

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и проктологии, и касается лечения острого гнойного экстрасфинктерного парапроктита.

Известен способ радикального хирургического лечения острого парапроктита с экстрасфинктерным расположением основного гнойного хода, включающий вскрытие и дренирование гнойной полости в сочетании с одномоментной криптэктомией [Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Носов В.А. Радикальное хирургическое лечение больных со сложными формами острого парапроктита. - Хирургия, 1994, №12, с. 20]. Данный способ лечения технически относительно несложен, хорошо переносится больными и выполняется в один этап, при его использовании сохраняется целостность наружного анального сфинктера.

Недостатком данного способа является невозможность его применения у больных с широким внутренним отверстием и функционирующим гнойным ходом, т.к. в этом случае в отдаленные сроки после операции высока вероятность образования прямокишечного свища.

Известен также способ лечения острого экстрасфинктерного парапроктита, сочетающий вскрытие и дренирование параректального абсцесса с одномоментным проведением через внутреннее отверстие шелковой лигатуры [Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. - М.: Медицина, 1981, с. 64].

Данный способ также технически относительно несложен, выполняется в один этап и может быть применен у больных с широким внутренним отверстием и функционирующим гнойным ходом. К недостаткам лигатурного способа относится то, что его применение сопровождается значительной травмой наружного анального сфинктера, что приводит к образованию грубых и нередко деформирующих рубцов в области заднего прохода, и выраженным болевым синдромом, особенно после затягивания лигатуры, что довольно тяжело переносится больными. Также, в связи с большим риском развития в дальнейшем анальной недостаточности применение лигатурного способа ограничено передним парапроктитом у мужчин и задним парапроктитом у лиц обоего пола. По той же причине также крайне нежелательно повторное применение лигатурного способа при рецидиве острого парапроктита. Использование лигатурного способа значительно увеличивает сроки временной нетрудоспособности больных.

Общими недостатками обоих вышеуказанных способов лечения острого парапроктита является сохранение в послеоперационном периоде сообщения между просветом прямой кишки и полостью промежностной раны, что неблагоприятно влияет на заживление последней и приводит к образованию в рубцовых тканях параректальной области очагов дремлющей инфекции и является основной причиной рецидивов заболевания, а также то, что заживление анальной раны происходит вторичным натяжением, что в свою очередь усиливает болевой синдром и приводит к образованию в анальном канале грубого ригидного рубца.

Наиболее близким к заявляемому является способ лечения острого экстрасфинктерного парапроктита, включающий вскрытие и дренирование гнойной полости в сочетании с отсроченной ликвидацией внутреннего отверстия низведением слизисто-подслизистого лоскута дистального отдела прямой кишки [Масляк В.М., Мандзюк В.Д. О хирургическом лечении парапроктита. - Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1990, №7, с. 121-122]. При этом ликвидация внутреннего отверстия выполняется во время второго этапа операции через 7-14 дней после вскрытия парапроктита, путем мобилизации слизисто-подслизистого лоскута, а низведение осуществляется с выведением внутреннего отверстия за контур анального канала. Данный способ лечения острого парапроктита создает более благоприятные условия для заживления анальной и промежностной ран и довольно хорошо переносится больными, при его использовании не повреждается анальный сфинктер. К недостаткам названного способа следует отнести то, что он технически более сложен и выполняется в два этапа, что требует проведения двух наркозов, при его применении проводится обширная и травматичная мобилизация слизисто-подслизистого лоскута со значительным его смещением и натяжением при низведении. Кроме того, в промежутке между первым и вторым этапами операции также сохраняется сообщение между просветом прямой кишки и полостью промежностной раны, что приводит к дополнительному инфицированию последней. Использование двухэтапной операции увеличивает сроки выздоровления больных.

В основу изобретения поставлена задача создания технически простого и достаточно надежного способа радикального хирургического лечения острого экстрасфинктерного парапроктита, создающего оптимальные условия для благоприятного заживления анальной и промежностной ран и сокращения сроков лечения больных, а также, позволяющего провести раннее разобщение просвета прямой кишки и полости промежностной раны, что является действенной профилактикой образования в рубцовых тканях параректальной области очагов дремлющей инфекции и устраняет причинно-следственные факторы, приводящие к возникновению осложнений и рецидивов заболеваний.

Указанная задача достигается с помощью проведения наряду с широким вскрытием и дренированием параректального абсцесса одномоментного пластического закрытия внутреннего отверстия парапроктита продольным смещением слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки, мобилизованного по межсфинктерному промежутку и низведенного без выведения внутреннего отверстия за контур анального канала с дренированием анальной раны двухпросветным самофиксирующимся дренажом.

Способ схематически проиллюстрирован фиг. 1-4.

На фиг. 1 показан уровень производимой мобилизации слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки, при закрытии внутреннего отверстия; на фиг. 2 - низведение мобилизованного лоскута и уровень его иссечения; на фиг. 3 - окончательный вид операционного поля после низведения и фиксации мобилизованного лоскута к перианальной коже; на фиг. 4 - двухпросветный самофиксирующийся дренаж (а - вид прямо и б - вид сбоку) используемый для дренирования анальной раны в послеоперационном периоде.

Способ осуществляется следующим образом.

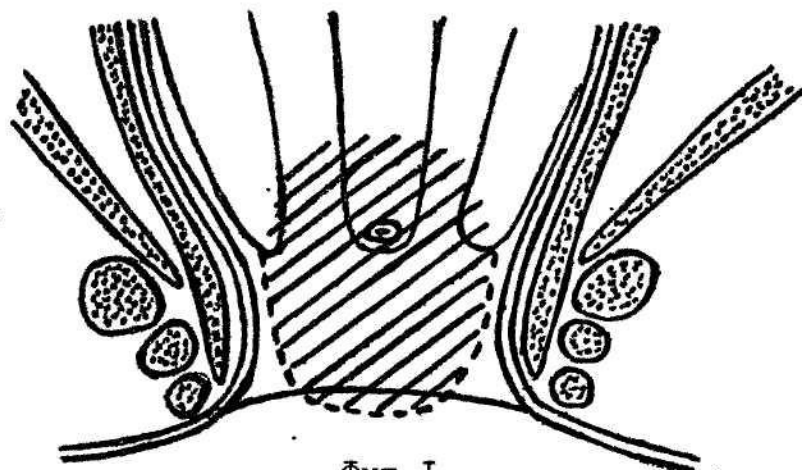
В положении больного для промежностного камнесечения производят пункцию полости абсцесса. После проведения красящей пробы при осмотре прямой кишки в зеркалах выявляют внутреннее отверстие. После удаления иглы гнойную полость широко вскрывают дугообразным или радиальным разрезом, отступая от переходной складки не менее 2-3 см. Некротические ткани иссекают. Промежностную рану обрабатывают

растворами антисептиков, проводят гемостаз. При отрицательной красящей пробе внутреннее отверстие и основной гнойный ход выявляют во время интраоперационной ревизии прямой кишки и промежностной раны. После уточнения локализации внутреннего отверстия и расположения основного гнойного хода определяют характер рубцово-воспалительных изменений в области анального канала, пораженной морганиевой крипты и внутреннего отверстия. При наличии незначительных рубцово-воспалительных изменений в области анального канала и пораженной морганиевой крипты, нешироком (до 2 мм) внутреннем отверстии и узком или нефункционирующем гнойном ходе выполняют мобилизацию эллипсоидного слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки, для чего в проекции внутреннего отверстия, отступя 2-3 мм наружу от переходной складки заднего прохода выполняют полулунный разрез длиной 1,5-2 см. Дальнейшее расширение разреза по краям производится дугообразно, смещаясь в стороны и вглубь заднего прохода на уровень внутреннего отверстия таким образом, чтобы линия разреза имела полукруглую форму выпуклостью наружу, с основанием шириной до 4 см. Мобилизацию лоскута выполняют тупым путем по межсфинктерному промежутку на 7-10 мм выше внутреннего отверстия. После обработки гнойного хода мобилизованный лоскут осторожной тракцией смещают наружу на 7-10 мм, после чего избыток его иссекают. Низведенный лоскут фиксируют к периаанальной коже 4-6 одиночными узловыми капроновыми швами, накладываемыми с промежутком 4-5 мм. Во время низведения лоскута внутреннее отверстие за контур анального канала не выводят, обрабатывают его раствором йода. При ширине внутреннего отверстия 1-2 мм его рассекают до мышечного слоя продольным разрезом длиной до 1 см. Анальную рану дренируют с помощью изогнутого двухпросветного самофиксирующегося полихлорвинилового дренажа, уложенного перпендикулярно оси заднего прохода и выведенного наружу через контрапертуру кожи периаанальной области. Дренажное устройство состоит из двух изогнутых полихлорвиниловых трубок различного сечения (1, 2) длиной 5-6 см. Трубка большего диаметра 1 внутренним диаметром 3-4 мм ближе к наружному концу на ее изгибе напротив друг друга имеет клиновидные шипы 3, углом направленные наружу, которые при разведении их в стороны препятствуют выпадению дренажа из раны. Ниже шипов на трубке большего диаметра имеются боковые перфорационные отверстия, которые выполняют дренажную функцию, способствуя оттоку раневого экссудата из анальной раны. Трубка меньшего диаметра 2 внутренним диаметром 0,5 мм, имеющая точечные боковые перфорационные отверстия, представляет собой микроирригатор, который соединен с трубкой большего диаметра с помощью двух полихлорвиниловых муфт (4, 5) несколько большего диаметра чем диаметр большой трубки. Одна из муфт 5, расположенная ближе к наружному концу дренажа, также служит для укрепления клиновидных шипов-фиксаторов в разведенном положении. При установлении дренажа в ране, наружный его конец выступает над уровнем кожи на 3-5 мм. Дополнительная фиксация дренажа в ране не требуется. Каких либо неудобств, связанных с нахождением дренажа в ране, больные не испытывают. После установления дренажа в анальной ране в прямую кишку и в промежностную рану вводят мазовые марлевые тунды. Послеоперационное ведение больных обычное. Смену мазевых повязок проводят ежедневно. Через микроирригатор выполняют фракционное промывание анальной раны растворами антисептиков. Дренаж из анальной раны удаляют на 3-4 сутки. Швы на низведенном лоскуте снимают на 10-12 сутки.

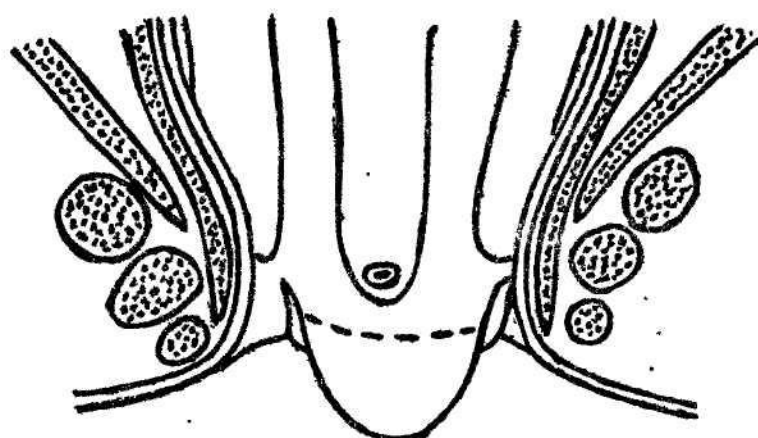
Пример. Больная О., 16 лет, поступила в хирургическое отделение Знаменской отделенческой железнодорожной больницы 15.02.95 г. с жалобами на сильную боль, покраснение, отек в области заднего прохода и левой ягодицы, гнойное отделяемое, повышение температуры тела. Из анамнеза - заболела впервые 8 суток назад, утром 15.02. гнойник самопроизвольно вскрылся наружу. При осмотре в области заднего прохода на 4-6 часах по условному циферблату в 4 см от переходной складки определяется зона отека, гиперемии и инфильтрации размерами 8х6 см. В центре инфильтрата наружное гнойное отверстие с гнойным отделяемым. Под общим обезболиванием 15.02.95 г. выполнена операция. Гнойная полость вскрыта дугообразным разрезом, гной и некротические ткани удалены. При интра-операционной ревизии гнойный ход расположен экстрасфинктерно, в дистальном отделе облитерирован. Внутреннее отверстие локализуется в задней крипте на 6 часах по условному циферблату, шириной до 1 мм. Пораженная морганиева крипта незначительно рубцово деформирована, анальная слизистая без видимых воспалительных изменений. Выполнена мобилизация эллипсоидного слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки по межсфинктерному промежутку. Мобилизованный лоскут низведен без выведения внутреннего отверстия за контур анального канала, избыток его отсечен. Внутреннее отверстие обработано раствором йода. Низведенный лоскут фиксирован к периаанальной коже одиночными капроновыми швами. Анальная рана дренирована двухпросветным дренажом, выведенным через контрапертуру кожи периаанальной области. В прямую кишку и в промежностную рану введены мазовые марлевые тунды. Диагноз после операции: острый гнойный вскрывшийся ишиоректальный парапроктит. Послеоперационное ведение больной обычное. Смена мазевых повязок проводилась ежедневно, анальная рана промывалась фракционно через дренаж растворами антисептиков. Дренаж удален на 4-е сутки. Рана очистилась от налета фибрина на 4-е сутки. Швы с анальной раны сняты на 10-е сутки. Больная выписана из отделения на 16-е сутки. Промежностная рана полностью зажила на 24-е сутки. Больная осмотрена через 18 месяцев: жалоб не предъявляет, функция заднего прохода хорошая, практически здорова.

Таким образом, применение данного способа хирургического лечения острого гнойного экстрасфинктерного парапроктита значительно упрощает технику проведения операции и уменьшает ее травматичность, создает благоприятные условия для оптимального заживления анальной и промежностной ран, снижает сроки временной нетрудоспособности больных и служит эффективной профилактикой возникновения рецидивов заболевания и развития послеоперационных осложнений. Мобилизация широкого эллипсоидного слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки, проводимая по межсфинктерному промежутку, содержит в себе элементы дозированной сфинктеротомии, приводящей к устранению послеоперационного спазма заднего прохода, и улучшает кровоснабжение перемещенного лоскута. Низведение лоскута, проводимое без выведения внутреннего отверстия за контур анального канала, при узком, несформировавшемся или нефункционирующем основном гнойном ходе является достаточным

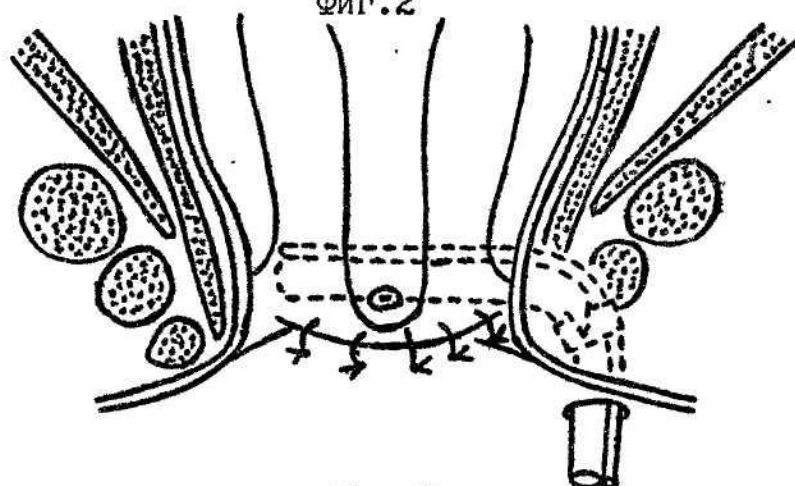
для полного и надежного разобщения просвета прямой кишки и полости промежностной раны, облитерации и заживления гнойного хода и закрытия внутреннего отверстия и служит профилактикой образования в рубцовых тканях параректальной области очагов дремлющей инфекции. Фиксация низведенного лоскута к перианальной коже, проводимая без излишнего натяжения, и фракционное промывание анальной раны через двухпросветный дренаж растворами антисептиков в ближайшем послеоперационном периоде исключают осложнения со стороны низведенного лоскута и позволяют добиться заживления анальной раны первичным натяжением. Каких либо неудобств, связанных с нахождением самрфксирующегося дренажа в анальной ране больные не испытывают.



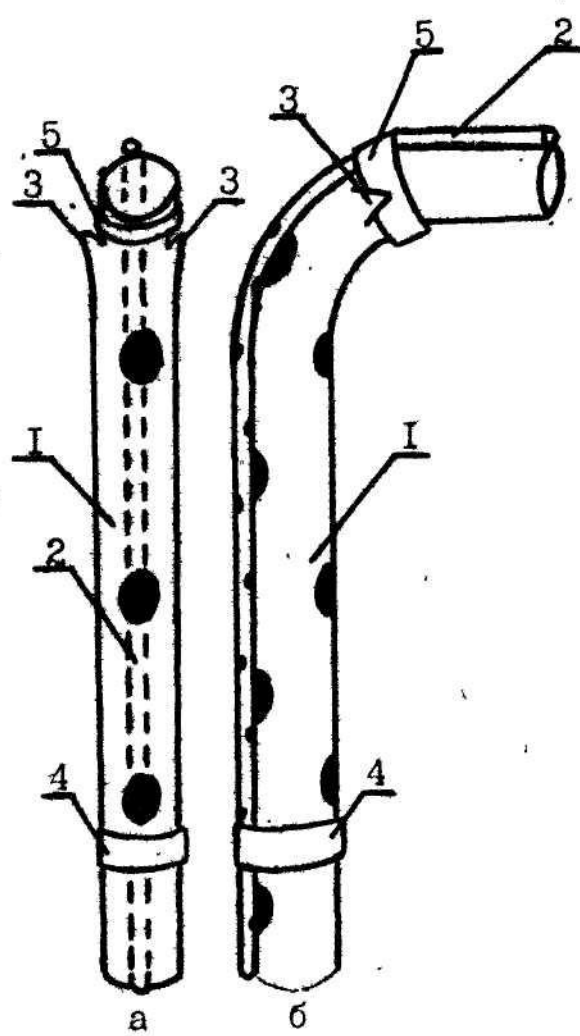
Фиг. I



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4