



# Современная концепция патогенеза и лечения парапроктита (свищей прямой кишки)

В.Л.Ривкин

Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва

Можно сказать, что проктология начиналась именно с изучения и лечения острого парапроктита и прямокишечных свищей. Первая проктологическая клиника – госпиталь Св. Марка в Лондоне, открытый в 1835 г. и успешно работающий сейчас, так и назывался: «Прибежище для несчастных, страдающих свищами и другими болезнями прямой кишки». Неспецифические («банальные») острые и хронические нагноения параректальной клетчатки в подавляющем большинстве случаев изначально исходят из прямой кишки, и термин «парапроктит» следует применять только к таким гнойникам, в отличие от наружных нагноений (фурункул, карбункул, флегмона) и дермоидных кист этой области. Заболевание начинается с появления вблизи заднего прохода острого нагноения, абсцесса со всеми его классическими признаками – tumor, rubor, color, dolor, functia laesa. Под влиянием домашнего лечения (грелки, компрессы, антибиотики и др.) гнойник самопроизвольно вскрывается или его вскрывает хирург в поликлинике, после чего у части больных абсцесс рецидивирует или, еще чаще, рана не заживает и остается свищ. Внутренний источник инфекции при парапроктите локализуется в прямой кишке, в анальном канале, и без его ликвидации только вскрытие гнойника на промежности, даже своевременное и адекватное, к выздоровлению не приводит. Это бесспорное в настоящее время положение еще не так давно было принято не всеми хирургами, да и до сих пор простое вскрытие абсцесса превалирует, и число пациентов с рецидивами парапроктита и свищами прямой кишки не уменьшается.

У большинства больных абсцесс и затем свищ располагаются относительно поверхностно, в подкожно-подслизистой клетчатке, внутри от основного мышечного каркаса заднепроходного сфинктера, и в этих случаях возможна и широко принята одноэтапная радикальная операция рассечения гнойника или свища в просвет прямой кишки через его внутреннее отверстие (W.Gabriel, 1947; А.Н.Рыжих, 1956). Остается довольно большой контингент больных, у которых полость абсцесса или разветвления свища располагаются либо с обеих сторон от ануса (подковообразный, horseshow, абсцесс), либо в глубоких клетчаточных пространствах таза (ишиоректальном, пельвиоректальном, ретроректальном) и поражают часть наружного сфинктера. Хирургия таких свищей прошла много этапов – от постепенного пересечения свищевого хода нитью, лигатурой (англ. термин «seton»), применявшегося еще в Древнем Китае и описанного средневековым врачом Ибн Синоу (в англ. транскрипции Авиценна), до технически очень сложных операций, так или иначе связанных с частичным рассечением прямокишечного сфинктера (дозированная сфинктеротомия). Эта небольшая, правильно выполненная манипуляция необходима для временного

снятия спазма сфинктера, что дает возможность в оптимальный срок заживить рану в анальном канале на месте иссечения внутреннего отверстия парапроктита. Дозированная сфинктеротомия, трансанальная (А.Н.Рыжих) или, лучше, наружная латеральная (А.Parks, 1963), не снижает впоследствии замыкательную функцию прямой кишки, что доказано клинически и экспериментально (С.А.Родкин, 1954), но убедить в этом хирургов трудно, так же как стандартизировать операции при экстрасфинктерных прямокишечных свищах. Техника этих операций сложна, результаты их неоднозначны, и дело доходит до того, что некоторые специалисты вообще отказываются от хирургического лечения сложных свищей, предлагая разные консервативные методы: obturацию свищевых ходов биологическими клеями, заполнение их синтетическими материалами и т.д. В этом аспекте следует еще раз обсудить само понятие «экстрасфинктерный свищ».

Заднепроходный сфинктер, как известно, построен из двух порций – тонкого, в среднем 2–2,5 см толщиной, кругового (кольцевого) внутреннего гладкомышечного жома и наружной многослойной поперечнополосатой мышцы. Внутренний сфинктер сохраняет постоянный тонус, замыкая задний проход, удерживая содержимое прямой кишки вне дефекации, а наружный жом, подчиняющийся воле, является главной силой, выталкивающей это содержимое во время стула. Как было сказано, рассечение только внутреннего сфинктера не приводит к снижению его тонуса, ибо мощный наружный жом удерживает весь круг внутренней мышцы, не дает широко разойтись краям разреза при дозированной внутренней сфинктеротомии. Другое дело – нарушение целостности наружного сфинктера, особенно его главной составляющей – петлевой мышцы, m. ruborectalis, что может привести к анальной недостаточности.

Понятие «экстрасфинктерный свищ» неоднозначно. Анатомические исследования (А.И.Когон, 1957; В.А.Аминова, 1970) показали, что внутренний источник парапроктита, будущего свища прямой кишки, всегда располагается на так называемой зубчатой линии анального канала, в зоне перехода кожного эпителия в кишечный. На этом уровне по вему периметру анального канала располагаются анальные сосочки («зубчики») и здесь же локализуются широкие дистальные углубленные участки («кармашки») морганиевых кишечных крипт (столбы Морганьи). На дне этих углублений открываются устья анальных желез, функция которых изучена недостаточно, но при довольно частых воспалениях слизистой оболочки прямой кишки (проктит, проктосигмоидит) высоко вирулентная прямокишечная инфекция может по этим железам проникать в клетчаточные параректальные пространства, вызывая острый парапроктит и свищи.



Названные отечественные анатомические исследования, оставшиеся почему-то вне поля зрения проктологов, показывают, что начальные, проксимальные участки анальных желез проходят в подкожно-подслизистом слое анального канала, т.е. кнутри от наружного сфинктера, прободая только внутренний жом. Далее, разветвляясь, эти железы могут огибать и наружный сфинктер, но их начальные, ближние к анальному каналу участки, повторяю, идут кнутри от основной массы наружного жома. Это подтверждено нами клинически (В.К.Ан, В.Л.Ривкин, 2002; В.Л.Ривкин и соавт., 2004) при многочисленных операциях по поводу острого парапроктита и свищей прямой кишки.

Первый этап операции при сложном параректальном свище состоит в иссечения маркированного витальной краской (метиленовый синий) свищевого хода снаружи до стенки прямой кишки. Здесь свищ отсекают и выполняют осторожное (чтобы не сделать ложный ход) зондирование его идущей в кишку культю под контролем введенного в кишку пальца. Как правило, при этом удается не только уточнить расположение внутреннего отверстия свища, но и убедиться в том, что этот остаток свища проходит кнутри от наружного сфинктера, через волокна внутреннего жома и, значит, может быть рассечен в просвет кишки. Формируется Г-образная или Т-образная рана, периферия которой может располагаться кнаружи от основной массы анального жома, а внутренняя часть, рассекаемая в просвет кишки, проходит в подкожной клетчатке. Эти операции подробно нами описаны и проиллюстрированы (В.Л.Ривкин и соавт., 2004), их исходы вполне удовлетворительны.

Вернемся к острому парапроктиту. Это первый этап заболевания и по идее именно на этой стадии, до образования свища, следует стараться выполнить радикальную операцию, но проблема не так проста. Специальных клиник неотложной проктологии пока мало, и если больные

со свищами прямой кишки так или иначе попадают к проктологам, то острый парапроктит оперируют в общехирургических стационарах или амбулаторно, где просто вскрывают абсцесс. И, как ни парадоксально, в таких условиях это правильно. Лучше только вскрыть гнойник и направить больного к проктологу, чем пытаться найти и санировать внутреннее отверстие абсцесса. Такие попытки, особенно повторные, как мы неоднократно наблюдали, не только не приводят к выздоровлению, но часто кончаются серьезной травмой заднепроходного сфинктера и анальной инконтиненцией, которая подчас намного неприятнее для больного, чем парапроктит. Если при свище, применяя маркировку, зондирование, фистулографию можно представить расположение основного хода свища, его разветвления и гнойные затеки, то при остром парапроктите, особенно при его рецидивных, глубоких и двусторонних вариантах, это сделать намного труднее. Хирург ориентируется непосредственно во время операции, когда из-за воспалительного отека тканей истинные размеры поражения и локализация внутреннего отверстия гнойника часто не определяются. Решение сделать одномоментную радикальную операцию или отложить ее до ликвидации острого воспаления может принять только опытный проктолог. В клиниках и отделениях неотложной проктологии острый парапроктит составляет основную нозологию, и здесь разрабатываются и применяются радикальные операции без нарушения функции сфинктера, в том числе у соматически ослабленных больных (С.В.Ремизов), но проблема остается. Оперируя острый парапроктит, при малейшем сомнении в объеме поражения и в локализации внутреннего отверстия гнойника лучше ограничиться вскрытием и дренированием абсцесса, оставляя решение о сроках и типе радикальной операции на будущее.