

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

Ю.Х.Иброхимов, Б.С.Пиров

Городской центр колопроктологии г. Душанбе;
кафедра колопроктологии ТИППМК

Для улучшения результатов хирургического лечения хронических парапроктитов в нашей клинике применяется комплексная схема предоперационной подготовки кишечника и свищевых ходов. Данная схема применена у 432 больных, у которых отмечалось снижение рецидивов и осложнений в послеоперационном периоде, а также сократились сроки пребывания пациентов в стационаре.

Ключевые слова: хронический парапроктит, предоперационная подготовка, бензойная мазь, лактулоза

Введение. Одно из ведущих мест среди колопроктологических больных занимает хронический парапроктит (ХП), который составляет 1-1,7% [1] от общего числа хирургических больных. После геморроя, анальной трещины и колитов, ХП занимает четвертое место, составляя 20%-40% [1-5]. Операции по поводу прямокишечных фистул составляют 12,2 %-12,8% [6,7], это занимает второе место от общих оперативных вмешательств в колопроктологических отделениях.

В хирургическом лечении хронического парапроктита важное значение имеет предоперационная подготовка, особенно, когда речь идёт о рецидивных и сложных формах заболевания [3,8-10]. Если после неадекватной предоперационной подготовки или без неё, больным производят хирургические вмешательства, то оно часто становится причиной развития серьёзных послеоперационных осложнений [1,3,4,8].

В последние годы в зарубежных публикациях особое внимание уделяется предоперационной подготовке колопроктологических больных [6,11,12]. Но вопрос об оптимальном методе предоперационной подготовки больных с хроническим парапроктитом ещё остаётся актуальным.

Цель. Разработка оптимального способа предоперационной подготовки больных с хроническим парапроктитом.

Материал и методы исследования. В Городском центре колопроктологии г. Душанбе с 2004 по 2009 годы оперировано 693 больных с хроническим парапроктитом. Возраст больных варьировался от 16 до 83 лет. Большинство больных - 602 (86,9%) были в возрасте 20-50 лет. Мужчины составили 498 (71,86%), женщины - 195 (28,14%), городские - 201 (29%), сельские - 492 (71%). Давность заболевания составила от 3 месяцев до 38 лет. У 675 (97,4%) больных фистулы образовались после самопроизвольного вскрытия острого парапроктита или после операции.

При этом 663 (94,67%) больных обратились по поводу прямокишечных фистул впервые, у 19 (2,74%) больных операция производилась 1 раз, у 6 (0,866%) - 2, у 3 (0,433%) - 3 раза, у 1 (0,14%) больного - 7, у другого (0,14%) - 17 раз.

Формы и число свищевых отверстий у больных с параректальными свищами представлены в таблице 1.

Всем пациентам произведены общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, ректороманоскопия, фистулография.

Больные разделены на 2 группы. В первую вошли 432 больных - основная группа, которым применён комплекс мероприятий предоперационной подготовки, и для 261 больных применена традиционная подготовка – контрольная группа.

Таблица 1

Виды свищей и количество свищевых отверстий ($p \leq 0,05$)

Количество свищевых отверстий	Общее количество больных	Расположение свищевых ходов по отношению к сфинктеру (к-во больных)			
		Интрасфинктерные	Транссфинктерные	Экстрасфинктерные	Неполные свищи
1	613 (88,5%)	187	305	62	59
2	66 (9,5%)	2	39	19	6
3	9 (1,3%)	-	5	4	-
более трёх	5 (0,7%)	-	3	2	-
	693 (100%)	189 (27,3%)	352 (50,8%)	87 (12,5%)	65 (9,4%)

Разработанный комплекс мероприятий предоперационной подготовки больных направлен на очищение свищевых гнойных ходов, полостей и затёков. Суть комплекса заключается в следующем:

- применение 10% бензойной мази на водорастворимой основе (бензойная кислота+молочная кислота+анестезин+оливковое масло) для очищения гнойных ходов и затёков. За 2-3 дня до операции в свищевой ход вводили бензойную мазь и закрывали свищевое отверстие пластырем. На следующий день свищевой ход и затёки очищались от гноя и некротических масс. Ежедневно 2-3 раза промывали свищевой ход раствором декасан. При наличии сопутствующих заболеваний прямой кишки (проктит, анусит, криптит) назначали ромазулан по 10мл 2 раза в виде микроклизмы. За день до операции проводили туалет параректальной области, т.е. обрабатывали раствором люголя 2 раза в день.

С целью очищения кишечника в предоперационном периоде нами использовалась следующая схема:

I. 1) Бесшлаковая диета: молочные продукты, бульон, чёрный чай с лимоном и мёдом, чёрный шоколад без начинки. А также больному рекомендовано употреблять 2,5-3 л кипячёной воды, или компота, морковного сока.

2) Больным в период подготовки запрещали употребление жареной, копчёной, мучной, жирной и картофельной пищи.

II. Слабительные препараты: препарат, содержащий лактулозу – имопер, дюфалак в количестве от 25 до 40 мл в один приём утром. При этом надо отметить, что эти препараты не только усиливают перистальтику кишечника, но и размягчают каловые массы, что способствует их передвижению. Лактулоза ингибирует распад мочевины бактериями посредством окисления содержимого кишечника, т.е. снижает уровень аммиака в крови.

III. Очистительную клизму выполняли с добавлением оливкового масла и 1 столовой ложки поварённой соли (вечером и утром).

С целью максимального очищения кишечника для проведения дополнительных методов обследования больным с сопутствующими заболеваниями необходим приём препарата Фортранс в течение 24-48 часов (4 пакета растворяли в 4-х литрах кипячёной воды).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в контрольной группе наиболее часто наблюдается трансфинктерные свищи, а недостаточность анального сфинктера отмечается после операции сложных экстрасфинктерных свищей (табл. 2).

Таблица 2

Предоперационная подготовка больных с ХП в контрольной группе (p≤0,05)

Расположение свищевого хода по отношению к сфинктеру	Количество больных	Исход				
		Выздоровление	Рецидивы	Недостаточность сфинктера		
				I ст	II ст	III ст
Интрасфинктерные	52 (19,9%)	49 (94,3%)	2 (3,8%)	1 (1,9%)	-	-
Трансфинктерные	155 (59,4%)	138 (89%)	12 (7,7%)	5 (3,2%)	-	-
Экстрасфинктерные	32 (12,3%)	22 (68,75%)	6 (18,8%)	3 (9,4%)	1 (3,05)	-
Внутренние неполные	19 (7,3%)	17 (89,5%)	2 (10,5%)	-	-	-
Наружные неполные	3 (1,15%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-	-	-
Всего	261 (100%)	228 (87,4%)	23 (8,8%)	9 (3,4%)	1 (0,4%)	-

Из таблицы следует, что в контрольной группе среди 52 больных с интрасфинктерными свищами рецидивы наблюдались у 2 (3,8%) больных и лёгкая недостаточность сфинктера, которая связана с грубым рубцеванием - у 1 (1,9%) больного, у 155 больных с трансфинктерными свищами рецидивы - в 12 (7,7%) случаях и недостаточность сфинктера с недержанием газов - у 5 (3,2%). У 32 больных с экстрасфинктерными свищами рецидивы отмечались у 6 (18,8%), недостаточность газов - у 3 (9,4%) пациентов, жидкого кала - у 1 (3,05%). Среди 19 больных с внутренними неполными свищами рецидив - у 2 (10,5%) пациентов, а из 3 больных с неполным наружным свищом рецидивы отмечались у 1 (33,3%).

У больных с хроническими парапроктитами в основной группе, которым проведена предоперационная подготовка по разрабатываемой комплексной схеме, в среднем отмечалось выздоровление у 95,4%, а недостаточность анального сфинктера I степени отмечалась у 1,4% больных (табл. 3).

Таблица 3

Предоперационная подготовка больных в основной группе (p≤0,05)

Расположение свищевого хода по отношению к сфинктеру	Количество больных	Исход				
		Выздоровление	Рецидивы	Недостаточность сфинктера		
				I ст	II ст	III ст
Интрасфинктерные	137 (31,7%)	135 (98,5%)	1 (1,5%)	-	-	-
Трансфинктерные	197 (45,6%)	188 (95,4%)	6 (3,05%)	3 (1,52%)	-	-
Экстрасфинктерные	55 (12,7%)	48 (87,3%)	4 (7,3%)	3 (5,45%)	-	-
Внутренние неполные	34 (7,87%)	32 (94,1%)	2 (5,9%)	-	-	-
Наружные неполные	9 (2,1%)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	-	-	-
Всего	432 (100%)	412 (95,4%)	14 (3,2%)	6 (1,4%)	-	-

Как видно из таблицы 3, в основной группе у 137 больных с интрасфинктерными свищами рецидивы наблюдались лишь у 1 (1,5%), а с трансфинктерными свищами - у 6 (3,05%) и недостаточность сфинктера I степени - у 3 (1,5%) пациентов, а недостаточность II- III степени не наблюдалась. У больных с экстрасфинктерными свищами рецидивы отмечались у 4 (7,3%) и недостаточность сфинктера I степени - у 3 (5,45%) больных. Среди 34 больных с внутренними неполными свищами рецидив отмечен у 2 (5,9%), а среди 9 больных с неполным наружным свищом - у 1 (11,1%) пациента.

Таким образом, предоперационная подготовка больных с хроническими парапроктитами, согласно схеме, разработанной нами, способствовала уменьшению рецидива заболевания в 2,5-2,75 раза (от 8,8% в контрольной группе до 3,2% - в основной) и послеоперационные осложнения снизились от 3,4% до 1,4% соответственно.

Литература

1. Аминев А.М., Блинничев Н.М., Буттаев Р.М. Хирургия. 1984. №8. С.71-74
2. Мандзюк В.Д. Клиническая хирургия. 1970. №5. С. 29-34
3. Назаров Л.У. Свищи прямой кишки. М., «Медицина», 1966
4. Тимербулатов В.М., Лопатин В.М. Острый и хронический парапроктит. Уфа. 1988
5. Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Хирургическое лечение хронического парапроктита //Хирургия. 1976. №10. С. 82-93
6. Воробьёв Г.И., Халиф И.Л. Проблемы колопроктологии. Выпуск 16. М.,1998. С. 37-40
7. Жуков Б.Н., Савинков А.И., Чернов А.А., Кудряшов С.К., Исаев В.Р., Сухобоков А.А. Хирургическое лечение параректальных свищей //Проблемы колопроктологии. Выпуск 18. М., 2002. С. 74-78
8. Бунятян А.А. К вопросу о хронических парапроктитах //Советская медицина. №7. 1959. С. 72-76
9. Реут А.А. Лужнов Н.П., Кирдей Е.Г., Фиалковский В.И. Особенности лечения хронического парапроктита с учётом состояния естественной резистентности организма //Хирургия. №3. 1979. С.99-102
10. Jacman R. Operation for anal fistulas. //Dis.Colon a. Rectum, 1968, vol. 11 #4. P. 247-255
11. Buchanan GN, Halligan S, Bartram CI, Williams AB, Tarroni D, Cohen CR. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard. //Radiology. 2004 Dec; 233(3):674-81. Epub 2004 Oct 21
12. De Parades V, Zeitoun JD, Bauer P, Atienza P. Cryptoglandular anal fistulas. //Rev Prat. 2008 Oct 31;58 (16) : P. 1775-82

ХУЛОСА

ОМОДАГИИ ПЕШ АЗ ЧАРРОҶИИ БЕМОРОН

БО ХАНОСИЯИ МУЗМИН

Ю.Х.Иброҳимов, Б.С.Пиров

Барои беҳбудии натиҷаҳои табобати ҷарроҳии ханосияи музмин дар клиникаи мо нақшаи яқояи омодагии пеш аз ҷарроҳии рӯда ва роҳҳои носур истифода бурда мешавад. Нақшаи мазкур дар 432 бемор истифода шудааст, ки он ба кам намудани такрорёбӣ ва авориз дар давраи баъди ҷарроҳӣ ва инчунин ба кӯтоҳ шудани мӯҳлати бистарии беморон дар беморхона мусоидат мекунад.

SUMMARY
PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH
CHRONIC PARAPROCTITIS


Yu.Kh. Ibrohimov, B.S. Pirov

To improve results of surgical treatment of chronic paraproctitis in our clinic uses a complex scheme of preoperative bowel preparation and fistulous passages. This scheme can be used in 432 patients who had marked reduction of recurrence and complications in the postoperative period, and shorten hospital stay.

Key words: chronic paraproctitis, preoperative preparation, benzoic ointment, lactulose

Адрес для корреспонденции:

Ю.Х. Иброхимов – больничный ординатор ГЦК; Таджикистан, Душанбе, ул. Санои 33, Тел: +992(37)228-90-91. Моб. 992-918-61-54-11. E-mail: Josef_0912@yahoo.com



СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
АССИСТИРОВАННОЙ НЕФРЭКТОМИИ
ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ ПОЧКИ

Н.Х.Темиров, А.Б.Ходжиев, А.А.Николаев
Клиника «Эндохирургия», Таджикистан

В работе представлен результат лапароскопической нефрэктомии при гидронефрозе левой почки у 19-летнего пациента с трансперитонеальным доступом установки порта для введения руки хирурга.

Предложенный метод сочетает в себе все преимущества как лапароскопических, так и открытых оперативных вмешательств, что позволило улучшить качество интраоперационной ревизии органов брюшной полости и оказало существенную помощь при выполнении таких ключевых манёвров при операции как выделение мочеточника, магистральных сосудов почек, их клипирования с пересечением.

Ключевые слова: лапароскопическая нефрэктомия, гидронефроз, лапароскопическая ассистированная нефрэктомия

Актуальность проблемы. В XXI веке произошли новые технологические скачки во всех отраслях жизни, включая медицину. Благодаря этому за столь короткое время в оперативную медицину и клиническую практику внедрены лапароскопические технологии. В связи с малоинвазивностью лапароскопические операции имеют ряд преимуществ по сравнению с традиционными вмешательствами. Это менее выраженный послеоперационный болевой синдром, меньшая потребность в анальгетиках, более раннее восстановление работы органов ЖКТ, быстрая реабилитация пациентов в послеоперационном периоде. Операции с ручной ассистенцией обеспечивают возможность пальпаторной ревизии, сопровождаются лучшей координацией движений и, как следствие, более надёжным гемостазом, меньшей частотой конверсий, а также более быстрым освоением малоинвазивной технологии [1-6].