

УДК 616-089:616-08 (575.2) (04)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ПАРАПРОКТИТОВ У ДЕТЕЙ

Т.О. Омурбеков – докт. мед. наук, проф.

К.А. Адамалиев – докт. мед. наук, проф.

У.Ш. Шакирова – канд. мед. наук

А.Д. Набиев – аспирант

The Significant number of scientific researches at children testifies to insignificance of studying of a problem of complex treatment of paraproctit at children. Absence of uniform representations about pathogenesis of diseases and methods of treatment paraproctit, is especially shown at rendering assistance to children with sharp and chronic paraproctit.

Отсутствие единых представлений о патогенезе парапроктитов у детей и методах его лечения особенно проявляется при оказании помощи детям с острым и хроническим парапроктитами.

При острых формах парапроктита хирурги чаще всего производят нерадикальные операции – разрезы с целью опорожнения гнойника, без устранения источника его возникновения. Это в большинстве случаев приводит к рецидивам острого парапроктита или к хроническому процессу, формированию свища прямой кишки [1–9].

Целью настоящей работы явился анализ результатов новых подходов при хирургическом лечении различных форм острых парапроктитов у детей.

Материал и методика. С января 1999 г. по декабрь 2002 г. под нашим наблюдением находилось 57 больных с различными формами парапроктита, в возрасте от 20 дней до 14 лет, лечившихся в отделении проктологии ДКГСМП. Мальчики (34) болели чаще, чем девочки (23).

Выбор метода операции зависел от локализации гнойника, внутреннего отверстия свища и расположения свищевого хода по отношению к сфинктеру. Для выбора адекватно-

го метода операции у детей, необходимо установить клиническую форму острого парапроктита, что не всегда возможно до операции. Поэтому уточнение локализации и размеров гнойной полости, наличие затеков степени поражения мышечного аппарата и стенки прямой кишки нами продолжалось во время операции.

С 1999 г. нами в клинику внедрено двухэтапное оперативное вмешательство при различных формах парапроктитов у детей: 1) вскрытие, дренирование гнойника; 2) ликвидация внутреннего отверстия свища.

Выбор методики операции зависел от отношения свищевого хода к волокнам сфинктера. При остром подкожно-подслизистом парапроктите (33 пациента) производили разрез в радиальном направлении, от гребешковой линии через анальную крипту на перинатальную кожную зону. Рассекали слизистую оболочку, гребешковую линию с внутренним отверстием свища, кожи прианальной области. Длина разреза зависит от протяженности воспалительной инфильтрации слизистой оболочки и кожи промежности, по глубине вскрытия тканей анального канала распространенного до мышечного слоя. Затем края разреза, нависающие над вскрытой гнойной полостью, захватывали малыми гемороидальными щипцами и ножни-

цами, экономно иссекали на всем протяжении от верхнего до нижнего края раны. С особой тщательностью следует иссекать пораженную крипту вместе с внутренним отверстием свища. После иссечения краев раны она принимает эллипсоидную форму. В раны промежности вводят марлевый тампон, в просвет прямой кишки – газоотводную трубку с мазью Вишневского.

Другой вариант операции выполняли по методу А.И. Ленюшкина. Отступая от края ануса не менее 2,5 см, над абсцессом делали полулунный разрез длиной 3,5–4 см. Гной эвакуировали из раны в просвет кишки, через внутреннее отверстие свища проводили желобовальный зонд. Свищевой ход иссекали по зонду. Кожу и слизистую оболочку иссекали экономно, в пределах треугольника, вершина которого находится в анальном канале, а основанием является разрез на коже промежности. Тщательно иссекали слизистую оболочку с пораженной морганиевой криптой в области внутреннего отверстия свища. Рану обрабатывали антисептическими растворами и вводили тампоны с мазью Вишневского или левомиколем. В кишку вводили газоотводную трубку.

При остром седалищном – прямокишечном парапроктите – у 19 детей гнойник вскрывали полулунным разрезом, длина и глубина разреза при этом должна обеспечить полную эвакуацию гноя. Пальцем исследовали полость гнойника, разделили перемычки, раскрывали карманы. Указательный палец другой руки вводили в анальный канал и определяли внутреннее отверстие свища, его направление. Двумя исследующими пальцами (со стороны кишки и раны) определяли участок полости гнойника, ближе всего прилежащего к стенке кишки. Направление свищевых ходов визуально не определялось, если свищевой ход был предварительно прокрашен метиленовым синим. Со стороны раны в кишку, через его внутреннее отверстие проводили зонд или кончик зажима «москита» Бельрота. Затем определяли толщину мышечных образований, расположенных между свищевым ходом, гнойной полостью, границами сфинктера и просветом кишки. Клиновидно иссекали внутреннее отверстие свища с соседними криптами, нависающие края слизистой оболочки и

кожи, чтобы предотвратить слипание краев раны. Рану обрабатывали антисептическими растворами, осушали и в полость вводили тампон с мазью Вишневского или левомиколем.

Если при вскрытии гнойника выясняется, что свищевой ход располагается экстрасфинктерно, между свищевым ходом и просветом кишки, то раньше производили дозированную сфинктеротомию через внутреннее отверстие свища. Результаты этих операций показали, что частично рассеченный сфинктер частично восстанавливается.

Лигатурный метод в последние годы полностью вытеснил операцию, включающую сфинктеротомию. Опорожнение гнойника и обнаружение экстрасфинктерного свища, соединяющего полость гнойника с прямой кишкой, проводили полулунным разрезом кожи до средней линии к задку от ануса, когда внутреннее отверстие свища находится в задней крипте, или спереди, когда это отверстие находится в передней крипте. Затем в рану промежности временно вводили тампон с перекисью водорода и приступали к обработке внутреннего свища со стороны просвета кишки. В анальный проход вставляли ректальное зеркало. Внутреннее отверстие свища надсекали окаймляющим эллипсоидным разрезом. Верхний угол раны в кишке при этом находится примерно на 0,8–1 см выше внутреннего отверстия свища, нижний угол раны соединяли с медиальным углом промежуточной раны. Слизистую оболочку иссекали в указанных пределах. Внутреннее отверстие свища тщательно выскабливали острой ложечкой и обрабатывали 1%-ным спиртовым раствором йода. Из раны промежности извлекали тампон и через внутреннее отверстие свища, с помощью зажима, проводили 3-шелковую лигатуру. Ее укладывали строго по средней линии впереди или позади анального канала (в зависимости от расположения внутреннего отверстия свища) и затягивали. В кишку вводили газоотводную трубку и марлевый тампон. Рану промежности тампонировали левомиколем.

Операции при тазово-прямокишечном парапроктите произведены в два этапа по Рыжиху и Ленюшкину. Гнойники при этом, как правило, сообщались прямой кишкой сложным

свищевым ходом, расположенным экстра-сфинктерно.

На первом этапе производили вскрытие и дренирование гнойника полулунным разрезом на стороне поражения, отступая от края ануса на 2,5–3 см, – рассекали кожу, подкожную и параректальную клетчатку. Ассистент крючками разводил в стороны края раны и на дне обнажали нижнюю поверхность диафрагмы таза (m. Levator ani). Продольным разрезом рассекали мышечную ткань. Эта манипуляция должна выполняться очень осторожно, строго под визуальным контролем. Рассечение плоской и широкой мышцы, поднимающей задний проход, производили только в продольном направлении, так как при поперечном рассечении имеется опасность повреждения крупного артериального и венозного ствола, располагающихся у стенок таза, над элеватором Ани. Перед операцией в мочевого пузырь вводили катетер, чтобы при вскрытии гнойника избежать повреждения мочеиспускательного канала. Дренирование гнойника выполняли с расчетом полного охвата карманов и стенок. С этой целью кожу немного (1 см) растягивали, временно заполняли тампоном с перекисью водорода и приступали ко второму этапу операции – обработке внутреннего отверстия свища. Второй этап операции после дренирования гнойника проводили по методу Ленюшкина. В прямую кишку вводили ректальное зеркало и выполняли заднюю дозированную сфинктеротомию на глубину 0,5 см. Операцию заканчивали обработкой раны тампонами с мазью Вишневского или левомиколом.

Выполнение второго этапа лигатурным методом при пельвиоректальных гнойниках имеет свои особенности. Несмотря на то, что гнойник находится высоко, внутреннее отверстие свища всегда расположено ниже, на гребешковой линии. После вскрытия и дренирования гнойника необходимо отыскать остатки свищевого хода и рассечь их до места сообщения с просветом кишки. После этого ход операции аналогичен описанному выше при седлишно-прямокишечном парапроктите. Рану промежности продлевали до средней линии. Со стороны просвета кишки эллипсовидным разрезом иссекали слизистую оболочку над внутренним отверстием. Последнее выскабли-

вали ложечкой Фолькмана, через культю свищевого хода в стенке кишки проводили и затягивали строго по средней линии 3-шелковую лигатуру. Раны прямой кишки и промежности тампонировали.

Операции при остром ретроректальном, пресакральном парапроктите у детей нами выполнены у 4 детей, так как данная форма патологии в детском возрасте встречается редко. При этом полость ретроректального гнойника чаще всего сообщалась с просветом кишки через заднюю крипту. На первом этапе операции дренирование гнойника осуществляли 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 указанной выше связки. При этом производили разрез кожи посередине, между проекцией верхушки копчика и задним краем анального отверстия, длиной 3–4 см. Заднепроходно-копчиковая связка пересекалась на расстоянии 1 см от верхушки копчика. Полость гнойника обследовали пальцем, при этом разъединяли соединительную ткань перемычки. После эвакуации гноя рану осушали и обрабатывали антисептическими растворами. Край раны, прилегающий к стенке кишки, с помощью крючка отводили и хорошо выделяли заднюю стенку анального канала, окруженного мышцами сфинктера. Здесь обычно отыскивали участок свищевого хода, ведущий в просвет кишки. На этом заканчивали первый этап операции. Рану временно тампонировали салфеткой, пропитанной перекисью водорода.

На втором этапе операции через внутреннее отверстие свища проводили лигатуру. В кишку вводили ректальное зеркало. Овальным разрезом слизистую оболочку, нависающую над внутренним отверстием свища, иссекали до мышечного слоя вместе с участком перианальной кожи на мобилизованном крае промежностной раны. Внутреннее отверстие свища тщательно выскабливали острой ложечкой, смазывали 1%-ным спиртовым раствором йода. Удаляли тампон из промежностной раны и через внутреннее отверстие свища проводили 3-шелковую лигатуру, ее укладывали строго по средней линии, поперек направления волокон сфинктера и затягивали. Ретроректальное

пространство тампонируют мазью Вишневского или левомиколом. В кишку вводят газоотводную трубку и марлевый тампон.

По данным литературы, при простом вскрытии гнойника при остром парапроктите у детей рецидив заболевания составляет 30–60% случаев. Применение методов лечения, предусматривающих ликвидацию внутреннего отверстия свища, снижало частоту рецидивов до 4%.

Отдаленные результаты хирургического лечения острых парапроктитов у детей с ликвидацией внутреннего отверстия свища зависели от срока и метода хирургического вмешательства.

Как свидетельствуют наши данные, частота рецидивов при подкожных подперекрестных формах острого парапроктита составляла менее 1%. Причиной рецидива у одного больного служило недостаточное иссечение ленты слизистой оболочки над внутренним отверстием свища.

Частота рецидивов при седалищно-прямокишечных, тазово-прямокишечных и ретроанальных острых парапроктитах составляла 5%. Причиной рецидивов служили позднее поступление больных в стационар, что в среднем составляло 5–7 дней от начала развития и прогрессирования заболевания.

Таким образом, двухэтапный метод хирургического лечения различных форм острых парапроктитов у детей с ликвидацией внутреннего отверстия свища в ранних сроках заболевания существенно улучшает результаты оперативных вмешательств, до минимума снижает рецидивы заболевания.

Литература

1. *Мадаминов А.М., Байзаков У.Б., Алиев Г.К.* Острый парапроктит // Гнойно-септическая хирургия. – Т.2. – Бишкек, 2001. – С. 55–59.
2. *Мадаминов А.М., Бебезов Х.С.* Способ хирургического лечения парапроктита. – Там же. – С. 70–73.
3. *Бебезов Х.С., Мадаминов А.М., Чынгышпаев Ш.М.* Диагностика и лечение парапроктитов (методические рекомендации). – Бишкек, 2000 – 136 с.
4. *Ленюшкин А.И.* Проктология детского возраста. – М.: Медицина, 2000. – 486 с.
5. *Каскенов Т.А., Гладинец М.М., Изосимов В.И.* Лечение острого гнойного парапроктита // Актуальные вопросы хирургической инфекции: материалы конференции. – Семипалатинск, 1999. – С. 69–71.
6. *Карапетян М.Ю., Эмфеджян А.Н., Саркисян В.Т.* О предоперационной подготовке прямой кишки у больных с острым парапроктитом // Актуальные вопросы проктологии: материалы конференции. – Киев, 1999. – С. 66–67.
7. *Копталадзе А.М., Ким С.Д., Болквадзе Э.Э.* Тактика и методы радикального хирургического лечения острого рецидивирующего парапроктита // Материалы третьей Всероссийской научно-практической конференции колопроктологов. – Волгоград, 1997. – С. 67–69.
8. *Picininni E.E., Rosati G., Ugoline G.S.* Lecografia transanal nello studio delle fistole degli accessi perianale // Minerva Chir – 1998. – V.50, №6. – P. 610–615.
9. *RaiusburuK.W., Sotham I.A.* Radical surgery for anorectal abscess // Brif J. Surg. England. – 1998. – V.46. – №40. – P.210–215.