .8), Расстояние наружного отверстия свища от заднего прохода не имеет решающего значения для определения вида свища, По расположению наружного отверстия нельзя с достоверностью судить о локализации внутреннего, хотя правило Сальмона — Тюдзеля указывает на него со значительной долей вероятности. Суть правила: анальный канал условно делят на две полуокружности — верхнюю и нижнюю; если наружное свищевое отверстие расположено выше этой линии, то часто внутреннее отверстие находится в верхней полуокружности анального канала и наоборот; расположение наружных отверстий справа и слева от средней линии свидетельствует о наличии подковообразного свища.

Форма и величина (диаметр) наружного отверстия свища могут указывать на особенности парапроктита. Мацерация кожных покровов перианальной области при отсутствии наружного свищевое отверстие может косвенно служить признаком неполного внутреннего свища прямой кишки.

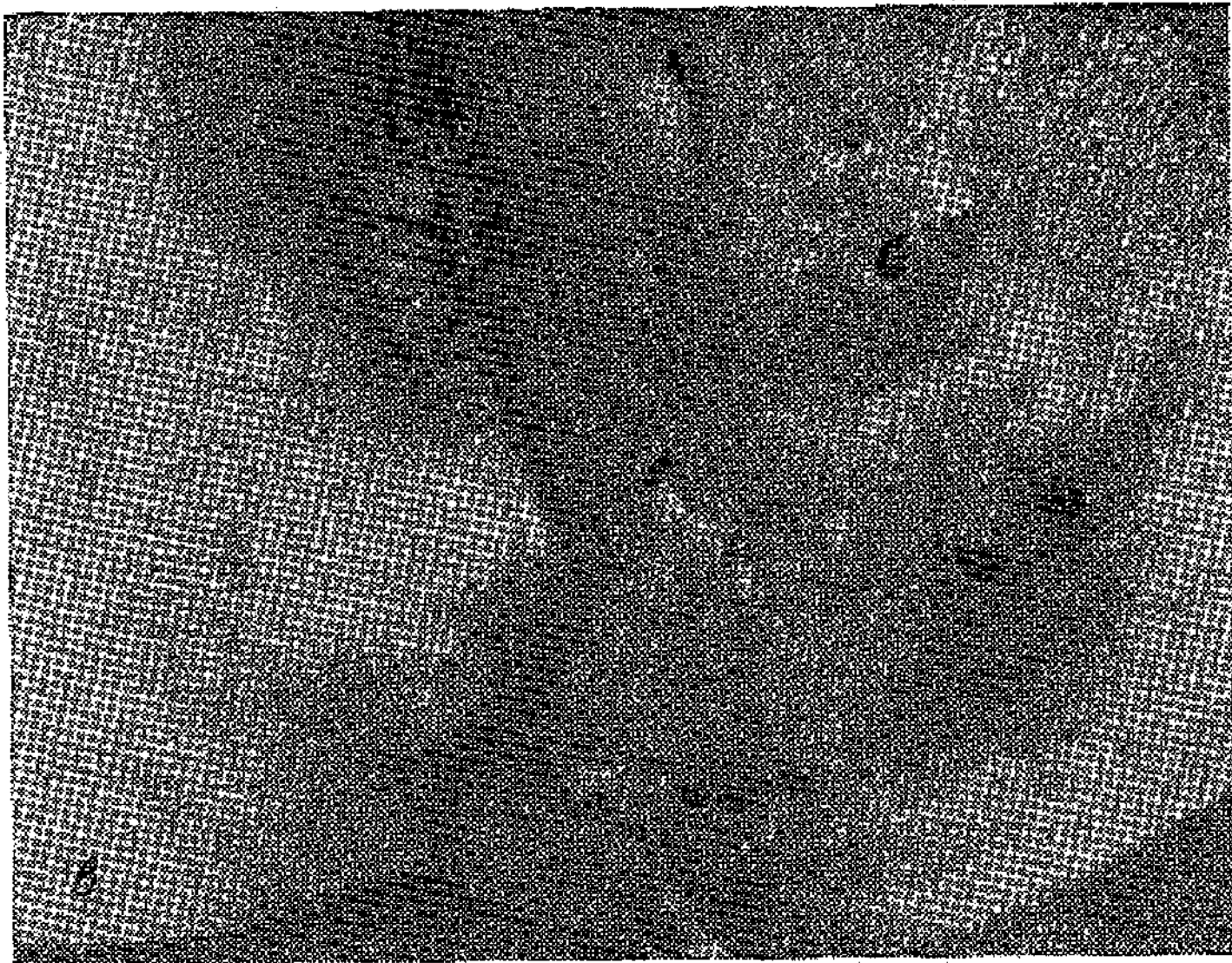
При наличии наружных свищевых отверстий с выраженным рубцовым процессом можно думать о пектеиозе и недостаточности анального сфинктера. Характер и количество выделений из наружного отверстия, наличие грануляций вокруг него» инфильтраты, рубцовая Деформация промежности и анального какала также указывают на особенность свища прямой кишки. Наружный осмотр должен заканчиваться взятием гнойного отделяемого из свища для бактериологического исследования и определения чувствительности флоры к антибиотикам.

Пальпация перианальной области является обязательным и весьма ценным методом исследования при хроническом парапроктите. Пальпация перианальной области и промежности позволяет определить степень руб-Нового процесса по ходу свища. При подкожно-подсли-



Рас. 8. Расположение г-группы свисцевых отверстий при хроническом парапроктите.

а-**, одно свисцевое отверстие; б-* два свисцевых отверстия, (подковообразный свисц); а — множественные свисцевые отверстия.



зистых и чрессфинктерных свищей прямой кишки, когда свищевой ход прободает незначительную порцию сфинктера, можно легко определить его в виде тяжа, идущего от наружного свищевого отверстия к просвету прямой кишки. Когда свищевой ход не определяется пальпацией, это свидетельствует о его экстрасфинктерном расположении. Направление свищевого хода к той или иной части анального канала указывает на расположение внутренне* го отверстия свища. Когда свищ дренирует подкожные или поверхностно расположенные гнойные полости, при надавливании на кожу промежности из наружного свищевого отверстия или из прямой кишки выделяется гной. Кроме этого, пальпация периаиальной области может косвенно указать на степень рубцового процесса по ходу свища, разветвленность свища, наличие подкожных гнойных затеков и инфильтратов.

Пальцевое исследование **прямой кишки** — простое и в то же время одно из самых информативных исследований при хроническом парапроктите. При этом хирург определяет прежде всего тонус сфинктера прямой кишки: при недостаточности жома отмечается снижение тонуса сфинктера. Прежде всего надо определить внутреннее

отверстие свища. При внимательном исследовании почти у всех больных хроническим парапроктитом это удается: внутреннее отверстие свища обычно локализуется в одной из анальных крипт.

Под нашим наблюдением было 9266 больных: свищевое отверстие локализовалось в задней крипте у 5930 (64%), в передней — у 2501 (27%) и в одной из боковых крипт — у 835 (9%).

Очень важно при исследовании стенок анального канала установить величину внутреннего отверстия свища: она варьирует от точечной до значительной (отверстие пропускает кончик указательного пальца). В ряде случаев у внутреннего отверстия свища имеется грануляционный вал и оно как бы возвышается над поверхностью стенки анального канала. Характер внутреннего отверстия свища и окружающих его тканей имеет большое значение для суждения о степени сложности свища. Так, отсутствие слизистой оболочки вокруг внутреннего отверстия свища, наличие плотных тканей свидетельствует о рубцовом процессе. При пектенозе определяют плотные соединительнотканые образования/ охватывающие сегментарно или циркулярно стенку анального канала. Если при пальцевом исследовании в стенке кишки отчетливо пальпируют тяж, идущий от внутреннего к наружному свищевому отверстию, то можно утверждать, что свищ простой и проходит в подслизистом слое. При исследовании пальцем дистального отдела прямой кишки можно достаточно отчетливо определить наличие "гнойных" полостей или воспалительных инфильтратов в параректальных клетчаточных пространствах. Помимо этого, можно установить и степень рубцового процесса в параректальной клетчатке и по ходу свища. На наш взгляд, необходимо пальцевое исследование прямой кишки провести одновременно с пальпацией промежности, т. е. провести бимануальное исследование. Это дополняет наши представления о характере свища прямой кишки. Пальпируя одновременно свищевой ход и внутреннее отверстие, можно составить представление о разветвлениях и направлениях свищевой ходы. Пальцевое исследование помогает диагностировать и сопутствующие заболевания дистального отдела прямой кишки, (геморрой, анальную трещину, анальный полип), У мужчин обязательно исследуют предстательную железу, чтобы заранее принять меры профилактики расстройств мочеиспуска-

ния в ближайшем послеоперационном периоде. У женщин обязательный является влагалищное исследование, которое можно сочетать с пальцевым исследованием, прямой кишки; это позволяет судить о наличии свищевого хода во влагалище и распространении гнойного процесса в ректовагинальную перегородку.

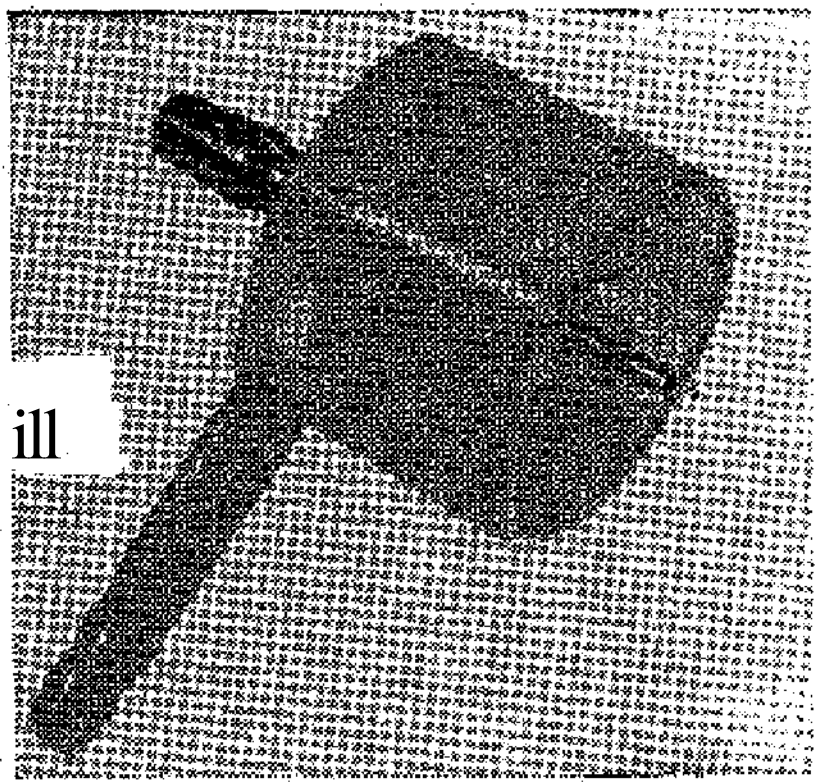
Проба с красителем должна применяться у всех больных хроническим парапроктитом, так как позволяет судить о расположении внутреннего отверстия свища, наличии гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах, о проходимости свищевого хода. Для исследования применяется 1 % раствор метиленового синего, относящегося к антисептикам. Он может быть использован как для диагностики, так и для прокрашивания свищевого хода перед операцией, что облегчает выделение его из окружающих тканей. Проба с метиленовым синим производится следующим образом: в анальный канал вводят марлевый тампон на зажиме; через наружное свищевое отверстие двухграммовым шприцем вводят краситель под небольшим давлением, после чего извлекают зажим с тампоном из анального канала. По расположению синего пятна на марлевом тампоне можно достаточно достоверно судить о локализации внутреннего отверстия свища. Если краситель не проникает в просвет прямой кишки, можно повторить исследование, добавив к раствору метиленового синего раствор перекиси водорода. Больным, у которых и после этого не прокрашивается внутреннее отверстие из-за воспалительного процесса и временного закрытия свищевого хода, до операции назначают промывание свищевого хода растворами антисептиков и антибиотиков. При наличии нескольких наружных свищевых отверстий метиленовый синий вводят в одно из них, расположенное ближе к заднему проходу. По количеству введенного раствора можно судить о емкости свищевого хода, наличии разветвлений, гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах. При коротком свищевом ходе достаточно ввести в наружное отверстие до 0,5 мл красителя, чтобы получить прокрашивание тампона, введенного в анальный канал. При разветвленных свищах с гнойными полостями и затеками в околопрямокишечной клетчатке приходится вводить 2 мл и более.

Зондирование свищевого хода, Важным -и обязательным методом исследования при хроническом, парапрокт-

тите является проведение металлического пуговчатого зонда через наружное свищевое отверстие. Это дает возможность судить о направлении свищевого хода и его ветвлении в тканях промежности, отношении свищевого хода к волокнам сфинктера прямой кишки, наличии гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах. Надо помнить о том, что введение зонда в наружное свищевое отверстие болезненно. Проводить его следует осторожно, так как при грубых манипуляциях может образоваться ложный ход. Зонд осторожно проводят через наружное свищевое отверстие, насколько это возможно, не форсируя продвижение. Зондирование лучше всего проводить под контролем пальца, введенного в анальный канал. Указательный палец вводят в прямую кишку и определяют внутреннее отверстие свища; металлический зонд вводят в наружное свищевое отверстие. Когда свищ полный и имеет прямой ход, верхушка зонда выходит через внутреннее отверстие свища в просвет кишки или пальпируется в подслизистом слое вблизи от него. Если же свищевой ход извилистый или ветвящийся, зонд не проходит в просвет кишки. Когда зонд попадает в гнойную полость в околопрямокишечной клетчатке, он свободно баллотирует*. Ориентировочно о длине свищевого хода можно судить по глубине проникновения в него зонда. При множественных наружных свищевых отверстиях необходимо исследовать все свищевые ходы для определения основного. Когда зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, идет параллельно прямой кишке, следует думать об экстрасфинктерном направлении свищевого хода. Когда зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, идет в направлении к анальному каналу, можно думать о чрес- или интрасфинктерном ходе свища. По толщине мостика тканей, расположенного над зондом, можно судить более достоверно об отношении свищевого хода к волокнам жома заднего прохода.

Фистулография при свищах обязательна. Это исследование особенно важно при чрес- и экстрасфинктерных свищах прямой кишки. По фистулограммам можно судить о направлении и разветвлении свищевого хода, его длине и ширине, наличии полостей и затеков в параректальных клетчаточных пространствах, а также локализации внутреннего отверстия свища. Препараты, используемые для фистулографии, должны обладать высокой

степенью контрастности, свободно проникать в самые мелкие свищевые ходы, легко и полностью выделяться, быть нетоксичными, не раздражать тканей, обладать способностью смешиваться с содержимым гнойного хода. В большей степени этим требованиям от-



вечают йодолипол, урографии и гипак. Результативность исследования в известной мере зависит от наличия в прямой кишке и дистальном отделе сигмовидной кишки каловых масс. Фистулографию производят на трохоскопе в незатемненном кабинете. В прямую кишку вводят аноректальную линейку — резиновую трубку с рентгеноконтрастными метками через каждый сантиметр*. Контрастное вещество можно вводить при помощи 10-граммового шприца через тупую иглу с отшлифованным концом. Для сохранения введенного в свищевой канал контрастного вещества мы пользуемся сконструированным Х. К. Туйджановым (1971, 1974) цилиндром с иглой, в котором создается вакуум (рис. 9). Цилиндр присасывается к коже и блокирует наружное свищевое отверстие. После тугого заполнения свища делают рентгенограммы в прямой и боковой проекциях. Несколько сложнее производить фистулографию при неполных внутренних свищах прямой кишки. В этих случаях контрастное вещество вводят через внутреннее отверстие свища с помощью изогнутой иглы или катетера. Рентгенологическая картина различных видов свищей прямой кишки имеет свои особенности (рис. 10).

Ректороманоскопия обязательна для всех больных с хроническим парапроктитом. Этим способом можно обследовать слизистую оболочку прямой кишки и дистальной части сигмовидной кишки на глубине до 30 см от заднего прохода. Обследование предпочтительнее проводить в коленно-грудном и коленно-плечевом положении, при которых внутренние органы и сигмовидная

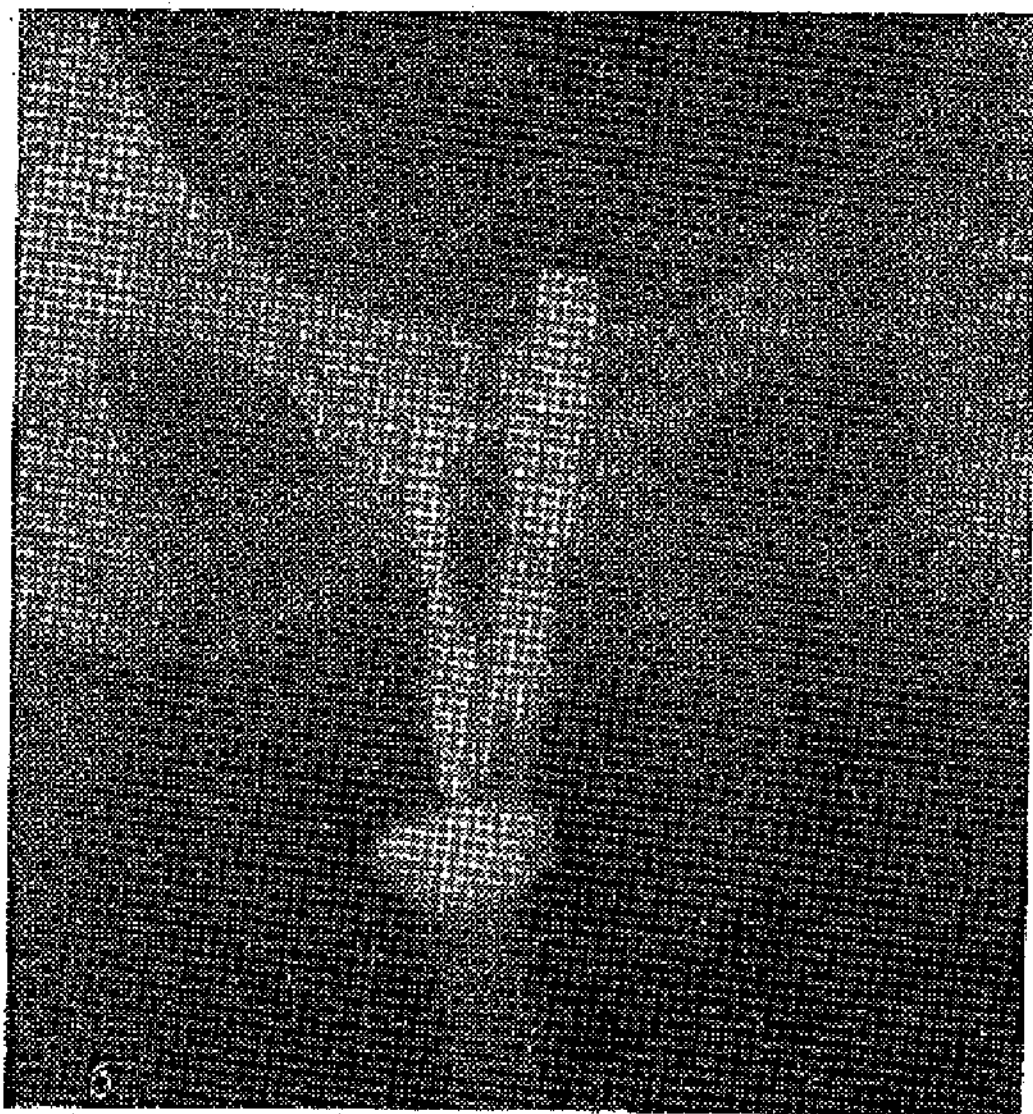
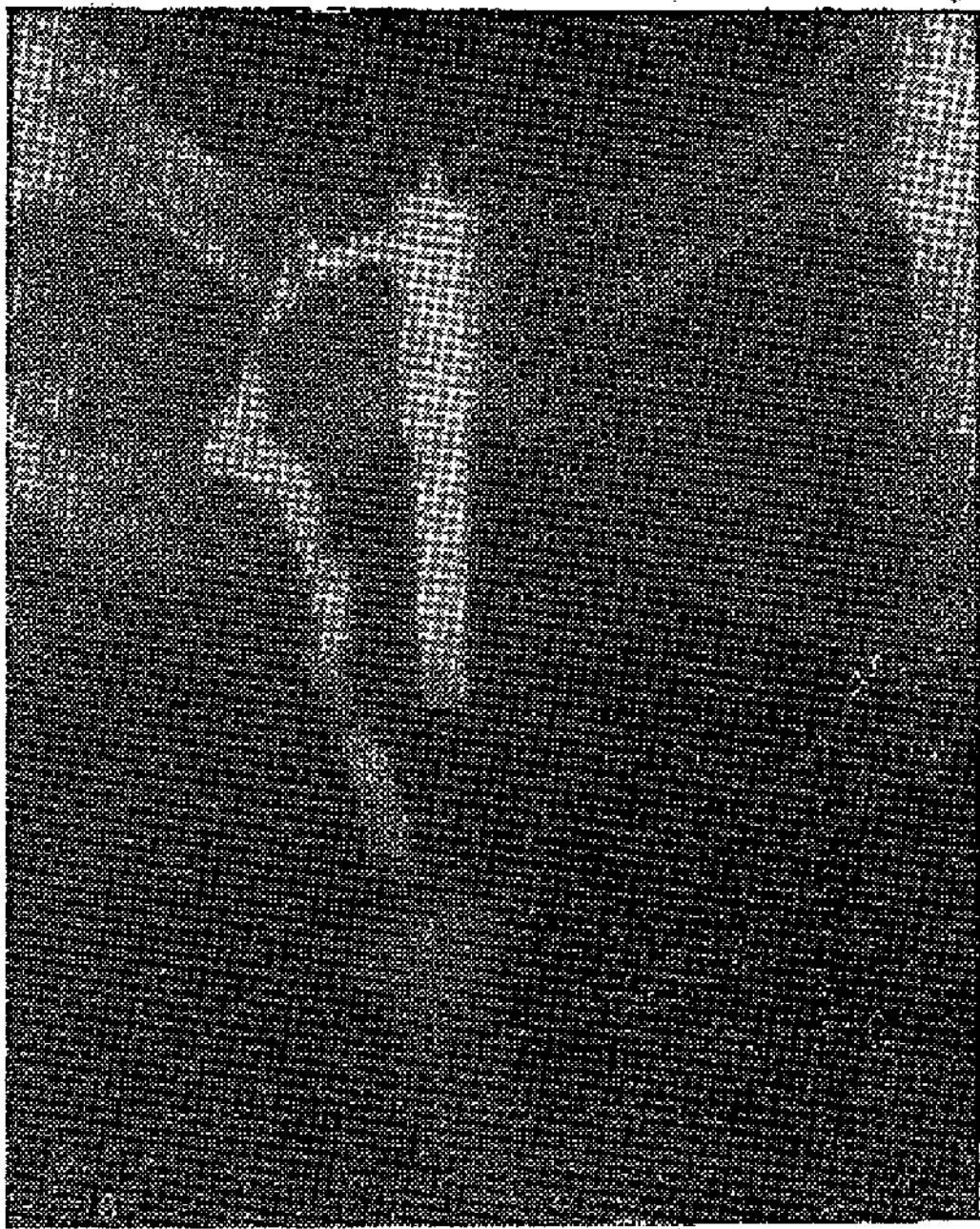
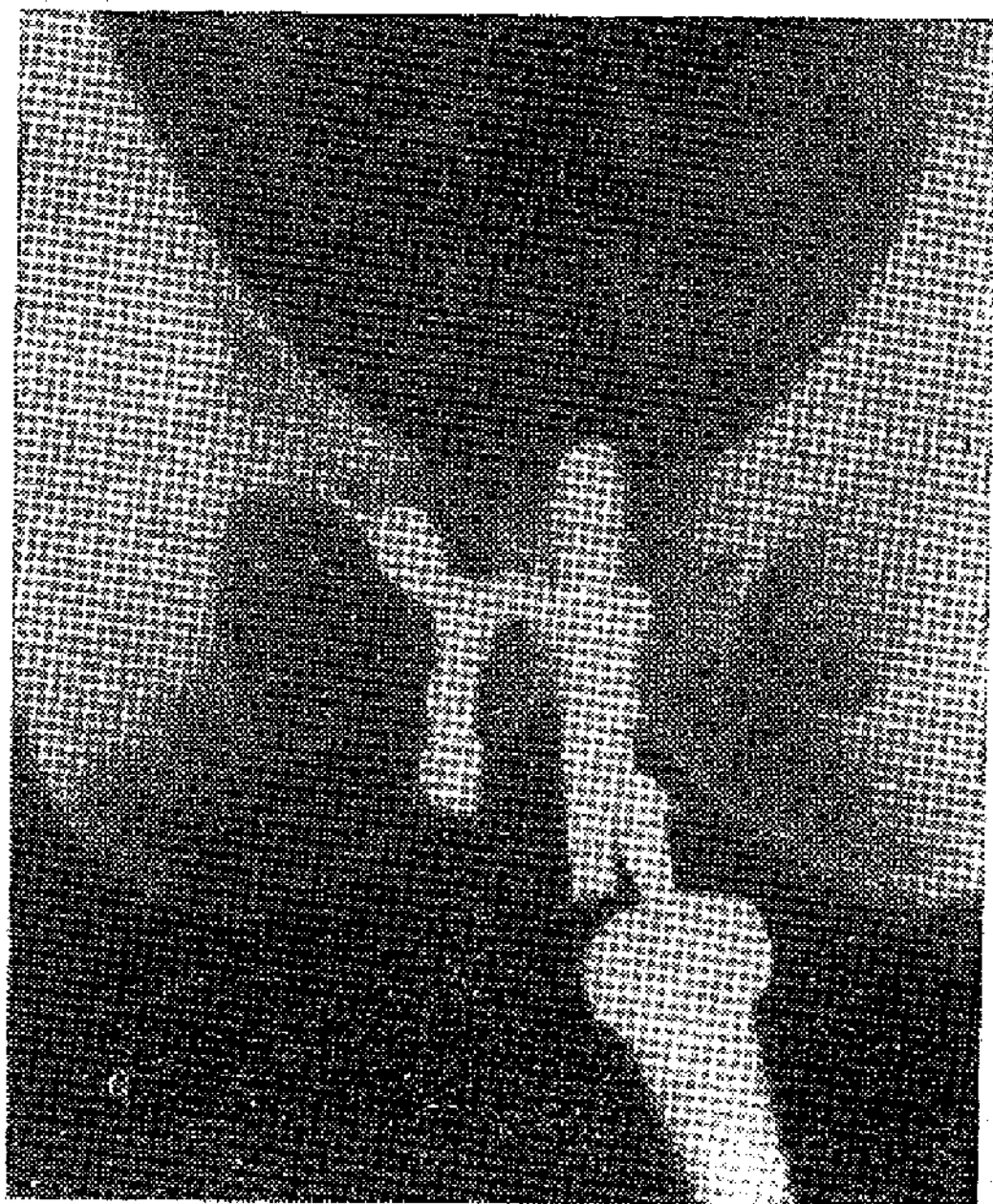
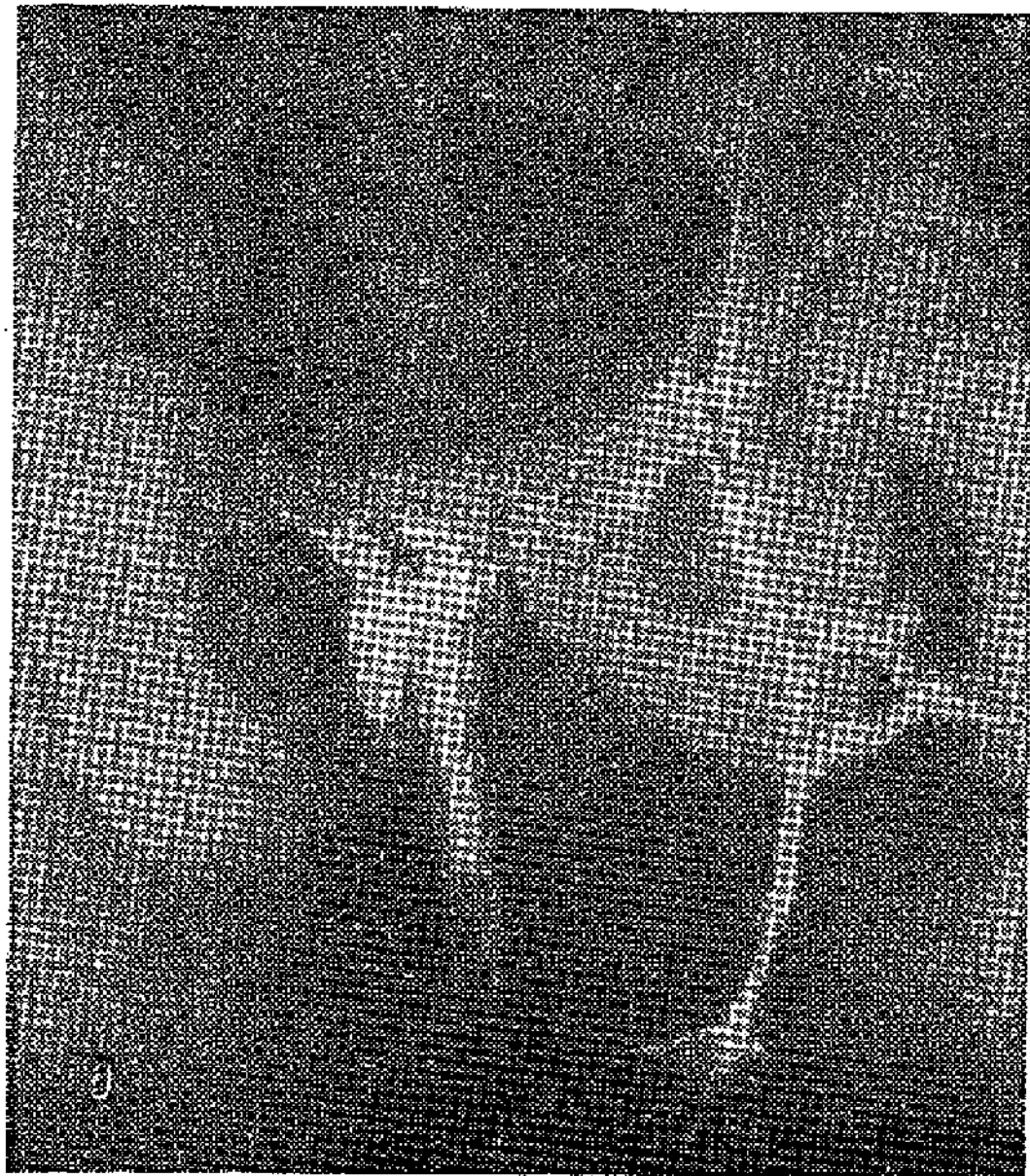


Рис. 10. Варианты расположения свищевого хода в параректальных клетчаточных пространствах (фистулограммы).

и — интрасфинктерный; *б* — трансфинктерный; *а* — эксфинктерный; *в* — с полостью в параректальной клетчатке; *д* — разветвленный; *е* — подковообразный*





Ряс. 10, д—е, продолжение.

#ишка. отходят к головному концу туловища, освобождая полость малого таза. При этом вытягивается прямая кишка и ее просвет (вследствие создающегося небольшого вакуума) свободно расправляется. Больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями ректороманоскопию производят в положении на левом боку с подтянутыми к животу коленями. Осмотр слизистой оболочки прямой кишки и дистального отдела сигмовидной может выявить сопутствующий хроническому парапроктиту проктит и проктосигмоидит. При свищах прямой кишки, возникших на фоне неспецифического язвенного колита или болезни Крона, ректороманоскопия является определяющим диагностическим методом: Выявление сопутствующего проктита и проктосигмоидита у больных со свищами прямой кишки имеет большое значение для выбора лечебной тактики. Кроме того, ректороманоскопия позволяет детально осмотреть анальный канал, определить внутреннее отверстие, его величину и локализацию, наличие рубцового процесса в стенке кишки вокруг внутреннего отверстия свища, выявить сопутствующие заболевания анального канала (геморрой, анальный полип, криптит и др.)/При необходимости ректороманоскопия может быть дополнена аноскопией.

Проктография — рентгенологическое исследование прямой кишки является важным вспомогательным способом диагностики, широко используемым при хроническом парапроктите* Данные проктографии позволяют судить об анатомических особенностях прямой кишки* длине анального канала, величине аноректального угла, могут указывать на вовлечение стенки прямой кишки в воспалительный процесс {зазубренность контуров прямой кишки) (рис. 11). При наличии параректально локализованного инфильтрата отмечается выравнивание контура стенки прямой кишки; дефект в стенке ампулярного отдела прямой кишки характерен для прорыва гнойника в просвет прямой кишки* Если внутреннее отверстие значительных размеров, на рентгенограмме можно определить его местоположение за счет проникновения в него контрастного вещества,

Сфинктерометрия — необходимое исследование при хроническом парапроктите. Метод дает объективную оценку функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки. На наш взгляд, ни одно хирургическое вмешательство на анальном канале не должно про-

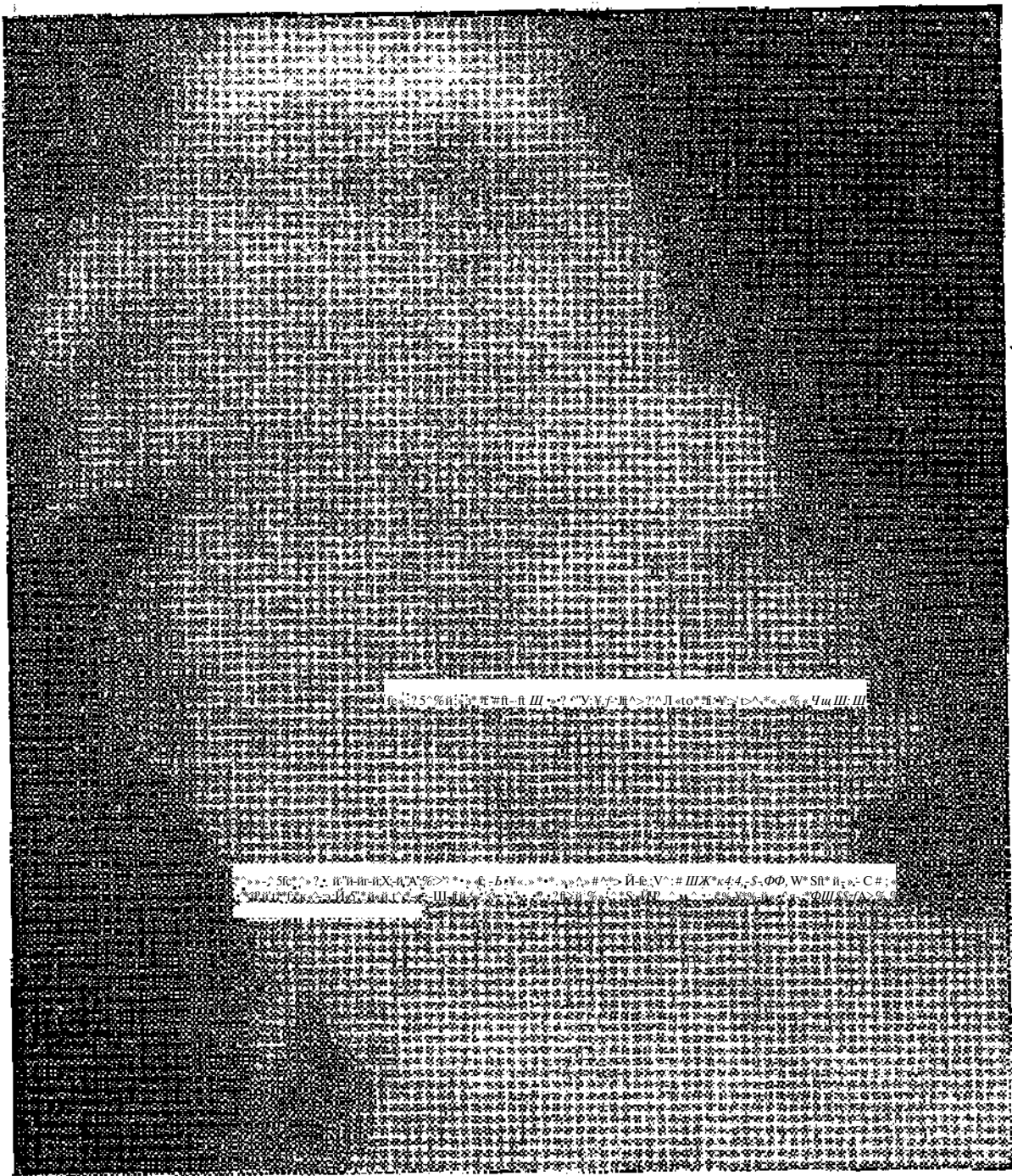


Рис. 12 Пресакральная киста (проктограмма),

изводиться без предварительной объективной оценки функции анального сфинктера. У ряда больных данное сфинктерометрии являются определяющими при выборе метода операции по поводу свища прямой кишки. При длительно существующих свищах прямой кишки и после многократных оперативных вмешательств по поводу свища нарушается функция анального жома.

Одним из наиболее простых и распространенных является сфинктерометр А, М, Аминева. Действие этого аппарата основано на извлечении оливы из прямой кишки через замкнутый анальный канал. Сопротивление, оказываемое стенками заднего прохода, фиксируется на пружинном безмене.

Более точным является браншевый сфинктерометр Гельфинбейна — Долеббетова — динамометрический прибор с тензодатчиками и приставкой потенциометра типа

ПС 1-02, на шкале которого можно наблюдать результаты измерений и одновременно производить регистрацию показателей на ленте-диаграмме (рис. 12). В последние годы в НИИ проктологии разработан и внедрен в практику оригинальный сфинктерометр, с помощью которого можно оценить функцию наружного и внутреннего сфинктеров прямой кишки по сегментам. Мы выделяем три степени недостаточности анального жома. Клинически при I степени отмечается недержание газов, при II — недержание газов и жидкого кала, а при III степени — недержание плотных каловых масс. Клиническая оценка не всегда объективна, так как устанавливается на основании ощущений больного.

Более точные данные получают при сфинктерометрии, при которой учитываются (в граммах) два параметра: j — тонус сфинктера и B — волевое сокращение сфинктера. Для недостаточности I степени соответствующие показатели 260 и 360 г; для II степени — 180 и 300 г; для III степени — 0 и 180 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Клиническая картина хронического парапроктита зависит от формы заболевания» которая определяется отношением свищевого хода к волокнам сфинктера прямой кишки, наличием гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах, активностью воспалительного процесса, степенью развития рубцового процесса в стенке анального канала и по ходу свища, реактивностью организма: *

Интрасфинктерные свищи прямой кишки — подслизистые или подкожно-подслизистые составляют 25—35% всех свищей прямой кишки и характеризуются наименее выраженной общей реакцией организма.

Из 9266 больных со свищами прямой кишки, находящихся под нашим наблюдением, у 2629 (28,4%) были интрасфинктерные свищи. Они образуются в результате самопроизвольного или нерадикального хирургического вскрытия подслизистого или подкожного гнойника при строме парапроктите. Сразу же после дренирования гнойника наступает значительное улучшение общего состояния больного. Образовавшийся свищевой ход чаще всего

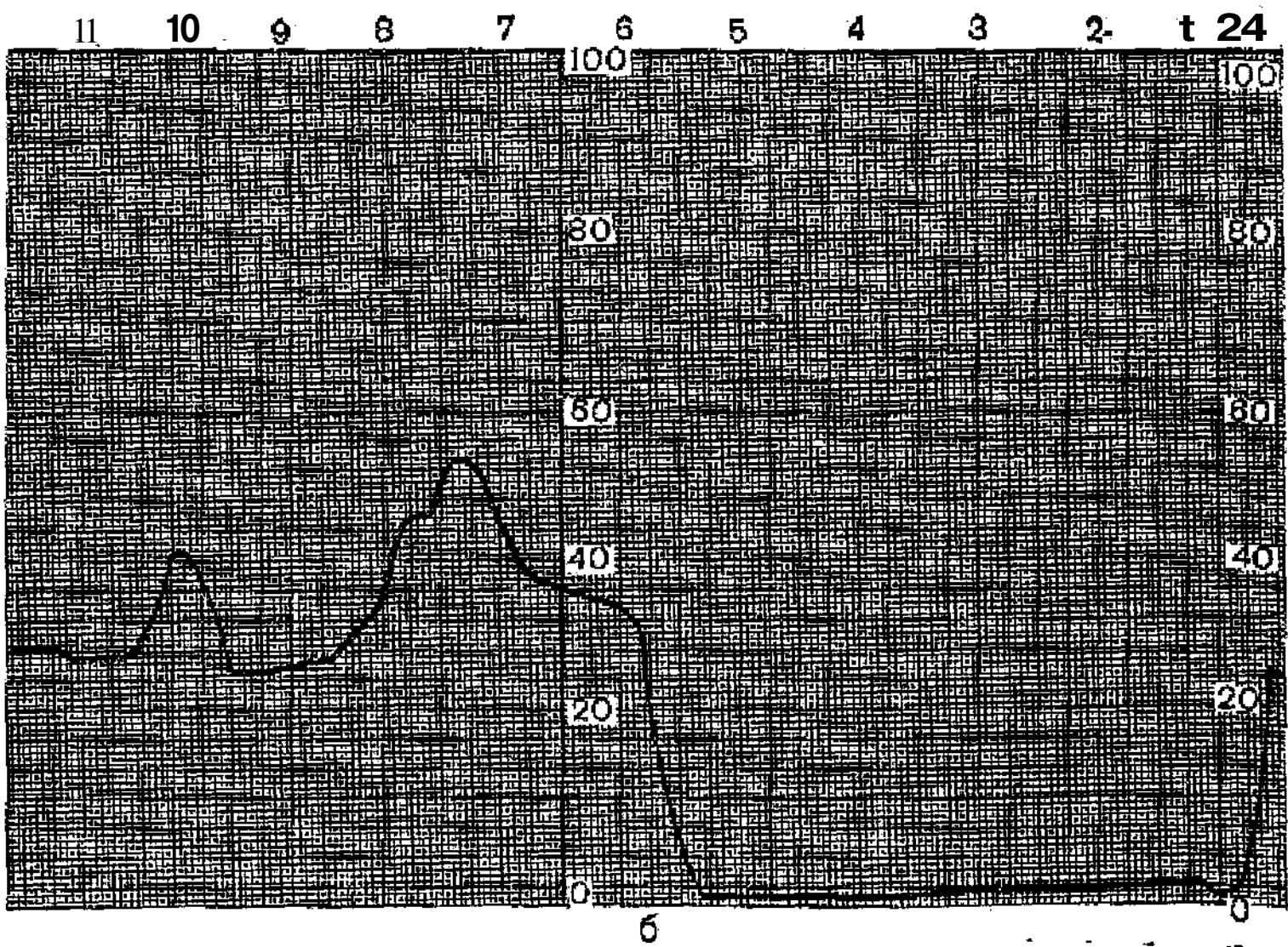
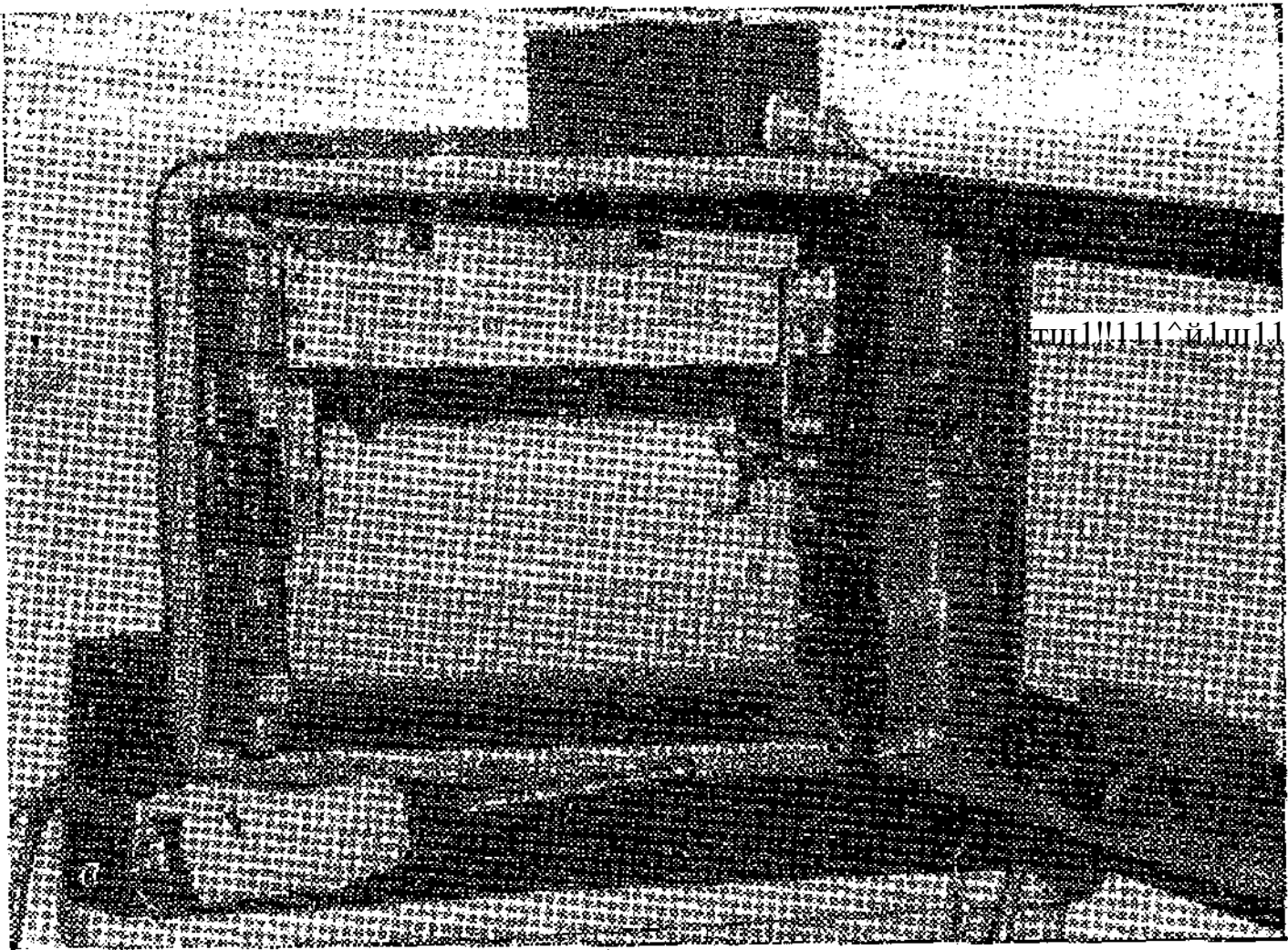


Рис. 12. Сфинктерометр (а) и сфинктерограмма (б),

бывает прямым. Рубцовый процесс, по-видимому, не успевает развиться, так как в большинстве случаев для интрасфинктерного свища характерен короткий срок заболевания. Боли в области заднего прохода умеренно интенсивны: обильных гнойных выделений из свища практически не наблюдается; беспокоят неприятные ощущения в области заднего прохода, усиливающиеся во время дефекации. Простые гигиенические мероприятия (ванны после стула, защитная марлево-ватная повязка) обеспечивают работоспособность и удовлетворительное состояние больного. Когда происходит временная закупорка свищевого хода и происходит задержка отделяемого в подслизистом слое анального канала или в подкожной клетчатке, несколько усиливаются боли в анальном канале и перианальной области, температура тела повышается до субфебрильной, отмечается некоторое недомогание. Как правило, опорожнение гнойника происходит самостоятельно, после чего боль стихает и через 1—2 дня общее состояние и работоспособность полностью восстанавливаются* Такие обострения воспалительного процесса наблюдаются 1—2 раза в год. Примерно 30% больных с интрасфинктерными свищами прямой кишки обращаются к хирургу после 3—5 обострений. В целом клиническая картина заболевания при интрасфинктерных свищах характеризуется относительно благополучным течением.

При осмотре определяется наружное свищевое отверстие; почти всегда оно локализуется вблизи заднего прохода, в 1—3 см от края ануса. У 95% больных выявляется одно наружное отверстие свища; обычно оно неширокое, без рубцового процесса вокруг. Однако встречаются больные с двумя — тремя наружными свищевыми отверстиями.

Пальпация перианальной области дает возможность определить свищевой ход в подслизистом или подкожном слое. При пальцевом исследовании прямой кишки можно легко прощупать свищевой ход в виде тяжа в подслизистом слое, который заканчивается внутренним отверстием, расположенным в одной из крипт. Как правило, внутреннее отверстие свища небольшое, размеры определяются в виде точечного углубления, ткани вокруг него чаще не уплотнены.

Зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, у большинства больных свободно проходит в просвет пря-

мой кишки через внутреннее отверстие или подходит к нему в подслизистом слое.

Проба с метиленовым синим обычно положительна; краситель, введенный в наружное свищевое отверстие, свободно выделяется через отверстие в просвет прямой кишки.

Слизистая оболочка прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки редко вовлекается в воспалительный процесс; при ректороманоскопии определяется нормальная слизистая оболочка.

Рентгенологическое исследование при интрасфинктерных свищах обычно не уточняет диагноза. Однако при подозрении на подкожный или подслизистый затек фистулография может иметь большое значение. Мы наблюдали подслизистые и подкожные затеки у 6,5% больных с интрасфинктерными свищами прямой кишки (рис. 13).

Функция сфинктера прямой кишки не страдает, — так как свищевой ход проходит интрасфинктерно и рубцовый процесс в анальном канале практически отсутствует*

Приводим пример.

Вольной К-в, 34 лет, поступил с жалобами на свищ в области промежности с умеренным гнойным отделяемым; 6 мес назад заболел остро с образования гнойника в промежности, на 3-й день гнойник вскрылся самопроизвольно и образовался свищ. Проводилось симптоматическое лечение; сидячие ванны, ватно-марлевые повязки, свечи. Месяц, назад вновь возникло обострение с образованием гнойника в области промежности, который также самопроизвольно вскрылся.

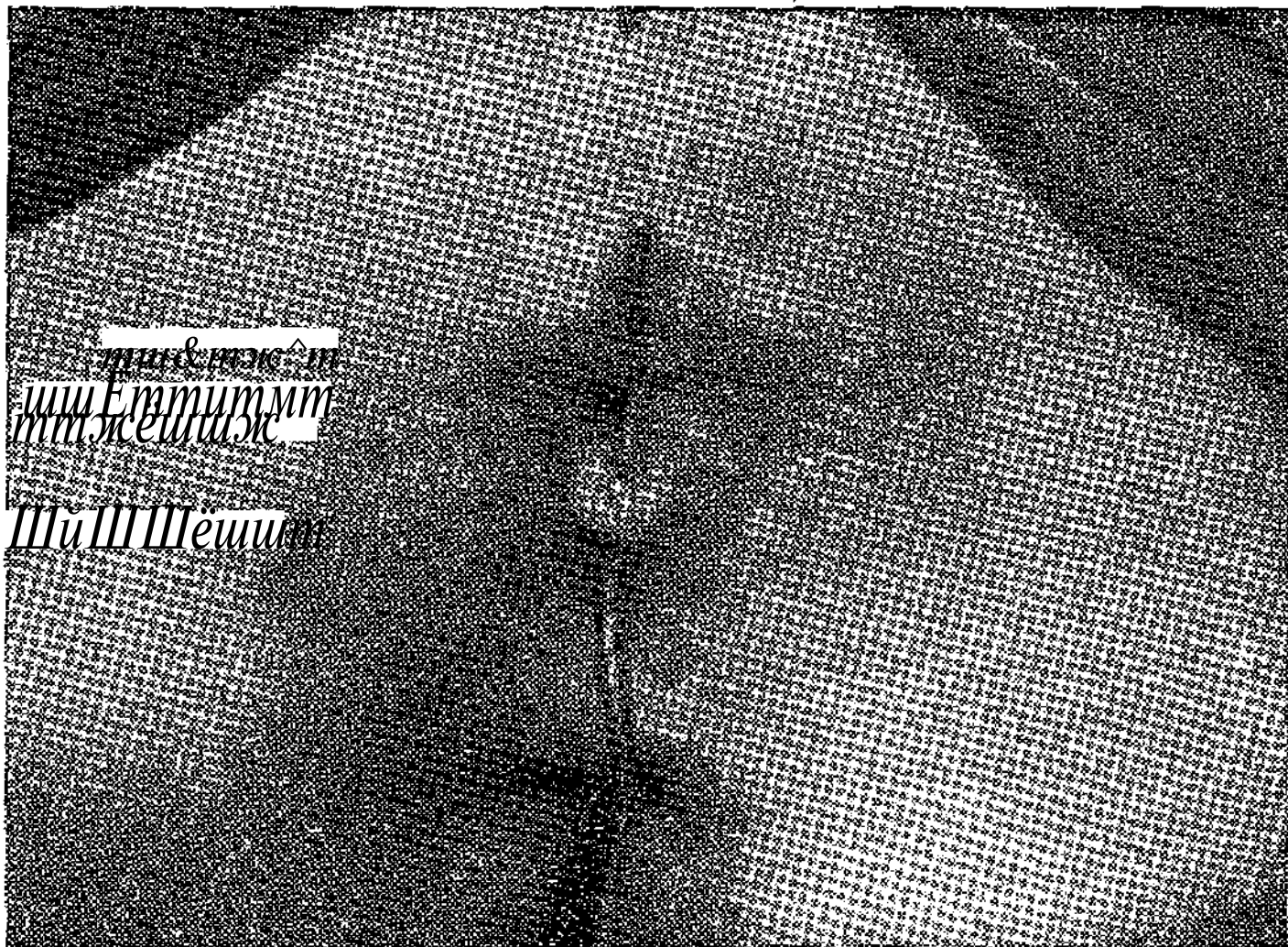
При обследовании установлен задний интрасфинктерный свищ прямой кишки. Наружное свищевое отверстие расположено на 6 часах (по циферблату) > отступя на 3 см от края ануса; свищевой ход пальпируется в подкожном слое, идет к задней полуокружности анального канала. При пальцевом исследовании прямой кишки в задней крипте определяются точечное внутреннее отверстие свища, и поверхностно расположенный тяж в стенка анального канала. Проба с метиленовым синим положительная. Зонд/ введенный, в наружное свищевое отверстие, свободно проходит в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие (рис. 14). После подготовки под местной анестезией иссечен свищ в просвет прямой кишки. Послеоперационная рана зажила прочным рубцом, больной выписан на 6-й день после операции. Осмотрен через год: здоров.

Транссфинктерные свищи прямой кишки — самая частая форма хронического парапроктита (от 40 до 45% всех свищей), В НИИ проктологии на стационарном лечении находилось 3830 таких больных, что составляет 41,3% всех больных хроническим парапроктитом. Транс-



mmmmmm

Рис. 13. Хронический парапроктит с полостью в подкожном слое (фистулограмма).



mmmmmm
mmmmmm
mmmmmm
mmmmmm

Рис. 14. Интрасфинктерный свищ прямой кишки.

сфинктерные свищи также являются следствием самопроизвольного или нерадикального хирургического вскрытия ишиоректального парапроктита. Больные с чрессфинктерными свищами предъявляют жалобы на умеренное, порой обильное отделяемое из наружного свищевого отверстия. Эти жалобы характерны для больных, у которых имеются гнойные полости в параректальных клетчаточных пространствах. Почти у половины больных наблюдаются разветвленные свищевые ходы с рубцовым процессом по ходу свища и в стенке анального канала вокруг внутреннего отверстия. Боли в области промежности и дистальном отделе прямой кишки не характерны: они появляются лишь в период обострения, которое при трансфинктерных свищах прямой кишки обычно возникает от 3 до 5 раз в год и длится 2—4 дня. В период обострения отмечается общее недомогание, повышение температуры до 38°С. Боли усиливаются в вертикальном положении, сидя, во время дефекации. После стихания воспалительного процесса у многих больных образуются дополнительные наружные свищевые отверстия. Если в параректальной клетчатке образуется гнойная полость, с течением времени могут появляться периодические схваткообразные боли в животе, неустойчивый стул, выделение слизи, зуд в перианальной области. Это объясняется тем, что к хроническому парапроктиту присоединяется проктит или проктосигмоидит. Клиническая картина при трансфинктерных свищах прямой кишки характеризуется волнообразным течением, снижением трудоспособности и ухудшением общего состояния больного. У 50% больных имеется одно наружное свищевое отверстие, у 45% — 2—3 и у 5% — более трех.

Пальпация перианальной области выявляет рубцовый процесс по ходу свища. Свищевой ход определяется в виде плотного тяжа в подкожной клетчатке. Можно прощупать и инфильтраты, которые свидетельствуют о наличии гнойных полостей.

При пальцевом исследовании прямой кишки определяют внутреннее отверстие, которое обычно имеет форму воронкообразного углубления в стенке анального канала, ткани вокруг него обычно не уплотнены. При длительно существующих свищах и частых рецидивах внутреннее отверстие определяется на фоне плотной рубцовой ткани. Пальцевое исследование выявляет инфильтраты, их локализацию и величину.

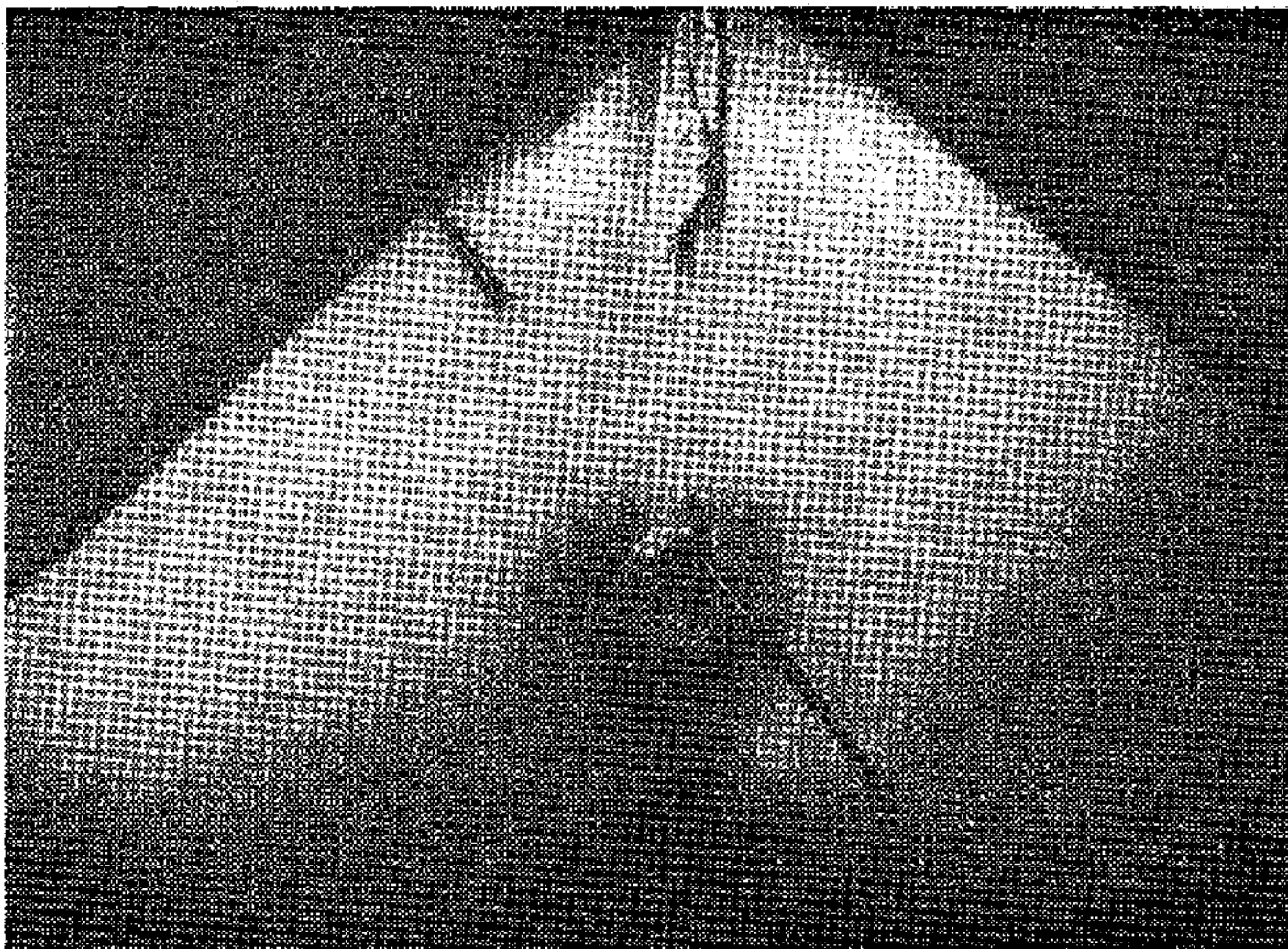


Рис. 15. Транссфинктерный свищевой ход.

Зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, идет по направлению к прямой кишке и у 60% больных свободно проникает в ее просвет через внутреннее отверстие свища или подходит к подслизистому слою (рис. 15). У больных с наличием параректальной гнойной полости зонд не проникает в просвет кишки, а упирается в стенку полости и иногда свободно баллотируется.

Метиленовый синий, введенный в наружное свищевое отверстие, как правило, проникает в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища. Несколько наружных свищевых отверстий обычно сообщаются между собой свищевыми ходами, поэтому прокрашиваются все ходы, после введения красителя в одно из наружных отверстий.

У большинства больных с гнойными полостями в параректальных клетчаточных пространствах к заболеванию, продолжающимся более года, в воспалительный процесс вовлекается слизистая оболочка прямой и сигмовидной кишки: при ректороманоскопии можно обнаружить проктит или проктосигмоидит.

На фистулограммах в 48% наблюдений выявляется разветвленный свищевой ход, в 31% — полость в параректальной клетчатке.

У 25% больных, ранее перенесших оперативное вмешательство, повлекшее за собой рецидив заболевания» а также у больных с длительно существующими свищами и значительными рубцовыми изменениями в стенке прямой кишки вокруг внутреннего отверстия свища появляются признаки слабости сфинктера. В остальных случаях показатели сфинктерометрии нормальны.

Приводим пример.

Больной Т-в, 27 лет, поступил с жадобами на умеренные гнойные выделения из свища в области промежности. Заболевание началось год назад с острого парапроктита, который был вскрыт в поликлинике в последующем сформировался свищ. Больной отмечает три обострения воспалительного процесса, по поводу которых получал симптоматическое лечение.

При обследовании: наружное свищевое отверстие расположено в 5 см от края ануса на 5 ч (по циферблату), свищевой ход пальпируется в подкожной клетчатке. Проба с метиленовым синим положительная. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера нормальный, показатель сфинктерометрии Т 450, В 540 г, в задней крипте определяется внутреннее отверстие в виде воронкообразного углубления. Зонд, введенный в наружное отверстие, идет чрессфинктерно и проходит в просвет прямой кишки. При фистулографии определяется чрессфинктерное расположение прямого свищевых ходов. Диагностирован задний чрессфинктерный свищ прямой кишки. После подготовки произведено иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны. Выписан на 13-й день. Осмотрен через 73 года; здоров.

Экстрасфинктерные свищи прямой кишки встречаются в 15—25% случаев хронического парапроктита и дают наиболее яркую клиническую картину. Под нашим наблюдением было 1755 (19%) таких больных. Эти сложные свищи образуются как следствие острого ишиоректального, ретроректального или пельвиоректального парапроктита, для них характерно наличие разветвленных свищевых ходов, рубцового процесса в стенке анального канала и по ходу свища, наличие гнойных полостей в параанальных клетчаточных пространствах.

Больные жалуются на гнойные выделения из наружного свищевых отверстий. Боли в анальном канале и перианальной области возникают в период обострений воспалительного процесса, которые возникают до 5—7 раз в год. В период обострения больные отмечают общую слабость, повышение температуры тела, боли в области промежности и дистальном отделе прямой кишки; снижение работоспособности. Больные вынуждены лежать, так как боли усиливаются в положении стоя, дефекация

резко болезненна и затруднена; Такое состояние продолжается в течение 3—5 дней, пока не происходит самопроизвольного или, чаще, хирургического вскрытия гнояника* После стихания острого процесса отмечается улучшение состояния. Нередко очередное обострение приводит к формированию дополнительного наружного свищевого отверстия. Выделение гноя, кишечных газов и кала через наружное свищевое отверстие в период стихания воспалительного процесса продолжается, в связи с чем больные вынуждены носить защитные повязки, меняя их несколько раз в день. Почта у всех больных с экстрафинктерными свищами прямой кишки имеется сопутствующий проктит и проктосигмоидит, усугубляющие болезнь.

При осмотре обращает на себя внимание значительный рубцовый процесс в перианальной области (рис. 16). Наружное свищевое отверстие располагается на расстоянии до 5—7 см от края ануса; оно может располагаться вблизи заднего прохода или отстоять далеко на промежности или ягодичной области.

При экстрафинктерных свищах бывает от 2 до 4 наружных свищевых отверстий, реже встречается одно или более четырех отверстий.

При пальпации промежности свищевой ход не прослеживается, но определяются рубцы в перианальной области. При наличии гнойной полости в параректальной клетчатке пальпация болезненна.

Пальцевое исследование прямой кишки дает возможность определить внутреннее отверстие свища, в большинстве случаев имеющее вид воронкообразного углубления. У 50% больных в анальном канале и вокруг внутреннего отверстия свища определяются значительные рубцы и пектенос; у 60% больных имеются гнойные полости, которые можно определить при пальцевом исследовании прямой кишки в параректальной клетчатке.

Зонд, введенный в одно из наружных свищевых отверстий, идет параллельно прямой кишке, что характерно для экстрафинктерного расположения свищевого хода (рис. 17). В отличие от остальных форм свищей прямой кишки зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, редко проникает в просвет кишки. Часто проба с метиленовым синим бывает положительной. Однако на исследование уходит значительно больше красителя, чем при интра- и чресфинктерных свищах, что обусловлено

более частым ветвлением свищевого хода и наличием гнойных полостей в параректальной клетчатке,,

При экстрасфинктерных свищах в большинстве случаев отмечается ярко выраженная ректоскопическая картина проктита и проктосигмоидита.

Характерна фистулограмма: помимо экстрасфинктерного расположения свищевого хода можно определить его разветвленность (рис. 18), наличие полостей в параректальных клетчаточных пространствах, их локализацию и величину. Так, ишиоректальные полости встречаются в 40% случаев (рис. 19), ретроректальные в 40% (рис. 20), пельвиоректальные в 10% (рис. 21), сочетание нескольких полостей различной локализации отмечено у 10% больных.

Показатели сфинктерометрии у 25% больных несколько снижены, что обусловлено рубцовым замещением мышечных волокон сфинктера. У отдельных больных показатели сфинктерометрии бывают выше нормы, что объясняется пектенозом и сужением просвета анального канала.

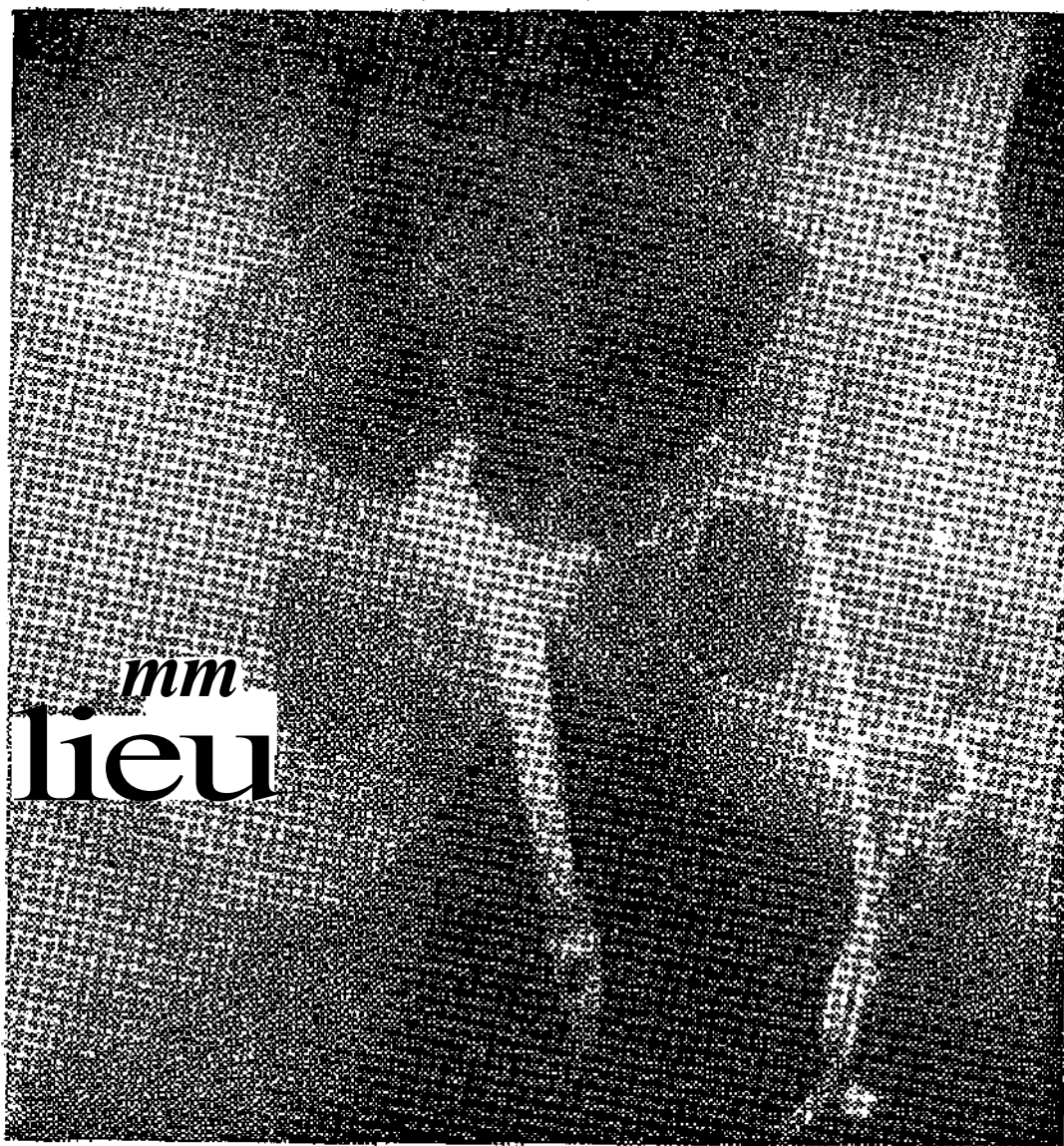
Приводим два примера.

Больной М-в, 43 лет, поступил с жалобами на свищ с гнойными выделениями в области промежности. Болен в течение года, заболевание началось с острого парапроктита, который был вскрыт без ликвидации внутреннего отверстия свища, в последующем сформировался свищ прямой кишки. Имеется наружное свищевое отверстие на 2 ч (по циферблату) в 5 см от края ануса. Свищевой ход не пальпируется. При пальцевом исследовании прямой кишки внутреннее отверстие в передней крипте определяется в виде воронкообразного углубления, без рубцов вокруг/Проба с метиленовым синим положительна. Зонд» введенный в наружное свищевое отверстие, идет параллельно стенке прямой кишки. На фистулограмме свищевой ход в прямой кишке идет экстрасфинктерно. Диагноз: передний экстрасфинктерный свищ I степени сложности. После предоперационной подготовки произведено иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране, передняя дозированная сфинктеротомия, Больной выписан на 22-й день после операции. Данных за рецидив свища нет. Показатели сфинктерометрии; Т — 440, В — 520 г. При осмотре через 2 года здоров.

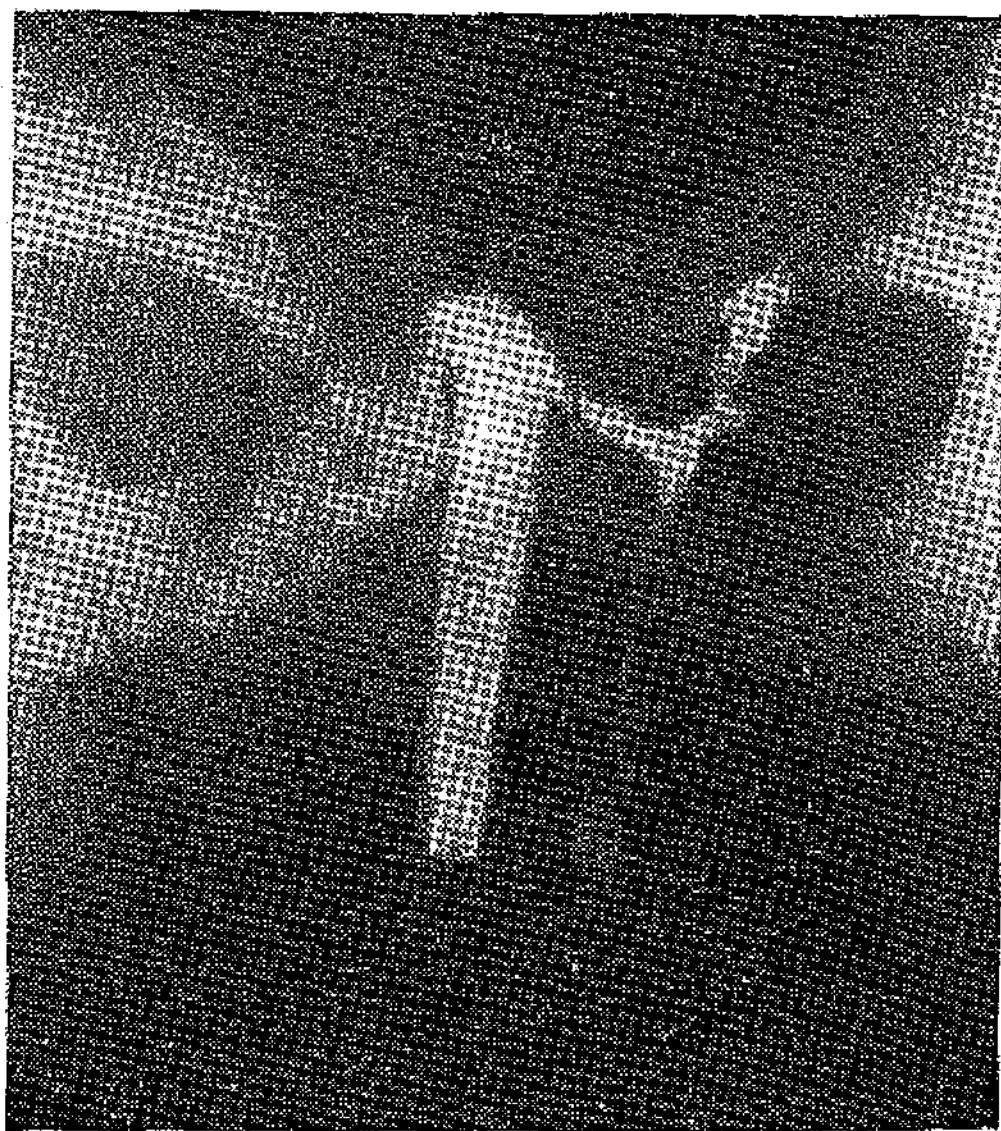
Больной В-в, 47 лет, поступил с жалобами на свищи с гнойным отделяемым в области промежности» Болен в течение 5 лет (после острого парапроктита, который самопроизвольно вскрылся с образованием свища в промежности}, В последующем отмечались периодические обострения в виде образования гнойников в области промежности, которые вскрывались самопроизвольно или хирургическим путем, При осмотре; в области промежности имеется три наружных свищевых отверстия, расположенные на 3; 5 и 7 ч (по циферблату) в 2; 6; 4 см от края ануса. Выявляется рубцовая деформация про-

18

mm
lieu



19



РЙС, 18. Разветеленный экстрасфинктерный свищевой ход (фистулограмма).

Рис. 19, Экстрасфинктерный свищевой ход с ишиоректальной полостью (фистулограмма).

20



21



Рис. 20. Экстрасфинктерный свищевой ход с ретроректальной полостью (фистулограмма).

Рис. 21, Экстрасфинктерный свищевой ход с пельвиоректальной полостью (фистулограмма).

межкости. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается значительный рубцовый процесс в анальном канале, внутреннее отверстие пропускает кончик указательного пальца, окружающие ткани рубцово изменены. Проба с метиленовым синим положительна (введено 3 мл). Зонд введенный в наружные свищевые отверстия, свободно баллотируется. При фистулографии: свищ идет экстрасфинктерно, разветвлен, имеется полость 3x5 см в ретроректальном пространстве. После предоперационной подготовки произведено иссечение свища с проведением лигатуры. Больной выписан на 27-й день. Данных за рецидив свища нет, показатели сфинктерометрии: Т — 420, В — 510 г, Осмотр через 2 года.

Неполные внутренние свищи прямой кишки характеризуются наличием одного, свищевого отверстия в просвете прямой кишки. Неполные внутренние свищи составляют 8—10% всех свищей прямой кишки. Мы располагаем опытом лечения 705 больных (7,6% всех больных со свищами) с неполными внутренними свищами прямой кишки; оперированных в НИИ проктологии в 1961—1979 гг. Эти свищи возникают в результате перенесенного* острого парапроктита, вскрывшегося в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие в области пораженной крипты. Неполные внутренние свищи могут образовываться как при самопроизвольном, так и при хирургическом опорожнении гнойника в просвет кишки вне крипты. В результате образуется неполный внутренний свищ с двумя отверстиями в просвете кишки; первичным в области пораженной крипты и вторичным выше зоны морганиевых крипт,

Наиболее характерные жалобы — боли в области ануса и выделения гноя из кишки. Диагностика неполных внутренних свищей усложняется весьма частым сочетанием их с другими заболеваниями прямой кишки (проктит, проктосетмоидит, геморрой, анальная трещина).

У большинства больных определяется мацерация кожи промежности. Пальпация перианальной области умеренно болезненна. При наличии гнойной полости в параректальной клетчатке можно определить инфильтрат. В отдельных случаях при надавливании на него из просвета прямой кишки выделяется гной. При пальцевом исследовании прямой кишки внутреннее отверстие свища у 85% больных определяется в задней крипте. В зависимости от давности заболевания выявляются рубцовые изменения в анальном канале,

Зондирование свищевого хода через внутреннее отвер-

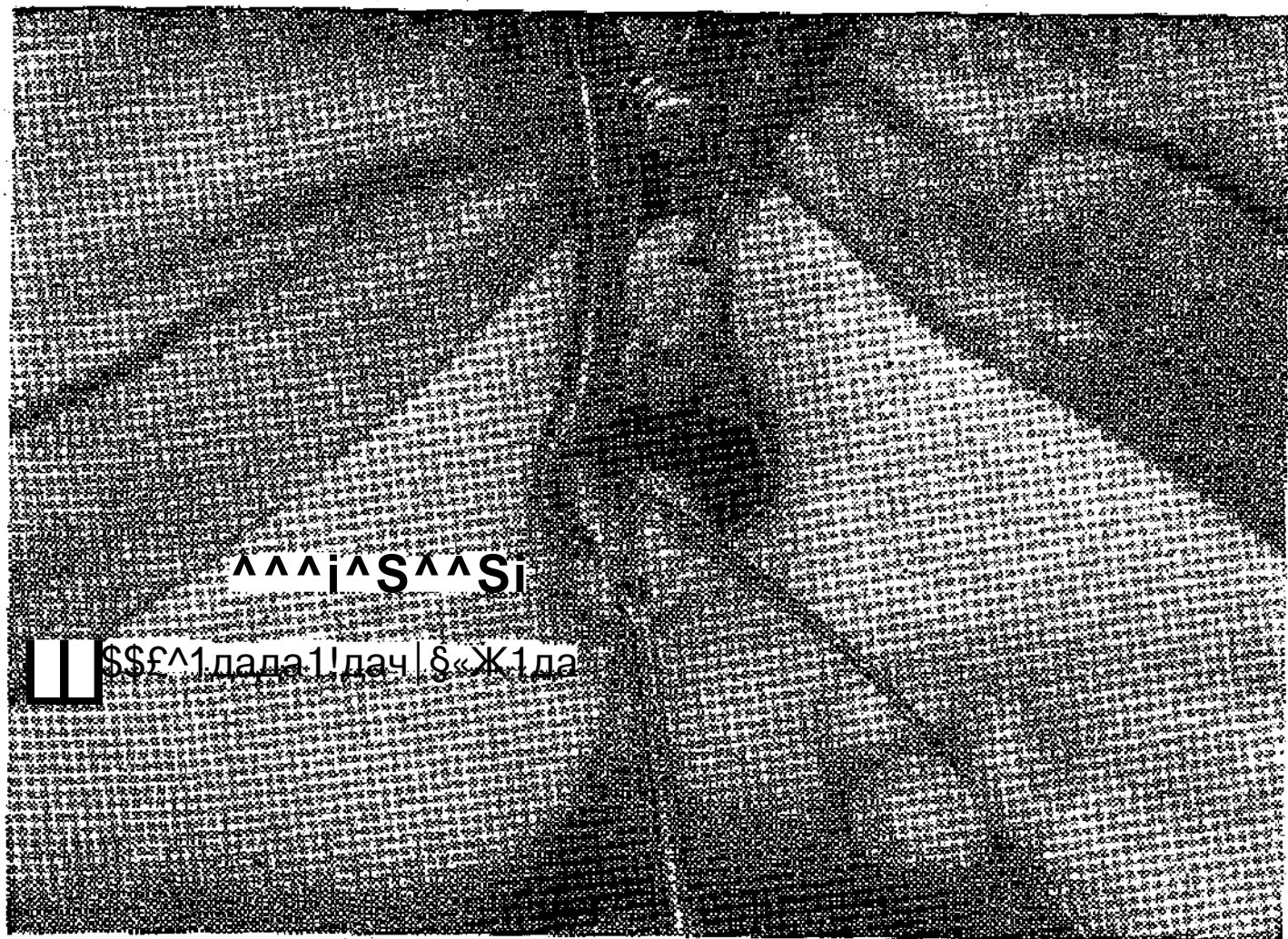


Рис. 22. Неполный внутренний свищ прямой кишки.

стие малоинформативно: зонд обычно проникает на незначительную глубину и упирается в стенку полости (рис. 22),

При ректороманоскопии определяется изменение, слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки» характерные для проктита и проктосигмоидита.

При неполных внутренних свищах целесообразно проводить исследование с помощью аускопа, чтобы определить величину и локализацию свищевого отверстия.

Фистулография дает до 50% неудовлетворительных ответов. Поэтому уточнение характера свища, выявление разветвлений, полостей в параректальной клетчатке и отношения к волокнам сфинктера прямой кишки производится во время операции.

Показатели сфинктерометрии обычно выше нормы, так как боли в заднем проходе вызывают спазм сфинктера; кроме этого, при длительно существующих свищах за счет лектеноза происходит некоторое сужение просвета анального канала,

^в Приводим наблюдение,

Больная Н-на 28 лет, поступила с жалобами на гнойные выделения из прямой кишки, боли в области ануса при дефекации. Заболевание началось год назад с острого парапроктита, который

вскрылся самопроизвольно в просвет прямой кишки. В последующем были выделения гноя из прямой кишки, боли в области ануса, усиливающиеся во время дефекации. Получала симптоматическое лечение (свечи, ванночки, мазевые повязки), но отмечала лишь временное улучшение. Кожа в перианальной области шеремирована, при пальпации отмечается болезненность по задней полуокружности анального канала. При пальцевом исследовании прямой кишки в задней крипте определяется воронкообразное углубление, пропускающее копчик указательного пальца, исследование болезненно. При аноскопии определяется внутреннее отверстие свища в задней крипте, ткани вокруг него мягкие. Зонд, введенный в свищ, идет чрессфинктерно. Диагноз: задний транссфинктерный неполный внутренний свищ прямой кишки. Произведено иссечение свища с ушиванием дна раны. Послеоперационный период протекал гладко, больная выписана на 13-й день. Осмотрена через год. Данных за рецидив свища нет, показатели сфинкстрометрии: Т — 440, В — 525 г.

Подковообразные свищи разветвляются справа и слева от прямой кишки. Особенностью этой формы парапроктита является поражение одноименных, а иногда и разноименных клетчаточных пространств с обеих сторон от прямой кишки при распространении воспалительного процесса из одного параректального клетчаточного пространства в другое, расположенное на противоположной стороне.

Подковообразным (двусторонним) свищам прямой кишки свойственны те же этиопатогенетические механизмы, что и другим формам хронического парапроктита; отличие состоит лишь в распространенности воспалительного процесса.

По данным литературы, подковообразные свищи составляют 4—10% всех видов хронического парапроктита. Под нашим наблюдением находилось 347 (3,7%) таких больных. Дуга подковы, огибающая кишку спереди или сзади, соответствует локализации внутреннего отверстия свища в передней или задней крипте. Следует подчеркнуть, что только примерно в половине случаев сообщение с просветом кишки шло из дуги подковы. В остальных случаях сообщение с кишкой осуществлялось из магистрального гнойного хода, ведущего в кишку, а ответвление на противоположную сторону определялась в виде затека. Отношение свищевого хода к жому заднего прохода при подковообразных свищах может быть самым различным. По нашим данным, у 12% больных подковообразные свищи проходили интрасфинктерно, у 31% — транссфинктерно, у , 43% — экстрасфинктерно; у

14% больных подковообразный свищ был комбинированным; каждый свищевой ход имел разное отношение волокнам сфинктера.

Клиническое течение подковообразных свищей зависит от формы свища и мало отличается от типичной картины хронического парапроктита. Необходимо отметить, что наиболее часто подковообразные свищи наблюдаются среди экстрасфинктерных (7%), реже — среди интрасфинктерных и транссфинктерных (1—2%).

У большинства больных подковообразные свищи шли по 2 наружных отверстия, располагавшихся на противоположности справа и слева от зигоса. Наружных отверстий может быть значительно больше. Вместе с тем следует помнить, что встречаются неполные подковообразные свищи вообще без наружных свищевых отверстий или имеющих одно такое отверстие.

При пальпации промежности интрасфинктерные и транссфинктерные свищевые ходы можно определить в подкожной клетчатке; один из этих свищевых ходов является магистральным, т. е. проникает в просвет прямой кишки.

Если один из свищевых ходов не определяется в подкожной клетчатке, можно предположить комбинированный ход свища по отношению к сфинктеру.

Зонд, введенный в одно из наружных свищевых отверстий, обычно проникает в просвет прямой кишки или подходит близко к ее стенке (рис. 23).

При введении красителя в одно из свищевых отверстий прокрашивается второй свищевой ход и внутреннее отверстие свища.

Пальцевое исследование прямой кишки помогает определить внутреннее отверстие и наличие рубцов в анальном канале. У каждого третьего больного с подковообразным свищом имеются гнойные полости в параллельных клетчаточных пространствах, наиболее часто в ретроректальном пространстве. При фистулографии выявляется разветвленность свищевых ходов, заканчивающихся полостями, из которых чаще всего одна сообщается с просветом прямой кишки.

Показатели функции анального сфинктера зависят от длительности заболевания, формы хронического парапроктита и ранее перенесенных оперативных вмешательств.

Приводим пример.

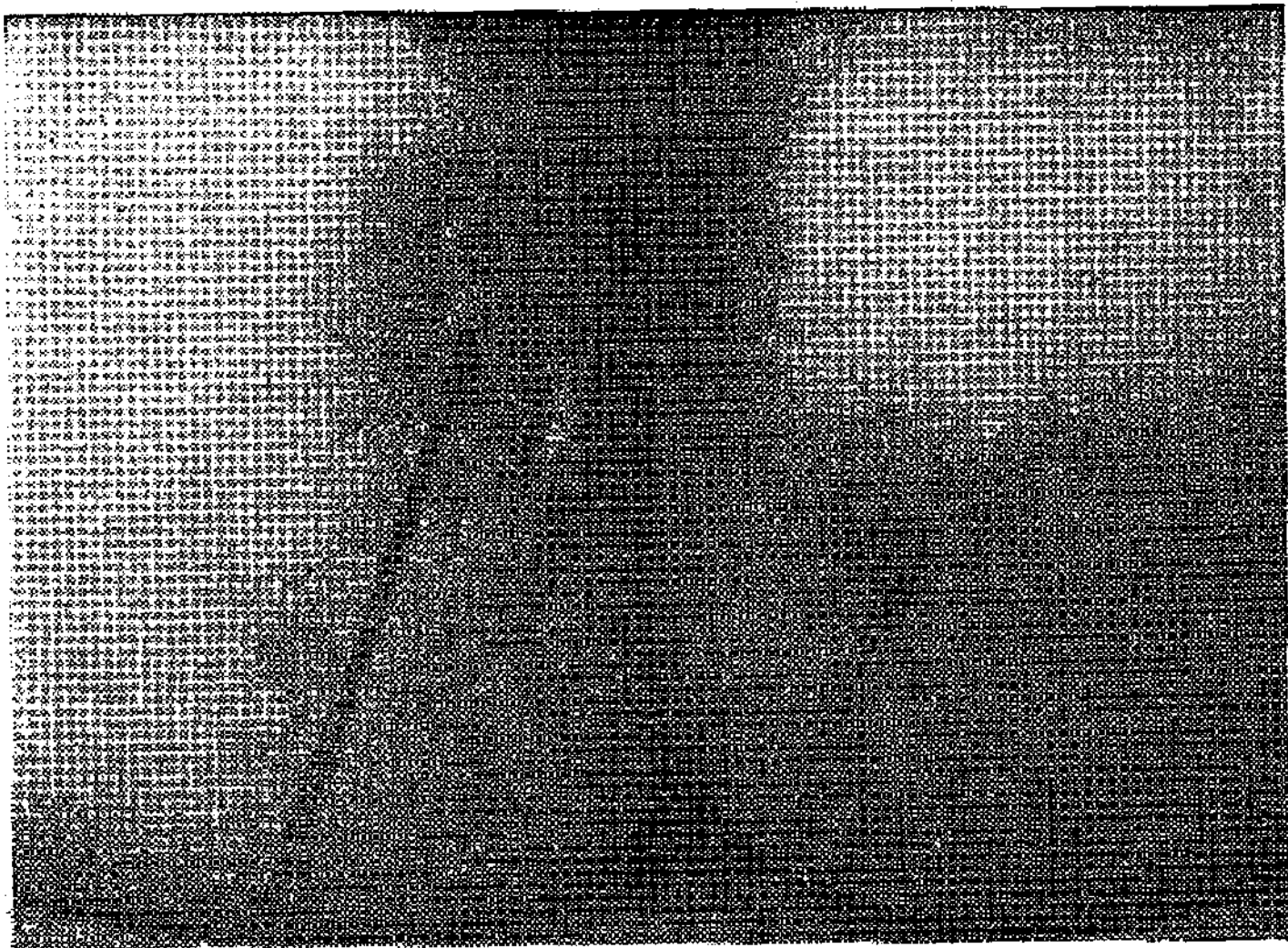


Рис. 23. Подковообразный свищ прямой кишки.

Больной Л-н/5f года, поступил с жалобами на свищи с гнойным отделяемым в области промежности. Болен в течение года, заболевание началось с гнойника, который располагался справа от ануса и был вскрыт в поликлинике. В дальнейшем на месте операционной раны сформировался свищ. Через 5 мес на противоположной стороне от ануса вновь образовался гнойник; который вскрылся самопроизвольно с образованием свища в промежности. Объективно: в области промежности на 4 и 8 ч (по циферблату) в 4 и 6 см от края ануса имеются два наружных свищевых отверстия. Свищевые ходы пальпируются в подкожной клетчатке и идут в направлении к задней полуокружности анального канала. Проба с метилеловым синим положительна, причем при введении красителя в одно из свищевых отверстий он выходит через внутреннее отверстие и наружное свищевое отверстие, расположенные на противоположной стороне средней линии. Зонд, введенный в наружные свищевые отверстия справа и слева от анального канала, выходит в просвет кишки. На фистулограмме определяется травесфинктерное расположение свищевого хода, причем дуга подковы расположена под прямой кишкой. Функция сфинктера нормальная. Диагноз: задний чрезсфинктерный подковообразный свищ прямой кишки. После предоперационной подготовки произведено иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны.

Послеоперационный период протекал гладко. Данных рецидива свища нет, показатели сфинктерометрии: Т — 430, В — 520 г, Осмотрен через год после операции.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагностика свищей прямой кишки не представляет трудностей. Однако надо помнить о ряде заболеваний, при которых имеется свищ с гнойным отделяемым в периаанальной области и промежности. Важно, что тактика лечения вышеуказанных заболеваний и хронического парапроктита различна.

Эпителиальный копчиковый ход встречается у 4—5% лиц с заболеваниями прямой кишки и промежности. Погружение эпителия локализуется в межъягодичной складке и имеет (чаще) одно или (реже) несколько свищевых отверстий. Нераспространенная форма копчикового хода не представляет диагностических трудностей: весьма характерно наличие точечных свищевых отверстий в межъягодичной складке вне связи с прямой кишкой. Гораздо труднее установить точный диагноз при хроническом воспалении эпителиального копчикового хода, осложненном вторичными свищами. В этих случаях свищевые отверстия и гнойные полости могут располагаться вблизи от заднего прохода и только внимательное и последовательное исследование помогает установить правильный диагноз (рис. 24). При наружном осмотре необходимо обращать внимание на наличие так называемых первичных свищевых отверстий, располагающихся в межъягодичной складке, в то время как при хроническом парапроктите такого расположения наружных свищей не встречается. Пальпация промежности и крестцово-копчиковой области у больных с эпителиальным копчиковым ходом почти всегда обнаруживает свищевой ход в подкожной клетчатке, который в отличие от интрафинктерного и чрессфинктерного свища, пальпируемого также в подкожной клетчатке, направляется к крестцово-копчиковой области, тогда как у больных с хроническим парапроктитом свищевой ход направлен к прямой кишке. Важные дифференциальные признаки хронического парапроктита и хронического воспаления эпителиального копчикового хода, осложненного вторичными свищами, выявляет пальцевое исследование прямой кишки. Если при свищах прямой кишки обязательно наличие внутреннего отверстия в одной из крипт анального канала, то при копчиковых ходах свищевое отверстие в прямой кишке отсутствует. Когда гнойная полость располагается вблизи от стенки анального канала в параректальной клет-

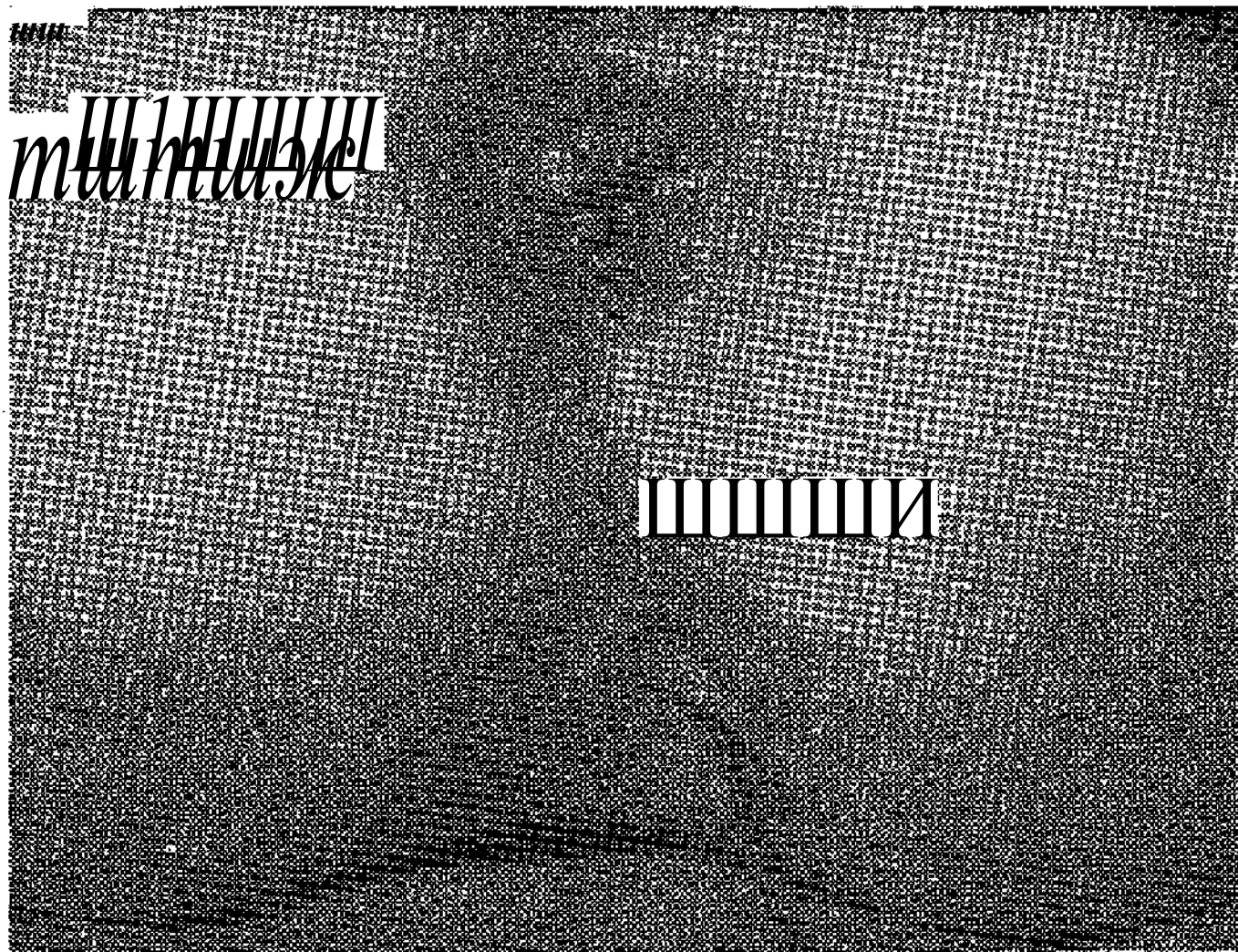


Рис. 24. Эпителиальный копчиковый ход; вторичное свищевое отверстие в перинатальной области.

чатке, можно определить некоторую ригидность стенки прямой кишки. Зонд, введенный в наружное отверстие, в случае эпителиального копчикового хода направляется к крестцово-копчиковой области, а в 75% случаев хронического парапроктита зонд идет к анальному каналу или проникает в его просвет. Проба с метиленовым синим дает возможность дифференцировать хронический парапроктит и эпителиальный копчиковый ход в 95% случаев. При хроническом воспалении копчикового хода краситель, введенный в одно из свищевых отверстий, заполняет все свищевые ходы и никогда не проникает в просвет прямой кишки. При ректороманоскопии у больных с эпителиальным копчиковым ходом изменения слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки встречаются в порядке исключения. Фистулография помогает установить достаточно точно диагноз эпителиального копчикового хода, так как контрастный препарат, введенный в одно из свищевых отверстий, распространяется по свищевым разветвлениям в направлении крестцово-копчиковой области; если имеются гнойные полости в параанальной клетчатке, то они локализируются над крестцом или копчиком.

Таким образом, последовательное и внимательное исследование больного с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода, осложненным вторичными свищами, позволяет установить правильный диагноз у всезгбольных. Приводим клинический пример ошибочной диагностики хронического парапроктита.

Больная К-на, 26 лет, поступила с жалобами на свищ "с умеренным гнойным отделяемым в крестцово-копчиковой области. Заболевание началось 2 года назад с появления гнойника в области копчика. Был диагностирован острый парапроктит и вскрыт абсцесс. В дальнейшем на месте операционной раны сформировался свищ, отмечались обострения воспалительного процесса, которые заканчивались самопроизвольным вскрытием гнойника и формированием дополнительного наружного свищевого отверстия, У больной 6 наружных свищевых отверстий в области крестца и промежности. При пальпации промежности определяются свищевые ходы, идущие к верхушке копчика; зонд, введенный в наружные свищевые отверстия, в просвет прямой кишки не проходит; проба с метиленовым синим отрицательная. При пальцевом исследовании по задней полуокружности анального канала определяется инфильтрация^ дефекта слизистой оболочки прямой кишки кет. При фистулографии не выявлено сообщения свища с просветом прямой кишки; свищевые ходы заканчиваются полостью, расположенной в подкожной клетчатке над крестцом. Диагноз: эпителиальный копчиковый ход, осложненный вторичными свищами и гнойной полостью. Под местной анестезией произведено иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну. Послеоперационный период протекал гладко, больная выписана на 19-й день; осмотрена через 2 года — практически здорова» показатели ефнктерометрии: Т — 440, В — 560 г.

Врожденные кистозные образования параректальной клетчатки составляют около 25% всех образований пре-сакральной области. Большинство отечественных исследователей считают, что все врожденные заболевания полости таза и параректальной клетчатки являются результатом неправильного развития зародышевых зачатков на разных стадиях эмбриогенеза. Дермоидные кисты параректальной клетчатки встречаются в 1% всех заболеваний прямой кишки и параректальной области. Диагностика параректальных кистозных образований представляет определенные трудности: с одной стороны, они обусловлены малосимптомным течением неосложненных форм заболевания, с другой — типичными проявлениями парапроктита при нагноении кисты.

Чаще других симптомов (79%) при тератоидных кистозных образованиях параректальной клетчатки наблюдается боль в промежности и ягодицах, прямой кишке и влагалище, крестцово-копчнковой области в зависимости

от расположения кистозного образования. Интенсивность болей увеличивается при воспалительных осложнениях. Болевой синдром, сопутствующий свищу в области промежности, является одним из отличительных признаков кистозного образования. Для хронического парапроктита боли не характерны, они появляются лишь при активизации воспалительного процесса.

Большинство симптомов при неосложненных кистозных образованиях параректальной клетчатки обусловлено смещением или сдавленней соседних органов. Поэтому эта форма заболевания не вызывает трудностей в дифференциальной диагностике с хроническим парапроктитом.

Гораздо более сложна диагностика осложненных форм заболевания, которая встречается у 83% больных с кистозными тератоидными образованиями параректальной клетчатки. При нагноении кистозного образования клиническая картина идентична таковой при остром парапроктите. Однако если лечебная тактика в обоих случаях должна быть одинаковой (экстренное оперативное вмешательство), то задачи хирургического пособия различны; при остром парапроктите — вскрытие и дренирование гнойника и ликвидация внутреннего отверстия свища, при нагноении кисты — вскрытие и дренирование ее. Поскольку в остром периоде чаще всего эти два заболевания не дифференцируются, то после вскрытия нагноившейся кисты формируется дренирующий ее гнойный свищ или наступает ремиссия. Одна из последующих вспышек воспалительного процесса может закончиться формированием свища. Наряду с такими признаками, как прощупывание опухоли и анемия, наличие свища может считаться одним из характерных симптомов параректальной кисты, которую наиболее трудно дифференцировать с хроническим парапроктитом, 66% больных с кистозными параректальными образованиями до поступления в клинику были безуспешно оперированы по поводу свищей прямой кишки от одного до 23 раз.

Между тем в анамнезе и клинической картине кистозных образований имеются особенности, на основании которых можно со значительной долей вероятности установить правильный диагноз. Кистозное образование, дренированное свищом, и свищ прямой кишки характеризуются хроническим течением с периодическим обострением воспалительного процесса. Выделения из кисты *обыч-*

ио умеренные, грязно-мутные, жидкие, иногда с примесью крошковидных, творожистых включений, салоподобного детрита или замазкообразных масс. При хроническом парапроктите выделения скудные, гноевидные, иногда сукровичные. В период обострения выделения из кисты усиливаются и при затруднении оттока могут образоваться новые свищевые ходы. При обострениях хронического парапроктита характер выделений из свища прямой кишки может не изменяться.

При осложненных кистозных образованиях параректальной клетчатки в 76% киста дренируется на кожу, в 29% — в кишку, в 5% — и в кишку и на кожу. Таким образом, у большинства больных киста дренировалась только на кожу, т. е. имелись неполные наружные свищи. Как и большинство авторов, мы считаем, что при хроническом парапроктите неполных наружных свищей не бывает.

Больные с кистозными образованиями, дренированными в просвет прямой кишки, жалуются на слизистые и гноевидные выделения из заднего прохода. При банальном парапроктите с прорывом гнойника в прямую кишку вскоре после разрешения острого воспалительного процесса выделения из кишки либо полностью прекращаются, либо становятся весьма скудными при формировании неполного внутреннего свища. Внутреннее отверстие свища при хроническом парапроктите только одно и располагается оно в анальном канале, в зоне гребешковой линии. При кистозных образованиях внутреннее отверстие имеется лишь в 29% случаев, причем оно располагается вне зоны анальных крипт. Диаметр внутреннего отверстия при хроническом парапроктите значительно меньше, чем при кистозных образованиях, дренирующихся в просвет прямой кишки. Наружное свищевое отверстие при хроническом парапроктите чаще всего локализуется на перианальной коже и промежности. При кистозных образованиях свищевое отверстие чаще всего располагается не только и коже промежности, но и в крестцово-копчиковой и ягодичной областях*. Отмечено, что расположение наружного свищевое отверстия, как правило, соответствует локализации кистозного образования.

Наиболее существенную помощь в дифференциальной диагностике параректальных кистозных образований оказывает рентгенологический метод. На обзорных рент-

генограммах таза в ряде случаев киста выявляется округлой дополнительной тенью на фоне мягких тканей. Иногда в пресакральном или каком-либо другом околопрямокишечном пространстве удается обнаружить округлую, овальную или неправильной формы воздушную полость, характерную для кистозного образования. При контрастном исследовании прямой кишки у больных с кистозными образованиями можно определить смещение стенки кишки. Четкий и ровный характер контура свидетельствует об intactности стенки кишки. Свищевой ход при парапроктите и параректальной кисте имеют свои отличительные особенности, которые могут быть выявлены при анализе-фистулограмм. У 80% больных с кистозными образованиями свищи одиночные, широкие и короткие; у большинства больных хроническим парапроктитом свищи разветвленные, узкие и длинные. Имеются четкие рентгенологические отличия полости гнойника при парапроктите от полости кисты. Полость гнойника при свищах прямой кишки имеет разнообразную форму, неровные контуры, неправильные очертания. Полость кистозного образования наиболее часто бывает округлой, имеет правильные четкие очертания, гладкие и ровные контуры (рис. 25).

Таким образом, несмотря на сходство «клинических проявлений хронического парапроктита и параректальных кистозных образований, осложненных воспалительным процессом» внимательное изучение анамнеза, всестороннее клиническое и рентгенологическое исследование позволяют поставить правильный диагноз. В сомнительных случаях существенную помощь в диагностике тератоидных образований может оказать пункционная биопсия,

Свищи в области промежности на почве остеомиелита костей таза дают повод для ошибочного диагноза. Необходимо тщательное обследование этих больных. Длительно существующий воспалительный процесс в области малого таза может вовлечь и прямую кишку*. Если парапроктиту свойственно острое начало в виде гнойника в параректальной клетчатке с образованием свища, то при остеомиелите тазовых костей связывают начало заболевания с травмой. Период обострения у больных с хроническим парапроктитом и остеомиелитом костей таза во многом сходен. Однако в период ремиссии у больных остеомиелитом костей таза отмечается обильное гнойное



Рис. 25. Пресакральная киста (фистулограмма).

отделяемое из наружных свищевых отверстий, периодическое отхождение секвестров; при банальных свищах в период ремиссии отделяемое из свища незначительно. При хроническом парапроктите свищевое отверстие чаще всего бывает в перианальной области и промежности, а при остеомиелите костей таза оно располагается в ягодичной, крестцово-копчиковой зоне и в верхней части бедер, причем наружные свищевые отверстия бывают широко с грануляционными разрастаниями вокруг. Про- пальпировать свищевой ход при остеомиелите тазовых костей почти никогда не удается., У 70% больных с хроническим парапроктитом пальпацией можно определить свищевой ход, а при пальцевом исследовании прямой кишки всегда можно найти внутреннее отверстие свища. При остеомиелите костей таза лишь в редких случаях вторичного прорыва гнойника в просвет кишки можно определить свищевое отверстие, которое не связано с анальной криптой. Зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, при остеомиелите идет к пораженной кости, тогда как при хроническом парапроктите зонд в 75% ведет к прямой кишке или проникает в нее. Контрастное вещество, введенное в свищевое отверстие при остеомиелите, не проникает в просвет прямой кишки. Для про-

крашивания свищевого хода у больных с хроническим парапроктитом достаточно ввести до 2 мл красителя» а при исследовании свища на почве остеомиелита костей таза красителя необходимо значительно больше. Для установления диагноза хронического парапроктита или свища на почве остеомиелита костей таза существенное значение имеет фистулография. При остеомиелите определяется разветвленный с неравномерно широким просветом свищевой ход, идущий к "костному образованию, по рентгенограмме костей таза всегда можно определить остеомиелитическое поражение, и если к этому очагу на фистулограмме направлено контрастное вещество, то без сомнения можно установить диагноз: свищ на почве остеомиелита (рис. 26).

Актиномикоз параректальной области — относительно редкое заболевание, встречается как осложнение воспалительного процесса в параректальной клетчатке. Случаи хронического парапроктита со множественными наружными свищевыми отверстиями и длительным течением заболевания необходимо дифференцировать с актиномикозом. Установлено, что заражение актиномикозом происходит главным образом экзогенным путем, т. е. актиномицетами, сапрофитирующими в полости рта и желудочно-кишечном тракте. Микротравмы слизистой оболочки прямой кишки, снижение сопротивляемости организма способствуют проникновению актиномицетов в рыхлую жировую клетчатку, где они находят благоприятные условия для развития.

При наружном осмотре больных с актиномикозом параректальной клетчатки обращает на себя внимание обширность воспалительного процесса на фоне рубцовой деформации промежности (рис. 27). Наружные свищевые отверстия широкие, окруженные грануляционной тканью. Их настолько много, что нельзя сосчитать; кожа параректальной области напоминает пчелиные соты, что не характерно для хронического парапроктита. Отделяемое из свищей скудное гнойное. Обострения актиномикотического процесса встречаются так же часто, как и обострения банального воспаления при свищах прямой кишки, субъективно больные могут и не заметить период обострения при актиномикозе, тогда как при хроническом парапроктите период обострения сопровождается резким болевым синдромом, подъемом температуры тела
И Т. П.

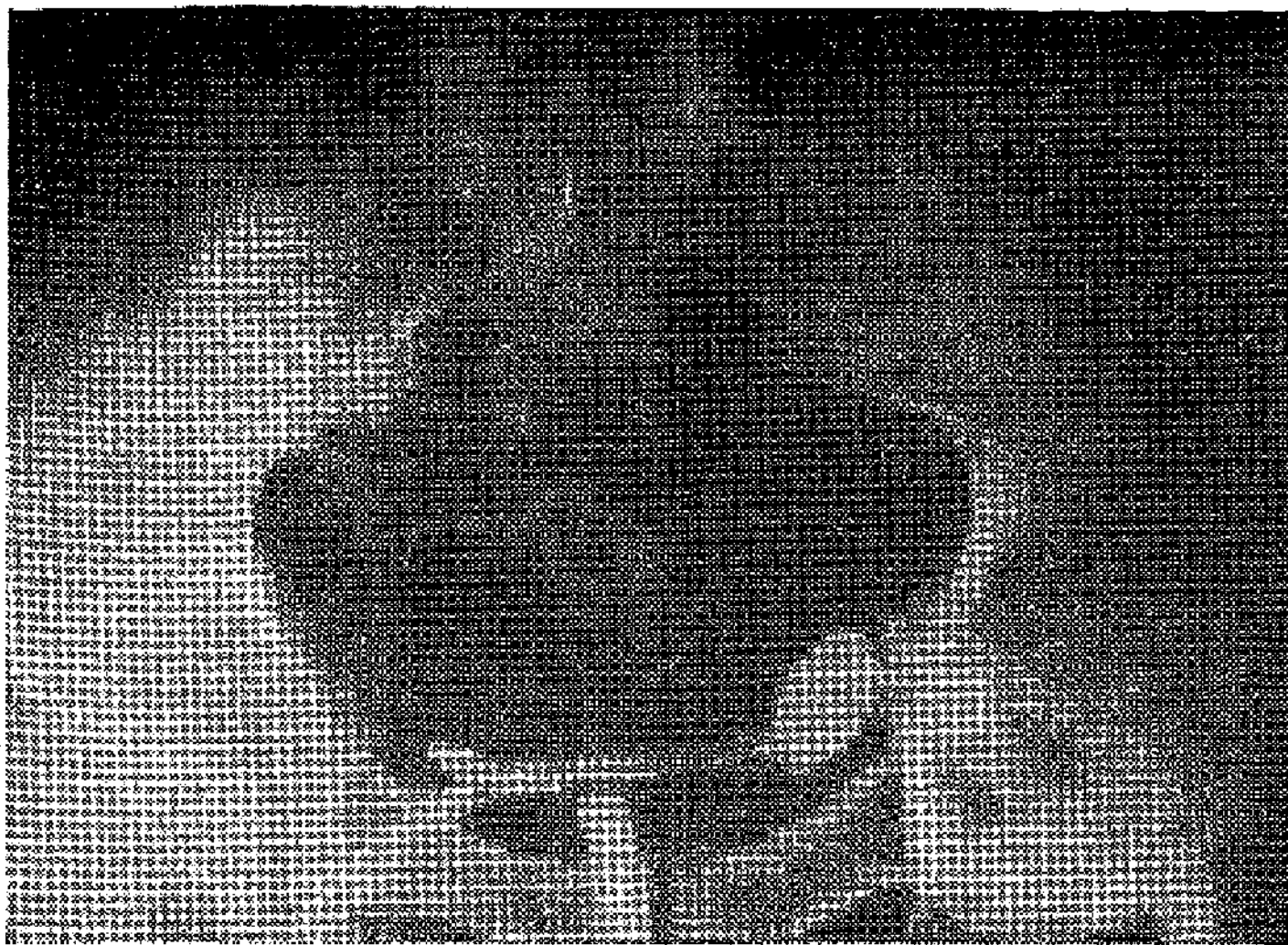


Рис. 26. Остеомиелит левой седалищной кости (фистулограмма) <



-Рис. 27. Актиномикоз параректальной клетчатки и промежности. -

Пальцевое исследование прямой кишки при актиномикозе параректальной области в 30% случаев определяет циркулярию охватывающий прямую кишку инфильтрат. Внутреннее отверстие свища у больных с хроничет

ским парапроктитом всегда определяется в одной из анальных крипт: у 50% больных с актиномикозом промежности внутреннее отверстие свища не определяется» у остальных оно представлено в виде воронкообразного углубления¹ (диаметром от 1 см и более) с каллезными, резко болезненными краями. Введение зонда в наружные свищевые отверстия при актиномикозе параректальной области позволяет определить свищевые ходы и гнойные полости, располагающиеся в основном в подкожной клетчатке. В отличие от большинства банальных свищей при актиномикозе всегда имеется сопутствующий проктит и проктосигаидит. Фистулография при актиномикозе параректальной области выявляет сеть извитых свищевых ходов диаметром от 0,3 до 3 см, связь с прямой кишкой выявляется лишь в половине исследований. Гнойные полости в параректальных клетчаточных пространствах при хроническом парапроктите встречаются довольно часто, в то время как для актиномикоза параректальной области такие полости не характерны, так как весь патологический процесс диффузно локализуется в подкожной клетчатке. Микроскопическое исследование гноя из свищей и абсцессов при актиномикозе параректальной области у 21% больных обнаруживает друзы лучистого грибка, у 47% — только культуры аэробного актиномицета, у 14% — одновременно актиномикотические друзы и аэробный актиномицет и у 18% — культуры аэробного и анаэробного актиномицетов. При хроническом парапроктит[^] высевается *E. coli* с признаками патогенности, реже — стрептококки и стафилококки.

Парапроктит — одно из наиболее распространенных местных осложнений болезни Крона, которая характеризуется тяжелым клиническим течением с нарушением обменных процессов*. Основным проявлением болезни является поражение толстой кишки: В 25—80% случаев при болезни Крона встречаются парапроктиты [Левитан М. Х., 1962; Lockhart-Mummery H. L., 1959; Morson V. C., 1965, и др.]. Мы исследовали более 150 больных с болезнью Крона и у 26% выявили острый и хронический парапроктит. Примечательно, что у ряда больных первым симптомом болезни Крона был парапроктит, по поводу чего они подвергались неоднократным операциям, но во всех случаях свищ рецидивировал, рана заживала вяло, что послужило поводом для детального обследования и привело к установлению основного диагноза.

Часто пишут, что болезнь Крона толстой кишки отличается от неспецифического язвенного колита частотой аноректальных осложнений. С нашей точки зрения, это правильно. Gabriel G. (1968), однако, выявлял свищи параректальной области у одного из пяти больных неспецифическим язвенным колитом. Большинство исследователей [Левитан М. Х., 1962; Edwards V., Truelove VV 1964] убеждены в том, что аноректальные осложнения менее характерны для неспецифического язвенного колита, чем для болезни Крона.

Свищи прямой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона характеризуются вялым течением; в отличие от банальных свищей прямой кишки они дают периодические обострения воспалительного процесса. При болезни Крона и неспецифическом язвенном колите больные в период обострения основного заболевания предъявляют жалобы на резкие боли в акальном канале и перианальной области. Для болезни Крона и неспецифического язвенного колита характерны множественные наружные свищевые отверстия без уплотнений и рубцов. Если при банальных свищах прямой кишки внутреннее отверстие располагается в одной из анальных крипт и, как правило, окружено рубцовым процессом, то при свищах на почве неспецифического язвенного колита и болезни Крона внутреннее отверстие может локализоваться вблизи или проксимальнее гребешковой линии, иметь форму щели без уплотнений и рубцов вокруг отверстия и вокруг свищевого хода; также нехарактерно наличие гнойных полостей и затеков в параректальных клетчаточных пространствах. При неспецифическом язвенном колите и болезни Крона очень важно провести эндоскопическое исследование — ректороманоскопию и колоноскопию. У больных с хроническим параректитом при эндоскопическом исследовании можно обнаружить катаральный проктит или проктосигмоидит, а у больных с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона выявляется грубое органическое поражение толстой кишки. Так, при ректороманоскопии у больных неспецифическим язвенным колитом всегда отмечается поражение прямой кишки, поэтому образование свищей аноректальной области считают следствием процесса в прямой кишке. Слизистая толстой кишки у этих больных резко шероховата, отечна, покрыта гнойным налетом, мелкозерниста, легко кровоточит при дотрагц-

ваний, выявляются эрозии и язвы. При болезни Крона слизистая оболочка прямой кишки не поражена в 50% случаев. У остальных больных на фоне нормальных участков слизистой оболочки толстой кишки встречаются отдельные глубокие язвы и трещины, которые, пересекаясь в различных направлениях, образуют исчерченность, напоминающую булыжную мостовую; часто толстая кишка деформирована, отмечается тенденция к стриктурам.

Характерные* данные выявляются и при рентгеноконтрастном исследовании толстой кишки у больных с неспецифическим язвенным колитом к болезнью Крона. Так, на ирриграммах при неспецифическом язвенном колите выявляется отсутствие гаустраций, сглаженность контуров (иногда образование двойных контуров за счет глубоких язв), мелкая зубчатость слизистой оболочки толстой кишки. Для болезни Крона характерна прерывистость, асимметрия и многогегментарность поражения толстой кишки с тенденцией к формированию стриктур, наличие внутренних свищей и трещин, вовлечение в патологический процесс любых отделов желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, детальное обследование больного с неспецифическим язвенным колитом или болезнью Крона, осложненных свищами прямой кишки, помогает установить правильный диагноз. Мы, как и большинство авторов, рекомендуем в этих случаях производить вскрытие и дренирование гнойника при остром парапроктите независимо от стадии основного заболевания* Хирургическое лечение свищей прямой кишки надо проводить в период ремиссии неспецифического язвенного колита и болезни Крона, на фоне лечения основного заболевания.

Длительное время существовало мнение, что большинство свищей прямой кишки имеет туберкулезную этиологию* В настоящее время совершенно справедливо почти все авторы [Рыжих А. Н., 1956; Аминев А. М., 1973; Lillius L, 1968] убеждены в том, что туберкулезные свищи прямой кишки встречаются весьма редко — у 0,5—5% больных. Мы встретили туберкулезные свищи лишь в 0,7% наблюдений. Тем не менее при ушффеенциальной диагностике некоторых видов хронического парапроктита необходимо помнить о такой возможности. Различают два варианта образования туберкулезных свищей прямой кишки: без признаков туберкулеза других орга-

ВОВ и на фоне активного туберкулеза (чаще с поражением легочной ткани и желудочно-кишечного тракта). Туберкулезные микобактерии, попадая в кишечник при определенных предрасполагающих факторах, характерных и для банального парапроктита, вызывают острый парапроктит с последующим образованием свища прямой кишки. Течение туберкулезного свища обычно вялое: вначале появляется малоблезнейный инфильтрат, который, вскрываясь, образует типичное, как бы подрытое, окруженное зубчатыми краями наружное отверстие свища. Обычно наружные свищевые отверстия многочисленны; кожа вокруг них фиолетового оттенка. Выделения из свищей жидкие, обильные желтого цвета. Внутреннее отверстие свища располагается в одной из анальных крипт, однако оно значительно больше, чем при банальном парапроктите. Диагноз туберкулезного свища окончательно устанавливается после проведения специфических кожных проб и гистологического исследования участка свищевого хода, при котором определяются характерные для туберкулеза лимфоидные, эпителиондные и гигантские клетки Лангханса,

При отсутствии активного туберкулезного процесса надо производить радикальное хирургическое лечение туберкулезных свищей прямой кишки. При активном процессе приходится ограничиваться вскрытием и дренированием гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах, с тем чтобы в период ремиссии или полного излечения провести радикальное хирургическое лечение в сочетании с противотуберкулезной терапией,

ЛЕЧЕНИЕ

Большое количество рецидивов свища, случаев недостаточности анального сфинктера, осложнений общего и местного характера постоянно тревожит исследователей на протяжении многих лет. Сложность лечения этого казалось бы простого, но в то же время тяжелого заболевания обусловлена морфологическими особенностями строения свищевого хода, расположением его и отношением к волокнам сфинктера прямой кишки.

Переходя к вопросам лечения свищей прямой кишки, мы еще раз хотим привлечь внимание хирургов к профилактике хронического парапроктита, заключающейся в

радикальном лечении острого парапроктита — первой стадии заболевания у большинства больных со свищами прямой кишки..

Считается, что лечение свищей прямой кишки может быть консервативным и хирургическим. Хотя сторонников консервативного лечения почти не осталось, тем не менее оно еще применяется.

Консервативное лечение

Консервативное лечение свищей прямой кишки предшествовало хирургическому и господствовало вплоть до середины XIX в. Это обстоятельство можно объяснить высоким процентом смертельных исходов, рецидивов заболевания, недостаточности анального жома, образования рубцовых деформаций анального канала и промежности, так как оперативные вмешательства проводились в асептических условиях без надлежащего обезболивания.

Первая попытка консервативного лечения свищей прямой кишки сделана еще Гиппократом. Он при помощи специально сконструированного аппарата производил прижигание свищевого хода, различными растворами. В последующем этот принцип консервативного лечения хронического парапроктита остался, лишь менялись растворы, вводимые в свищевой ход: вино, 15% раствор нитрата серебра, известковой воды, 5% раствор сульфата меди, 1—2% раствор карболовой кислоты, йод, различные антисептики и в последние годы — антибиотики.

I, Pqldschmiott (1924) предлагал производить прижигание свищевого хода раскаленным железом или электроножом. Б, М, Болковия (1912), E. Beck {1912}, I. R. Pennington (1917) рекомендовали вводить в свищевой ход сложную по составу пасту и как бы пломбировать его.

Все перечисленные методы консервативного лечения имеют лишь исторический интерес, они были оставлены ввиду нерадикальности и опасности развития осложнений.

Только применение комплексного консервативного лечения, включающего промывание свищевого хода растворами антисептиков и антибиотиков, выскабливание свищевого хода в комбинации с физиотерапевтическим воздействием, приводило к временному улучшению состояния, но не к излечению больных свищами прямой кишки [Вонч-Осмоловская Н. А., 1938; Львов А. Н., 1942].

Мы считаем, что некоторые варианты консервативного лечения (промывание свища растворами антисептиков и антибиотиков, обработка кожи промежности спиртовым раствором йода, сидячие ванны, повязки с мазью Вишневского) могут применяться лишь при хроническом

парапроктите с наличием гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах для их предоперационной санации. Консервативное лечение необходимо для предоперационной подготовки больных» только что перенесших нерадикальную операцию по поводу острого парапроктита;

В НИИ проктологии в прежние годы [Назаров Л. У., 1966] применялись три вида консервативного лечения больных, которым нельзя было по каким-либо, причинам произвести радикальное хирургическое лечение. Среди таких мер — промывание свищевого хода антибиотиками, чувствительными к данному виду микрофлоры, сидячие ванны, согревающие компрессы, пресакральные новокаиновые блокады и масляно-бальзамические повязки в сочетании с выскабливанием свищевого хода и рассечением его наружного отверстия, рентгенотерапия.

Подобное консервативное лечение свищей прямой кишки приводило к временному улучшению. В настоящее время у большинства больных хроническим парапроктитом, учитывая возможности: современного обезболивания и возросшую хирургическую технику, может быть выполнено радикальное хирургическое лечение.

При тяжелых органических заболеваниях (деком* пенсированная сердечно-сосудистая недостаточность, острая форма лейкоза, хроническая почечная недостаточность, психические заболевания), а также при отказе от операции надо проводить консервативное лечение.

Оно заключается в следующем: регуляция акта дефекации, сидячие ванны после стула, повязки на промежность, промывание свищевого хода растворами антисептиков и антибиотиков; при наличии инфильтратов в области промежности — повязки с мазью Вишневского, новокаиновые блокады. Мы рекомендуем таким больным свечи, микроклизмы (масляные и с 0,3% раствором колларгола).

Эти простые манипуляции, способствуют стиханию воспалительного процесса и приводят к ремиссии. Обязательным условием консервативного лечения является наблюдение проктолога в условиях поликлиники 1—2 раза в неделю.

По нашему убеждению, консервативное лечение не является самостоятельным методом и может рассматриваться только как подготовка к операции, которую выгоднее провести по тем или иным причинам позже*

Хирургическое лечение

Единственным радикальным методом лечения больных со свищами прямой кишки является хирургический» Мы полностью согласны с мнением J. C. Golligher (1967) > "и рассматривающего эту проблему: «Оперативное лечение аналъных свищей является далеко не простым делом, требует и осторожности и смелости, базирующихся на широком опыте в лечении этого заболевания со всеми его вариантами и понимания анатомии. На результат лечения влияет совершенная техника операции. Я без смущения и без колебания могу сказать, что экстирпация прямой кишки является обычно простым хирургическим упражнением сравнительно с действительно сложными манипуляциями, проводимыми при оперативном лечении высоких" свищей прямой кишки. Но я хотел бы подчеркнуть, что достаточно опытный в этом вопросе хирург может вылечить почти все свищи». Трудно что-либо добавить к столь полной и объективной оценке хирургического лечения свищей прямой кишки..

Наши сведения базируются на опыте 9266 операций при свищах прямой кишки, выполненных в НИИ проктологии.

Показания. Наличие свища прямой кишки или выделений гноя из прямой кишки (при неполных внутренних свищах) служат показанием к хирургическому лечению. Вопрос о сроках оперативного вмешательства встает лишь применительно к больным, перенесшим нерадикальное вскрытие острого парапроктита, так как в этих случаях в перианальной области наблюдается активный воспалительный процесс и оперативное вмешательство, особенно если предполагается пластическая операция, может привести к неудаче. Мы считаем, что при интра-сфинктерных свищах прямой кишки может быть произведена операция по поводу свища независимо от сроков, прошедших после вскрытия острого подслизистого или подкожно-подслизистого парапроктита. При трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах эти сроки удлиняются до 2—3 мес, причем все это время больные должны быть под наблюдением хирурга и получать местное лечение (промывание свищевого хода растворами антисептиков и антибиотиков, сидячие ванны, повязки с мазью Вишневского).

У лиц с тяжелыми заболеваниями других органов

(сердечно-сосудистая недостаточность, цирроз печени, пиелонефрит и т. п.) операция должна быть отсрочена для проведения соответствующего лечения. -

Наш опыт позволил четко установить рациональные сроки оперативного вмешательства при хроническом парапроктите.

1. При обострении хронического парапроктита показано срочное вмешательство.

2. При подостром течении парапроктита (наличие инфильтратов) целесообразна противовоспалительная терапия в течение 1—3 нед с последующим хирургическим вмешательством,

3. Хроническое течение процесса — показание к плановой операции.

4. Стойкая ремиссия, при которой не определяется внутреннее отверстие свища и облитерирован гнойный ход, диктует отсрочку операции до обострения.

Выбор метода операции. Чрезвычайное разнообразие хронического парапроктита, обусловленное особенностями ветвления свищевого хода, локализацией внутреннего отверстия и его отношением к волокнам сфинктера прямой кишки, степенью развития рубцов, активностью и распространенностью воспалительного процесса, требуют индивидуального подхода при выборе метода операции. Мы глубоко убеждены, что основной причиной неудовлетворительных результатов лечения хронического парапроктита является неправильный выбор метода операции.

Мы выявили, что пол;и возраст больных, количество наружных свищевых отверстий, их расстояние от края анального канала, длина и ширина свищевого хода, расположение внутреннего отверстия свища не влияют на результаты лечения.

Существенно отражаются на исходах другие факторы: отношение свищевого хода к волокнам сфинктера, степень развития рубцового процесса в стенке кишки у внутреннего отверстия и наличие воспалительного процесса в параректальных клетчаточных пространствах. При использовании одинаковых оперативных пособий у больных свищами прямой кишки количество рецидивов заболевания в группе больных с интрасфинктерными, трансфинктерными и к экстрафинктерными свищами различно. Так, у больных с интрасфинктерными свищами рецидивы и недостаточность анального жома почти не

встречаются, тогда как у больных с трансфинктерными к особенно с экстрасфинктерными свищами частота этих осложнений резко "возрастает". При отсутствии вокруг внутреннего отверстия свища рубцов рецидивы возникли у 2,1% прослеженных больных, а при наличии рубцового процесса в стенке кишки — у 6,2%. При невыраженности активного воспалительного процесса в параректальных клетчаточных пространствах рецидивы в отдаленные сроки после операции встречаются у 1,6% прослеженных больных, при наличии воспалительных инфильтратов или гнойных полостей в околопрямокишечных клетчаточных пространствах — у 5,9%. Длительность заболевания, ранее перенесенные неудачные операции по поводу свища прямой кишки оказывают лишь косвенное влияние на исходы лечения, так как способствуют образованию рубцов в анальном канале и формированию дополнительных гнойных полостей в параректальной клетчатке. На основании изучения факторов, влияющих на исход хирургического лечения свищей прямой кишки, мы пришли к заключению, что выбор метода операции должен быть основан на отношении свищевого хода к волокнам сфинктера прямой кишки (1); наличии и степени развития рубцового процесса в стенке кишки у внутреннего отверстия к по ходу свища (2); наличии гнойных полостей и инфильтратов в параректальных клетчаточных пространствах (3).

Мы убеждены, что только на основании индивидуального выбора метода операции можно добиться полного излечения больных со свищами прямой кишки.

Предоперационная подготовка

Подготовка включает опорожнение кишечника, обработку кожи промежности, санацию воспалительных очагов* Большое значение придается подготовке сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и моче-выделения.

С момента поступления в стационар больным надо назначить легко усвояемую бесшлаковую диету: суп рисовый или манный с гречками; иногда бульон с мясными или рыбными фрикадельками; гаше мясное или куриное с рисом или белой вермишелью; каша манная или рисовая на воде с сахаром и маслом; кисель или компот с протертыми фруктами,

Накануне операции больной не ужинает. Ставят по две очистительные клизмы вечером и утром. После утренней очистительной клизмы больной не завтракает, в прямую кишку на 30 мин вводят газоотводную трубку для эвакуации оставшихся промывных вод. Промежность я лобок бреют. До операции область промежности обрывают 2 раза в день 1% спиртовым раствором йода.

При воспалительных явлениях в области промежности и обильном гнойном отделяемом из прямой кишки и наружного свищевого отверстия проводится предоперационное консервативное лечение: сидячие ванны, промывания свищевого хода раствором антисептиков или антибиотиков (предварительно определив чувствительность к ним микрофлоры отделяемого), повязки с мазью Вишневского. По стихании активного воспалительного процесса производится операция. Все необходимые клинические обследования можно проводить амбулаторно, что значительно уменьшает предоперационный койко-день. Больным со сложными свищами и при затруднениях в установке диагноза проводят дополнительные исследования,

В целом предоперационный период у больных со свищами прямой кишки составляет от 2 до 4 дней, так как ему предшествует полное амбулаторное обследование.

Обезболивание

Выбор метода обезболивания обусловлен сложностью свища прямой кишки. Так, при интрасфинктерных свищах, когда свищевой ход не проникает через волокна сфинктера прямой кишки, а идет поверхностно в подкожной клетчатке и подслизистом слое, мы рекомендуем местное обезболивание по Вишневскому. С этой целью мы применяем 0,25% раствор новокаина, подогретый до температуры тела. Раствор новокаина вводят внутрикожно и подкожно вокруг ануса и в точках на 6 ч (по циферблату) в пресакральное пространство, а затем параректально из точек на 3; 9 и 12 ч (по циферблату), отступя на 2 см от края заднего прохода. После этого производят анестезию по ходу свища.

Местное обезболивание по методу Вишневского у этой группы больных является вполне адекватным и позволяет выполнить оперативное вмешательство в полном объеме.

При чрессфинктерных свищах без гнойных полостей применяют комбинированное обезболивание: местная анестезия по Вишневскому в сочетании с нейролепто-анальгезией. Такое обезболивание, на наш взгляд, также дает возможность провести адекватное оперативное вмешательство.

При чрессфинктерных свищах с наличием гнойных полостей в параректальной клетчатке; неполных внутренних, подковообразных свищах прямой кишки и при всех экстрасфинктерных свищах, а также при непереносимости новокаина мы проводим общее обезболивание с использованием миорелаксантов и ганглиоблокаторов, что дает не только полную анестезию, но и расслабление мышц тазового дна и сфинктера и позволяет более тщательно произвести операцию. При подготовке к наркозу назначают дополнительные исследования — ЭКГ, гемокоагулограмма и другие анализы.

Накануне операции на ночь назначают барбитураты, утром проводят премедикацию внутримышечным введением 2% раствора промедола и 1% раствора димедрола по 2 мл; 0,1% раствор атропина 1 мл.

Ряд авторов "пользовались спинномозговой анестезией у больных со свищами прямой кишки [Аминев А. М., 1973; Бунятян А. А., 1959; Селиванов В. И., 1969; Саптор А. Г., 1952; Gough J. C, 1961; Eischhammer S, 1966] и др.]. Мы также применяли этот вид обезболивания, но пришли к выводу, что наиболее предпочтительно общее обезболивание с использованием миорелаксантов и ганглиоблокаторов.

Техника операций

При интрасфинктерных, или подкожно-подслизистых, свищах мы применяем следующие операции: рассечение свища в просвет прямой кишки; иссечение свища; иссечение свища с вскрытием и дренированием, гнойных полостей параректальной клетчатки,

В НИИ проктологии по поводу интрасфинктерных свищей оперировано 3242 больных: рассечение свища в просвет кишки произведено у 486 (15%), иссечение свища в просвет прямой кишки — у 2544 (78,5%) и иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойных полостей параректальной клетчатки — у 212 (6,5%).

Выбор метода операции был обусловлен следующими соображениями. При наличии поделизистого свищевого хода, который открывался на переходной складке заднего прохода, и при так называемых краевых свищах мы считаем адекватной операцию рассечения свища в просвет прямой кишки; стенки свищевого хода не имеют рубцов, поэтому после рассечения свищевого хода рана быстро заживает.

При интрасфинктерных свищах без гнойных полостей в подкожной жировой клетчатке и вне зависимости от расположения наружных свищевых отверстий мы рекомендуем иссечение свища в просвет прямой кишки. В этих случаях операция дает наилучшие результаты, так как иссекается полностью свищевой ход.

Когда при интрасфинктерных свищах имеется гнойная полость в подкожной жировой клетчатке, мы производим иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затека. Выбор этого метода операции обусловлен наличием гнойной полости в жировой клетчатке, которую обязательно надо вскрыть и широко дренировать.

Рассечение свища в просвет прямой кишки. Свищевой ход прокрашивают раствором метиленового синего, введенным в наружное свищевое отверстие. Вводят ректальное зеркало и разводят стенки анального канала. Через наружное свищевое отверстие во внутреннее отверстие свища вводят желобоватый зонд, на котором рассекают мостик тканей, расположенных на протяжении от наружного свищевого отверстия до внутреннего (рис. 28). Обычно этот мостик имеет не более 1 см в толщину и 2—3 см в длину. Дно раны выскабливают острой ложкой. Нависающие кожные края раны иссекают таким образом, чтобы рана приобрела форму клина. Операцию заканчивают введением в прямую кишку узкой ленты, пропитанную мазью Вишневского, и газоотводной трубки.

Иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля). В наружное свищевое отверстие вводят раствор красителя. Ректальным зеркалом разводят стенки анального канала. Через наружное свищевое отверстие в просвет кишки проводят желобоватый зонд. Слизистую оболочку прямой кишки и кожу промежности до свищевого хода надсекают. Затем по зонду рассекают мостик тканей и зонд из-

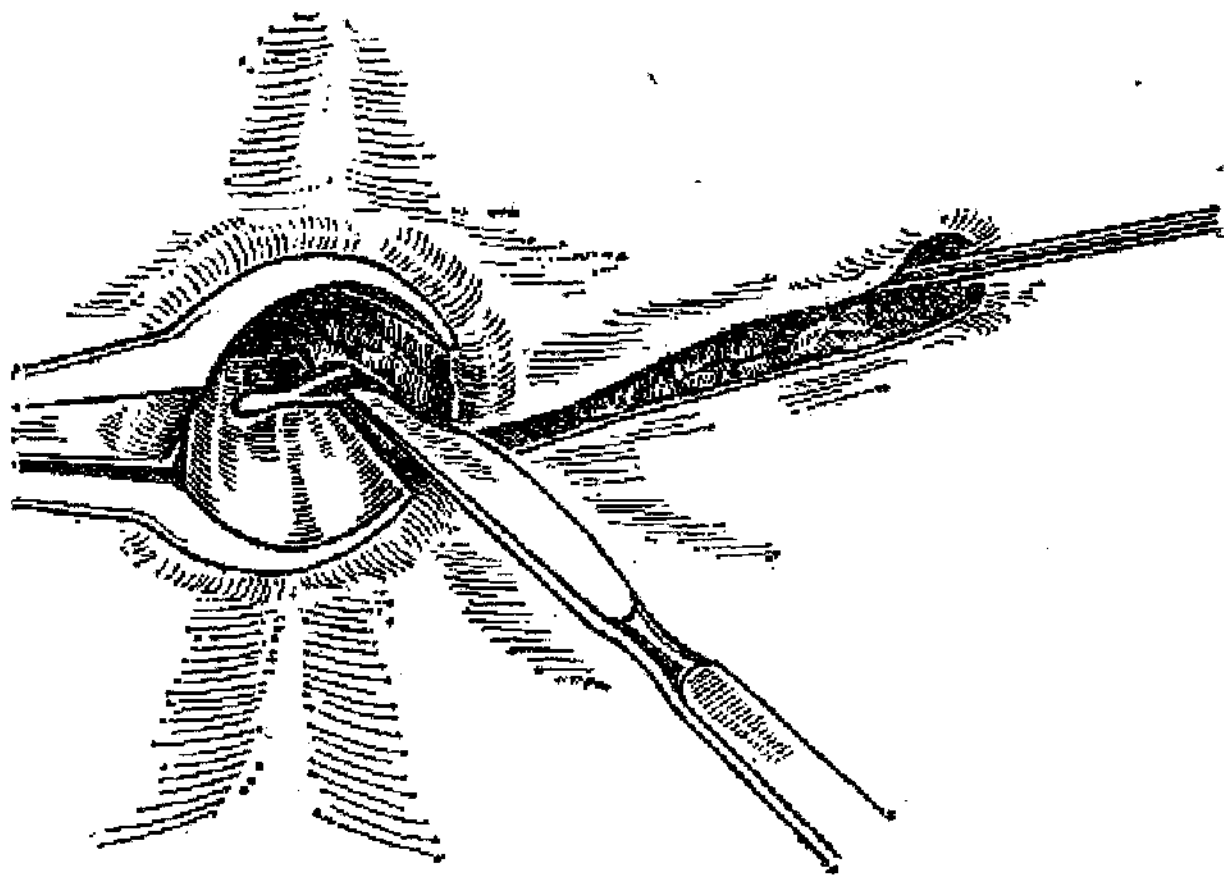


Рис. 28» Рассечение свища.

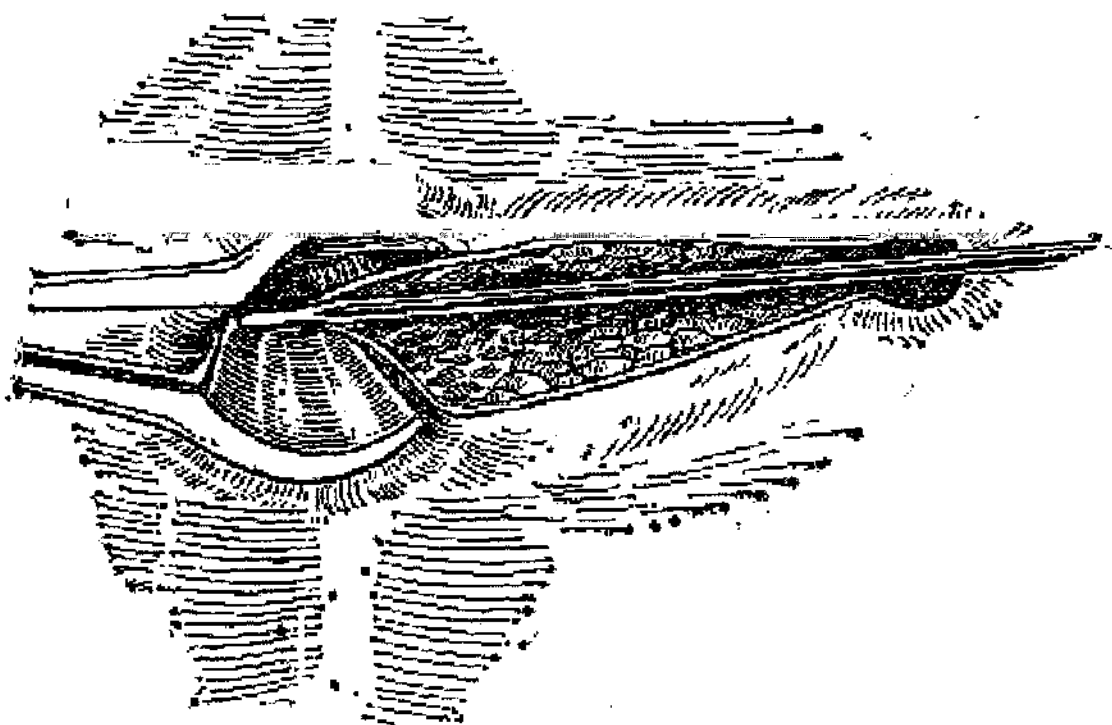


Рис. 29. Операция Габриэля.

влекают из операционной раны (рис. 29), После этого свищевой ход вместе с внутренним и наружным свищевыми отверстиями иссекают, при этом операционной ране необходимо придать вид остроконечного треугольника с острием» обращенным в просвет прямой кишки. Рана обычно бывает неглубокой и должна иметь форму клина (рис. 30), так как рана в прямой кишке заживает несколько дольше, чем рана периаиальной кожи, равномерность заживления раны по всей длине предупреждает опасность образования неполного внутреннего свища. Операция заканчивается наложением на операционную рану марлевой ленты, пропитанной мазью?

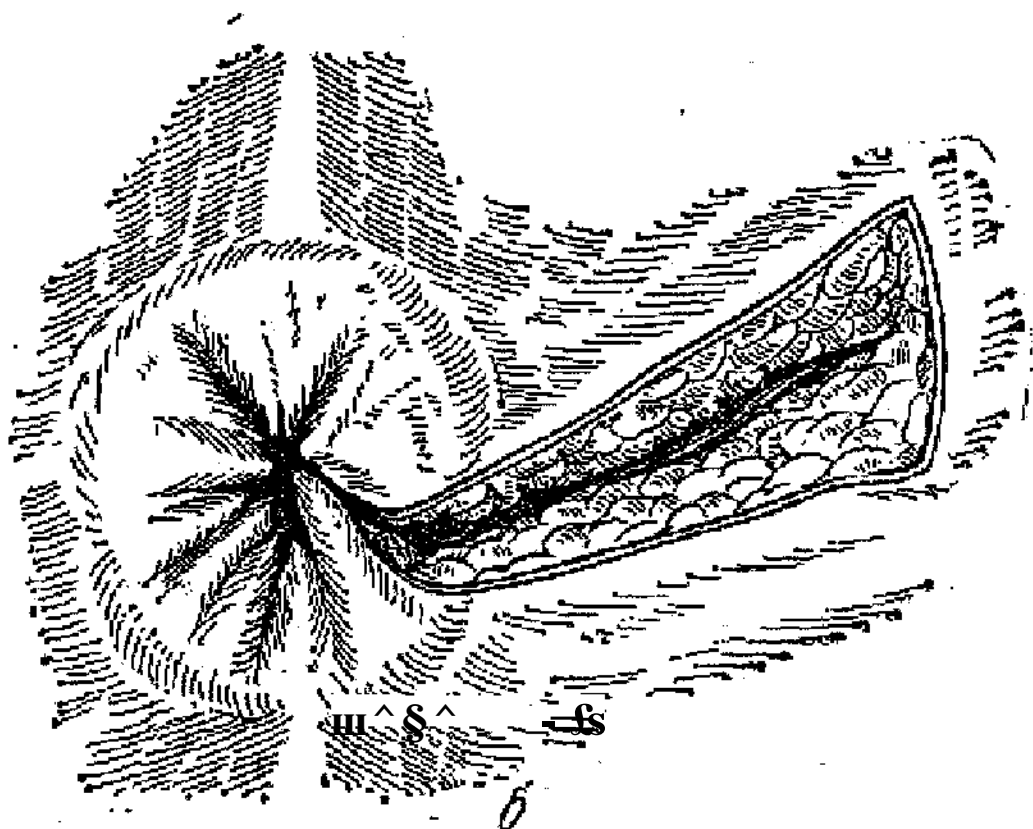
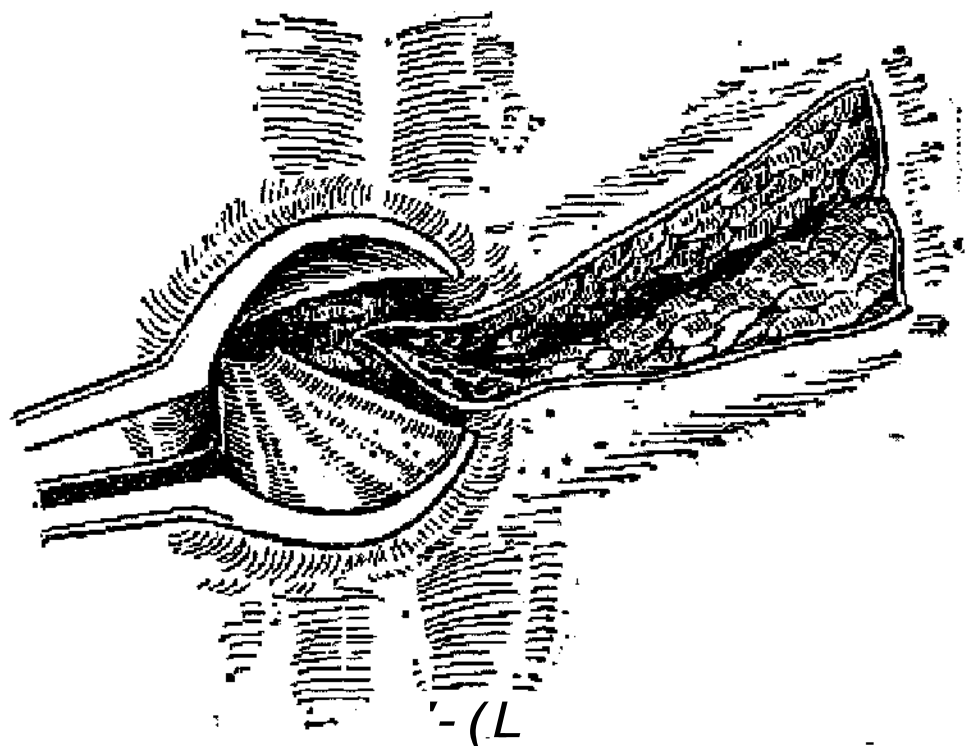


Рис. 30, Операция Габриэля.

Послеоперационная рана-до (а) и после извлечения ректального зеркала (б).

Вишневского, л введением в просвет прямой кишки газоотводной трубки.

Вариантом этой операции является иссечение свища единым блоком на зонде. После прокрашивания свищевого хода и проведения зонда со стороны наружного свищевого отверстия во внутреннее в прямую кишку вводят ректальное зеркало и разводят стенки анального канала. Свищевой ход с проведенным через него зондом выделают из окружающих тканей без вскрытия его просвета (рис. 31),

Иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием за-
Г е к а ' После прокрашивания свищевого хода и проведения через него зонда вводят ректальное зеркало. По зон-

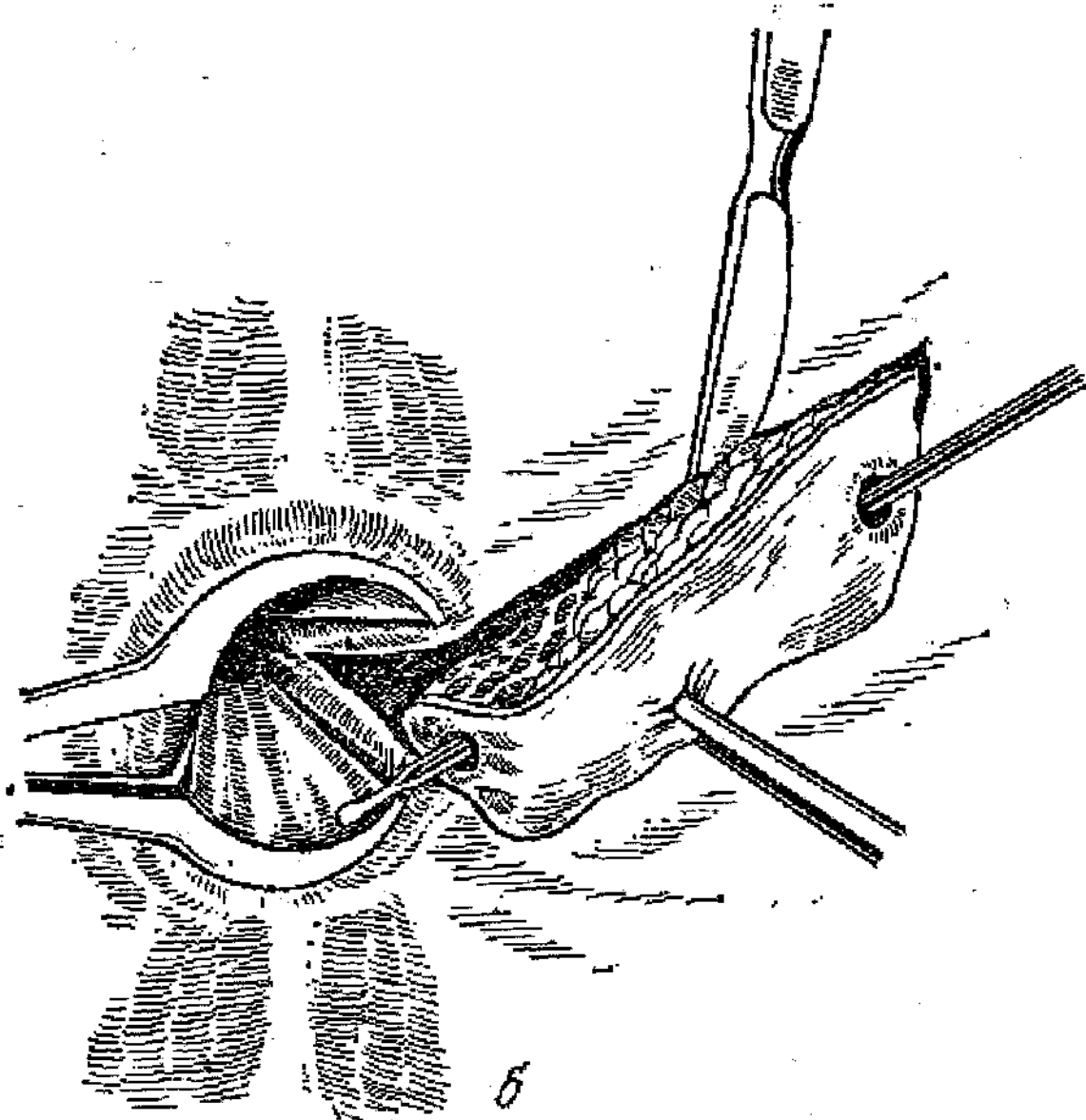
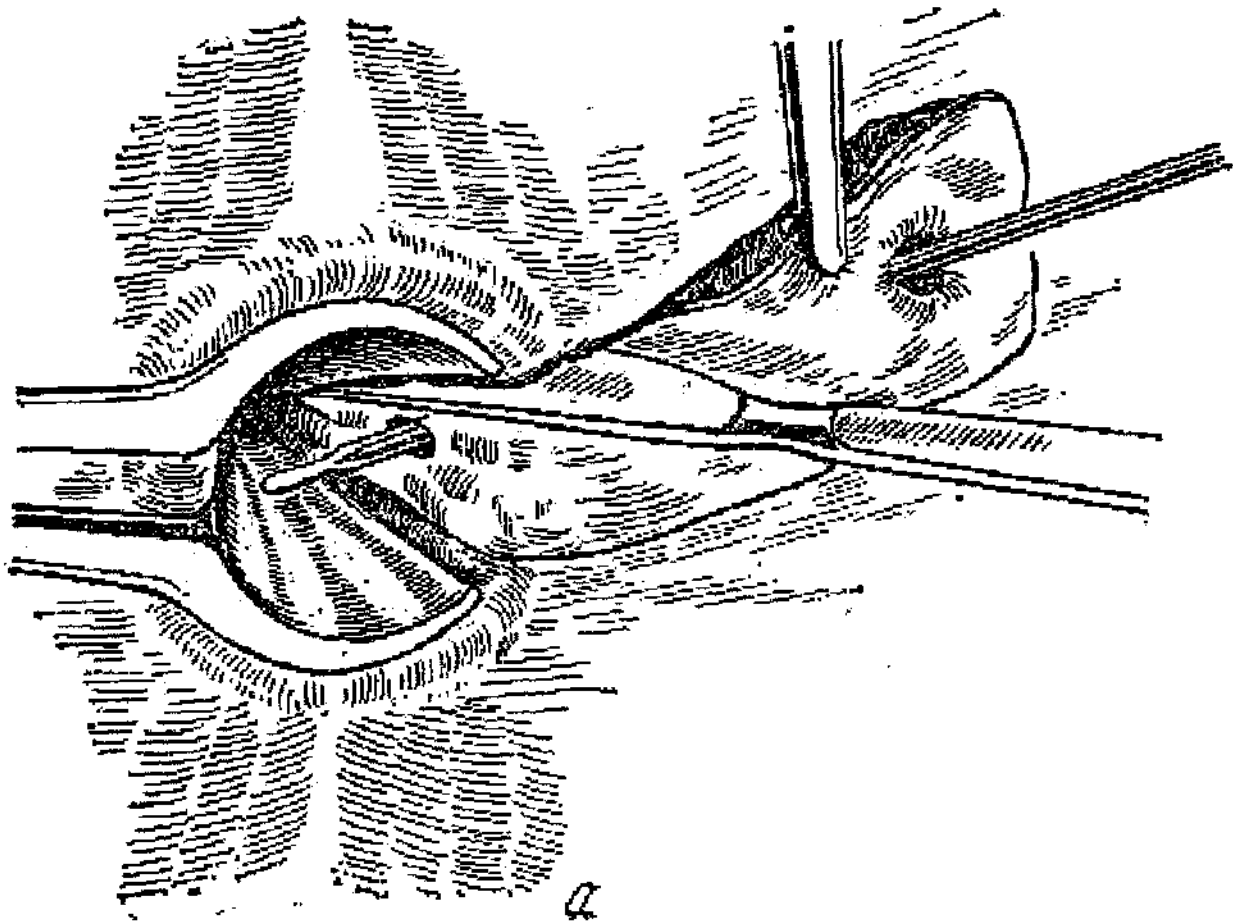


РИС. 31. Иссечение свища единым блоком.
 «— надсечение кожи и слизистой оболочки прямой кишки; б — иссечение свища.

ду свищевой ход рассекают. Зонд из операционной раны вводят в полость гнойника, расположенного в подкожной клетчатке вблизи заднего прохода. По зонду полость гнойника вскрывают. Острой ложкой Фолькмака

выскабливают гнойную полость. Затем кожно-слизистые края раны и стенки свищевых ходов иссекают. В просвет прямой кишки вводят узкую марлевую ленту, пропитанную мазью Вишневского, так, чтобы она препятствовала соприкосновению краев операционной раны; и газоотводную трубку. Вскрытую гнойную полость дренируют отдельно тампонами с мазью Вишневского.

При соблюдении правильной техники выполнения этих операций и адекватного выбора хирургического пособия мы добились излечения 99,3% оперированных,

При трансфинктерных свищах мы применяем три вида вмешательств: иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны; иссечение свища в просвет кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойной полости; иссечение свища в просвет кишки, вскрытие и дренирование гнойной полости. Операции при чреесфинктерных свищах прямой кишки технически несколько сложнее, чем при интрафинктерных свищах. Это обстоятельство обусловлено отношением свищевых ходов к волокнам сфинктера, возможностью рубцового процесса в стенке прямой кишки у внутреннего отверстия свища и наличием гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах.

Под нашим наблюдением находились 4076 больных с чреесфинктерными свищами прямой кишки, подвергшихся операциям: иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны произведено у 2812 больных (69%), иссечение свища в просвет кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойной полости — у 694 (17%), иссечение свища в просвет кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости — у 570 (14%).

Выбор метода операции обусловлен степенью развития рубцового процесса по ходу свища и в стенке анального канала у внутреннего отверстия его, наличием гнойной полости в параректальных клетчаточных пространствах. Операция иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны показана при чреесфинктерных свищах с умеренно выраженным рубцовым процессом и без гнойников в параректальной клетчатке.

При чреесфинктерных свищах без рубцового процесса в стенке анального канала и по ходу свища, но с гнойными полостями в параректальных клетчаточных пространствах мы выполняем иссечение свища в про-

свет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытие и дренирование гнойной полости. Эта операция включает восстановление целостности пересеченных мышечных волокон сфинктера. В условиях распространенного воспалительного процесса ушивание большей части операционной раны сопряжено с ухудшением дренирования, ведущим к развитию нагноения и несостоятельности швов. Учитывая эти обстоятельства* мы рекомендуем производить лишь частичное ушивание раны, соединять только волокна пересеченного сфинктера. Такая операция позволяет ликвидировать свищ с наименьшей опасностью развития гнойных осложнений, возникновения рецидива и недостаточности анального сфинктера*

Иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости должно выполняться при чрессфинктерных свищах, сопровождающихся обширным рубцовым процессом в стенке прямой кишки и по ходу свища, гнойной полостью в параректальной клетчатке. Выбор этой операции обусловлен опасностью наложения швов на рану в условиях рубцового процесса и активного воспаления в параректальной клетчатке.

Техника иссечения свища в просвет кишки с ушиванием раны. Свищевой ход прокрашивают раствором красителя. Ректальным зеркалом разводят стенки анального канала. В наружное свищевое отверстие вводят зонд, который по свищевому ходу выходит в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища. Мостик тканей над зондом рассекают, при этом пересекают часть волокон сфинктера прямой кишки. Затем экойомно иссекают стенки свищевых ходов. Шкожно-слизистые края раны. Ране придают форму остроконечного треугольника с острием, обращенным в просвет кишки. По глубине рана приобретает форму клина*. После этого на пересеченные края волокон сфинктера накладывают отдельные кетгутовые швы без захвата слизистой оболочки прямой кишки. Дистальный отдел раны также ушивают кетгутовыми швами без захвата кожи. Таким образом восстанавливают целостность сфинктера прямой кишки и уменьшают рану (рис. 32). Если имеется несколько наружных свищевых отверстий, их также иссекают и дно раны ушивают. Операцию заканчивают введением марлевой ленты с мазью Виш

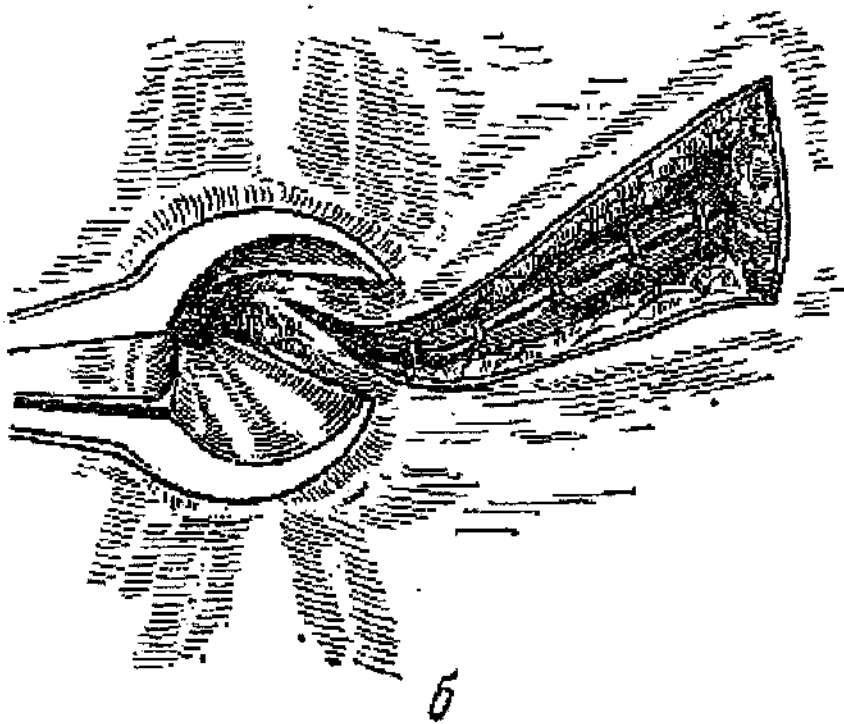
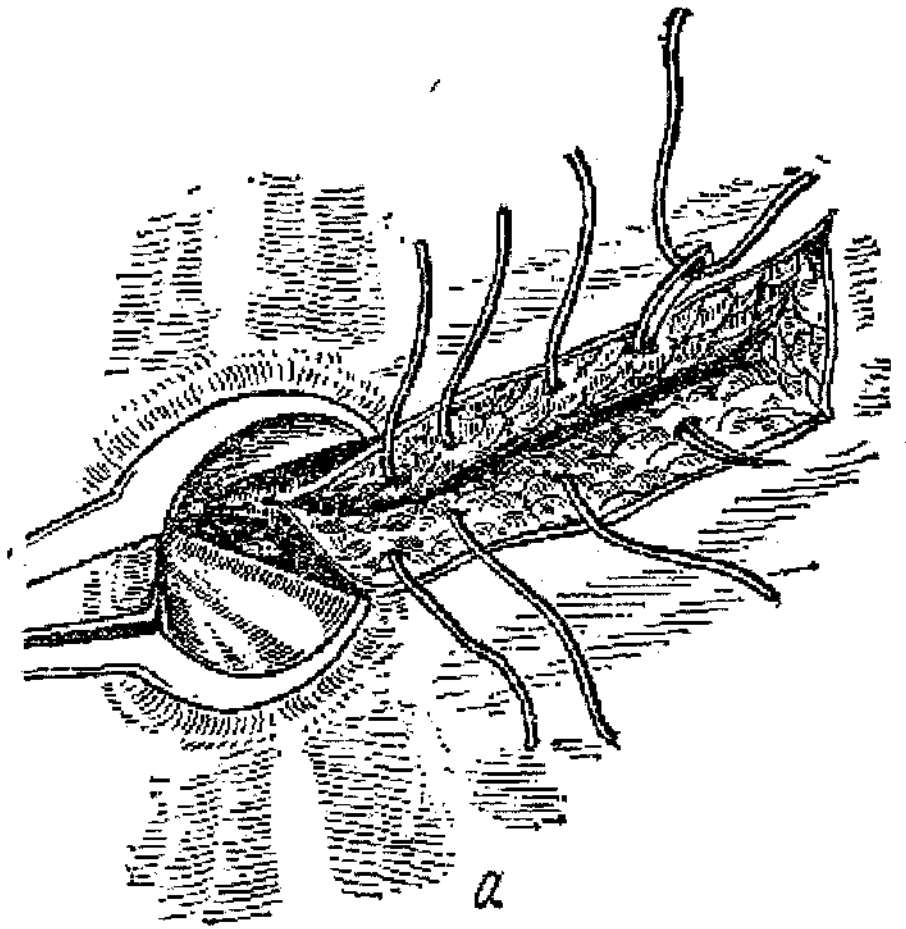
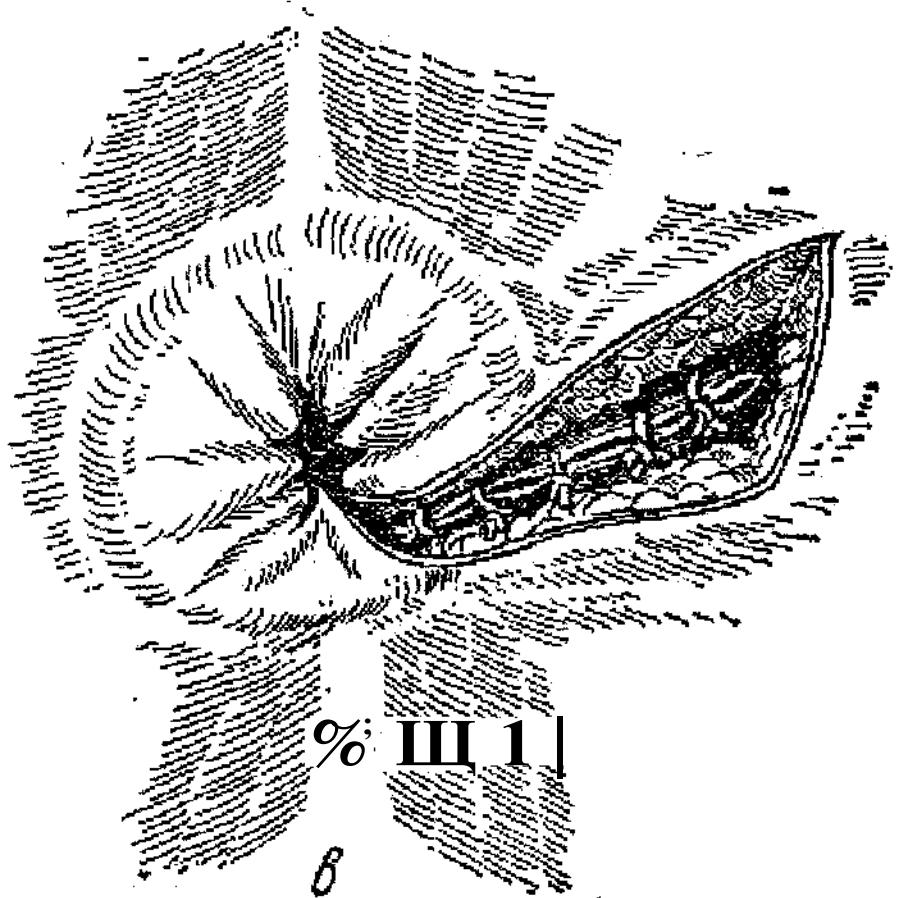


Рис. 32, Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны.
a — ушивание дна раны; вид после операции раны до (б) и после (в) извлечения ректального зеркала.



невского и газоотводной трубки в просвет прямой кишки.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойной полости. Свищевой ход прокрашивают. Ректальным зеркалом разводят стенки прямой кишки. По желобоватому зонду, введенному в наружное отверстие, свищевой ход рассекают в просвет прямой кишки. Затем иссекают свищевой ход и кожно-слизистые края раны. После этого вскрывают полость гнойника в параректальной клетчатке, прокрашенного раствором метиленового синего. Гнойник может быть вскрыт и дренирован через дополнительный разрез на перианальной коже» Полость гнойника выскабливают острой ложкой, стенки полости иссекают в пределах здоровых тканей* Двумя-тремя кетгутowymi швами восстанавливают целостность сфинктера прямой кишки. Раны в промежности и в параректальном пространстве не ушивают» что позволяет осуществить полноценный дренаж вскрытой гнойной полости. Операцию заканчивают введением тампона с мазью Вишневского в полость вскрытого гнойника. На операционную рану в анальном канале и промежности накладывают повязку с мазью Вишневского, в прямую кишку вводят газоотводную трубку.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости, Под контролем красителя и зонда, введенных в наружное свищевое отверстие, свищевой ход рассекают и затем иссекают в пределах здоровых тканей. После этого вскрывают и дренируют гнойную полость из разреза в области основной раны или через контрапертуру. Полость выскабливают ложкой, стенки гнойника иссекают- В полость вскрытого гнойника вводят мазевой тампон, в прямую кишку — ленту, пропитанную мазью Вишневского, и газоотводную трубку. I

Применение этих трех операций при чрессфинктерных свищах прямой кишки по индивидуальным показаниям, правильное выполнение оперативных приемов, адекватное послеоперационное ведение больных позволили добиться полного излечения 97,3% оперированных.

Для лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки предложено наибольшее количество операций» Это объясняется высоким расположением свищевых ходов,

огибающего снаружи волокна анального жома, частым наличием гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах, развитым рубцовым процессом по ходу свища и в стенке прямой кишки у его внутреннего отверстия.

При экстрасфинктерных, или высоких, свищах мы используем четыре вида операций: иссечение свища, ушивание его культи в промежностной ране с задней дозированной сфинктеротомией — метод Рыжиха (в двух вариантах); иссечение свища с ушиванием сфинктера; иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала; иссечение свища с проведением лигатуры.

За более чем двадцатилетний период в НИИ проктологии оперировано 1948 больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки: операция Рыжиха выполнена у 868 (44,6%), иссечение свища с ушиванием сфинктера — у 473 (24,4%), иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала — у 100 (5%) и иссечение свища с проведением лигатуры — у 507 (26%).

Выбор метода операции основывается на классификации экстрасфинктерных свищей по степени сложности.

При I степени сложности свища можно применять операцию Рыжиха (в двух вариантах) и иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки. При операции Рыжиха полностью иссекают свищевой ход, ликвидируют внутреннее отверстие свища. В первом варианте операции внутреннее отверстие свища ликвидируют сфинктеротомией через внутреннее отверстие, на месте которой рана заживает прочным линейным рубцом. Сфинктеротомия выполняется для того, чтобы временно исключить неизбежные тонические сокращения сфинктера, препятствующие заживлению раны в анальном канале. Эта операция малотравматична; при правильном выполнении ее рана быстро выполняется грануляциями; однако она имеет ограниченные показания. Когда внутреннее отверстие свища рубцово изменено, имеет большие размеры, т. е., свищи относятся к более сложным, существует опасность рецидива свища. Кроме того, в таких случаях рана после сфинктеротомии заживает грубым рубцом, деформирующим анальный канал, что ведет к послеоперационной недостаточности анального жома. При

широких свищевых ходах с Рубцовыми изменениями прилежащих тканей трудно выделить свищевой ход в пределах нормальных тканей-в виде тонкого тяжа; швы, наложенные на культю в рубцовой ткани^ легко прорезываются. Кроме того» при активном воспалительном процессе в параректальной клетчатке швы, наложенные на культю свищевых ходов, нагнаиваются, что ведет к раннему рецидиву. Учитывая вышеизложенные соображения, операция Рыжиха может выполняться только при экстрасфинктерных свищах I степени сложности, когда свищевой ход прямой, отсутствуют рубцы в анальном канале (вокруг внутреннего отверстия свища, гнойные полости и затеки в параректальных клетчаточных пространствах).

Иссечение свища с пластическим перемещением-слизистой оболочки анального канала имеет ряд преимуществ, позволяющих применять ее при экстрасфинктерных свищах. Операция направлена на ликвидацию внутреннего отверстия свища без повреждения сфинктера прямой кишки. Свищевой ход полностью иссекают. При правильном выполнении операции перемещенный отрезок слизистой оболочки быстро, фиксируется к периаанальной коже, рана покрывается грануляциями. Но и эта операция имеет узкий круг показаний. Так, при обширном рубцовом процессе в анальном канале выделить жизнеспособный лоскут слизистой оболочки очень трудно,, часто в ближайшем послеоперационном периоде лоскут некротизируется, что ведет к раннему рецидиву. Перемещенный лоскут слизистой, оболочки дистального отдела прямой кишки при выраженном рубцовом процессе практически не срастается с подлежащими тканями стенки анального канала. Мобилизация и перемещение участка слизистой оболочки при комбинированных заболеваниях дистального отдела прямой кишки (геморрой, криптит, анальный полип) представляет „значительше трудности, Если к тому же имеется активный воспалительный процесс в параректальной клетчатке, то рецидив свища неизбежен. Поэтому мы считаем возможным применять операцию иссечения свища с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки только при экстрасфинктерных свищах I степени сложности, когда рубцовые изменения в стенке анального канала и активный воспалительный процесс в параректальной клетчатке не выражены.

У больных с экстрасфинктерными свищами II степени сложности мы рекомендуем операцию иссечения свища с ушиванием сфинктера. Преимущество этой операции в том, что при благоприятно[^] течении получаются хорошие функциональные результаты, так как послеоперационная рана заживает узким линейным рубцом по типу первичного натяжения. Операция проста по технике, радикальна (полностью иссекается свищевой ход и ликвидируется внутреннее отверстие свища). Рана быстро заживает и тем самым укорачивается послеоперационный период (сокращается койко-день). Однако эта операция тоже имеет строгие показания. Противопоказанием служит разветвление свищевой ходы* когда полное его иссечение сопровождается травмой промежности и сфинктера прямой кишки. Кроме того, при активном воспалительном процессе в параректальных клетчаточных пространствах таза трудно рассчитывать на успех операции, так как швы, наложенные на инфицированные ткани, легко нагнаиваются и прорезываются, что ведет к полному недержанию кишечного содержимого.

Таким образом, операция иссечения свища с ушиванием сфинктера должна выполняться лишь у больных с экстрасфинктерными свищами II степени сложности, когда другие методы не могут быть применены из-за выраженного рубцового процесса в анальном канале.

У больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки III степени сложности мы рекомендуем выполнять иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала и иссечение свища с проведением лигатуры. Возможность выполнения этой операции обусловлена отсутствием рубцового процесса в анальном канале вокруг внутреннего отверстия свища.

Операция иссечения свища с проведением лигатуры радикальна, технически проста, имеет широкий круг показаний и дает возможность излечить самые разнообразные клинические формы свищей прямой кишки, когда другие методы операций чреваты возникновением рецидива. Но, несмотря на кажущуюся простоту и радикальность, этот метод имеет существенные недостатки. Так, в результате пересечения сфинктера лигатурой может образоваться грубый рубец, препятствующий герметическому смыканию стенок анального канала. Иными словами, существует опасность недостаточности сфинк-

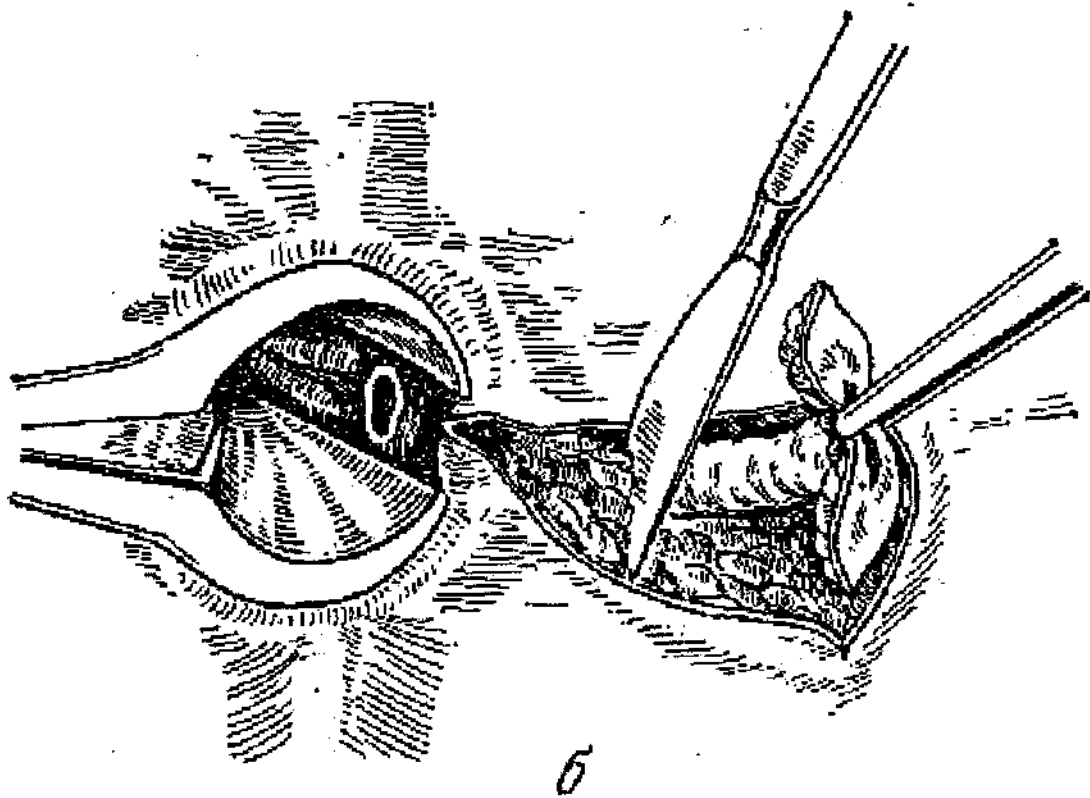
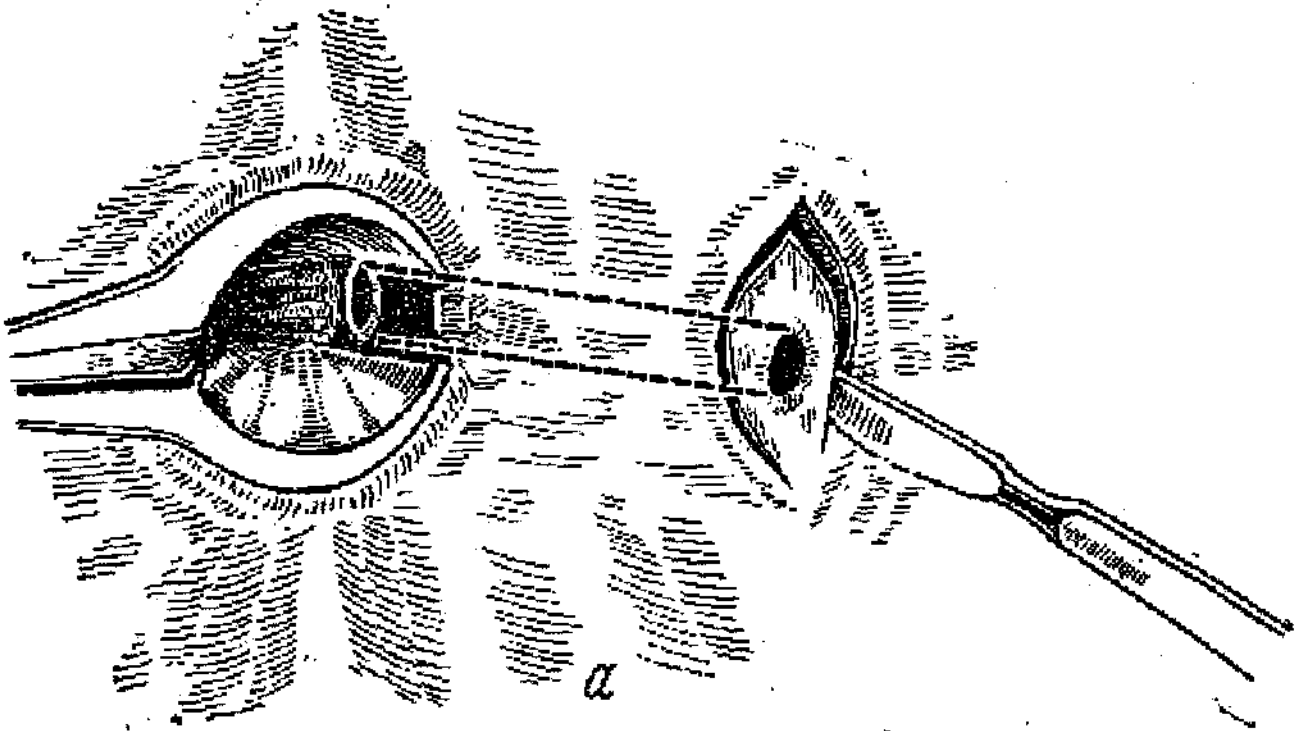
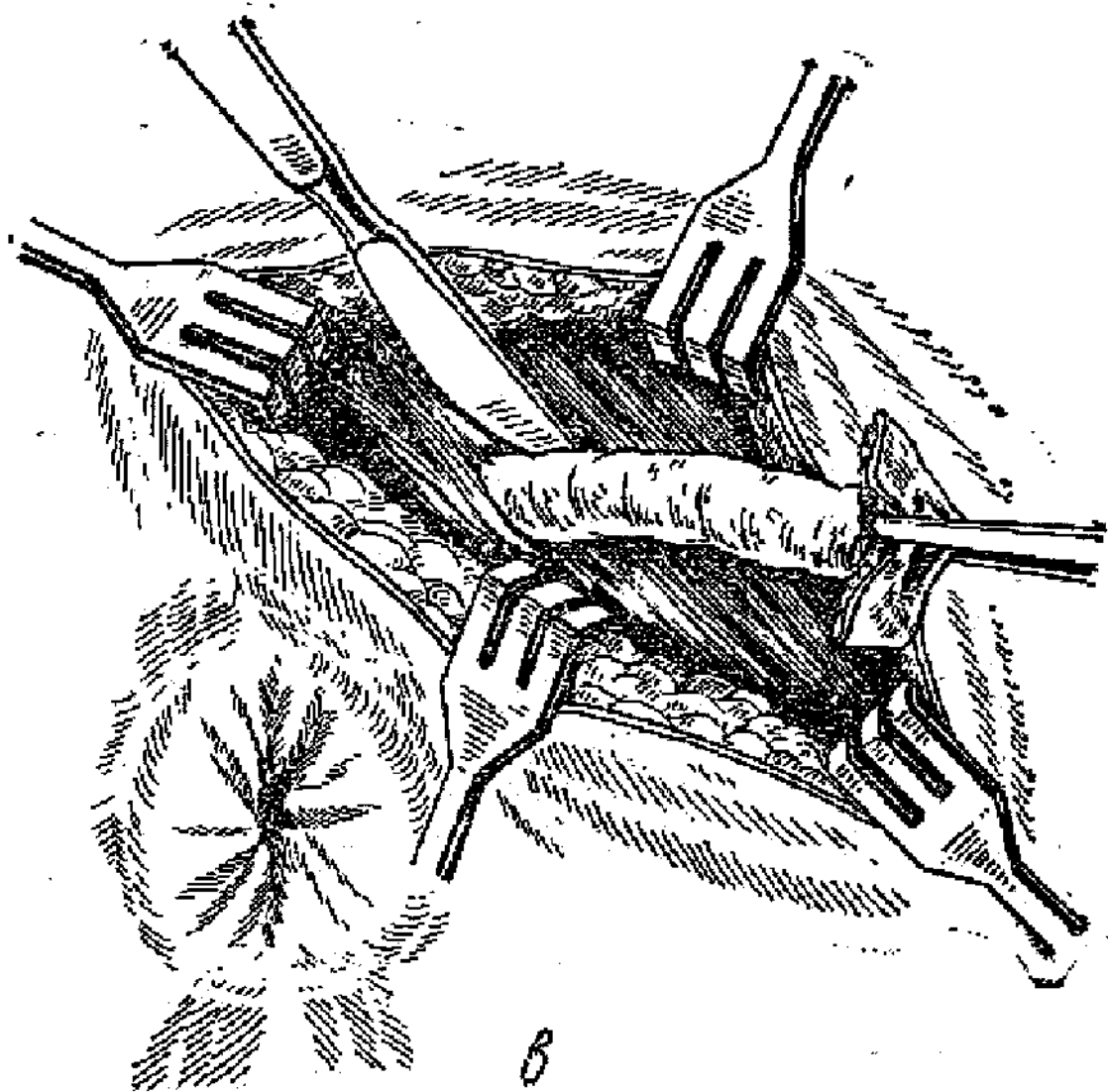


Рис. 33» Операция Рыжиха, первый вариант.

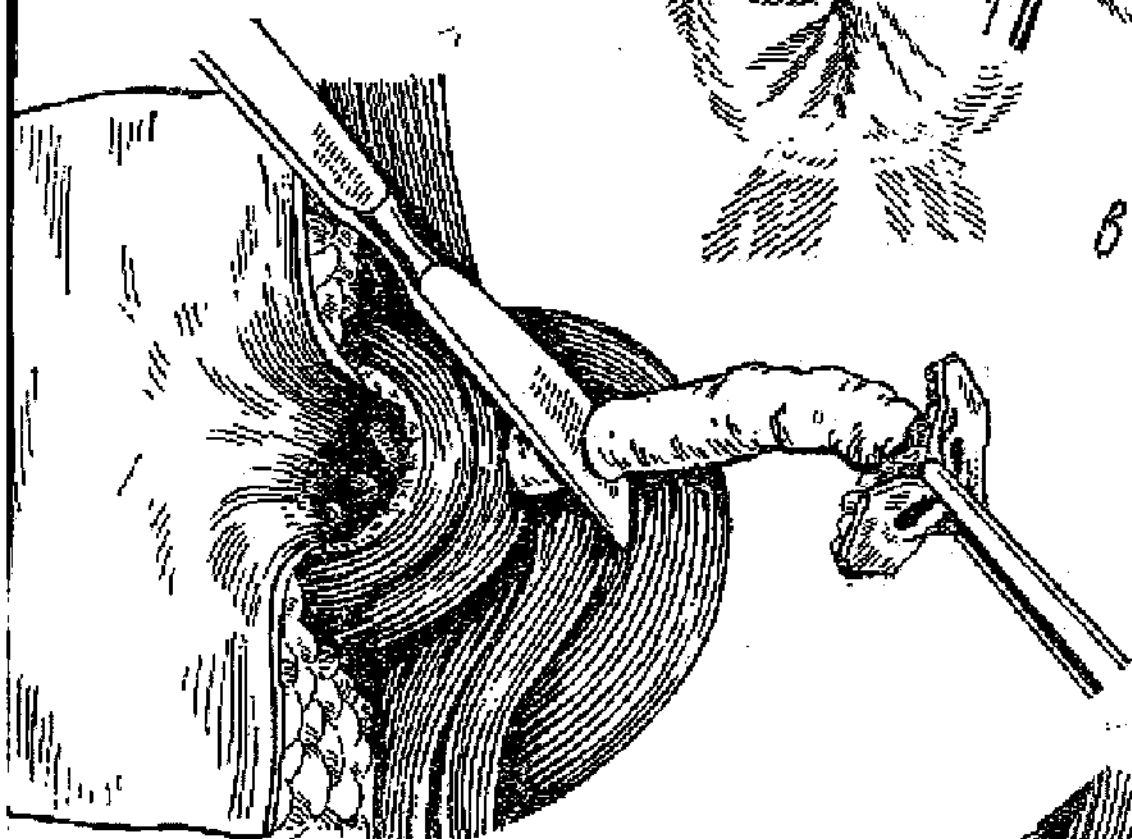
a — окаймляющий разрез у наружного свищевого отверстия; *б* — выделение свищевого хода; *в* — свищевой ход выделен (до стенки прямой кишки); *г* — свищевой ход отсечен; *д* — ушивание культи свищевого хода.

тера . вследствие рубцовой деформации анального канала.

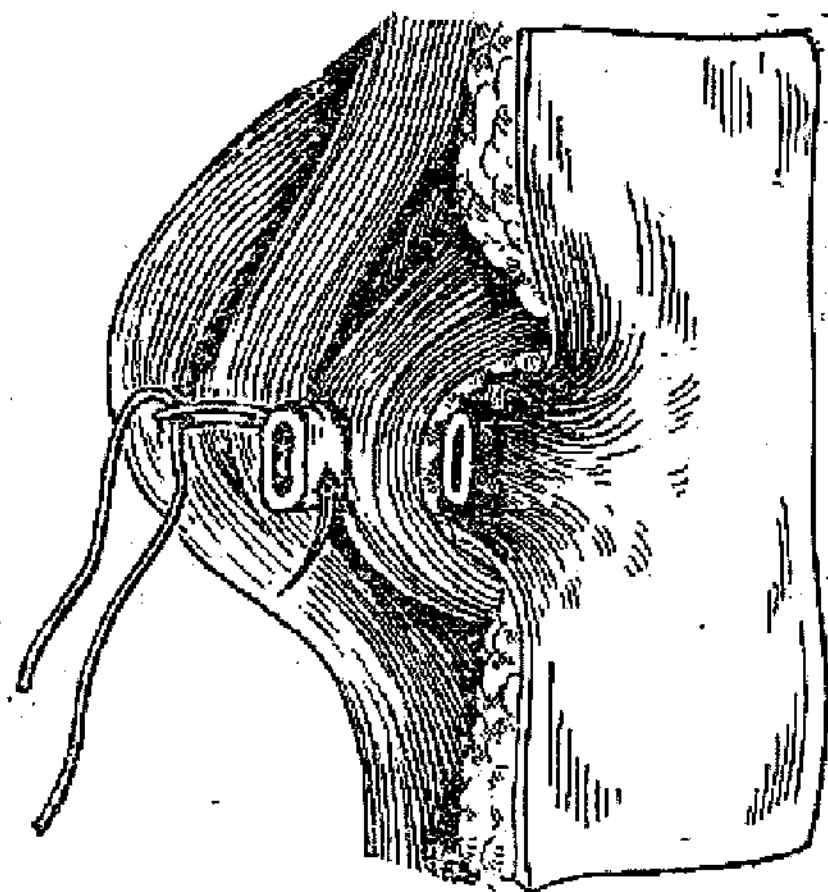
Не будучи сторонниками лигатурного метода операции при всех экстрафинктерных свищах прямой кишки, мы рекомендуем его наряду с операциями, сопровождающимися перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки, при экстрафинктерных свищах III степени сложности. — При правильном выполнении этой операции можно полностью излечить больных, у которых другие вмешательства, как правило, приводят к рецидивам,



8



2



0

При экстрасфинктерных свищах прямой кишки IV степени сложности, на наш взгляд, единственно применимым является лигатурный метод, так как обширный рубцовый процесс в анальном канале и по ходу свища при наличии активного гнойного процесса в параанальных клетчаточных пространствах не позволяет произвести какую-либо другую операцию.

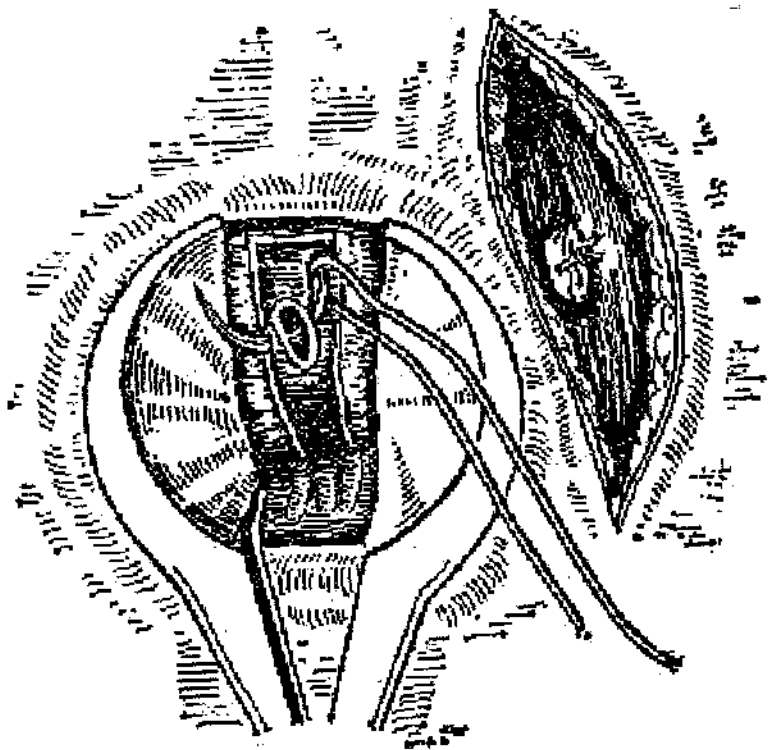
Иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране и задней дозированной сфинктеротомией — метод Рыжиха — выполняется в двух вариантах*

1. Иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране и задней дозированной сфинктеротомией, у мужчин и женщин, при локализации внутреннего отверстия свища в задней крипте, а при локализации в передней крипте — только у мужчин.

Техника операции. В свищевой ход вводят раствор красителя. Разрезом в промежности очерчивают наружное свищевое отверстие. Свищевой ход препарируют скальпелем в глубину, выделяя тяж до стенки прямой кишки. После этого свищевой ход отсекают у основания (рис. 33). Культю его тщательно выскабливают острой ложкой, обрабатывают спиртовым раствором йода и ушивают двумя-тремя рядами кетгутовых швов. Вторым рядом швов, наложенных на окружающие ткани, укрывают ушитую культю свищевых ходов. В просвет прямой кишки вводят ректальное зеркало. Обнажают внутреннее отверстие свища и через него производят сфинктеротомию на глубину, распространяющуюся до швов на культе свищевых ходов. Край нависающей слизистой оболочки иссекают. Рану промежности тампонируют марлевыми лентами с мазью Вишневского. Для уменьшения раны можно частично ушить ее без захвата в шов кожных краев. В прямую кишку вводят узкий марлевой тампон и газоотводную трубку.

2. Иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране, ушиванием внутреннего отверстия свища и задней дозированной сфинктеротомией. А. Н. Рыжих рекомендовал при экстрасфинктерных свищах прямой кишки с расположением внутреннего отверстия в передней крипте у женщин или на боковой стенке анального канала у лиц обоего пола. Этот вариант операции обусловлен невозможностью проведения сфинктеротомии через внутреннее отверстие свища, расположенного

Рис. 34. Операция Рыжиха, второй вариант. Ушивание внутреннего отверстия свища.



по передней полуокружности анального канала у женщин и по боковой полуокружности у лиц обоего пола, так как в этих отделах сфинктеротомия недопустима ввиду анатомических особенностей строения мышц промежности.

Техника операций. Первый момент — иссечение, затем отсечение свищевого хода в промежностной ране, производится, как и в первом варианте операции* Второй момент: стенки прямой кишки растягивают ректальным зеркалом так, чтобы хорошо обнажить переднюю стенку прямой кишки. На передней стенке анального канала над внутренним отверстием свища отсепаровывают участок слизистой оболочки шириной в 1—1,5 см и длиной в 3—4 см. Внутреннее отверстие свища ушивают отдельными кетгутовыми швами, причем завязывают швы при извлеченном ректальном зеркале (рис, 34), Затем разводят боковые стенки анального канала крючками Фарабефа, накладывают сверху первых швов еще 3—4 кетгутовых шва на слизистую оболочку. Со стороны промежностной раны культю свищевого хода ушивают так же, как и при первом варианте операции» Операцию заканчивают задней дозированной сфинктеротомией на глубину до 1 см у мужчин и до 0,8 см у женщин. Особо подчеркиваем, что сфинктеротомия должна производиться строго перпендикулярно к ходу мышечных волокон сфинктера по средней линии без введения в просвет прямой кишки ректального зеркала под контролем введенного в прямую кишку пальца.

Иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела пря-

мой кишки. Техника операции, В наружное свищевое отверстие вводят краситель. Проводят окаймляющий разрез на коже промежности вокруг наружного свищевого отверстия; свищевой ход острым путем выделяют в виде тяжа до стенки прямой кишки и отсекают. Если имеется гнойная полость в параректальной клетчатке, ее вскрывают, выскабливают острой ложкой, а стенки полости иссекают в пределах здоровых тканей. Вскрытый и иссеченный гнойник широко дренируют из дополнительного разреза или из основной раны в области промежности. Затем в просвет прямой кишки вводят ректальное зеркало, производят деульсию сфинктера прямой кишки. В подслизистый слой прямой кишки в стенке анального канала, соответствующей расположению внутреннего отверстия свища, вводят 15—20 мл 0,25% раствора новокаина». Полулунным разрезом по переходной складке заднего прохода отсепааровывают слизисто-мышечный лоскут выше внутреннего отверстия на 3—4 см. Клеммой Алиса лоскут отводят в противоположную сторону. Внутреннее отверстие в стенке кишки выскабливают острой ложкой Фолькмана, обрабатывают 1-% спиртовым раствором йода и ушивают двумя рядами кетгутовых швов. Дополнительно несколькими кетгутовыми швами подшивают мобилизованный слизисто-мышечный лоскут с таким расчетом, чтобы укол иглы приходился у края раны на переходной складке, а выкал—у основания мобилизованного лоскута. Несколькими редкими шелковыми швами фиксируют края лоскута к периаанальной коже, после чего внутреннее отверстие в слизисто-мышечном слое кишки располагается вне анального канала* Преимуществом этого метода является отсутствие дефекта слизистой оболочки в анальном канале. Избыток слизисто-мышечного лоскута отсекают после нормализации акта дефекации, в среднем на 10—12-й день после операции, К этому времени раневые поверхности плотно слипаются и можно не опасаться ретракции низведенного участка.

- К

Другим вариантом этого вмешательства является операция типа Джада — Робле и В. А. Масляка. Выкраивают трапециевидный участок слизистой оболочки вместе с подслизистым слоем длиной до 5—6 см и шириной 2—3 см. Более широкое основание выкроенного лоскута обеспечивает лучшее кровоснабжение. Мобилизованный участок слизистой оболочки поднимают, обрабатывают

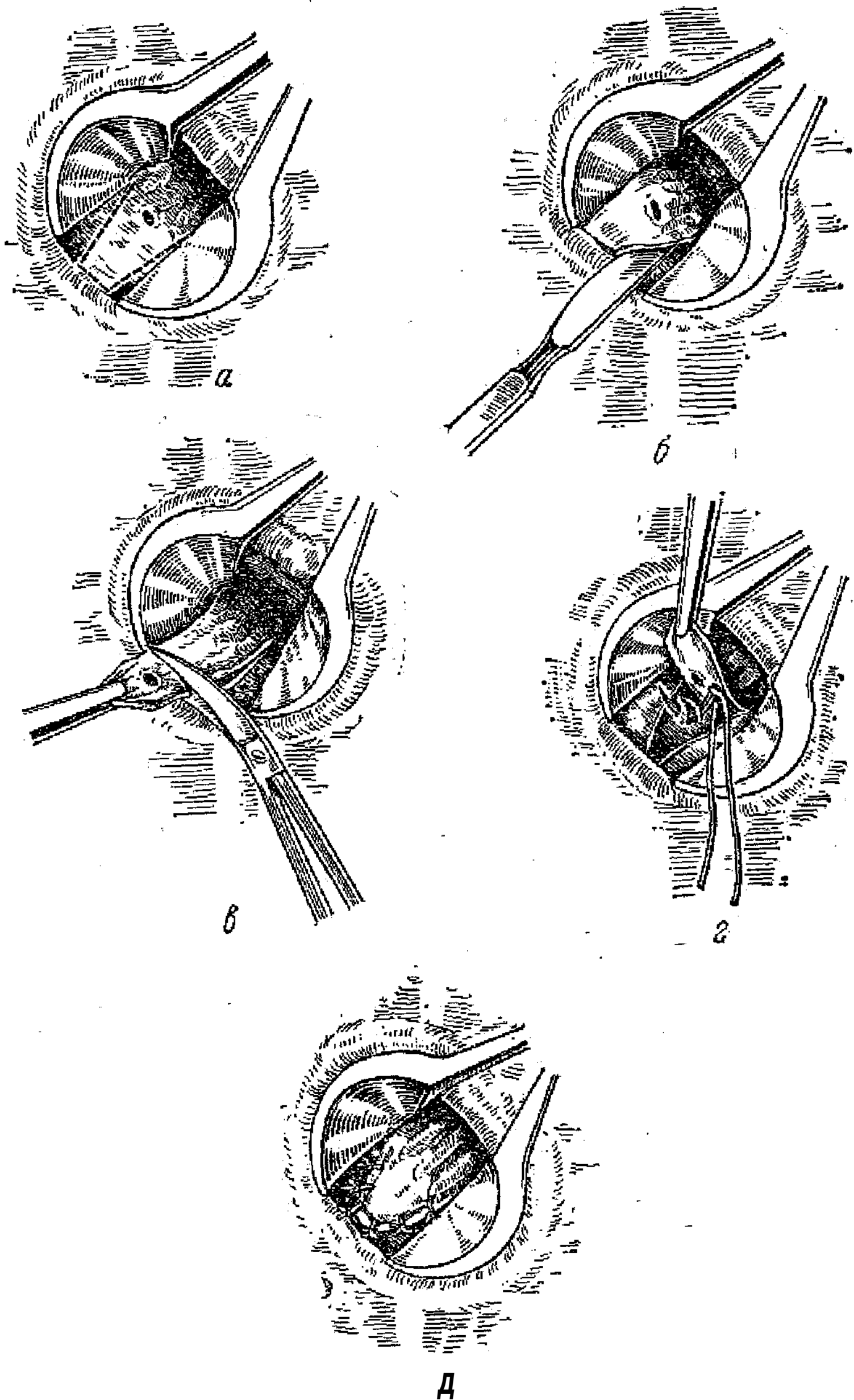


Рис. 35. Иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки.

а — выкраивание лоскута из слизистой оболочки; б — выделение слизистой оболочки вместе со свищевым отверстием; в — перемещение и отсечение слизистой оболочки вместе с внутренним отверстием свища; г — ушивание свищевого отверстия в стенку прямой кишки; д — вид раны в конце операции.

свищевое отверстие, выскабливая его острой ложкой, и ушивают двумя рядами отдельных кетгутовых швов* После этого мобилизованный участок слизистой оболочки низводят, избыток его вместе с дефектом отсекают и фиксируют отдельными швами к кожной ране. На вертикальные разрезы слизистой оболочки накладывают отдельные кетгутовые швы (рис. 35). Рану в области промежности при обоих вариантах операции частично ушивают или оставляют открытой с введением в нее тампонов с мазью Вишневского. В прямую кишку вводят ленту с мазью Вишневского и газоотводную трубку.

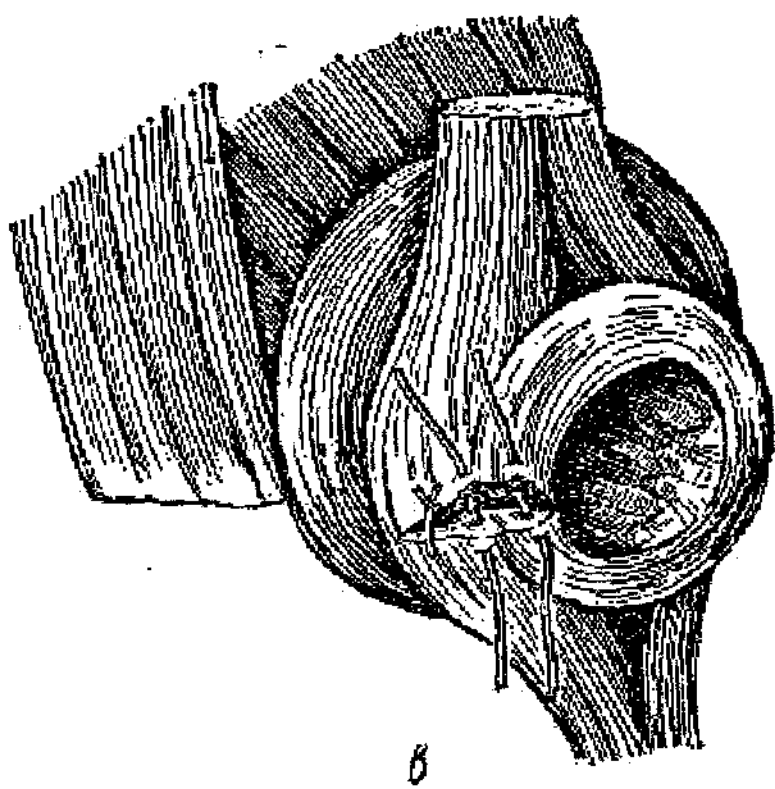
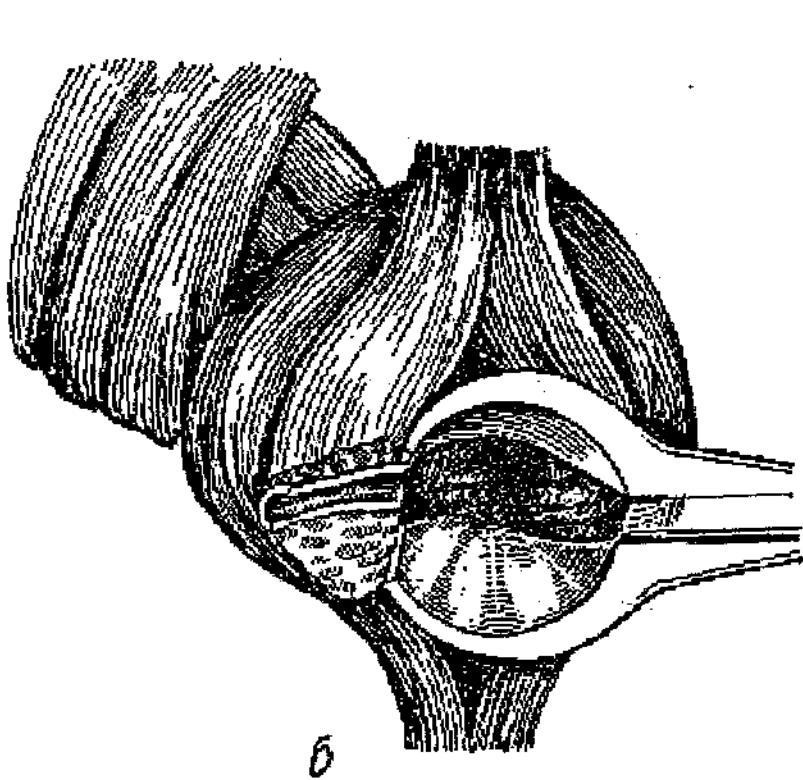
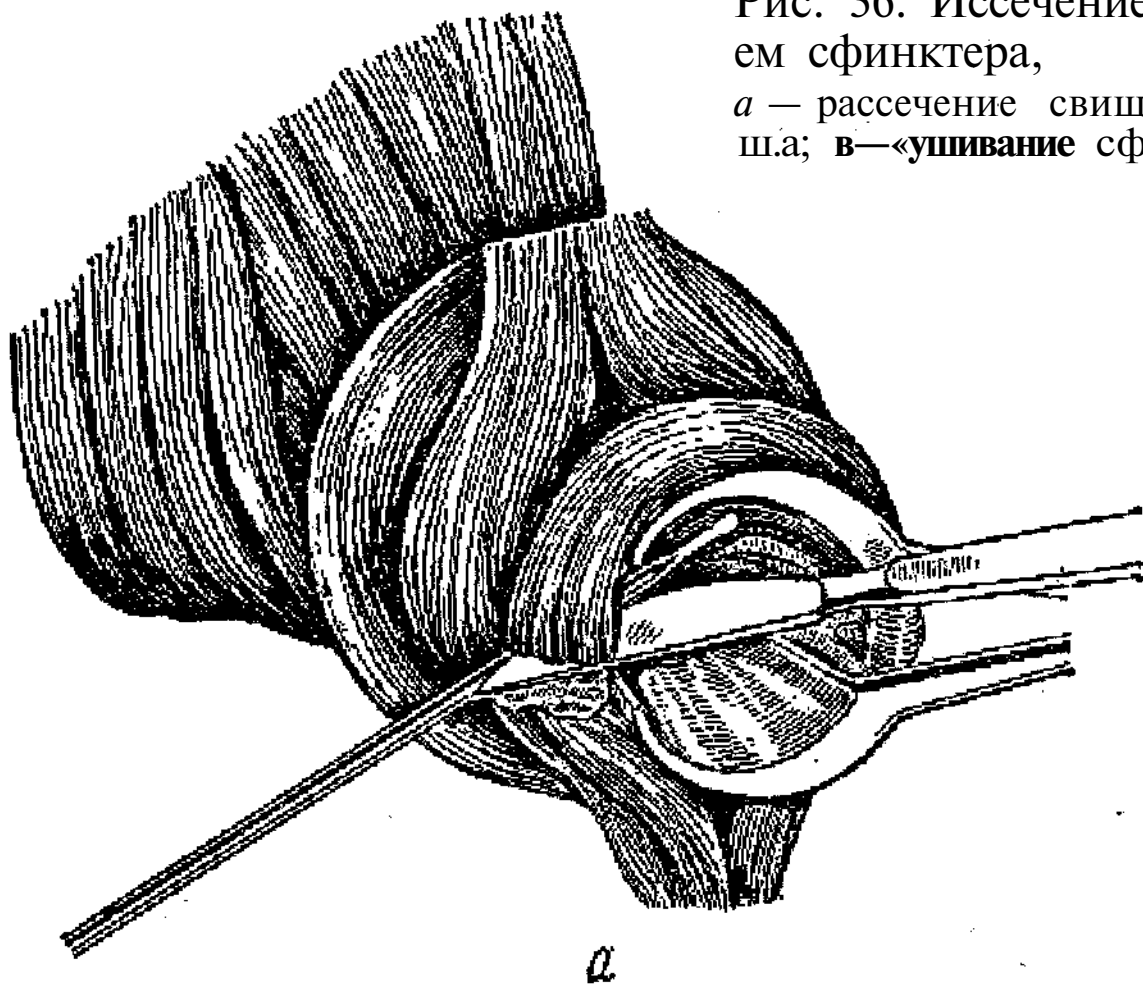
Иссечение свища с ушиванием сфинктера. Свищевой ход прокрашивают раствором метиленового синего. Разрезом, окаймляющим наружное отверстие, свищ выделяют в виде тяжа до места перехода его в стенку прямой кишки и здесь отсекают. Разводят бранши введенного в прямую кишку зеркала. Через культю свищевых хода проводят желобоватый зонд, по которому мостик тканей рассекают в просвет прямой кишки; при этом пересекают мышцы сфинктера. После иссечения краев раны и подлежащей рубцовой ткани форма раны должна принять вид остроконечного треугольника, острием обращенного в просвет прямой кишки. Проксимальную часть раны с волокнами пересеченного сфинктера ушивают отдельными кетгутовыми швами без захвата слизистой оболочки (рис. 36). Дистальную треть раны ушивают наглухо.

В прямую кишку вводят мазевой тампон и газоотводную трубку.

Иссечение свища с проведением лигатуры. Свищевой ход прокрашивают раствором метиленового синего» Окаймляющим разрезом на коже промежности у наружного свищевых отверстия свищевой ход выделяют в виде тяжа до гнойной полости, которая имеет сообщение с просветом прямой кишки. Гнойную полость в параректальной клетчатке выскабливают острой ложкой и обрабатывают 1% спиртовым раствором йода. В прямую кишку вводят ректальное зеркало. Со стороны раны через культю свищевых хода или чаще через вскрытую полость вводят изогнутый зажим с шелковой лигатурой, в отдельных случаях лигатуру проводят из просвета кишки через внутреннее отверстие свища (рис. 37). Лигатуру следует уложить ближе к сагиттальтжу шву промежности. Для этого часто бывает необходимо продлить

Рис. 36. Иссечение свища с ушивани-
ем сфинктера,

а — рассечение свища; б — иссечение сви-
ща; в — «ушивание» сфинктера,



разрез нижнего края кожной раны (рис* 38), чтобы он обязательно достиг уровня мышечного кольца сфинктера прямой кишки. На стенке анального канала вместе с внутренним отверстием свища и перианальной кожей иссекают узкую ленту слизистой оболочки. В это ложе укладывают толстую шелковую лигатуру и затягивают тонически до полного обхвата подлежащего мостика тканей, что обеспечивает равномерное сжатие по окружности этого мостика мышечных волокон сфинктера, которые за лигатурой постепенно срастаются. Суть в том, что

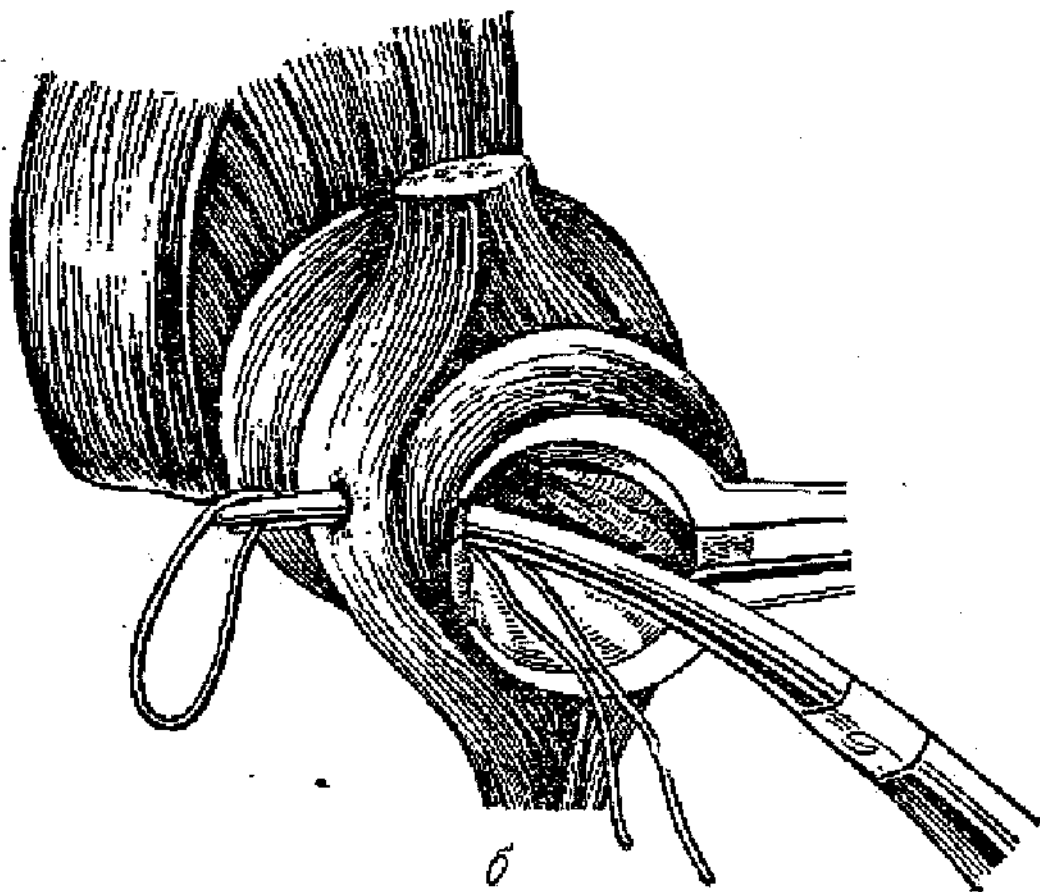
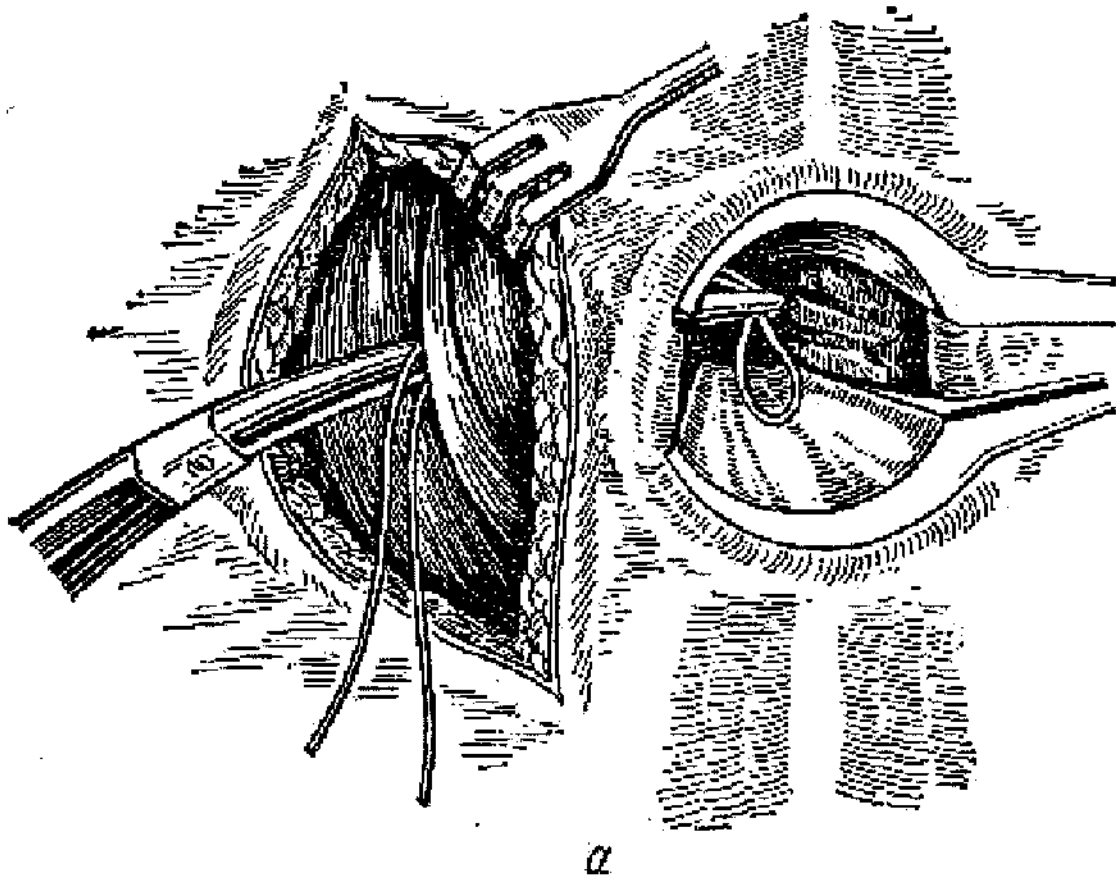
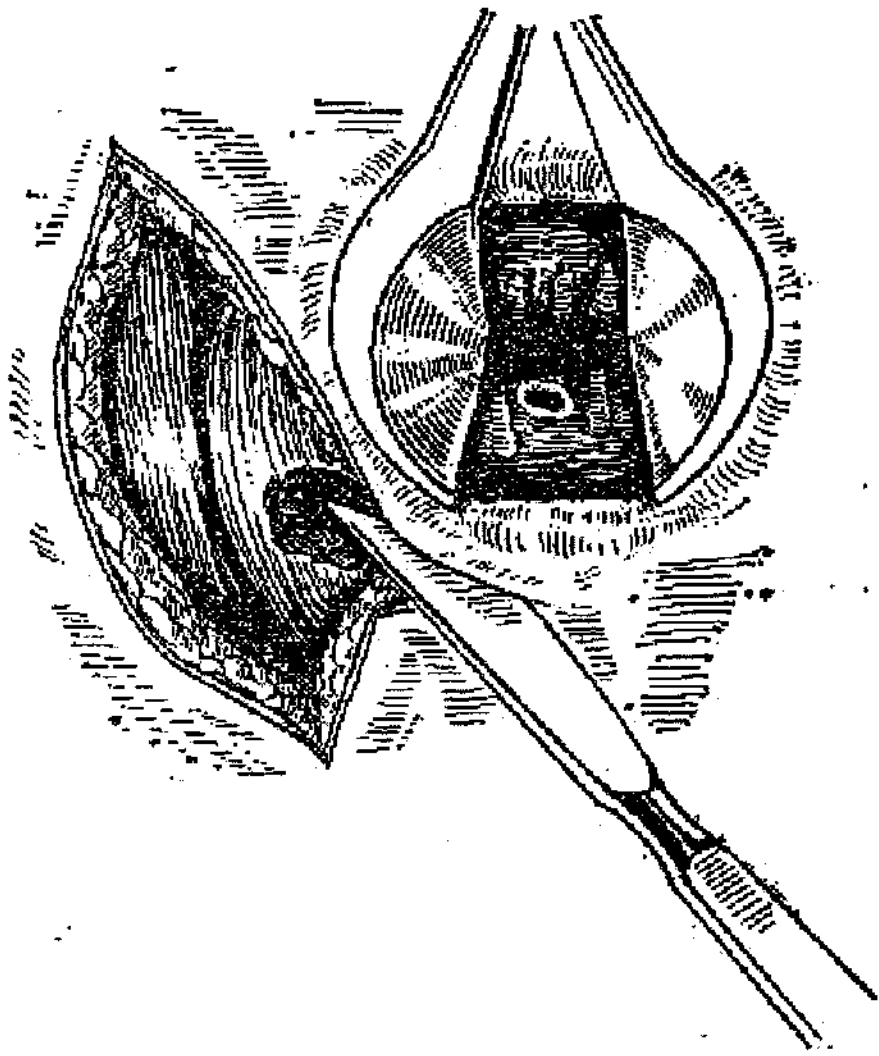


Рис. 37, Иссечение свища с проведением лигатуры, *а* — проведение лигатуры через культю свищевых хода; *б* — проведение лигатуры через внутреннее отверстие свища.

нить в этих условиях пережимает небольшой по толщине (не более 1—1,5 см) участок ткани, состоящий из стейжки прямой кишки и волокон сфинктера. Дистальную часть раны ушивают наглухо, а проксимальную — тампонируют лентами с мазью Вишневского. На 6—7-й день после операции проксимальную часть раны перестают тампонировать и лишь покрывают мазевой повязкой. К 13-му дню рана заполняется грануляциями и зна-

рис, 38. Продление разреза-нижнего края кожной раны до сагиттального шва промежности.



чительно суживается. Мышечный мостик, пережатый лигатурой, к этому времени пересекают» если еще не произошло прорезывание его лигатурой, которая все это время периодически подтягивается. Иначе говоря, необходимо стремиться к тому, чтобы нить все время плотно обхватывала подлежащие ткани.

Использование вышеописанных четырех способов лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки в зависимости от степени сложности свища позволило нам избежать рецидивов заболевания у 95,3% и недостаточности анального жома у 95,1% оперированных.

Лечение неполных внутренних свищей прямой кишки зависит от отношения свищевого хода к волокнам сфинктера, наличия рубцового процесса вокруг свища и гнойных полостей в параректальной клетчатке. Мы применяем следующие оперативные вмешательства: иссечение свища в просвет прямой кишки; иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости; иссечение свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытие и дренирование гнойной полости; иссечение свища с ушиванием сфинктера; иссечение свища с проведением лигатуры.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 705 больных с неполными внутренними свищами (7,6% всех больных хроническим парапроктитом). Интрасфинктерное расположение свищевого хода было у 564 больных

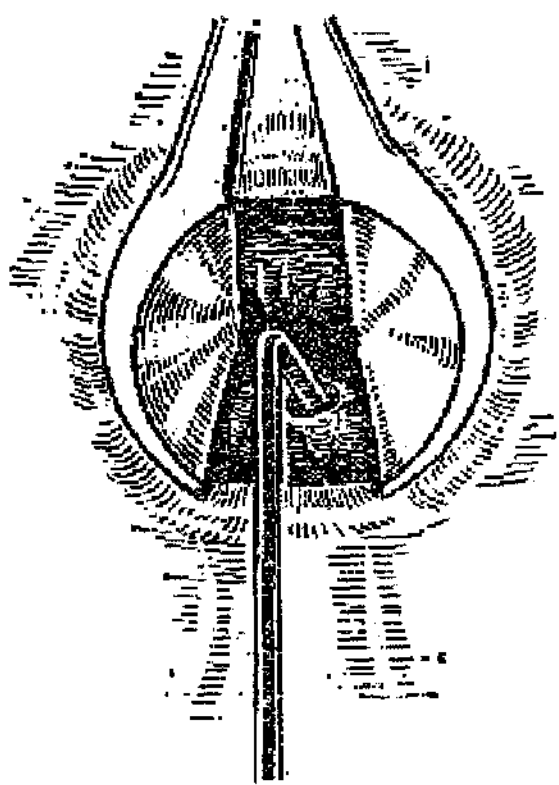
(80%): 524 (92,9%) из них было выполнено иссечение свища в просвет прямой кишки и 40 (7,1%) — иссечение свища с дренированием гнойной полости. У 120 больных (17%) было чрессфинктерное расположение свищевого хода: произведено 92 больным (77%) иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны, 11 (9%) — иссечение свища в просвет кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойной полости, 17 (14%) — иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости.

У 21 больного (3%) неполные внутренние свищи имели экстрасфинктерное расположение свищевого хода: у 7 иссечен свищ с ушиванием сфинктера и у 14 иссечен свищ с проведением лигатуры.

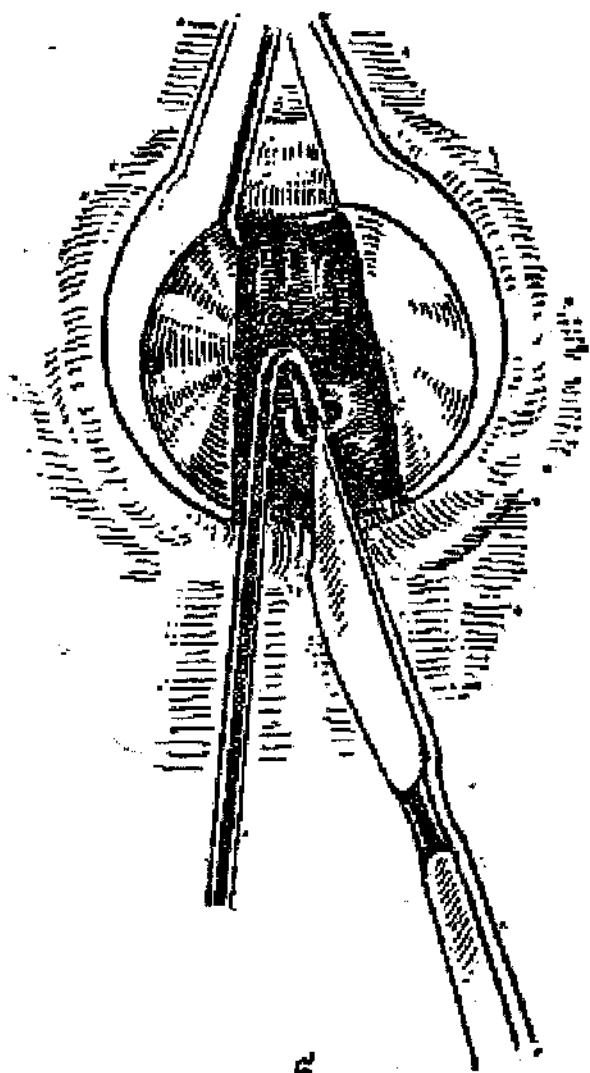
Выбор метода операции при неполных внутренних свищах прямой кишки, так же как и при остальных видах хронического парапроктита, основывался на отношении свищевого хода к волокнам сфинктера прямой кишки, степени развития рубцовой ткани в анальном канале вокруг свищевого отверстия и наличии гнойных полостей в параректальной клетчатке. Так, при интрасфинктерном расположении хода выполняют иссечение свища в просвет прямой кишки; при наличии подкожного или подслизистого расположения гнойной полости —* иссечение свища в просвет прямой кишки с дренированием затека. При неполных внутренних свищах с чрессфинктерным свищевым ходом рекомендуется иссечение свища с ушиванием дна раны. Если при таких свищах в параректальной клетчатке имеется гнойник, надо иссечь свищ в просвет прямой кишки, частично ушить дно раны, вскрыть и дренировать гнойник. Если при таких свищах имеется еще и рубцовый процесс в анальном канале, необходимо иссечь свищ в просвет прямой кишки без ушивания краев раны, вскрыть и дренировать гнойные затеки. При экстрасфинктерном расположении свища мы иссекаем свищ с ушиванием сфинктера или иссекаем свищ с проведением лигатуры.

Техника операций при неполных внутренних свищах прямой кишки имеет некоторые особенности, которые связаны с отсутствием наружного свищевого отверстия.

Операция иссечения свища в просвет прямой кишки. В прямую кишку вводят ректальное зеркало и разводят ее стенки. Свищевой ход прокрашивают раствором метиленового синего с помощью шприца



a



б

Рис. 38 Иссечение свища в просвет прямой кишки.

a — введение зонда и свищевое отверстие; *б* — рассечение свищевого хода,

с изогнутой и отшлифованной иглой. В свищевой ход вводят изогнутый под прямым углом зонд, который обычно идет по направлению к коже промежности. По зонду свищевой ход рассекают, зонд извлекают (рис. 39). Свищевой ход и кожно-слизистые края раны иссекают и ране придают типичную форму треугольника. Если причиной свища явилась анальная трещина, необходимо после иссечения свища произвести заднюю дозированную сфинктеротомию на глубину до 0,8 см у мужчин и 0,6 см у женщин.

При неполных внутренних интрасфинктерных свищах с затеком в подкожной клетчатке иссечение свища дополняют вскрытием и дренированием затека.

Техника операций при неполных внутренних чрессфинктерных свищах прямой кишки состоит в том, что свищевой ход рассекают на зонде, введенном в свищевое отверстие со стороны просвета прямой кишки. В остальных операциях у этой группы больных производятся типично.

Иссечение свища с ушиванием сфинктера при неполных внутренних экстрасфинктерных свищах прямой кишки I—II

степени сложности выполняется следующим образом. В прямую кишку вводят ректальное зеркало и разводят ее стенки. Свищевой ход прокрашивают раствором метилевого синего, введенного в свищевое отверстие из просвета прямой кишки. Отступя 3—4 см от края заднего прохода, производят полулунный разрез кожи промежности. Через рану во внутреннее отверстие свища проводят желобоватый зоид и свищевой ход пересекают в просвет прямой кишки, вместе с ним пересекают и волокна сфинктера прямой кишки. После иссечения стенки свища и рубцовой ткани на пересеченные волокна сфинктера накладывают 2—3 кетгутовых шва без захвата слизистой оболочкой. Дистальную треть кожной раны ушивают шелковыми швами наглухо.

Иссечение свища с проведением лигатуры при неполных внутренних экстра-сфинктерных свищах III—IV степени сложности выполняют в такой последовательности: в прямую кишку вводят ректальное зеркало и разводят стенки ее. После прокрашивания свищевого хода зеркало извлекают. Производят разрез кожи промежности между задней полуокружностью анального канала и верхушкой копчика с пересечением заднепроходно-копчиковой связки (рис. 40). Широко вскрывают гнойные полости, расположенные чаще всего в ретроректальном пространстве* Полости выскабливают, стенки их иссекают. Через культю свищевого хода в просвет прямой кишки проводят шелковую лигатуру. Дальнейший ход операции и послеоперационное ведение раны — типичное для данной операции. Строго дифференцированный подход к выбору операции при неполных внутренних свищах прямой кишки позволил добиться выздоровления 98,5% больных.

Оперативные вмешательства при подковообразных свищах основываются на тех же принципах, что и лечение всех свищей прямой кишки» с той лишь разницей, что до существу приходится иссекать два свищевых хода, открывающихся одним внутренним отверстием в просвет прямой кишки. Мы рекомендуем выполнять при подковообразных свищах следующие операции: иссечение свища в просвет прямой кишки (рис, 41), иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойного затека; иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны; иссечение свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскры-

Рис. 40. Разрез кожи промежности между задней полуокружностью анального канала и верхушкой копчика.

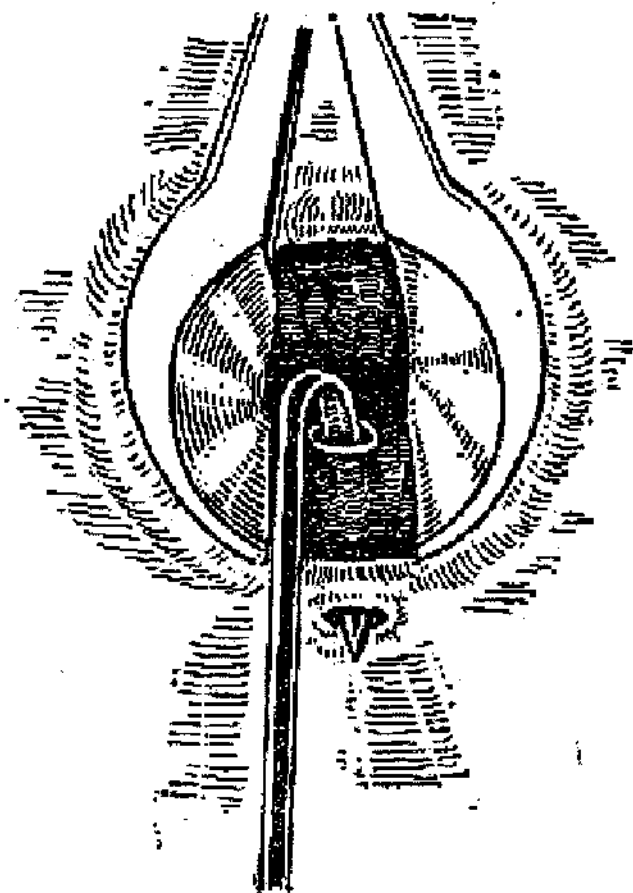
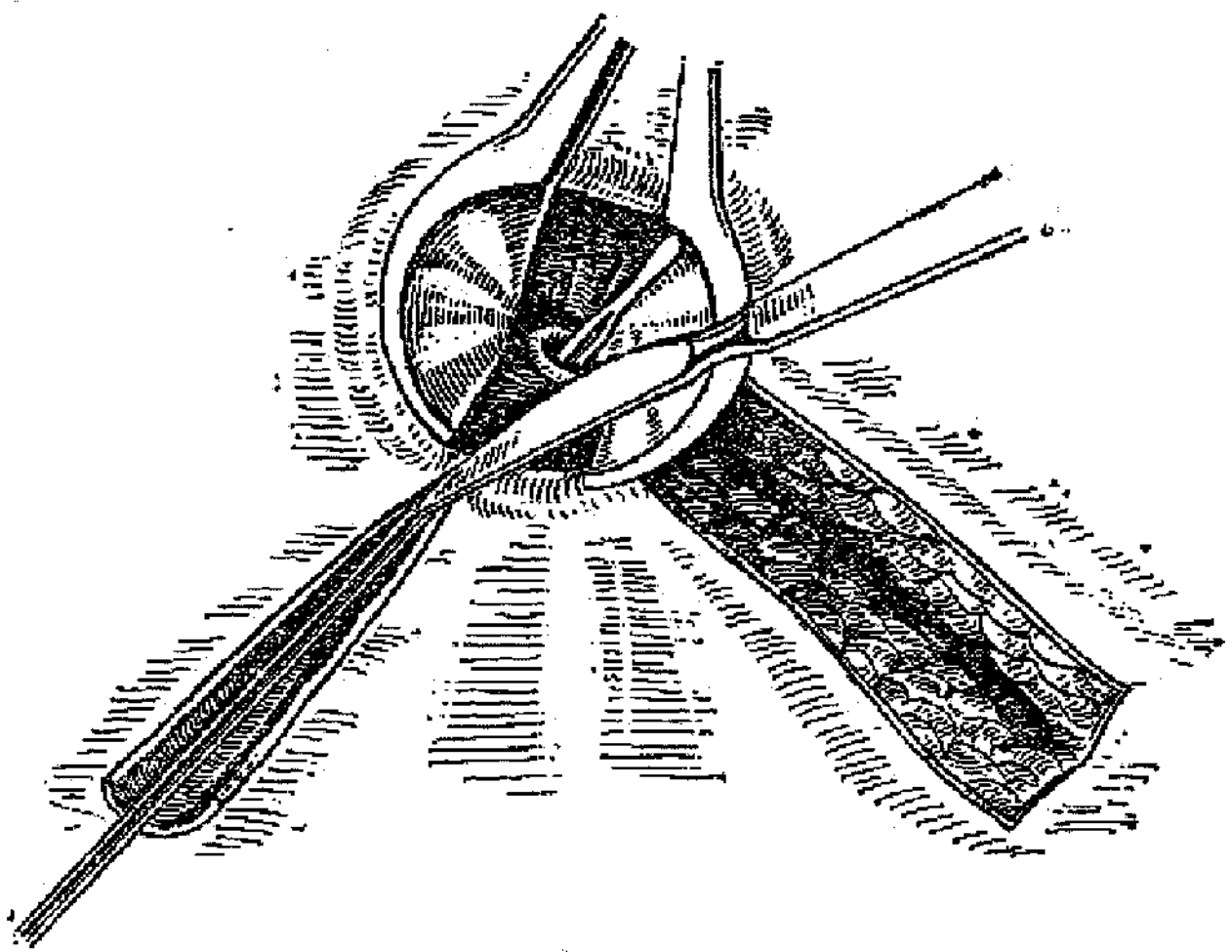


Рис. 41. Иссечение свища при подковообразном интрасфинктерном свище прямой кишки.



тием и дренированием гнойной полости; иссечение свища по Рыжиху; иссечение свища с ушиванием сфинктера; иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки, иссечение свища с проведением лигатуры.

В НИИ проктологии лечились 347 больных (3,7%) с различными формами подковообразных свищей прямой кишки. Особенности представляют так называемые комбинированные подковообразные свищи, когда свищевые ходы имеют различное отношение к мышечным волокнам сфинктера.

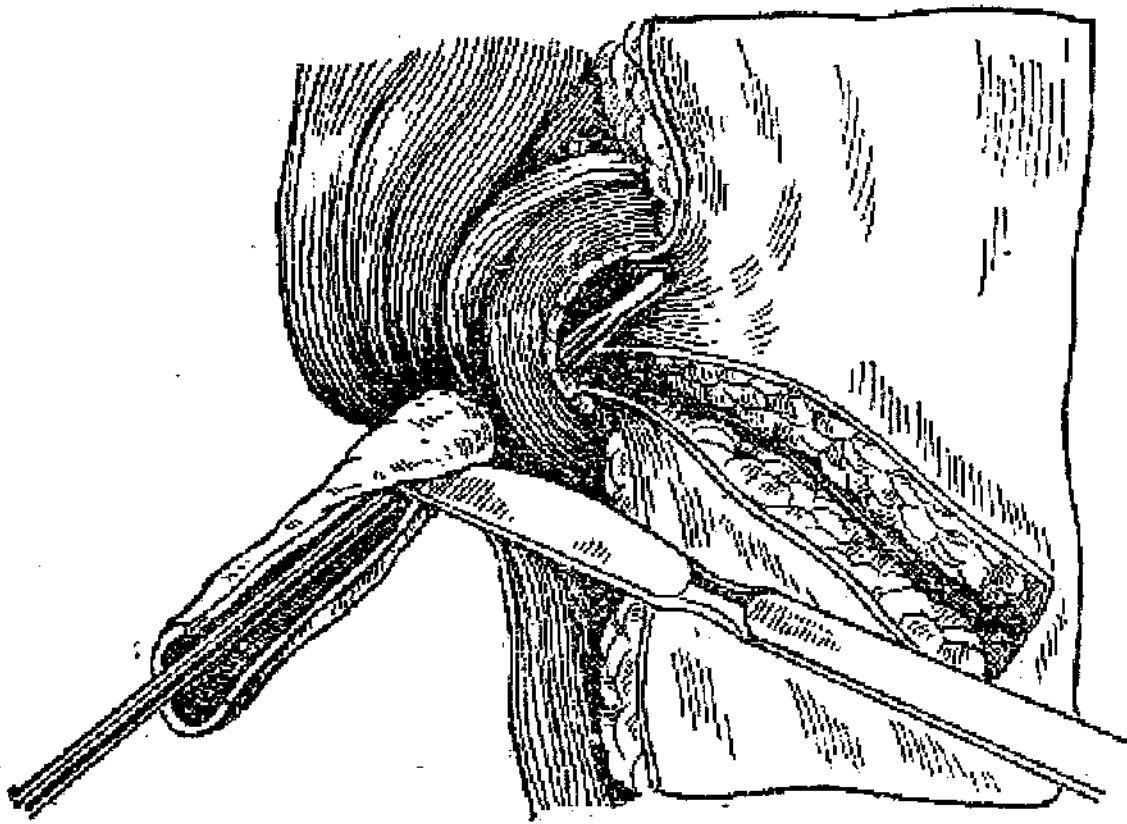


Рис. 42» Иссечение свища с ушиванием сфинктера при подковообразном экстрасфинктерном свище прямой кишки.

Если при подковообразных свищах свищевой ход с одной стороны имеет интрасфинктерное направление, а с другой — чрессфинктерное, выполняют комбинированную операцию — иссечение свища в просвет кишки и иссечение свища с ушиванием дна раны. При сочетании -интра- и экстрасфинктерного свища в зависимости от степени сложности второго свища выполняют иссечение свища по Рыжиху, иссечение свища с ушиванием сфинктера (рис. 42) и иссечение свища с проведением лигатуры. Чаще всего комбинированные экстрасфинктерные свищи относятся к IV степени сложности и поэтому при них производят иссечение свища с проведением лигатуры.

При подковообразных свищах с чрессфинктерным расположением свищевой ход с одной стороны и экстрасфинктерный с другой производят иссечение свища с ушиванием дна раны и одну из операций по поводу экстрасфинктерного свища в зависимости от степени сложности свища.

Техника операций при обычных подковообразных свищах прямой кишки такая же, как и при типичных свищах прямой кишки. Разница заключается в том, что после операции образуются две симметрично расположенные операционные раны по передней или задней полуокружности анального канала.

При комбинированных подковообразных свищах прямой кишки мы выполняем типичные операции для каж-

дого свищевого хода. Ликвидация внутреннего отверстий зависит от отношения более сложного свища к волокнам сфинктера, наличия рубцовых изменений и активности воспалительного процесса в параректальных клетчаточных пространствах.

Некоторые особенности представляет лечение подковообразных свищей, у которых имеется одно наружное свищевое отверстие, а другое (на противоположной стороне) или временно закрыто, или окончательно не сформировано. Несмотря на это, обязательным условием хирургического лечения является иссечение всех свищевых ходов» Лечение подковообразных свищей прямой кишки вышеописанным способом позволило нам добиться излечения 95,9% оперированных.

Послеоперационное ведение

В НИИ проктологии в последние годы пересмотрены установки по ведению оперированных больных. Наши исследования показали, что искусственная задержка стула настойкой опия нередко дает нежелательные побочные действия и осложнения. Длительное применение опия и его аналогов в сочетании с продолжительным постельным режимом и применением бесшлаковой диеты ведет к развитию атонии и пареза кишечника, способствует образованию в дистальных отделах толстой кишки плотной каловой пробки; сформировавшийся в течение 7—8 дней плотный каловый комок во время первого стула травмирует операционную рану и вызывает мучительные боля при дефекации.

70% больных, подлежащих хирургическому лечению по поводу заболеваний прямой кишки, страдают запором. Эти больные вынуждены регулировать стул диетой и приемом послабляющих средств. Наклонность к учащенному или жидкому стулу выявлена лишь у 7—8% больных. Описанная выше методика предоперационной подготовки у больных с нормальным типом моторики и запорами при исключении приема закрепляющих средств и побуждении к ранней активизации обеспечивает задержку стула на 4—5 сут после оперативного вмешательства* При гипертоническом типе моторики и наклонности к частому стулу в качестве обстипационных средств назначают сульфаниламидные препараты.

-Своевременная активизация больного после операции быстрее нормализует моторную деятельность кишечника и функцию мочеиспускания, что особенно важно в пожилом возрасте. Это оказывает благоприятное психологическое воздействие, улучшает сон и аппетит и позволяет в более ранние сроки перевести больных на амбулаторное долечивание."

Обезболивание необходимо осуществлять в течение ближайшей недели после операции. С этой целью мы назначаем внутримышечно 2% раствор промедола — 1 мл, 50% раствор анальгина — 1 мл, 1% раствор димедрола — 1 мл по одной инъекции 4 раза в первые сутки после операции. В последующие 2—3 дня мы назначаем по две инъекции: перед перевязкой и на ночь. Затем в течение 3—4 дней инъекции назначаются только перед перевязкой; Адекватное обезболивание в ближайшем послеоперационном периоде обеспечивает улучшение общего состояния, нормализует кишечную перистальтику, восстанавливает самостоятельное мочеиспускание и дает возможность произвести в полном объеме перевязку. Кроме того, хорошее обезболивание в послеоперационном периоде позволяет избежать нежелательных осложнений у больных пожилого возраста и у лиц с сопутствующими легочно-сердечными заболеваниями.

Перевязки производят ежедневно. Первая перевязка производится через 24 ч после операции. Через газоотводную трубку в прямую кишку вводят 10—20 мл жидкой мази Вишневского и удаляют трубку. Затем тампон, введенный в прямую кишку, после обильного смазывания раствором перекиси водорода также извлекают. Кожу промежности вокруг раны обрабатывают 2% спиртовым раствором йода. Под струей перекиси водорода постепенно из раны промежности извлекают тампоны. В последующие дни перевязки производят по тем же принципам, что и у перенесших операции по поводу острого парапроктита. В случаях ушивания раны или перемещения слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки необходим особенно тщательный контроль за состоянием раны.

Режим больных после операции по поводу хронического парапроктита в целом активный, но в деталях зависит от метода операции. Постельный режим длится от 1 до 7 дней. Ограничение в режиме может быть обусловлено методом операции. При ушивании сфинктера

прямой кишки ранний активный режим мы считаем нецелесообразным. Больные, перенесшие операции без ушивания сфинктера, могут быть переведены на общий режим уже со 2-го дня. Активное ведение больных в ближайшем послеоперационном периоде способствует восстановлению гемодинамики, объема дыхания, нормализует мочеиспускание, улучшает процесс заживления раны.

Диета в ближайшем периоде после операции по поводу хронического парапроктита аналогична назначаемой после операции по поводу острого парапроктита; она должна быть бесшлаковой, но калорийной.

Задержка стула производится в зависимости от перенесенной операций. Послеоперационные раны при свищах прямой кишки постоянно загрязняются кишечным содержимым и поэтому адекватная задержка стула иногда необходима. У большинства больных стул не задерживают.

Медикаментозная терапия в послеоперационном периоде такая же, как после операции по поводу острого парапроктита. Все назначения антибиотиков, седативных, тонизирующих средств, уросептиков, сердечно-сосудистых и гипотензивных препаратов производят по строгим индивидуальным показаниям.

Послеоперационное ведение больных зависит от вида свища, отношения его к волокнам сфинктера, наличия гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах и степени развития рубцового процесса в анальном канале и по ходу свища и в конечном итоге — от характера перенесенного оперативного вмешательства.

Ведение больных, оперированных по поводу интрасфинктерных свищей. Независимо от вида операции больные находятся на постельном режиме в течение первых суток; первая перевязка производится на следующий день и затем — ежедневно. Средств, задерживающих стул, не назначают. С 3-го дня дают вазелиновое масло по 30 мл 2 раза в день и на 4-й день ставят очистительную клизму. После этого больных переводят на более расширенную диету. Перед перевязкой больные принимают общую ванну или восходящий душ Биде. Повязки накладывают с 10% раствором хлорида натрия в течение 3—4 дней, а затем с мазью Вишневского. Обычно к 5—6-му дню рана в области анального канала и промежности покрывается хорошо выраженной

грануляционной тканью. На 7—8-й день больных выписывают на амбулаторное долечивание. В среднем больные, перенесшие операцию по поводу интрасфинктерных свищей прямой кишки, находятся на больничном листе в поликлинике в течение 2 нед.

Ведение больных, перенесших операции по поводу чрессфинктерных свищей. Первая перевязка — через 24 ч после операции. Постельный режим соблюдается в течение первых суток, а у перенесших иссечение свища с ушиванием дна раны или иссечение свища с частичным ушиванием раны и дренированием гнойной полости — в течение двух дней» Средств, задерживающих дефекацию, не назначают. Первый стул вызывается встречной клизмой на 4-й день после предварительного назначения вазелинового масла» Дальнейшее ведение этой группы больных не имеет особенностей, Обычно больных выписывают на амбулаторное долечивание на 10—12-й день после операции. К этому времени рана в анальном канале и промежности покрывается грануляционной тканью. В среднем на больничном листе после выписки из стационара больные пребывают около 3 нед.

Ведение больных, оперированных по поводу экстра сфинктерных свищей, зависит от произведенной операции в соответствии со степенью сложности свища.

После иссечения свища с ушиванием культи в промежкостной ране и задней дозированной сфинктеротомией постельный режим соблюдается в течение 6—7 дней. В это время больные получают средства, закрепляющие стул (по 0,5 г левомецетина и норсульфазола 3 раза); с 6—7-го дня больным назначают вазелиновое масло по 30 мл 2 раза в день; при позывах на стул ставят очистительную клизму. После первого стула больных переводят на общий режим и расширяют диету. Первая перевязка — через 24 ч после операции, в дальнейшем — ежедневно. С 3-го дня в прямую кишку тугих тампонов не вводят. Больных выписывают на 20—22-й день после операции с гранулирующей раной в области промежности. Рана в анальном канале к этому времени заживает полностью. Средний срок пребывания на больничном листе в поликлинике составляет до 3 нед.

После иссечения свища с ушиванием сфинктера постельный режим соблюдают 5—6 дней, все это время по*

луадют средства, закрепляющие стул* По истечении этого срока назначают вазелиновое масло и при позывах на дефекацию ставят очистительную клизму. Швы на кожной ране снимают на 8—9-й день. Больные могут быть выписаны на 16—18-й день после операции; Средний срок пребывания на больничном листе после выписки из стационара составляет 2-[^]-3 нед-

После иссечения свища с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки назначают постельный режим в течение 6—7 дней. На это время задерживают стул обстипационными средствами. Вазелиновое масло назначают на 5—6-й день, при позывах на дефекацию делают очистительную клизму. После первого стула послеоперационное ведение типичное. Ежедневно при перевязках контролируют жизнеспособность перемещенного лоскута слизистой оболочки. Срок пребывания в стационаре исчисляется 16—18 днями с последующим нахождением на больничном листе в среднем 2—3 нед.

После иссечения свища с проведением лигатуры постельный режим соблюдают в течение 3 дней, средств, задерживающих дефекацию, не назначают. С 4-го дня назначают вазелиновое масло и, при позывах на дефекацию делают очистительную клизму. При перевязках надо следить за состоянием лигатуры, проведенной через внутреннее отверстие; по мере ослабления ее потягивают с таким расчетом, чтобы плотно охватить мостик тканей под ней. Обычно к 11—12-му дню мостик тканей под лигатурой прорезывается самостоятельно. Если лигатура не прорезала мостик тканей к этому времени, то его можно пересечь после введения 5" мл 1 % раствора новокаина» Рассечение мостика производят, если толщина его не превышает 1 см,

К 22—25-му дню рана покрывается грануляциями, и в эти сроки больные могут быть выписаны на амбулаторное долечивание. Срок пребывания на больничном листе после выписки составляет 3—4 нед.

При лечении ран промежности и анального канала необходимо учитывать стадию раневого процесса. В стадии гидратации следует выполнять перевязки с 10% раствором хлорида натрия. В период отграничения воспалительного процесса, а особенно с началом появления юной грануляционной ткани, для перевязки используют 5—10% эмульсионную мазь прополиса и интерферона. Бла-

гоприятное воздействие на течение раневого процесса .оказывает 1% раствор диоксидина. Однако применение этого препарата более 14 дней ведет к угнетению репаративных процессов, тормозит рост грануляций. Раствор диоксидина обладает широким антисептическим спектром действия. При местном лечении ран он может применяться с первых дней после операции до формирования грануляционного барьера. В этот период диоксидин, применяемый на бактериально загрязненную рану, значительно снижает (в 4—5 раз) частоту нагноений и не подавляет развития грануляционной ткани»

Такая дифференцированная методика ведения ран должна особенно соблюдаться при глубоких и обширных ранах, проникающих за стенку кишки в параректальную клетчатку. В остальных случаях можно использовать любую антисептическую мазь.

Осложнения

Оперативные вмешательства по поводу хронического парапроктита сопряжены с возможными осложнениями, которые могут ухудшать результаты лечения.

Одним из распространенных осложнений является вскрытие свищевого хода во время его выделения. Выделение свищевого хода в виде тяжа из прилежащих тканей и затем отсечение его у стенки прямой кишки — один из этапов операции по поводу экстрасфинктерных свищей. Если при выделении свищевой ход вскрывается, происходит инфицирование операционной раны. Вскрытие свищевого хода особенно нежелательно, когда предполагается ушивание его культи в промежности ной ране> так как воспалительный процесс в результате инфицирования операционной раины ставит под сомнение надежность швов, наложенных на культю* При вскрытии свищевого хода необходимо отгородить операционную рану марлевыми салфетками, дефект в свищевом ходе обработать спиртом и 2% спиртовым раствором йода, перевязать свищевой ход марлевой салфеткой. Эти простые мероприятия способствуют ограничению инфицированного участка операционной раны»

При наличии гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах имеется опасность вскрытия гнояника и дополнительного инфицирования

операционной раны. Во избежание этого необходимо перед вскрытием полости гнойника отгородить марлевыми салфетками операционную рану. Гнойную полость выскабливают острой ложкой, рубцовые стенки иссекают и операционную рану обрабатывают спиртом и 2% спиртовым раствором йода.

При выделении свищевого хода существует опасность повреждения стенки прямой кишки у внутреннего отверстия свища. Это может произойти при недостаточном контроле в момент выделения свища. В результате выделения свищевого хода вместе с внутренним отверстием на стенке прямой кишки образуется большой дефект и в дальнейшем произвести типичную операцию невозможно. В этих случаях приходится производить рассечение сфинктера с последующим ушиванием его, что позволяет избежать рецидива свища, но сопряжено с опасностью недостаточности анального жома.

Во время иссечения свища с ушиванием его культи в промежностной ране и ушиванием внутреннего отверстия свища с задней дозированной сфинктеротомией может возникнуть следующее осложнение. Если после ушивания внутреннего отверстия свища двумя рядами швов в прямую кишку ввести ректальное зеркало и развести стенки ее для проведения сфинктеротомии (первый вариант операции Рыжиха), то происходит прорезывание швов, наложенных на слизистую оболочку прямой кишки, что приводит к рецидиву свища. Мы еще раз хотим напомнить, что дозированная сфинктеротомия при таких операциях должна производиться под контролем пальца хирурга, а не ректального зеркала. Когда все же происходит прорезывание швов над внутренним отверстием свища, необходимо снять швы, наложенные на стенку кишки, края слизистой оболочки иссечь и повторно ушить внутреннее отверстие свища.

При операции с пластическим перемещением слизистой оболочки прямой кишки может возникнуть перфорация мобилизованного слизистого лоскута. В этих случаях от продолжения запланированной операции "следует отказаться, так как при дефекте лоскута слизистой оболочки наступит рецидив свища прямой кишки. Поэтому при возникновении подобного осложнения надо производить иссечение свища с ушиванием сфинктера (при экстрасфинктерных свищах I сте-

пени сложности) или иссечение свища с проведением лигатуры (при экстрасфинктерных свищах III степени сложности).

В тех случаях, когда свищ прямой кишки сочетается с гнойной полостью в параректальной клетчатке и особенно когда эти полости расположены близко к стенке прямой кишки выше анального канала, может произойти перфорация стенки ампулярного отдела прямой кишки во время вскрытия к иссечения стенок полости. Это опасное осложнение, так как в условиях активного воспалительного процесса образуется еще одно дополнительное отверстие в стенке прямой кишки». В этих случаях надо тщательно обработать операционную рану, место перфорации отгородить марлевыми салфетками и ушить дефект стенки прямой кишки двумя рядами кетгутовых швов. Ушивание лучше производить под контролем пальца, введенного в просвет прямой кишки. В последующем выполняют - запланированную операцию, которая заканчивается подведением тампона с мазью Вишневского к швам, наложенным на стенку прямой кишки.

Мы остановились на наиболее типичных интраоперационных осложнениях при хроническом парапроктите. Подчеркнем, что их можно избежать при тщательном и последовательном выполнении операции.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде. Кровотечение в первые сутки после операции из операционной раны, задержка мочеиспускания, повышение температуры тела имеют одинаковые причины у больных, перенесших операцию по поводу острого и хронического парапроктита. Лечение этих осложнений в ближайшем послеоперационном периоде аналогично описанным на с. 77.

Нагноение послеоперационной раны — одно из самых частых осложнений после вмешательства по поводу свища прямой кишки (13%). Основные причины нагноения операционной раны: 1) неадекватность операции; 2) недостаточное дренирование гнойной полости; 3) оставление нераскрытым гнойника в параректальном клетчаточном пространстве, неполное иссечение всех разветвлений свищевого хода; 4) неправильное лечение послеоперационной раны.

Клинически нагноение операционной раны проявляется болями в области промежности, усиливающимися

при вертикальном положении тела и во время дефекации. Характер болей постоянный пульсирующий, температура тела может быть субфебрильной или повышаться до 38,5°C. Рана обычно покрыта гнойным фибринозным налетом, ткани ее инфильтрированы и отечны, поступают гнойные выделения из просвета прямой кишки. Пальцевое исследование прямой кишки резко болезненно, можно определить инфильтрацию тканей в просвете прямой кишки и отечность ее слизистой оболочки.

Нагноение, операционной раны в ближайшем послеоперационном периоде возможно в результате раннего рецидива свища. Ранний рецидив свища, на наш взгляд, обусловлен: 1) несостоятельностью швов, наложенных на рану, 2) несостоятельностью швов, наложенных на культ свищевого хода; 3) некрозом и отхождением перемещенного участка слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки; 4) ранним врастанием лигатуры, проведенной через внутреннее отверстие свища.

При несостоятельности швов, наложенных на дно раны и волокна сфинктера, производят ревизию раны; швы, наложенные на сфинктер, снимают, а некротические ткани иссекают. Если нагноительный процесс вызван воспалением параректальной клетчатки за счет оставленной или недостаточно дренированной гнойной полости, производят вскрытие и широкое дренирование ее. В дальнейшем операционную рану ведут открытым способом; не вводя тугих тампонов в просвет прямой кишки. перевязки производят 2—3 раза в день с использованием ферментов и биостимуляторов. Перед перевязкой больной должен принять общую ванну,

Больной И-в, 50 лет, поступил с жалобами на гнойные выделения из свища в области промежности. Заболевание началось год назад с острого парапроктита, который вскрылся самопроизвольно. Диагностирован задний экстрасфинктерный свищ, прямой кишки III степени сложности. Функция сфинктера нормальная: Т — 430, В — 520 г. Произведено иссечение свища с ушиванием сфинктера. В послеоперационном периоде развилось нагноение. Под местной анестезией швы с операционной раны сняты, некротические ткани иссечены, рана велась открытым методом и заживала вторичным натяжением. Выписан на 28-й день после операции. Осмотрен через 3 года: выявлена недостаточность анального сфинктера I степени (показатели сфинктерометрии Т — 260, В — 320 г) из-за послеоперационного рубца в анальном канале. Проведен курс консервативного лечения с хорошим результатом.

Несколько иная клиника раннего рецидива свища в результате несостоятельности швов, наложенных на культю свищевого хода: появляются гнойные выделения из просвета прямой кишки, из сфинктеротомной раны, произведенной через внутреннее отверстие свища. Промежностная рана покрывается гнойно-некротическим налетом с обильным гнойным отделяемым. При промывании промежностной раны раствором перекиси водорода последний выходит из просвета прямой кишки — наиболее достоверный признак несостоятельности швов на культе свищевого хода в промежностной ране. В этих случаях для ликвидации свища следует провести лигатуру через образовавшийся дефект в стенке анального канала. Под контролем введенного в прямую кишку ректального зеркала из промежностной раны через культю свищевого хода в просвет кишки проводят зажим Бильрота с толстой шелковой лигатурой. Остаток свищевого хода в промежностной ране и гнойно-некротические ткани иссекают. Лигатуру укладывают по срединному шву. Если возникает необходимость, кожную рану промежности продлевают до сагиттального шва. Лигатуру тонически затягивают. В рану промежности после промывания раствором перекиси водорода и фурацилина на сутки вводят тампон с мазью Вишневского. В дальнейшем ведение послеоперационного периода такое же, как после иссечения свища с проведением лигатуры.

Другой вариант лечения подобного осложнения — иссечение свища с ушиванием сфинктера. Для этого через культю свищевого хода в просвет прямой кишки проводят зонд и подлежащий мостик ткани рассекают, рубцовые и грануляционные ткани иссекают и восстанавливают целостность сфинктера прямой кишки отдельными кетгутовыми швами. В последующем послеоперационное ведение аналогично таковому после иссечения свища с ушиванием сфинктера.

Больная Г-ая, 57 лет, поступила с жалобами на гнойные выделения из свища в области промежности. Больна в течение года, начало заболевания связывает с операцией по поводу острого ярапроктита. При исследовании установлен диагноз: задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки I степени сложности. Внутреннее отверстие свища узкое без рубцов и гнойников в околопрямокишечной клетчатке. Произведено иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране и задней дозированной сфинктеротомией. На 7-й день после

операции развилась несостоятельность швов, наложенных на культю свищевого хода» т. е. наступил ранний рецидив свища. Под местной анестезией проведена через внутреннее отверстие свища и тонически затянута шелковая лигатура. Мостик тканей под лигатурой пересечен на 12-й день. Больная выписана на 35-й день после операции в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 4 года: свищ ликвидирован, функция анального сфинктера нормальная (Т*—420, В — 510).

Больной М-п, 32 лет, поступил с жалобами на гнойные выделения из свища в области промежности. Год назад перенес операцию по поводу острого парапроктита: вскрыт гнойник. В поликлинике при обследовании диагностирован передний экстрасфинктерный свищ прямой кишки с узким внутренним отверстием (свищ I степени сложности), рубцов и гнойных полостей в параректальной клетчатке не выявляется. Произведено иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране и дозированной сфинктеротомией. На 5-й день после операции развилась несостоятельность швов культи свищевого хода. Под внутривенным наркозом произведено иссечение свища с ушиванием сфинктера. Послеоперационная рана заживала узким рубцом, больной выписан на 30-й день после операции в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через год: жалоб не предъявляет, практически здоров; показатели сфинктерометрик Т—430, В — 540 г*

Когда происходит некроз и отхождение перемещенного участка слизистой оболочки анального канала, также наступает ранний рецидив заболевания. Клинически это проявляется гнойными выделениями из просвета прямой кишки и промежностной раны. При осмотре больного обнаруживают некротизированный участок низведенного лоскута, гнойно-некротический налет на ране в области промежности, отсутствие грануляционной ткани. При пальцевом исследовании прямой кишки можно определить внутреннее отверстие свища и ретрагированный участок слизистой оболочки,

В этих случаях для ликвидации раннего рецидива свища необходимо также повторное хирургическое вмешательство, заключающееся в проведении лигатуры через внутреннее отверстие свища. В прямую кишку вводят ректальное зеркало и еще раз убеждаются в некрозе участка слизистой оболочки, прикрывающей внутреннее отверстие свища. Из промежностной раны через культю свищевого хода вводят изогнутый зажим Бильрота с шелковой лигатурой. После иссечения кожного мостика и при необходимости продления кожной раны до сагитального шва лигатуру тонически затягивают. В дальнейшем послеоперационное ведение такое же как после иссечения свища с проведением лигатуры.

Приводим пример.

Больной Т-в, 26 лет, поступил с жалобами на свищ в области промежности. Заболевание началось год назад с острого парапроктита, который вскрылся самопроизвольно с образованием свища прямой кишки. Клинический диагноз: задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки III степени сложности. Внутреннее отверстие узкое, без рубцов, в ретраректальном пространстве небольшая полость. Произведено иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки. На 5-й день низведенный лоскут слизистой оболочки некротизирован, внутреннее отверстие в просвете прямой кишки зияет, промежностная рана вяло гранулирует, покрыта гнойным налетом. Диагностирован ранний рецидив свища прямой кишки. Под наркозом проведена шелковая лигатура через внутреннее отверстие свища.

Больной выписан из 27-й день после операции. Осмотрен через 2 года, данных о рецидиве свища нет, показатели сфинктерометрии Т—440/В—660 г.

В ближайшем послеоперационном периоде при отсутствии должного контроля после иссечения свища с проведением лигатуры возможно врастание лигатуры, проведенной через внутреннее отверстие свища в грануляционную ткань. Клинически это проявляется гнойным налетом в области операционной раны и обильным гнойным отделяемым. Гнойная полость не дренируется из-за зарастания ее устья в области промежности под лигатурой/В этих случаях необходимо рассечение мостика тканей и широкое дренирование полости. Ведение больного обычное, как после операции с проведением лигатуры.

Приводим пример.

Больной Б-в* 40 лет, поступил с жалобами на гнойные выделения из свища в области промежности. Ранее перенес две безуспешные операции по поводу свища прямой кишки. Диагностирован передний экстрасфинктерный свищ прямой кишки с небольшим внутренним отверстием без рубцов, с разветвленным свищевым ходом и ишиоректальным затекам (свищ III степени сложности). Произведено иссечение свища с проведением лигатуры. В послеоперационном периоде на 6-й день образовался абсцесс в области промежности. Под наркозом произведено вскрытие и дренирование ишиоректальной полости, отшнуровавшейся в результате недостаточного дренирования при первой операции. Лигатура прорезалась на 12-й день после первой операции. На 30-й день больной выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 4 года, данные за рецидив свища нет, показатели сфинктерометрии X—440, В—530.

Отдаленные результаты лечения

В НИИ проктологии с 1961 по 1979 г. хирургическому лечению подверглось 9266 больных с различными свищами прямой кишки. По поводу иктрасфйнктер-

ных (ПОДКОЖНО-ПОДСЛИЗЫСТЫХУ свищей оперировано 2629 (28,4%) больных, трансфинктерных— 3830 (41,3%), экстрасфинктерных — 1755 (19%), — 705 (7,6%) неполных внутренних свищей и подковообразных свищей прямой кишки — 347 (3,7%) больных

Результаты лечения в сроки от 1 до 18 лет прослежены у 6023 (65%) больных.

Анализы клинических наблюдений и изучение отдаленных результатов лечения позволили нам выделить 3 группы причин осложнений и рецидивов заболевания.

1. Неправильный выбор метода операции в результате ошибки дооперационной диагностики, обусловившей неточное определение типа свища* Так» экстрасфинктерные свищи принимались за более простые и поэтому выполнялись неадекватные операции. Причиной новой вспышки парапроктита являлись недиагностированные разветвления и гнойные полости.

2. Технические погрешности, допущенные во время операции, обусловленные неверным определением локализации внутреннего отверстия свища и его неправильной обработкой — оставлением части свищевого хода и его ответвлений,

3. Дефекты послеоперационного лечения раны, обусловленные длительной тампонадой, в результате чего формируется широкий рубец, препятствующий смыканию стенок анального канала; сюда же относим преждевременное склеивание краев над незажившим дном, вследствие чего формируется ложный свищевой ход.

Поскольку независимо от вида свища прямой кишки при оперативном вмешательстве учитывали, отношение свищевого хода к волокнам сфинктера прямой кишки, наличие рубцового процесса по ходу свища и степень развития воспалительного процесса в параректальных, клетчаточных пространствах, мы подвергли анализу отдаленные результаты лечения интрасфинктерных, трансфинктерных и экстрафинктерных свищей прямой кишки, не выделяя неполные внутренние и подковообразные свищи.

Отдаленные результаты лечения интрасфинктерных свищей. Из 3242 (100%) оперированных по поводу таких свищей у 564 (17,4%) были неполные внутренние свищи и у 49 (1,5%)—подковообразные свищи.

В отдаленные сроки прослежены 2008 (62%) человек. Рецидивы свища выявлены у 14 больных (0,7%), случа-

Отдаленные результаты лечения интрасфинктерных свищей прямой кишки

Операция	Число оперированных	Прослеженные	Рецидив свища
	число больных		
Иссечение свища в просвет прямой кишки-	2544(78,5%)	1561	И (0,7%)
Рассечение свища в просвет прямой кишки	486 (15%)	310	2(0,6%)
Иссечение свищи в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затека	212(5,5%)	137	2(1.4%)
Всего . . .	3242(100%)	2008 (6204)	14(0,7%)

ев послеоперационной недостаточности анального жома не было (табл. 2).

У всех 14 больных с рецидивами вновь образовался интрасфинктерный свищ прямой кишки, чаще всего в течение первого года после операции: больные стали отмечать периодические скудные гнойные выделения из послеоперационной раны в перианальной области.

Иссечение свища в просвет прямой кишки — наиболее распространенное вмешательство при интрасфинктерных свищах прямой кишки» оно обеспечивает вполне удовлетворительные отдаленные результаты лечения: рецидив свища выявлен у 11 (0,7%) больных. Причинами рецидива у этих больных было неправильное выполнение операции — недостаточно полно иссечен свищевой ход и обработаны кожно-слизистые края раны, неправильное ведение больных; они были выписаны на амбулаторное долечивание, но к врачу не обратились и сразу же приступили к работе.

Рассечение свища в просвет прямой кишки редко приводит к рецидиву свища. Из 310 прослеженных больных рецидив выявлен у 2 (0,6%) больных. Рецидив у этих больных мы объясняем неправильной обработкой внутреннего отверстия свища: после рассечения свищевой ход не был выскоблен острой ложкой и тем самым внутреннее отверстие было ликвидировано не полностью.

Результаты лечения интрасфинктерных свищей пря-

мой кишки с наличием гнойника в подкожной жировой клетчатке прослежены у 137 больных. После иссечения свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости рецидив выявлен у 2 (1,4%) больных. Причиной образования рецидива у этих больных было -недостаточно широкое дренирование гнойника, в результате чего он осумковался, а затем самопроизвольно вскрылся с образованием свища прямой кишки.

Приводим пример.

Больной М-зе, 53 лет, поступил с жалобами на свищ в периаанальной области. Заболевание началось 6 мес назад с подкожного гнойника в периаанальной области, который был вскрыт в поликлинике. В последующем сформировался свищ прямой кишки. При обследовании в периаанальной области, отступя на 2—3 см от края ануса, на 4 ч (по циферблату) имеется наружное свищевое отверстие; при пальпации периаанальной области выявляется тяж, идущий от наружного свищевое отверстия к задней полуокружности анального канала, слева от анального канала определяется инфильтрат. При пальцевом исследовании прямой кишки в задней крипте определяется внутреннее отверстие свища диаметром 0,2 см, ткани вокруг него мягкие. Зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, свободно проходит в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища, проба с метиленовым синим положительная. Диагностирован задний интрасфинктерный свищ прямой кишки с подкожным затеком. Под местной анестезией произведено иссечение свища в просвет прямой кишки. Больной выписан на 8-й день с гранулирующей раной в области промежности. Через 7 мес образовался острый подкожный парапроктит, который вскрылся самопроизвольно с образованием свища. В НИИ проктологии по поводу рецидива интрасфинктерного свища прямой кишки произведено иссечение свища в просвет прямой кишки. Осмотрен через год после второй операции — здоров*

Все больные с рецидивами свищей после операций по поводу интрасфинктерного свища в последующем были госпитализированы в НИИ проктологии и подверглись радикальному лечению с хорошими результатами.

По поводу трансфинктерных свищей прямой кишки оперировано 4076 больных, из них у 120 (2,9%) были неполные внутренние свищи, а у 126 (3,1%) — подковообразные свищи прямой кишки.

Отдаленные результаты прослежены у 2627 (64,5%) человек. Рецидивы выявлены у 31 (1,1%) и недостаточность анального жома у 41 (1,45%) (табл.3).

Таким образом, ясно, что метод операции при трансфинктерных свищах прямой кишки не оказывает существенного влияния на результаты лечения. Рецидивы возникали в первые 2 года после операции, причем у 20

Отдаленные результаты лечения трансфинктерных свищей прямой кишки

Операция	Господствует	Общая численность	Всего	Недостаточность анального сфинктера (степень)			
				I	II	III	всего
число больных							
Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны	2812 (69%)	1863 (66,3%)	21 (1,4%)	14	9	1	24 (1,3%)
Иссечение свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойной полости	694 (17%)	428 (61,8%)	8 (1,4%)	3	4	2	9 (2,1%)
Иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием к дренажированием гнойной полости	570 (34%)	336 (59%)	4 (1,2%)	—	7	2	9 (2,6%)
Итого . . .	4070	2627 (64,5%)	31 (1,1%)	17	20	5	41 (1,45%)

больных заболевание началось в виде острого парапроктита, а у 11 вскоре после выписки из стационара сформировался свищ на месте послеоперационного рубца.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны произведено 2812 (69%) больным; отдаленные результаты лечения прослежены у 1863 (66,2%) из них. Рецидивы выявлены у 21 больного (1,1%), недостаточность анального сфинктера — у 24 (1,3%). Причиной рецидивов у этих больных мы считаем неправильный выбор метода операции. Так, у 7 больных с обширным Рубцовым процессом по ходу свища и в стенке анального канала, гнойной полостью в ишиоректальном пространстве выполнять эту операцию не следовало. Швы, наложенные на пересеченные волокна сфинктера прямой кишки, прорезались, и дренированная гнойная полость

параректальной клетчатке осумковался и в отдаленные сроки после операции возник острый парапроктит с образованием свища.

Приводим пример,

Больной К-ий, 43 лет, поступил с жалобами на свищ в области прогледности с умеренным гнойным отделяемым. Заболевание началось год назад с острого парапрактита, который самопроизвольно вскрылся с образованием свища. Через 3 мес после этого произведено иссечение свища, однако через 2 мес возник рецидив. При обследовании: наружное свищевое отверстие располагается на 5 ч (по циферблату), отступая на 4 см от края ануса. При пальпации промежности определяется рубцовая ткань. При пальцевом исследовании прямой кишки в задней крипте пальпируется воронкообразное углубление на фойе рубцовой ткани» Проба с метиленовым синим положительна, Зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, свободно баллотирует, но в просвет прямой кишки не проходит. При фистулографии определяется трансфинктерный свищевой ход с иширректальным затеком. После предоперационной подготовки произведено иссечение свища с ушиванием два раны. Больной выписан на 15-й день. Через 3 мес развился острый иширректальный парапроктит, который самопроизвольно вскрылся с образованием свища прямой кишки.

У 10 из 21 больного с рецидивами чрессфинктерного свища прямой кишки операция была выполнена технически неверно. Во время операции метиленовый синий, введенный в наружное свищевое отверстие, не проник в просвет кишки через внутреннее отверстие свища; зонд из наружного отверстия также не прошел в просвет прямой кишки; во время операции хирург не определил точной локализации внутреннего отверстия и оно не было ликвидировано. У остальных больных рецидив свища мы связываемое неправильным послеоперационным ведением: не контролировали рану в анальном канале, перевязывали только кожную рану промежности; больные были рано (на 6—7-й день) выписаны из стационара, и дальнейшего врачебного наблюдения за ними не было. Это привело к дефектному заживлению раны и рецидиву свища.

У 3 больных этой группы образовался интрасфинктерный, у 15 — чреесфинктерный и у 3 — экстрасфинктерный свищ прямой кишки, причем у последних 3 больных рецидив начался в виде острого парапроктита, который самопроизвольно вскрылся с образованием свища.

Впоследствии все эти больные были госпитализированы в НИИ проктологии и подверглись радикальному

лечению с хорошими результатами. Недостаточность анального жома после иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны выявлена у 24 (1,3%) больных, причем I степень недержания отмечена у 14, II — у 9 и III — у 1 больного.

Причинами недостаточности анального жома у этой группы больных мы считаем неправильно выбранный метод операции и неадекватное послеоперационное ведение* Так, у II больных с транссфинктерными свищами прямой кишки, сопровождавшимися Рубцовым процессом по ходу свища и в анальном канале и активным воспалительным процессом в параректальной клетчатке, было выполнено иссечение свища с ушиванием дна раны, что в дальнейшем привело к нагноению раны и несостоятельности швов, наложенных на пересеченные волокна сфинктера. Именно у этих больных в ближайшем послеоперационном периоде пришлось снять швы, вскрыть и дренировать гнойную полость и вести операционную рану открытым способом. В отдаленный период рана в анальном канале зажила вторичным натяжением, рубец грубо деформировал анальный канал и препятствовал герметическому смыканию сфинктера прямой кишки.

Приводим-пример.

Больной G-ч, 36 лет, поступил с жалобами на свищ с умеренным гнойным отделяемым B области промежности. Заболевание началось 2 года назад с острого парапроктита, который был вскрыт в поликлинике. В последующем сформировался свищ прямой кишки. Периодические обострения бывали 4—5 раз в год. При обследовании: наружное свищевое отверстие свища расположено на 7 ч (по циферблату) в 5 см от края ануса. При пальпации определяется инфильтрат в области промежности, при пальцевом исследовании в задней крипте на фоне рубцов определяется воронкообразное углубление. Зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, свободно баллотируется. На фистулограмме определяется транссфинктерный свищевой ход с ишиоректальным затеком. Показатели сфинктерометрии в пределах нормы. Произведено иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны. На 6-й день развилось нагноение послеоперационной раны, швы, наложенные на сфинктер, частично прорезались, возникло острое воспаление в ишиоректальном клетчаточном пространстве. Сняты швы, наложенные на дно раны, вскрыт и дренирован ишиоректальный гнойник. В последующем рану вели открытым методом. Больной осмотрен через год после операции, данных о рецидиве свища нет, имеется недостаточность анального сфинктера II степени (не удерживает жидкий кал, показатели сфинктерометрии T— 180, B— 300 г). Недостаточность обусловлена нарушением герметического смыкания заднего прохода из-за широкого, грубого рубца, деформирующего анальный канал.

У остальных 13 больных, перенесших операцию иссечения свища с ушиванием дна раны, недостаточность анального сфинктера возникла в результате неправильного ведения послеоперационного периода. После операции в течение 10—12 дней в просвет прямой кишки вводили тугие тампоны, что повлекло за собой формирование плоского широкого рубца в анальном канале к недостаточности анального сфинктера. Необходимо еще раз подчеркнуть, что операция иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны дает удовлетворительные результаты при правильном выполнении и адекватном послеоперационном ведении больных.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны; вскрытием и дренированием гнойного затека выполнена у 694 (17%) больных. Отдаленные результаты прослежены у 428 (61,6%) человек; рецидивы свища выявлены у 6 (1,4%) к недостаточности анального сфинктера у 9 (2,1%).

Рецидивы свища у этой группы больных также обусловлены неправильным выбором метода операции. У 3 больных ушивание дна раны было нецелесообразным в связи с обширным рубцовым процессом в анальном канале и по ходу свища; это привело к несостоятельности швов, наложенных на сфинктер, и формированию неполного внутреннего свища прямой кишки. Еще у 3 больных рецидив возник в результате неполного иссечения и вскрытия гнойника в параректальной клетчатке; у всех этих больных в отдаленные сроки развился острый парапроктит.

Недостаточность анального жома после иссечения свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойного затека возникла у 9 больных: недостаточность I степени у 3, II у 4 и III у 2. Это осложнение связано с неправильным выбором метода операции, так как при обширном рубцовом процессе в анальном канале и по ходу свища наложение швов приводит к несостоятельности их и расхождению краев раны. Именно у этих больных в ближайшем послеоперационном периоде пришлось снять швы, истечь некротические ткани и вести рану открытым способом. Кроме этого, на формирование недостаточности анального жома оказывает влияние и тугое тампонирование анального канала, в результате чего формируется грубый рубец, деформирующий анальный канал;

При правильном выборе метода операции и рациональном послеоперационном ведении больных метод иссечения свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойной полости дает вполне удовлетворительные результаты.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости выполнено у 570 больных с транесфинктерными свищами прямой кишки; результаты прослежены у 336 (59%) человек: рецидивы — у 4 (1,2%) и недостаточность анального жома — у 9 (2,6%).

Рецидив свища у этой группы больных был обусловлен нераскрытой гнойной полостью в параанальной клетчатке. После операции у всех больных рецидиву свища предшествовало образование острого парапроктита, по поводу которого были выполнены нерадикальные вмешательства; при контрольном осмотре выявлен свищ прямой кишки.

Недостаточность анального сфинктера после операции иссечения свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости обусловлена не правильным послеоперационным ведением больных, а именно длительной тугой тампонадой раны в анальном канале, в результате чего сформировался грубый рубец, деформирующий анальный канал, при смыкании стетюк которого образовалась щель, свободно пропускающая кишечное содержимое. У 7 больных имелась недостаточность анального сфинктера II степени, у 2 — III степени.

Приводим пример.

Больная А-ва, 42 лет, поступила с жалобами на свищ с умеренным гнойным отделяемым в области промежности. Заболевание, началось 2 года назад с острого парапроктита, который вскрылся самопроизвольно с образованием свища прямой кишки; в последующем были периодические обострения. Установлен задний чрессфинктерный свищ прямой кишки с ишиоректальным затеком и Рубцовыми изменениями внутреннего отверстия в анальном канале. Произведены иссечение свища* в просвет прямой кишки, вскрытие и дренирование затека. В течение 12 дней проводилась тугая тампонада раны в анальном канале, больная выписана с гранулирующей раной. Осмотрена через 6 мес, отмечается недостаточность анального жома II степени (Т — 190, В — 290 г) за счет грубого плоского рубца в анальном канале, деформирующего задний проход.

Особо следует обратить внимание на возможность возникновения комбинированного осложнения в отда-

ленные сроки после операций по поводу чрессфинктерных свищей прямой кишки, а именно рецидива свища и недостаточности анального сфинктера. Мы наблюдали комбинированные осложнения у 11 (0,4%) больных, прослеженных в отдаленные сроки. Это серьезное, довольно редкое осложнение обусловлено теми же причинами, что и рецидивы свища и послеоперационная недостаточность. В таких случаях иногда приходится выполнять иссечение свища с пластическим восстановлением целостности сфинктера.

Иногда после операции по поводу чрессфинктерного свища в отдаленные сроки отмечается болезненность по ходу послеоперационного рубца, сужение анального канала. Эти осложнения встречаются довольно редко и могут быть объяснены грубыми манипуляциями в анальном канале во время операции; они легко поддаются консервативному лечению: физиотерапевтическое воздействие, массаж, бужирование и т. п.

Отдаленные результаты лечения экстрасфинктерных свищей. По поводу различных экстрасфинктерных свищей было оперировано 1948 больных: у 172 (8,8%) больных были подковообразные свищи и у 21 (1,1%) — неполные внутренние.

Отдаленные результаты прослежены у 1388 (71%) оперированных: рецидивы выявлены у 62 (4,7%) человек и недостаточность анального сфинктера — у 68 (4,9%) (табл.4)*

Из таблицы видно, что сам метод операции при экстрасфинктерных свищах не оказывает существенного влияния на исходы лечения, которые находятся в прямой зависимости от выбора способа лечения в соответствии со степенью сложности свища. Таким образом, каждый из четырех методов операции имеет строгие показания и при правильном выборе дает вполне удовлетворительные результаты.

У большинства больных рецидивы наступали в ближайшие 3 года после перенесенной операции, у 30 больных рецидив связан с развитием острого тгарапроктита, который самопроизвольно вскрылся или же подвергся нерадикальному вскрытию. У 6 человек образовались интрасфинктерные рецидивные свищи прямой кишки, у 9 — чрессфинктерные и у 47 — экстрасфинктерные:

I степень недержания выявлена у 27, II — у 24 и III степень — у 17 больных. Надо отметить, что у 18 больных

Отдаленные результаты лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки

Операция	Число оперированных	Число прослеженных	Рецидив свища	1 Недостаточность анального сфинктера (степень)			
				I	II	III	всего
число больных							
Метод Рыжиха (два варианта)	868 (44,6%)	610 (70,3%)	29 (4,75%)	14	II	7	32 (5,2%)
Иссечение свища с ушиванием сфинктера	473 (24,4%)	317 (67%)	13 (4,1%)	2	,5	7	14 (4,4%)
Иссечение свища с проведением лигатуры	507 (26%)	371 (73,1%)	16 (4,3%)	II	8	3	22 (5,9%)
Иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки	100 (5%)	90 (90%)	4 (4,4%)	—	—	—	—
Итого . . .	1348	1388	62 (4,7%)	27	24	17	68 (4,9%)

и до операции имелась недостаточность сфинктера.

Иссечение свища с ушиванием его культи в промежуточной ране и задней дозированной сфинктеротомией (операция Рыжиха в двух вариантах) привело к рецидиву у 29 (4,75%) больных. Рецидивы у 8 больных этой группы мы связываем с технически неправильным выполнением операции, когда недостаточно полно иссекли свищевой ход, культю его не выскоблили, швы, наложенные на культю, прорезались. У 21 больного рецидив свища был обусловлен неправильным выбором метода операции: так, у 4 больных со свищом II степени сложности рецидив развился в связи с тем, что иссечение свища с ушиванием внутреннего отверстия было непоказанным в условиях обширного рубцового процесса и разветвленного свищевых хода. На месте ушитого внутреннего отверстия организовался непрочный рубец, в котором сформировалось внутреннее отверстие свища. Эта операция была выполнена еще у 17 больных со свищами III и IV

степени сложности, т. е. при наличии рубцового и воспалительного процесса по ходу свища и в параректальных клетчаточных пространствах. Как правило, швы, наложенные на культю свищевого хода, в этих условиях легко прорезаются и в последующем возникает рецидив. Сфинктеротомия в условиях рубцового и воспалительного процессов опасна: рубец, сформированный на месте, сфинктеротомной раны, заживает непрочным рубцом, что в отдаленные сроки приводит к рецидивам.

Приводим пример.

Больной В-в, 29 лет, поступил с жалобами на свищ Б области промежности. Заболевание началось 3 года назад с острого парапроктита, который был вскрыт в поликлинике. В последующем сформировался свищ прямой кишки с периодическими обострениями заболевания. Установлен диагноз: задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки III степени сложности. Произведено иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране и задней дозированной сфинктеротомией. Послеоперационная рана заживала вяло, Больной выписан на 28-й день. Осмотрен через 8 мес, выявлен рецидив свища прямой кишки, функция сфинктера прямой кишки нормальная (Т — 440, В — 550).

Недостаточность анального сфинктера после операции Рыжиха выявлена у 32 (5,2%) больных: I степень у 14, II у 11 и III у 7* Причиной этого осложнения мы считаем неправильный выбор метода операции при экстрасфинктерных свищах. Еще раз подчеркиваем, что при правильном выборе метода операции сфинктеротомия не приводит к недостаточности анального жома. Так, среди 610 больных, прослеженных в отдаленные сроки, это осложнение встретилось лишь у больных со свищами II, III и IV степени сложности, т. е. у тех, которым эта операция противопоказана. У больных со свищем II степени сложности сфинктеротомная рана заживала грубым рубцом, деформирующим анальный канал и препятствующим его герметичному смыканию. У 28 больных со свищами III и IV степени сложности после этой операции возникла недостаточность сфинктера. Сфинктеротомия, произведенная в условиях активного воспалительного процесса в параректальных клетчаточных пространствах, без сомнения, ведет к формированию стойкой деформации анального канала и замещению рубцом мышечных волокон сфинктера.

Мы убедились, что иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране и задней дозированной

сфинктеротомией при правильном техническом выполнении, адекватном ведении послеоперационного периода и, самое главное, при строгом соблюдении показаний дает хорошие отдаленные результаты.

Иссечение свища с ушиванием сфинктера в отдаленные сроки привело к рецидиву свища у 13 (4,1%) больных. Рецидивы у 8 больных были обусловлены неправильно выполненной операцией; у всех этих больных имелись разветвленные свищевые ходы, которые были не полностью иссечены и это повлекло за собой формирование острого парапроктита с образованием свища прямой кишки. У 5 больных причиной рецидива свища мы считаем неправильный выбор метода операции. Выполнение этой операции в условиях гнойного процесса в параректальной клетчатке всегда сопряжено с опасностью нагноения раны и несостоятельности швов, наложенных на сфинктер. Именно это осложнение привело в отдаленные сроки к рецидиву: у больных с III и IV степенью сложности свища была выполнена неадекватная операция — иссечение свища с ушиванием сфинктера.

Недостаточность анального сфинктера после иссечения свища с ушиванием сфинктера является весьма серьезным осложнением, так как при этом полностью рассекается сфинктер*. Мы выявили это осложнение у 14 (4,4%) больных: I степень недержания отмечена у 2, II — у 5 и III — у 7 больных*. Причиной инконтиненции у 3 больных мы считаем неправильно выполненную операцию: был недостаточно полно иссечен свищевой ход и швы, наложенные на рану в условиях рубцового процесса, легко прорезались, из-за чего пришлось их снять и вести рану открытым способом. У 4 больных недостаточность обусловлена длительной тугой тампонадой раны стенки анального канала; сформировался плоский рубец, деформирующий анальный канал и препятствующий герметическому смыканию стенок заднего прохода, У 7 больных недостаточность анального жома после иссечения свища с ушиванием сфинктера обусловлена неправильным выбором метода операции, выполненной в условиях активного воспалительного процесса в параректальной клетчатке (III и IV степени сложности экстрасфинктерного свища). Швы, наложенные на сфинктер, прорезались, операционная рана нагноилась и сформировался грубый рубец на всем протяжении анального канала.

Приводим пример,

Больной Т-в, 26 лет, поступил с жалобами на свит в области промежности с умеренным гнойным отделяемым. Заболевание началось 2 года назад с острого парапроктита, который вскрылся самопроизвольно с образованием свища прямой кишки, по поводу которого через год был оперирован, но через 3 мес возник рецидив. Установлен диагноз: рецидивный задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки IV степени сложности. Произведено иссечение свища с ушиванием сфинктера. В послеоперационном периоде развилось нагноение раны и выявилась несостоятельность швов сфинктера. Выписан на 30-й день. Осмотрен через 6 мес. Недостаточность анального жома III степени (Т — 60, В — 170 г) за счет дефекта сфинктера, занимающего $\frac{2}{3}$ его окружности.

Тем не менее у большинства больных, которым была правильно выполнена операция с учетом особенностей свища, и послеоперационный период проведен адекватно, иссечение свища с ушиванием сфинктера дало хорошие отдаленные результаты.

После операции иссечения свища с проведением лигатуры прослежен 371 (73,4%) больной, рецидивы, выявлены у 16 (4,3%). Образование рецидивов было обусловлено неправильным выполнением операции, у 10 больных лигатура была проведена мимо внутреннего отверстия, свища и оно осталось неликвидированным. У 6 больных рецидив возник в результате неправильного ведения послеоперационного периода. Недостаточный контроль привел к зарастанию лигатуры со стороны промежностной раны. После операции у этих больных выявлены инфрасфинктерные и чреесфинктерные свищи прямой кишки. Недостаточность анального сфинктера после иссечения свища с проведением лигатуры встречается чаще, чем при других методах операций. Среди прослеженных больных это осложнение выявлено у 22 (5,9%) больных, причем надо оговориться, что у 8 до операции уже имелись явления недостаточности различной степени. I степень недержания выявлена у 11, II — у 8 и III — у 3 больных. Причиной образования недостаточности мы считаем позднее затягивание лигатуры и пересечение мостика тканей под ней. Наиболее часто это осложнение встречалось в тот период работы, когда лигатуру, проведенную через внутреннее отверстие свища, затягивали только, на 20—22-й день: к этому времени формировался грубый рубец, фиксирующий мышечные волокна сфинктера.

Больной К-в» 45 лет, поступил с жалобами на гнойные выделения из свища в области промежности; 6 лет назад перенес операцию

по поводу острого парапроктита* Диагностирован задний экстра-сфинктерный свищ прямой кишки с широким внутренним отверстием, окруженным рубцами; свищевой ход разветвлен, имеется ретроректальная полость (IV степень сложности свища). Произведено иссечение свища с проведением лигатуры. Лигатура затянута на 20-е сутки. Мостик тканей под лигатурой прорезался на 8-й день после ее затягивания, Больной выписан через 38 дней после операции. Осмотрен через 4 года, имеется недостаточность анального сфинктера II степени (Т—190, В—280), обусловленная грубым рубцом, препятствующим полному смыканию анального сфинктера. Больной госпитализирован повторно, сфинктеропластика дала хороший результат.

В последние годы мы отошли от этой методики операции и лигатуру затягиваем на операционном столе. Этот вариант лигатурного метода позволил значительно снизить частоту послеоперационной недостаточности анального сфинктера, так как к моменту прорезывания лигатуры формируется узкий линейный рубец, не деформирующий анальный канал*

Иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки дало рецидив у 4 (4,4%) больных* Причиной рецидивов у этих больных мы считаем неправильно выбранный метод операции, она не показана при II и IV степени сложности экстра-сфинктерного свища. Выделенные из рубцов в стенке анального канала и вокруг внутреннего отверстия свища лоскуты мало жизнеспособны, его некроз приводит к рецидиву свища.

Больной Щ-в, 27 лет, поступил с жалобами на свищ в области промежности с умеренным гнойным отделяемым. Заболевание началось 3 года назад с острого парапроктита, который вскрылся самопроизвольно с образованием свища; в последующем 5—6 раз в год бывали обострения. Диагностирован задний экстра-сфинктерный свищ прямой кишки IV степени сложности. Произведено иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки. В послеоперационном периоде выявлен некроз перемещенного участка слизистой оболочки. Рапа в анальном канале заживала вторичным натяжением. Больной осмотрен через 7 мес, обнаружен рецидив свища, функция сфинктера прямой кишки нормальная: Т—430, В—540.

Операция с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала и иссечением свища ни разу не привела к недостаточности анального жома. Тем не менее этой операции свойственны некоторые нетипичные для других операций осложнения. Это прежде всего боли в области анального канала в области кожно-слизистых швов, выделение слизи и зуд в промежности,

Заканчивая анализ отдаленных результатов лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки, мы настоятельно подчеркиваем еще раз, что только правильный выбор метода операции, точная техника выполнения ее и адекватное ведение послеоперационного периода позволяют добиться хороших результатов лечения этих сложных больных.

Суммарные результаты лечения приведены в табл. 5.

Таблица 5

Отдаленные результаты лечения свищей прямой кишки

Свищ	Оперировано	Пролежено	Рекидив	Недостаточность анального сфинктера < степень)			
				I	II	III	всего
число больных							
Интрасфинктерный	3242	2008	14 (0,7%)	—	—	—	—
Трансфинктерный	4076	2627	31 (1,1%)	17	20	4	41 (1,6%)
Экстрасфинктерный	1948	1388	62 (4,7%)	27	24	17	68 (4,9%)
Итого . . .	9266	6023	107 (1,8%)	44	44	21	109 (1,8%)

Как видно из представленных данных результаты хирургического лечения хронического парапроктита в целом удовлетворительны. Неудачи обусловлены неадекватным выбором способа и техническими погрешностями выполнения операции, неправильным послеоперационным лечением.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ СВИЩЕЙ

Трудности лечения больных с рецидивными свищами прямой кишки обусловлены сопутствующим рубцовым процессом в стенке анального канала и по ходу свища.

В НИИ проктологии на лечении по поводу рецидивных свищей прямой кишки находились 3040 больных, т. е. 32,8% от общего числа оперированных.

Мы специально останавливаемся на тактике лечения рецидивных свищей прямой кишки, так как выбор метода операции у этих больных несколько усложняется.

При интрасфинктерных свищах прямой кишки в большинстве случаев выполняют иссечение свища в просвет прямой кишки, Из-за необходимости более обширного иссечения свищевого хода, окруженного рубцами, образуется значительно большая операционная рана, чем при первичных операциях по поводу свища.

При трансфинктерных свищах прямой кишки, подвергавшихся неоднократным операциям, как правило, производят иссечение свища с частичным ушиванием дна раны.

Показания к этим операциям обусловлены значительным рубцовым процессом в стенках анального канала, по ходу свища и в области промежности. В послеоперационном периоде рану в анальном канале не тампонирую^ что позволяет снизить число случаев недостаточности анального сфинктера.

При рецидивных трансфинктерных свищах иногда имеются гнойные полости в параректальных клетчаточных пространствах, что ухудшает прогноз операции, так как приходится иссекать свищевой ход и широко дренировать гнойник.

Рецидивные экстрасфинктерные свищи прямой кишки встречаются наиболее часто, потому что они труднее других видов свищей поддаются лечению. При рецидивных экстрасфинктерных свищах мы применяем иссечение свища с ушиванием сфинктера (при II степени сложности свища) и иссечение с проведением лигатуры (при свищах IV степени сложности). Другие операции при рецидивных экстрасфинктерных свищах прямой кишки мы не применяем, учитывая выраженный рубцовый процесс и наличие гнойных полостей в параректальной клетчатке. Особенность этих оперативных вмешательств состоит в необходимости более широкого иссечения рубцовой ткани.

Следует обратить внимание на некоторые особенности лечения рецидивных неполных внутренних свищей прямой кишки, обусловленные тем, что свищевое отверстие в стенке анального канала окружено рубцами и анальный канал часто деформирован. Для профилактики развития недостаточности анального сфинктера в предоперационном периоде при всех рецидивных неполных внут-

ренных свищах обязательно проводят комплекс противовоспалительного консервативного лечения и только после этого больные подлежат операции.

ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА, ВОЗНИКШЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАРАПРОКТИТА

Операции на дистальном отделе прямой кишки и анальном канале снискали себе недобрую славу из-за возможности серьезного осложнения — нарушения функции анального сфинктера. Степень риска повреждения сфинктера особенно велика» когда операция производится без учета характера заболевания, анатомических и функциональных особенностей удерживающего аппарата прямой кишки и сопровождается грубыми манипуляциями на мышцах сфинктера. В результате развивается стойкая недостаточность анального сфинктера, требующая специального лечения.

Почти у трети больных с недержанием кала начало заболевания связано с операциями по поводу острого и хронического парапроктита [Сачков А. С., 1969; Усков А. Г., 1974; Дульцев Ю. В. с соавт., 1978; Pichraa-ler H., 1964; Sarles • J., 1973, и др.].

Наиболее частой причиной недостаточности анального сфинктера после операций по поводу парапроктита являются неправильно выбранный метод операции, интраоперационные и послеоперационные осложнения. Большое разнообразие клинико-морфологических проявлений парапроктита (особенности ветвления свищевого хода, отношение его к мышечным волокнам сфинктера, величина и локализация внутреннего отверстия свища, выраженность рубцового и воспалительного процесса, расположение гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах таза) создает трудности диагностики и, главное, усложняет выбор оптимального способа операции.

Предложено много методов создания задирательного аппарата прямой кишки из мышц тазового дна и сфинктера, мышц бедра и больших ягодичных мышц [Цастров А. Н., 1911; Плоткин Ф. М., Рихтер Г. А., 1934; Усков А. Г., 1974; Махов Н. И., 1976; Рыков В. И., Дульцев Ю. В., Саламов К. Н., 1978; Brehat J., 1972; Dut-lic H., 1971; Sarles J., 1973; Rayaul et al., 1974, и др.].

Однако сфинктеропластика, применяемая без учета функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки, приводит к неудовлетворительным результатам в 40—60% [Рыжих А. Н., 1956; Аминев А. М., 1969; Sykes F., 1973; Edelmann *i.*, 1972].

В НИИ проктологии с 1961 по 1979 г. наблюдалось 663 больных с различными формами недостаточности анального сфинктера, из них у 206 (31,0%) недостаточность возникла после операций по поводу парапроктита. Надо отметить, что почти 90% больных были направлены в НИИ проктологии из различных общехирургических стационаров страны, что еще раз подтверждает актуальность проблемы лечения парапроктита» так как надежной профилактикой послеоперационной недостаточности анального сфинктера является и радикальное лечение парапроктита. У 39 (18,9%) больных недостаточность анального сфинктера сочеталась с рецидивом свища, это показывает, что этим больным были выполнены иерадикальные и к тому же калечащие операции, эту группу больных лечить особенно трудно.

В НИИ проктологии разработан комплекс методов исследования, позволяющий выявить состояние основных функций удерживания кишечного содержимого: 1) сократительная способность наружного и внутреннего сфинктера прямой кишки; 2) распространенность рубцового процесса на различных уровнях (кожа и слизистая оболочка, мышца сфинктера, мышцы тазового дна); 3) протяженность дефекта сфинктера по окружности; 4) состояние рецепторного аппарата прямой кишки; 5) эластичность анального кольца; б) моторная активность прямой кишки. Эти данные можно получить после обследования, включающего сфинктерометрию, электромиографию наружного сфинктера и мышц тазового дна, баллонографию (исследование моторики и тонуса дистального отдела толстой кишки) и изучение ректоанального рефлекса (реакция сфинктера на растяжение прямой кишки).

Выбор метода лечения основывается на данных клинического и специального исследования»

При недостаточности сфинктера I степени, когда дефект занимает менее 7* его окружности и рубцовый процесс ограничен уровнем кожи и слизистой оболочки, показано консервативное лечение.

Комплекс консервативных мер включает регуляции?

дефекации, медикаментозную терапию проктита, проктосигмоидита, колита (антиспастические и бактериальные препараты), электростимуляцию мышц анального сфинктера и тазового, дна, лечебную физкультуру для укрепления мышц промежности. Курс консервативного лечения—1(1—15-сеансов. Такое лечение привело к хорошему и удовлетворительному результату у 41 больного.

Все остальные виды недостаточности анального сфинктера подлежат хирургическому лечению. Характер вмешательства определяется локализацией мышечного дефекта (по передней, задней или боковой Полуокружности стенки анального канала) и его протяженностью. При недостаточности II степени с дефектом сфинктера, занимающим до $1/4$ окружности и ограничивающимся уровнем мышцы сфинктера, может быть выполнена сфинктеропластика. При недостаточности II—III степени (дефект сфинктера, занимающий до $1/2$ окружности по передней или задней стенке анального канала, с распространением рубцового процесса на уровне мышц сфинктера) мы рекомендуем выполнять сфинктеролева-торопластику, используя передние или задние порции леваторов заднего прохода. При аналогичном дефекте сфинктера по одной из боковых полуокружностей анального канала показана сфинктероглютеопластика" с использованием медиальной порции больших ягодичных мышц. При дефектах сфинктера, превышающих половину окружности, и распространения рубцового процесса на уровне мышц тазового дна мы используем для пластики длинные лоскуты больших ягодичных мышц или лоскут большой приводящей мышцы бедра.

При сочетанных заболеваниях (рецидив свища и недостаточность анального сфинктера) мы рекомендуем выполнять одномоментные вмешательства, направленные на ликвидацию свища и восстановление функции анального сфинктера. Так, при интра- и чреесфинктерных свищах и недостаточности анального сфинктера мы выполняем иссечение свища в сочетании со сфинктеропластикой, при экстрасфинктерных свищах и недостаточности сфинктера — иссечение свища и сфинктеролева-торопластику.

Предоперационная подготовка к пластическим операциям не имеет каких-либо особенностей.

С ф и н к т е р о п л а с т и к а. Отступя на 2—3 см от края заднего" прохода, проводят полуовальный разрез

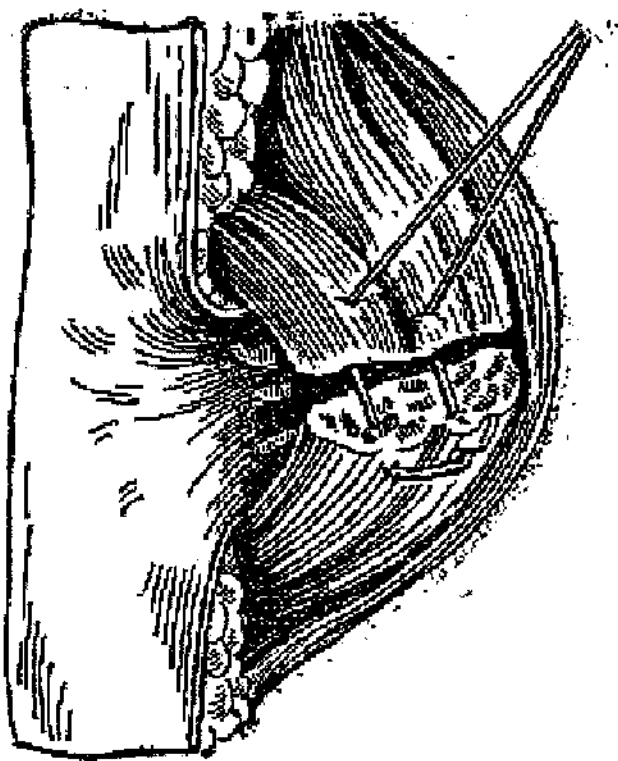


Рис. 43. Сфинктеройластика.

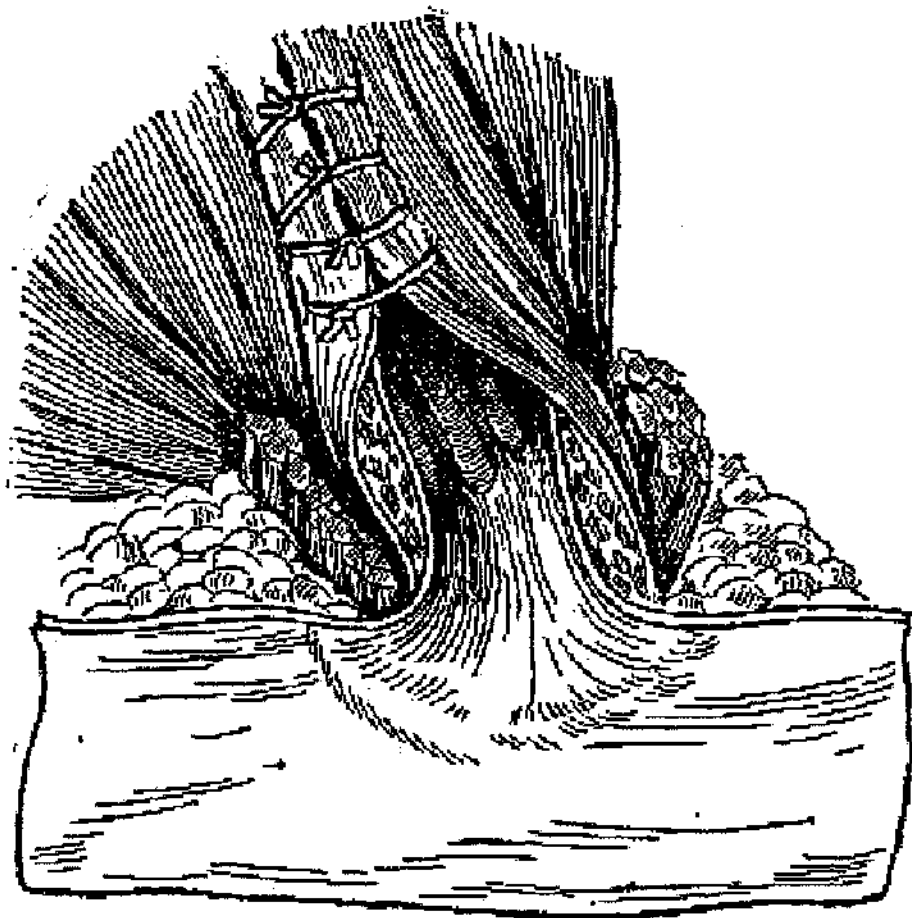


Рис. 44. Сфинктеролеваторопластика.

кожи промежности длиной 4—5 см, экономно иссекают рубцовые ткани на уровне слизистой оболочки. Слизистую оболочку анального канала вместе с подслизистым слоем осторожно отпрепаровывают вверх на 3—4 см и отводят крючком Фарабефа. В ране определяют разошедшиеся рубцово измененные концы сфинктера, которые иссекают в пределах здоровых тканей. Выделенные концы сфинктера сшивают отдельными кетгутowymi швами (рис. 43). Кожную рану ушивают наглухо отдельными шелковыми швами.

Послеоперационный период: постельный режим в течение 6—7 дней, закрепляющие стул средства до 6—7-го дня, перевязки ежедневно. Послеоперационный период у этих больных, составляет в среднем 13—14 дней.

Сфинктеролеваторопластика — Отступя на 2—3 см от края заднего прохода проводят поперечный разрез длиной 7—8 см. Острым путем отсепааровывают переднюю стенку прямой кишки вместе с рубцово измененным сфинктером на глубину до 6—7 см. Края раны разводят, рубцовые ткани иссекают. Ушивают здоровые края сфинктера отдельными кетгутowymi швами, не прокалывая слизистую оболочку прямой кишки. Выделяют передние порции мышцы, поднимающей задний проход, и сшивают их по средней линии отдельными кетгутowymi-

ми швами так, чтобы ушитые леваторы покрывали ушитые концы сфинктера (рис. 44). Кожную рану ушивают наглухо в продольном направлении отдельными шелковыми швами.

При наличии дефекта сфинктера по задней полуокружности анального канала выполняют заднюю сфинктеропластику, при которой такое же вмешательство проводят из разреза по задней полуокружности анального канала.

Ведение больных после сфинктеропластики не имеет каких-либо особенностей» их выписывают в среднем на 16—18-й день после операции.

Сфинктеропластика. -Производят толунный разрез периакальной кожи, отступя на 3—4 см от края заднего прохода, по одной из боковых полуокружностей анального канала. Острым путем выделяют здоровые края волокон сфинктера, рубцовые ткани экономно иссекают. Дистальный отдел кожной раны продлевают на 8—10 см по проекции большой ягодичной мышцы. Острым путем выделяют лоскут большой ягодичной мышцы на питающей ножке и перемещают в рану периаанальной области. Сшивают концы пересеченного сфинктера с перемещенным мышечным лоскутом таким образом, чтобы мышечный лоскут замещал дефект мышечных волокон сфинктера (рис. 45) > Кожную рану ушивают наглухо отдельными шелковыми швами.

Постельный режим назначают в течение 8—10 дней, первый стул вызывают на 9—10-й день, перевязки проводят ежедневно. Выписывают больных на 22—24-й день.

Пластика анального сфинктера длинными лоскутами большой ягодичной мышцы. Мы используем различные варианты пластики в зависимости от величины дефекта мышечных волокон сфинктера и степени распространенности рубцового процесса. Производят разрез кожи над проекцией большой ягодичной мышцы в средней ее трети длиной до 20 см. Мобилизуется лоскут нижней трети большой ягодичной мышцы. Его параметры: ширина 8—10 см, толщина до 4—6 см в дистальной и 2—3 см в проксимальной части, длина до 20 см. Обязательным условием жизнеспособности лоскута является сохранение сосудисто-нервного пучка. Лоскут расщепляют по длине на 8—10 см. На противоположной стороне промежности в 3 см от края заднего прохода делают небольшой кожный разрез. Из раны ягодичной

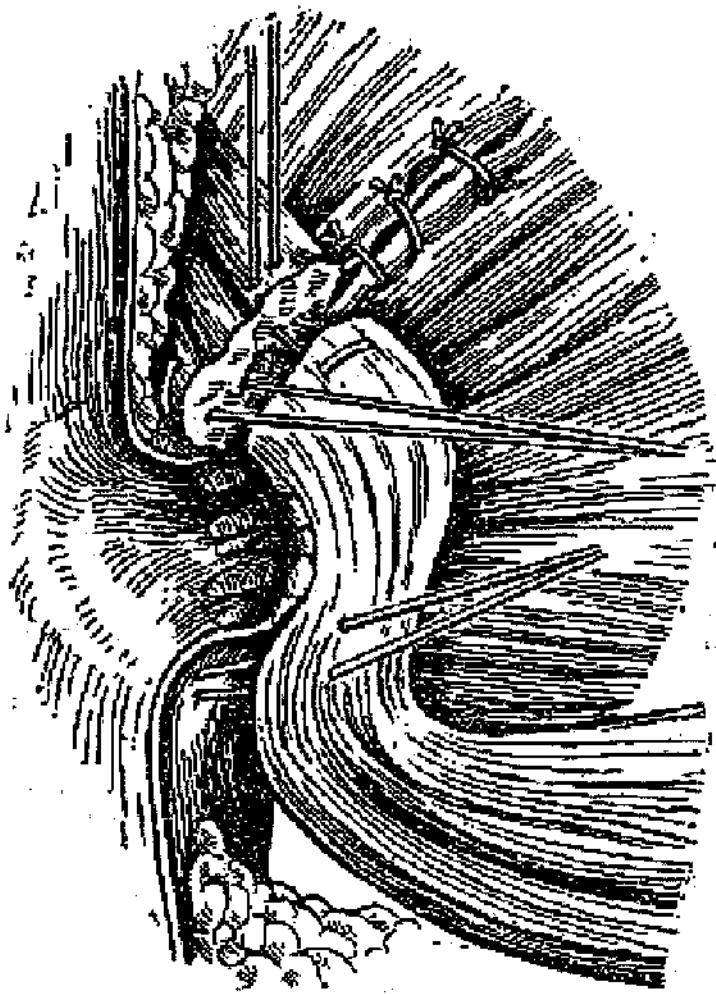
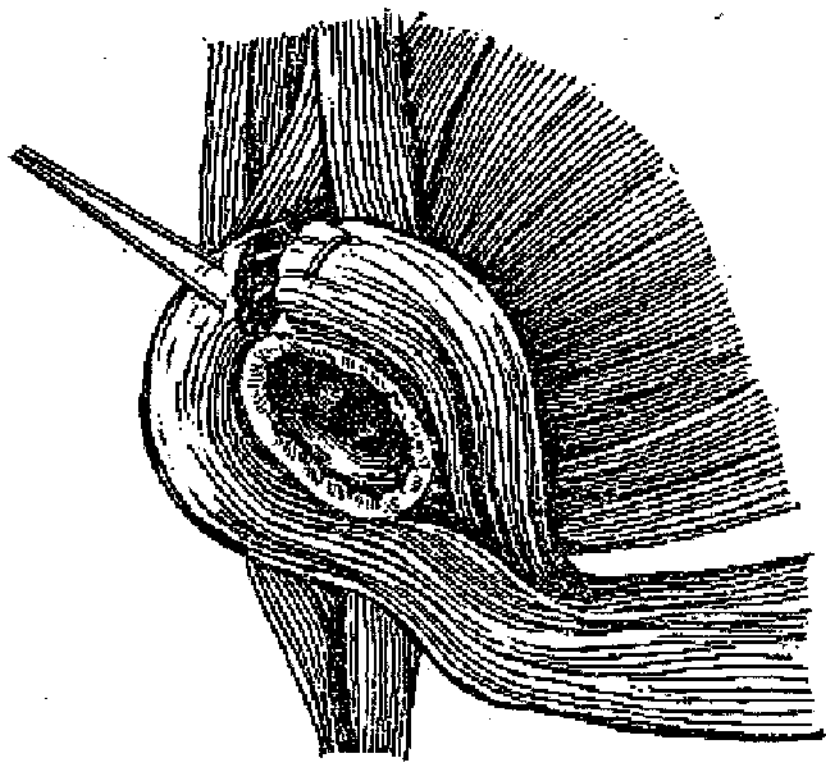


Рис. 45» Сфинктероглутеопластика.



Рис, 46. Пластика сфинктера расщепленным лоскутом большой ягодичной мышцы.

области вокруг анального канала в подкожном слое прокладывают ТОННЕЛЬ, В КОТОРОМ ПРОВОДЯТ ЛОСКУТ ЯГОДИЧНОЙ МЫШЦЫ. Концы мышечных лоскутов сшивают в ране на противоположной стороне анального канала (рис. 46). Операционную рану ушивают наглухо. Через дополнительный разрез дренируют мышечное ложе.

Другим вариантом подобной пластики является создание запирающего аппарата нерасщепленными лоскутами ягодичных мышц с обеих сторон. Выделяют мышечные лоскуты из обеих ягодичных мышц и проводят их через подкожный тоннель по переднебоковой и заднебоковой полуокружности анального канала. Послеоперационное ведение такое же, как после сфинктероглутеопластики: Средний срок пребывания в стационаре после операции составляет 24—26 дней. Хирургическое лечение осложненных форм недостаточности анального сфинктера имеет ряд особенностей. Так; при недостаточности сфинктера в сочетании с интра- и трансфинктерными свищами выполняют иссечение свища в просвет прямой кишки и сфинктеропластику.

При недостаточности анального сфинктера в сочетании с экстрасфинктерным свищом мы рекомендуем производить иссечение свища в просвет прямой кишки со сфинктеропластикой.

Многолетняя дискуссия по лечению парапроктита, на наш взгляд, может быть закончена. Почти 20-летний опыт НИИ. проктологии, основанный на анализе более чем 9000 операций, а также данные современной литературы позволяют нам утверждать, что только индивидуальный выбор методов операций при остром и хроническом парапроктите, а ни в коем случае не унификация их позволяет надежно излечить подавляющее большинство больных парапроктитом. Острый и хронический парапроктиты являются стадиями одного заболевания. Ключ к излечению больных парапроктитом — ликвидация внутреннего отверстия параректального гнойника.

При остром парапроктите операция должна быть выполнена тотчас после установления диагноза. Основными принципами операции являются вскрытие, дренирование гнойника промежности и ликвидация внутреннего отверстия в прямой кишке. Выбор операции зависит от локализации гнойника и расположения его по отношению к волокнам сфинктера прямой кишки.

Инфильтративный парапроктит занимает промежуточное положение между острым и хроническим парапроктитом и поэтому должен быть выделен в отдельную группу воспалительных поражений параректальной клетчатки. Лечение инфильтративного парапроктита консервативное. Если в процессе лечения произойдет абсцедирование инфильтрата, должна быть предпринята экстренная операция.

Лечение хронического парапроктита в основном хирургическое. Выбор метода операции должен основываться на трех факторах: 1) отношение свищевого хода к волокнам сфинктера; 2) степень развития рубцового процесса в стенке кишки и по ходу свища; 3) наличие гнойных полостей в параректальной клетчатке.

Если нам удалось убедить читателя в необходимости применять не одно — два стандартных вмешательства, а использовать различные оперативные методы, адекватные клинико-морфологическим особенностям каждого больного, мы будем считать нашу задачу — помочь практическому врачу успешно лечить парапроктит — выполненной.

- Аминев А. М.* Парапроктиты, — М.: Медгиз, 1958.
- Аминев А. М.* Руководство до проктологии, — Куйбышев.: Кн. изд-во, 1973, т. 3.
- Баркан А. Б.* Амбулаторная проктология. — Ташкент; Медицина, 1970.
- Брайцев В. Р.* Заболевание прямой кишки. — М.: Медгиз, 1952.
- Войно-Ясенецкий В. Ф.* Очерки гнойной хирургии, — 3-е изд., — М.: Медгиз, 1956.
- Дульцев Ю. В., Салимов К. #•, Подмаренкова Л. Ф.* Пластика анального жома лоскутом большой ягодичной мышцы. — В кн.: Некоторые актуальные вопросы проктологии. Тбилиси, 1977, с. 111—113.
- Карпинский И. Г.* Руководство к изучению и лечению прямой кишки и заднего прохода. — СПб., 1870.
- Масляк В. М., Мандзюк В. Д., Кордоба М. Т.* Наш опыт хирургического лечения парапроктитов. — В кн.: О болезнях прямой и толстой кишки, М., 1965, с. 147—150.
- Назаров Л. У.* Свищи прямой кишки. — М.: Медицина, 1966.
- Рыжих А. Н., Баркан М. Б.** Парапроктит. — М.: Медгиз, 1951.
- Рыжих А. Н.* Атлас операций на прямой и толстой кишке, — 2-е изд.: — М., 1968.
- Рыжих А. Н.* Хирургия прямой кишки. — М.: Медгиз, 1956.
- Саламов К. И., Дульцев Ю. В.* Хирургическое лечение свищей прямой кишки. Методическое письмо. — М., 1979.
- Салимов К. В., Дульцев Ю. В.* Классификация экстрафнктерных свищей прямой кишки. — Сборник трудов НИИ проктологии, 1976, с. 8, 15—21.
- Стручков В. И., Григорян А. В.* Оперативное лечение и исход у больных острым парапроктитом. — Сов. мед., 1954, № 6, а 3—б.
- Федоров В. Д., Дульцев Ю. В., Салимов К. Н.* Хирургическое лечение хронического парапроктита. — Хирургия, 1976, «№ 10, с. 87—93.
- Федоров В. Д., Дульцев Ю. В., Салимов К. И.* и др. Лечение недостаточности анального жома. — Сов. мед., 1978, № 12, с. 56—64.
- Яковлев И. А.* Парапроктиты и их лечение. — Хирургия, 1970, № 8, с. 149—154.
- Ajyeji O., Vanigo O., Nuamdi K.* Anal fissures, fistulas, abscesses and hemorrhoids in a tropical population. Dis Colon Rect., 1974, vol 17, p. 55—60.

¹ Приведены основные источники.

- Arukawa J, Arakawa K.* Reconstruction following radical treatment of anal fistula. — J. Jap. Soc, Coloproctol., 1972, vol. 25, p. 101—103.
- Bacon H.* Surgical anatomy colon rectum, anal canal. — Philadelphia, 1962, p. 152.
- Cattiar A.* Ambulatory proctology. — New York, 1948.
- Crohn B.* Rectal complications of inflammatory disease of the small and large bowel. — Dis, Colon Rectum, 1960, vol. 3, p. 99—101.
- Gabriel W.* The principles and practice of rectal surgery. — London, 1949.
- Gaillard J* Treatment of anal fistulas—J. Med, Hyg., 1972, vol. 52, p. 1227—1228.
- Goligher I.* Surgery of the anus, rectum and colon. — London, 1975.
- Goligher L* Fistula in ano, — Brit. J. Surg., 1967, vol. 54, p. 977—983.
- Gross F.* Die Mastdarmfisteln. — Ergebn. Chir Orthop., 1930, Bd 23, S. 654—720.
- Sackman R,* Innovations in anorectal procedures, — Surg. Clin. N. Amer., 1967, vol. 47, p. 999—1005.
- Hill J.* The origin of anorectal fistulas. — J. a. Med. Soc, 1970, vol. 122, p. 211, 215.
- Krause H., Roschke W.* Treatment of fistula in ano by the technique of thread—drainage, — Med. Welt 1974, Bd 9, S. 368.
- Lang A.* Mastdarfisteln. Langenbeek Arch, Chir., 1975, S. 332, Kongressbericht, S. 417—422.
- Liljus H-* Fistula-in-ano an investigation of human foetal and ducts and intramuscular glands and a clinical study of 150 patients.— Acta chir. scand., 1968, Suppl 383, p. 7-
- Lockhart-Murnery J,* Causes and treatment of pruritus ani* — Postgrad Med J., 1934, vol. 10, p. 429—434.
- Marangos G.* Des. Zweiseitige Verfahren zur Behandlung der Mastdarmfisteln — Chir., 1973, 44, S. 327—329.
- Mundei-Tirrelles C.* Surgical treatment of fistula in ano. — Am. J. Proctol., 1973, vol. 1, p. 130—132.
- Parks A.* Etiology and surgical treatment of fistula in ano. — Dis, Colon. Rectum, 1963, vol 6, p. 17—22.
- Posean B.* Surgery of the anal canal. 3. Fistulae and abscesses, Tran. Wouv. — Presse Med., 1973, mar 2, p, 591—593.
- Roschke W,* Periproctal abscess and perianal fistula. — Arch, Derm, Forsch.» 1972, vol 244, p, 371—374.
- Sumikoshi Y., Takano M., Okada N* et al New classification of fistulas and its application to the operations. — Am. J. Proctol., 1974, vol 25, p. 72—78.
- Schreier L, Birzle H.* Die Bedeutung der Fistelfürung in der chirurgischen Röntgendiagnostik, — Bruns. Beitr. KHn. Chir., 1972, Bd 219, S. 560—564.
- Schier J* Anal fistulas in inflammatory intestinal diseases. — Bruns. Beitr. Win, Chir, 1971, Bd 218, S. 660—661.
- Tsuchiya S., Sumikoshi L* Treatment of refractory anal fistula. — J, Jap, Soc, Coloproctol., 1972, vol. 25, p. 99—100.
- Uier D., Fhmming F.* Ambulante Behandlung der Analfisteln und ihre Ergebnisse. — Zbl. Chir., 1975, Suppl. 67.
- Wolf W., Hales J., Kundle F.* Anorektale Abszesse und fistula. — Aki Chir., 1974, Bd 9, S. 20—25,

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие *	- 3
Глава I. Распространенность, этиология и патогенез парапроктита	5
Статистические данные	5
Этиология	6
Изогенез	6
Глава II. Методы лечения парапроктита.	20
Операции, сопровождающиеся расечением и иссечением свища в просвет кишки	21
Иссечение свища со сфинктеротомией	25
Иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки	29
Лигатурный метод	31
Прочие операции	33
Глава III. Классификация парапроктита	35
Глава IV. Острый парапроктит	44
Клиника	44
Диагностика	48
Лечение	59
Осложнения	72
Отдаленные результаты	80
Глава V. Инфильтративный парапроктит	81
Глава VI. Хронический парапроктит (свищи прямой кишки)	86
Клиника	86
Осложнения	90
Диагностика	94
Клинические формы	Ю7
Дифференциальная диагностика	125
Лечение	137
Отдаленные результаты лечения	182
Лечение редианых свищей	197
Лечение недостаточности анального сфинктера, возникшей после операции по поводу парапроктита	199
Список литературы	207