

ФИЗИОСФИНКТЕРОТЕРАПИЯ

Б.Н. Жуков, А.А. Чернов, Н.Н. Поликашин

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Перспективным и недостаточно изученным направлением является терапевтическое лечение хронического парапроктита.

Актуальность проблемы лечения экстрасфинктерных и высоких интрасфинктерных параректальных свищей обусловлена большим количеством осложнений.

Таким образом, очевидна необходимость поиска новых тактических и клинических подходов, способствующих повышению эффективности лечения и сокращению сроков нетрудоспособности больных сложными формами хронического парапроктита.

В работе обоснован алгоритм обследования больных хроническим парапроктитом, включающий высокоинформативное эндоректальное ультразвуковое сканирование.

Впервые в комплекс мероприятий предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации больных сложными параректальными свищами включены фотодинамическая терапия и лечебная гимнастика.

Ультразвуковое исследование прямой кишки и параректальной клетчатки использовалось как дополнительный метод, когда с помощью других методов невозможно было определить расположение свищевого хода. Основной целью ультразвукового исследования при сложных параректальных свищах являлось определение локализации внутреннего отверстия свища, расположения свищевого хода и его «слепых» ответвлений относительно анального сфинктера, выявление затеков в параректальной клетчатке.

Эндоректальное ультразвуковое исследование не проводилось при выраженном болевом синдроме, обусловленном хронической анальной трещиной или тромбозом внутренних геморроидальных узлов, а также при стенозированной стриктуре анального канала.

Исследования проводили по методике Л.П. Орловой (2001) на диагностическом ультразвуковом сканере Voluson 730 Expert фирмы «Женерал Электрик», работающем в реальном масштабе времени с получением изображения в 64 оттенках серого цвета. Сканирование перинальной области проводили с использованием высокочастотного датчика, прямой кишки – внутриполостным микроконвексным датчиком с номинальной рабочей частотой 7,5 МГц.

Ультразвуковая картина экстрасфинктерных свищей прямой кишки с наличием гнойных затеков характеризовалась полостями неправильной

Формы с наличием жидкости. Отмечалось уплотнение тканей по ходу свища, которые имели вид вытянутого тяжа с высокой плотностью.

С целью лучшей визуализации свищевых ходов использовали контрастирование его просвета 3% раствором перекиси водорода (Росен А. et al., 1998).

Ультразвуковое исследование было проведено 26 (41,3%) больными основной группы. У 10 пациентов исследование выполнено с контрастированием свищевых ходов, причем у 7 (70%) из них результаты исследования были неполными. Трансректальное и чреспромежностное ультразвуковое исследование с контрастным усилением выполнено у 10 больных. Во всех случаях свищевой ход контрастировался на протяжении с визуализацией внутреннего отверстия свища. У 9 (50%) пациентов выявлены гнойные затеки в параректальные клетчаточные пространства, которые не были выявлены другими методами исследования.

Показанием для хирургического лечения в основной и контрольной группе больных являлось наличие функционирующего более 3 месяцев экстрафинктерного или высокого чресфинктерного параректального свища I – IV степени сложности, отсутствие признаков острого воспаления параректальной клетчатки.

Абсолютным противопоказанием к плановой операции являлось обострение заболевания с наличием признаков острого парапроктита. В таких случаях проводили вскрытие острого парапроктита и дренирование гнойной полости.

Обработку полученных данных проводили с помощью прикладных программ Excel 2003 и Statistica 6.0 для Windows. Использовали параметрический (критерий t -Стьюдента) и непараметрические (критерий χ^2) методы статистики. Различия между группами считались статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза $P = 95\%$ и более. Для объективизации сравнительной оценки результатов лечения были применены принципы доказательной медицины (Котельников Г.П., Шпингель А.С., 2000).

Методика проведения фотодинамической терапии

В условиях операционной производится канюлирование наружного отверстия экстрафинктерного свищевых ходов тонким полиэтиленовым катетером. В свищевой ход под небольшим давлением вводится препарат фотосенсибилизатор «Фотодитазин» в количестве 1,5 – 2,5 мл 0,1% раствора. Введение препарата продолжается до выделения последнего из внутреннего отверстия параректального свища. После экспозиции в течение 60 – 90 минут в просвет свищевых ходов вводится световолокно, по которому в свищевой ход подается лазерное излучение.

Источником лазерного излучения является полупроводниковый лазерный аппарат «Кристалл М». Длина волны составляет 660 нм. Плотность энергии при облучении достигает 200 - 300 Дж/см². Длительность лазерного действия составляет 10 - 12 минут. Дополнительной обработке лазерным излучением подвергается область внутреннего отверстия параректального свища со стороны просвета прямой кишки в течение 10 минут.

После проведения сеанса ФДТ у всех больных отмечено уменьшение отека в анальной области и сокращение гнойного отделяемого из свищевого канала. Посев отделяемого из свища для определения вида патогенной флоры выполнен через 24 часа после сеанса ФДТ показал отсутствие роста бактерий у 53 (100%) больных.

В группе больных, которым была проведена ФДТ, в послеоперационном периоде наблюдалось значительное снижение частоты рецидивов операционных ран. Сроки дренирования гнойных полостей и заживления операционных ран сократились с $16,45 \pm 0,29$ дней в контрольной группе до $3 \pm 0,74$ дней в основной группе больных. Различия статистически достоверны ($p < 0,005$).

Осложнений после использования ФДТ при лечении больных хроническими формами хронического парапроктита в наших исследованиях не отмечено.

Комплекс лечебной гимнастики у больных хроническим парапроктитом

Комплекс лечебной гимнастики для реабилитации больных после лечения параректального свища разработан с учетом фаз послеоперационного периода. В предоперационном периоде больные участвуют в комплексе гимнастических упражнений, приобретают навыки обслуживания, необходимые в раннем послеоперационном периоде. Пациенты путем специальных тренировок учатся расслаблять мышцы таза при выполнении акта мочеиспускания в положении лежа. Главной задачей лечебной гимнастики в первой фазе послеоперационного периода (3 - 6 день после операции) является стимуляция моторики мочевого пузыря, предотвращение застойных явлений в малом тазу. Во второй фазе послеоперационного периода (7 - 8 день после операции) основной задачей лечебной гимнастики становится стимуляция мышц анального сфинктера и стимуляция моторики кишечника.

Разработанный комплексный метод лечения позволил не только уменьшить число послеоперационных осложнений, но и достоверно сократить сроки лечения больных. Среднее время пребывания в стационаре после операции в основной группе составило $13,71 \pm 1,23$ суток, в контрольной группе - $17,92 \pm 1,61$ суток. В среднем, больные основной

группы находились в стационаре на 4 суток меньше, чем пациенты контрольной группы.

Выводы

1. Ультразвуковое сканирование прямой кишки и параректальных клетчаток с использованием линейного и ректального датчиков является наиболее информативным и неинвазивным методом диагностики. Метод позволяет в 56,2% наблюдений выявить гнойные затеки в параректальных клетчаточных пространствах, которые не были диагностированы другими исследованиями.

2. Традиционные способы хирургического лечения больных сложными формами хронического парапроктита характеризуются высокой частотой ранних послеоперационных осложнений (до 26,1%), что связано с неизбежной микробной обсемененностью, нарушением кровообращения, натяжением тканей при перемещении слизисто-подслизистой лоскута.

3. Разработанный комплекс лечебных мероприятий для больных сложными формами хронического парапроктита включает в себя предоперационную фотодинамическую терапию, новую методику сфинктеросохраняющей операции и послеоперационную лечебную гимнастику. Он направлен на ускорение ликвидации воспалительного процесса, снижение травматичности операции, создание лучших условий для герметичного закрытия внутреннего отверстия свищевого хода, уменьшение натяжения тканей, улучшение кровообращения в слизисто-подслизистой лоскуте.

4. Результаты применения разработанного комплекса лечебных мероприятий, изученные с позиций доказательной медицины свидетельствуют о его высокой эффективности: частота ранних послеоперационных осложнений уменьшилась с 26,1% до 12,7% (снижение относительного риска 51,3%), улучшились клинические показатели течения раневого процесса, частота рецидива свища в отдаленные сроки уменьшилась с 14,1% до 3,8% (снижение относительного риска 73%).

Список использованных источников

1. Жуков Б.Н., Чернов А.А., Исаев В.Р., Савинков А.И., Кудряшов В.В., Поликашин Н.Н., Шамин А.В. Применение фотодинамической терапии в комплексном лечении больных со сложными формами хронического парапроктита // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы Второго съезда колопроктологов России с международным участием.- Уфа, 2007.- С.45-47.

2. Жуков Б.Н., Чернов А.А., Исаев В.Р., Савинков А.И., Кудряшов В.В., Поликашин Н.Н., Шамин А.В. Лечебная гимнастика в комплексном лечении больных со сложными формами хронического парапроктита // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы Второго съезда колопроктологов России с международным участием.- Уфа, 2007.- С.40-45.