

# Ūminio anorektinio pūlinio (paraproktito) gydymas: 10 metų patirtis

## Treatment of acute anorectal abscess (paraproctitis) – 10 years of experience

Donata Antanina Rusteikienė, Rima Žemaitaitienė, Antanas Norvaišis

*Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Chirurgijos klinika, Antakalnio g. 57, LT-2040 Vilnius*  
*El. paštas: zemrima@takas.lt*

---

### Išvadas / tikslas

Anorektinis pūlinys (paraproktitas) – dažna ūminė proktologinė liga, tačiau į klausimą, ar pūlinio pagrindą sudaranti fistulė turi būti likviduojama iš karto atveriant pūlinį, vienareikšmio atsakymo nėra. Mūsų darbo tikslas – pasidalyti ūminio anorektinio pūlinio gydymo patirtimi.

### Ligoniai ir metodai

Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje 1992–2002 m. buvo operuoti 852 ligoniai nuo ūminių anorektinių pūlinių, iš jų 56 (6,6%) – nuo anorektinių pūlinių recidyvų. Poodiniai anorektiniai pūliniai diagnozuoti 579 (68,0%), ischiorektiniai – 243 (28,5%), pelvirektiniai – 14 (1,6%), retrorektiniai – 16 (1,9%) ligonių. 454 (53,3%) ligoniams nustatytas pūlinio ryšys su užpakaline išangės kanalo kripta, 392 (46,0%) – su priekine. Šešiams ligoniams (0,7%) pūlinys buvo išplitęs abiejuose ischiorektiniuose tarpuose, todėl patikslinti pūlinio padėtį buvo neįmanoma.

Mūsų operacijos metodas susideda iš incizijos, pūlinio drenavimo, vidinės fistulės angos identifikavimo. Transsfinkterinių ir ekstrasfinkterinių fistulių atvejais naudojame pjaunamąją ligatūrą, kuri, išsivalius žaizdai, palaipsniui veržiama iki išsipjovimo per sfinkterį ar jo dalį. Už ligatūros vykstantis randėjimas sulipdo jau perpjautas sfinkterio skaidulas, neleidžia susidaryti jo defektui. Pagal santykį su išangės sfinkteriais intersfinkterinės fistulės buvo 299 (35,1%), transsfinkterinės – 383 (44,9%), ekstrasfinkterinės – 86 (10,1 %) atvejais. Vidinė anga nerasta 84 (9,9%) atvejais.

1992–1995 m. operacijos ligatūriniu metodu sudarė 25,7%, 1999–2000 m. – 46,7%, 2001–2002 m. – 58,5% visų minėtų laikotarpiais atliktų ūminio anorektinio pūlinio operacijų. Dviem ligoniams, kuriems buvo ischiorektiniai pūliniai su plačiais nekrozės plotais tiesiosios žarnos sienelėje, virš analinio kanalo buvo suformuotos kolostomos.

### Rezultatai

40 (4,7%) ligonių dėl flegmonų, plintančių į gretimas sritis, buvo dar kartą operuoti tos pačios hospitalizacijos metu. Dviem ligoniams dėl likusių plačių paviršinių defektų, išsivalius žaizdoms tarpvietėje, šlaunų srityse buvo atliktas odos persodinimas. Mirė 6 ligoniai (4 iš jų buvo pelvirektinis pūlinys). Mirštamumas – 0,7%.

### Išvados

1. Radikali ūminio anorektinio pūlinio operacija likviduojant fistulę iki minimumo sumažina atkryčių skaičių.

2. Mūsų chirurgijos klinikos metodu ūminį anorektinį pūlinį rekomenduotume operuoti gydytojams koloproktologams.
3. Spinalinė nejautra yra tinkama ūminio anorektinio pūlinio operacijai.

**Prasminiai žodžiai:** anorektinis pūlinys, paraproktitas.

---

### Background / objective

Anal abscess is a frequent acute proctological disorder, and whether the underlying fistula should be treated at the same time when the abscess is drained remains controversial. Our purpose is to describe our experience in treatment of acute anorectal abscess.

### Patients and methods

At the Vilnius University City Hospital from 1992 to 2002 852 patients with anorectal abscesses were operated on. Of them, 56 (6.6%) had undergone previous abscess surgery. The following forms of anorectal abscesses were diagnosed: subcutaneous – 579 (68.0%), ischioanal – 243 (28.5%), pelvirectal – 14 (1.6%), retroanal – 16 (1.9%). There were 454 (53.3%) posterior, 392 (46.0%) anterior and 6 (0.7%) circular anorectal abscesses. Our method includes incision, drainage of abscess and identification of internal fistulous opening. Transsphincteric and extrasphincteric fistulae are treated with silk ligature. Silk ligature is tightened to slowly cut through the sphincter, while scarring behind it prevents significant separation of the sphincter muscle. Fistulous ways were intersphincteric in 299 (35.1%), transsphincteric in 383 (44.9%), and extrasphincteric in 86 (10.1%) cases. In 84 (9.9%) patients internal opening was not found. In 1992–1995 we used silk ligature in 25.7%, in 1999–2000 in 46.7%, and in 2001–2002 in 58.5% of patients operated on. Colostomy was performed for two patients with ischioanal abscess with wide rectum necrosis above the anal canal.

### Results

40 (4.7%) patients were reoperated for spreading phlegmon. For two patients dermatoplasty was performed after necrectomies. Six patients died after the operations because of thromboembolic and septic complications.

### Conclusions

1. Radical operation of anorectal abscess and fistula reduces the possibility of recurrent abscess and need for further surgery.
2. Only coloproctologists can use our radical method of anorectal abscess operation in their practice.
3. Spinal anesthesia is enough for operation of acute anorectal abscess.

**Keywords:** anorectal abscess, paraproctitis

---

### Įvadas

Anorektinis pūlinys (paraproktitas) yra dažna ūminė proktologinė liga. Pagrindinė ūminio anorektinio pūlinio priežastis – išangės liaukų infekcija. Į kiekvieną išangės kriptą atsiveria 6–8 liaukos. Liaukų latakėlių obstrukcija gali sukelti stazę, o prisidėjus infekcijai, susidaro pūlinys, kuris gali plisti keliomis kryptimis. Kriptoje liaukos latako atsivėrimo vietoje susidaro vidinė fistulės anga, o pagal liaukos latako eigą formuojasi fistulės kanalas. Ūminis anorektinis pūlinys gali

susidaryti ir dėl uždegiminių tiesiosios žarnos ligų, hemorojaus, išangės įplėšos, traumos.

Pūlinio gydymas yra skubi operacija. Tačiau vis dar lieka diskutuotina, ar operuojant ūminį anorektinį pūlinį tikslinga ieškoti infekcijos vartų – vidinės angos išangės kanalo kriptoje bei atlikti pirminę fistulotomiją. Pateikiama prieštaringų argumentų. Teigiama, kad 1/3–2/3 ligonių atvėrus anorektinį pūlinį lėtinė anorektinė fistulė nesusidaro, nors statistiniai duomenys rodo, kad dažnai anorektinis pūlinys atsinaujina

ar pereina į lėtinę anorektinę fistulę [1, 2, 3, 4, 5]. Atlikus pirminę fistulotomiją, mažėja ligos atkryčių ir kartotinių operacijų skaičius, bet galimi išangės sfinkterių pažeidimo atvejai [1, 6, 7, 8].

Norime pasidalyti ūminio anorektinio pūlinio gydymo 10 metų patirtimi. Gydymo esmę sudaro radikali pūlinio atvėrimo operacija, vidinės fistulės angos identifikavimas ir pirminė fistulotomija.

### Ligoniai ir metodai

Atlikta retrospektyvi ligonių, 1992–2002 m. gydytų Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Chirurgijos klinikoje, ligos istorijų analizė. Duomenys rinkti pagal ligonių amžių, lytį, pūlinio lokalizaciją, fistulės vidinės angos padėtį, fistulės ryšį su išangės sfinkteriais, operacijos metodą, gulėjimo stacionare laiką, operuotų recidyvų skaičių.

Per šį 10 metų laikotarpį nuo ūminio anorektinio pūlinio buvo gydyti 852 ligoniai: vyrų – 652 (76,5%), moterų – 200 (23,5%). Ligonių amžius – nuo 16 iki 95 metų (daugiausia 30–60 metų ligonių – 70,5%). Ligonių amžiaus vidurkis – 49,1 metai.

Po operacijos nustatytos šios anorektinio pūlinio formos: poodinis – 579 (68,0%), ischiorektinis – 243 (28,5%), pelviorektinis – 14 (1,6%), retrorektinis – 16 (1,9%).

Laikantis Goodsall taisyklės užpakaliniai pūliniai rasti 454 (53,3%) ligoniams, priekiniai pūliniai – 392 (46,0%). Šešiais atvejais (0,7%) pūlinys buvo išplitęs ischiorektiniuose tarpuose, todėl jį priskirti kuriai nors iš šių padėčių buvo neįmanoma (cirkuliarus pūlinys).

Pasagos formos anorektiniai pūliniai diagnozuoti 42 atvejais.

Pagal operacijos metu nustatytą santykį su išoriniu ir vidiniu sfinkteriais intersfinkterinės fistulės rastos 299 (35,1%), transsfinkterinės – 383 (44,9%), ekstrafinkterinės – 86 (10,1%). Vidinės fistulės angos neradome 84 (9,9%) atvejais.

*Operacijos metodas.* Nuskausminimas – spinalinė nejautra. Ūminio anorektinio pūlinio operacija susideda iš dviejų etapų – pūlinio atvėrimo, sanavimo ir vidinės angos arba infekcijos vartų likvidavimo. Operuojant ligonį, nustatomas pūlinio ryšys su priekine ar užpakaline išangės kanalo kriptomis. Tuo tikslu pūlinys punktuojamas, paimama pūlių pasėliui, į

pūlinio ertmę sušvirksčiama metileno mėlio su 3% vandenilio peroksidu, randama tiesiosios žarnos fistulė. Operacijos metu atveriamas anorektinis pūlinys ar atliekama fistulektomija iki sfinkterio. Tolesnė operacijos eiga priklauso nuo fistulės kanalo santykio su sfinkteriais. Esant intersfinkterinei fistulei atliekama žarnos sienelės su kripta ekscizija Gabrielio būdu ir fistulotomija. Jeigu fistulės kanalas eina tarp sfinkterio skaidulų arba apie sfinkterį, fistulotomija atliekama naudojant pjaunamąją ligatūrą. Per sfinkterinę fistulės kanalo dalį perverinama antro numerio šilko ligatūra ir perrišamas sfinkteris arba jo dalis. Užpakalinio anorektinio pūlinio atveju sfinkteris perrišamas vidurinėje linijoje, o priekinio – arčiausiai pūlinio. Ligatūra kartotinai veržiama tik išsivalius ir pradėjus granuluoti žaizdai. Esant retrorektiniam arba užpakaliniam pasagos formos pūliniui, pakankamam pūlinio drenavimui užtikrinti perpjaunamas *lig. anococcygeum*.

Pastaraisiais metais mūsų klinikoje labai padaugėjo ligonių, gydomų ligatūriniu metodu. 1992–1995 m. nuo ūminio anorektinio pūlinio ligatūriniu metodu buvo gydyti 25,7% ligonių, o 1996–1998 m. – jau 42,1%, 1999–2000 m. – 46,7%, 2001–2002 m. – 58,5%. Pradėjus plačiau taikyti ligatūrinį metodą, sumažėjo recidyvinių anorektinių pūlinių skaičius. 1992–1995 m. buvo 29 (9,9%) recidyvinio anorektinio pūlinio atvejai, 1996–1998 m. – 8 (3,4%), 2001–2002 m. – 11 (7,7%). Per minėtą 10 metų laikotarpį recidyvinis anorektinis pūlinys diagnozuotas 56 (6,6%) ligoniams iš visų operuotųjų.

Jei anorektinis pūlinys išplitęs (putridinis) ir ligonio būklė sunki, atliekamos tik incizijos, nekrektomijos ir drenavimas. Priklausomai nuo bendros ligonio būklės skiriami antibiotikai, bendras stiprinamasis gydymas, perrišimai keletą kartų per dieną, hiperbarinė oksigenacija, o prireikus dar kartą operuojama – atliekamos kartotinės incizijos, nekrektomijos.

### Rezultatai

Ūminio anorektinio pūlinio gydymas kartais būna gana sudėtingas. 40 (4,7%) ligonių tos pačios hospitalizacijos metu buvo kartotinai operuoti dėl neišnykstančių pūlinių ar į gretimas sritis plintančios flegmonos. Atliktos incizijos, nekrektomijos, drenavi-

mas. Dauguma ligonių kartotinai operuoti vieną kartą, tačiau buvo operuotų net keturis kartus. Kad šiuos ligonius turi operuoti patyrę specialistai, iliustruoja keli toliau aprašomi gydymo atvejai.

Lig. Z. G., 38 metų vyras (lig. ist. Nr. 5725; 1997 m.), atvyko sunkios būklės dėl peritonito ir anorektinio pūlinio. Ligonis skubos tvarka operuotas, atvertas ir drenuotas pelviorektinis pūlinys, atlikta laparotomija, kurios metu nustatytas pseudoperitonitas dėl dubens pilvaplėvės dirginimo. Ligonis pasveiko.

Dviem ligoniams dėl ischiorektinio anorektinio pūlinio operacijos metu buvo suformuota kolostoma. Lig. S. K., 76 metų moteris (lig. ist. Nr. 887; 1997 m.), atvyko itin sunkios būklės dėl užleisto ischiorektinio pūlinio. Ligonė buvo operuota, atlikta abscesotomija, nekrektomija, drenavimas. Dėl didelio nekrozės ploto ir plačios angos tiesiosios žarnos sienelėje, einančios ir virš levatorių, operacijos metu buvo suformuota kolostoma. Po operacijos ligonė 5 paras gydyta reanimacijos skyriuje. Gyjant pooperacinei žaizdai susiformavo ekstrastinkerinė fistulė. Dėl sunkios bendros būklės (po insulto) nevaikšanti ligonė kartotinai neoperuota. Į namus išvyko su kolostoma.

Lig. V. T., 51 metų vyras (lig. ist. Nr. 2136; 2001 m.), atvyko itin sunkios būklės. Jam buvo užleistas ischiorektinis pūlinys su plačiu tiesiosios žarnos sienelės nekrozės plotu. Ligonis operuotas, atlikta abscesotomija, nekrektomija, drenavimas. Dėl plačios aukštos vidinės fistulės angos (virš išangės kanalo) operacijos metu buvo suformuota kolostoma. Po 2 mėn. visiškai užgijus išangės srities žaizdai, kolostoma buvo uždaryta.

Dviem ligoniams po plačių nekrektomijų išsivalius žaizdoms atlikta dermatoplastika. Ligonis A. V., 50 metų vyras (lig. ist. Nr. 812; 1995 m.), perkeltas iš rajoninės ligoninės tin sunkios būklės dėl putridinės infekcijos sukkelto transsfinkterinio užpakalinio anorektinio pūlinio. Išplitus flegmonai į tarpvietę, priekinę pilvo sieną, šlaunį, sėdmenį, ligonis operuotas 4 kartus, atliktos incizijos, nekrektomijos, drenavimas. Penktos operacijos metu ligoniui buvo persodinta oda ant plačių šlaunies ir pakinklio defektų. Po ilgo gydymo ligonis pasveiko. Praėjus vieneriems metams po operacijos, išliko keloidiniai randai, sfinkterio pektinozė.

Lig. V. D., 43 metų vyras (lig. ist. Nr. 1751; 2001 m.), buvo operuotas nuo flegmonos, išplitusios

į tarpvietę, priekinę pilvo sieną, šlaunis. Po nekrektomijų atlikta dermatoplastika.

Vienas iš predisponuojančių ūminio anorektinio pūlinio veiksnių yra hemorojaus mazgai. 40 ligonių, operuodami ūminį anorektinį pūlinį su transsfinkterine fistule, pašalinome didelius hemorojaus mazgus. Hemoroidektomija atliekama, kai hemorojaus mazgas yra įdegęs, didelis ar trukdo atlikti eksciziją. Manome, kad ūminio, ypač išplitusio anorektinio pūlinio atvejais hemoroidektomijos daryti nereikėtų.

Mirė 6 ligoniai. Mirtštamumas – 0,7%. Pati sunkiausia anorektinio pūlinio forma – pelviorektinė. Iš minėtu laikotarpiu nuo šios anorektinio pūlinio formos gydytų 14 ligonių mirė 4 (28,6%): du ligoniai mirė nuo septikopiemijos, vienas – nuo retroperitoninės flegmonos, vienas – nuo trombinės embolijos iš blauzdos giliųjų venų į plaučių arteriją.

Per pastaruosius dvejus metus vidutinis gulėjimo stacionare laikas – 13,8 dienos. Vidutinį gulėjimo laiką labai pailgina ligoniai, gydomi stacionare 29, 33, 40, 43, 52, 67, 91 parą.

Iš pūlių pasėlio dažniausiai išaugdavo *E. coli*.

## Diskusija

Labai svarbu laiku diagnozuoti ir gydyti anorektinį pūlinį, nes šia liga serga darbingiausio amžiaus žmonės. Dėl dubens anatominių savybių vyrai serga dažniau. Mūsų duomenimis, vyrų ir moterų skaičiaus santykis buvo 3,3:1.

Ūminio anorektinio pūlinio klinika priklauso nuo ligos formos. Esant poodiniam anorektiniam pūliniui, vyrauja pūliniui būdingi vietiniai simptomai, o esant giliems pūliniams – bendri pūlinės ligos simptomai (hektinis karščiavimas, šaltkrėtis, ryški intoksikacija, ryškūs uždegiminiai kraujo pokyčiai, bendras silpnumas, šlapinimosi sutrikimai, viduriavimas, kartais skausmai apatinėje pilvo dalyje, skausmas pagal sėdimąjo nervo eigą). Vietiniai simptomai ischiorektinio anorektinio pūlinio atveju atsiranda 4–5 parą, o esant pelviorektiniam pūliniui – 6–7 parą. Galbūt tuo galima paaiškinti, kad ligoniai į stacionarą atvyksta pavėluotai, nes kol nėra vietinių simptomų, sunkiau nustatoma tiksli diagnozė.

Prieš operaciją anorektinio pūlinio padėčiai, fistulės vidinei angai ir jos kanalo eigai nustatyti naudojami įprastiniai tyrimai: išeinamosios angos ir tarpvie-

tės apžiūra, išeinamosios angos, išangės kanalo, apatinės tiesiosios žarnos dalies digitalinis tyrimas, proktoskopija, fistulės kanalo tyrimas zondų. Endoanalinis ultragarsinis tyrimas skiriamas tada, kai fistulės labai sudėtingos ir operuojamos nebe pirmą kartą. Juo galima nustatyti ryškius sfinkterio defektus, reklasifikuoti aukštą ar žemą fistulės padėtį, šis tyrimas gali nulemti chirurginio gydymo taktikos pasirinkimą, jei kyla abejonių [9, 10]. Šio tyrimo duomenų pagrindu 38% atvejų buvo pasirinktas konservatyvesnis gydymo būdas. Endoanalinio ultragarsinio tyrimo duomenys ir operaciniai radiniai sutampa apie 84% atvejų [11].

Siekiant išsiaiškinti sfinkterio funkcijos silpnumo požymius, būtina kruopščiai surinkti ligonio anamnezę ir prieš operaciją atlikti sfinkterių manometriją. Manoma, kad subkliniškas sfinkterio funkcijos silpnumas būdingas 2% kliniškai sveikų suaugusiųjų ir 7% asmenų, vyresnių nei 65 metų.

Antra vertus, ar yra pakankamas pagrindas minėtam tyrimui, jeigu pacientas nesiskundžia sfinkterio funkcijos nepakankamumu? [12]. Esant ūminiam pūliniui, dėl ryškaus skausminio sindromo šis tyrimas būna netikslus. Tais atvejais gelbsti kruopščiai surinkta anamnezė ir kliniškai įvertinta sfinkterių funkcija. Sumažėję analinės manometrijos rodikliai svarbūs pasirenkant gydymo taktiką [7]. Nors fistulės kanalo atvėrimas yra paprastas ir veiksmingas intersfinkterinių pūlinių operavimo būdas, jis turi būti taikomas atsargiai, jei išangės rauko ramybės būsenos slėgis yra sumažėjęs.

Kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso indikacijos yra ribotos, brangūs tyrimai skiriami retai. Fistulografijos būdu dažnai užpildoma tik dalis anorektinės fistulės kanalų. Fistulės pobūdžio, vidinės angos identifikavimas tęsiamas operacijos metu tikamai nuskausminus.

Savo darbe anorektines fistules pagal santykį su išangės sfinkteriais skirstėme į intersfinkterines, transsfinkterines ir ekstrasfinkterines.

Literatūroje [13] aprašoma modifikuota Parkso anorektinių fistulių klasifikacija, pagal kurią fistulės skirstomos atsižvelgiant į jų santykį su išoriniu ir vidiniu sfinkteriais, puborektiniais raumenimis, levatoriais.

1. Intersfinkterinė fistulė. Jos pagrindinis kanalas yra intersfinkteriniame tarpe.

2. Transsfinkterinė fistulė. Jos pagrindinis kanalas eina per išorinį ir vidinį sfinkterius įvairiuose lygiuose, bet visuomet žemiau puborektinio raumens.

3. Suprasfinkterinė fistulė. Jos pagrindinis kanalas eina per ar virš *m. puborectalis* ir baigiasi išangės kanale.

4. Ekstrasfinkterinė fistulė. Jos pagrindinis kanalas aplenkia sfinkterius ir baigiasi tiesiojoje žarnoje, bet ne išangės kanale.

Kiti autoriai dar skiria paviršines fistules [6, 14]. Lentelėje pateikiame kai kurių autorių fistulių klasifikavimo pagal santykį su išangės sfinkteriais duomenis.

Operacijos ar konservatyvaus gydymo būdo pasirinkimo pagrindinis kriterijus – maksimaliai išsaugo-

**Lentelė.** Anorektinių fistulių klasifikacija pagal santykį su išangės sfinkteriais (kai kurių autorių duomenimis)

<i>Autorius, šalis, metai</i>	<i>Paviršinės</i>	<i>Intersfinkterinės</i>	<i>Transsfinkterinės</i>	<i>Suprasfinkterinės</i>	<i>Ekstrasfinkterinės</i>	<i>Pastaba</i>
Mylonakis E ir kt. (Graikija) 2001 m. [7]	–	55%	42%	3%	–	–
Lengyel AJ ir kt. (Anglija) 2002 m. [10]	–	32%	63%	5% (pogleivinės ir suprasfinkterinės)	–	–
Malouf AJ ir kt. (Anglija) 2002 m. [6]	11%	31%	53%	3%	2%	–
Munoz-Villasmil J ir kt. (JAV) 2001 m. [14]	20%	33%	38%	3%	6% (daugybiniiai kanalai)	–
Giul'mamedov FI ir kt. (Rusija) 2001 m. [15]	–	34%	12%	–	54%	–
Norvaišis A ir kt. (Lietuva) 1999 m. [16]	–	39,3%	37,6%	–	12,3%	Vidinė anga nerasta 10,8%

ti sfinkterių funkciją, užtikrinti greitą sveikimą ir gyvenimo kokybę. Pasirinkdami operaciją turime atsižvelgti ir į šalutinius pūlinio atsišakojimus, kurie gali būti aukšti, priekiniai ar užpakaliniai, pasagos formos, būti intersfinkteriniame, ischiorektiniame ar pelvio-rektiniame tarpe. Dėl aukštų supralelevatorinių užtėkųjų operacijos tampa ypač sudėtingos.

Anorektinis pūlinys – dažna ūminė proktologinė liga, tačiau į klausimą, ar jo priežastis – fistulė turi būti gydoma iš karto atveriant pūlinį, vienareikšmio atsakymo nėra. Atveriant ir drenuojant pūlinį, fistulės likvidavimui galima pasirinkti drenuojamąją ligatūrą, pjaunamąją ligatūrą, fistulotomiją, vidinės angos užsiuvimą.

Vidinė fistulės anga operuojant anorektinį pūlinį randama trečdaliui (28,2–35%) ligonių, todėl dauguma autorių yra tos nuomonės, kad reikia operuoti radikaliai [17,18]. Atliekant tik inciziją ir drenavimą esant vidinei fistulės angai, padidėja recidyvinio pūlinio rizika [1, 5, 19]. Yra keletas argumentų prieš radikalią operaciją pūlinio drenavimo metu: 1) daugiau negu pusei ligonių, kurie operuojami nuo anorektinio pūlinio pirmą kartą, fistulė nesusidarys, todėl pakanka incizijos ir drenavimo [5]; 2) jeigu ieškoma vidinės fistulės, nebepakanka vietinės nejautos; 3) jei vidinės fistulės angos nerandama, beieškant galima padaryti papildomą fistulę. Tačiau gydant radikaliai pašalinama vidinė fistulė, sutrumpėja gydymo laikas. Jeigu ūminiai ischiorektiniai pūliniai gydomi drenuojant pūlinio ertmę sukėlus vietinę nejautrą ir nelikviduojama vidinė fistulės anga, dalis šių ligonių (26%) gydoma vėliau nuo fistulių ir 26% susidaro recidyviniai pūliniai [20]. S. W. Cox ir bendraautoriai [21] ischiorektinį anorektinį pūlinį rekomenduoja gydyti radikaliai, operacijos metu nustatyti vidinę fistulės angą (vidinė fistulės anga randama 68,8% atvejų), atlikti inciziją, drenavimą ir fistulotomiją, nes tada recidyvų būna mažiau. Recidyvai pasireiškė 44% ligonių po incizijos ir drenavimo, o po incizijos, drenavimo ir fistulotomijos – 21,1%. Panašius duomenis pateikia Helsinkio centrinės universitetinės ligoninės gydytojai K. P. Hamalainen, A. P. Sainio: nedarant fistulotomijos fistulė atsinaujina 37% ligonių, o pūlinys – 10% ligonių [5]. Suprasfinkterinių ir ekstrasfinkterinių fistulių populiariausias gydymo būdas yra pjaun-

namoji ligatūra. Aukštomis transsfinkterinėms fistulėms gydyti siūlomos ir kitos metodikos. W. T. Knoefel [2] duomenimis, simultaniinė fistulotomija, atlikta abscesotomijos metu, recidyvų skaičių pirminių operacijų metu sumažino nuo 34% iki 4%, o ligonių, operuotų nuo recidyvų, grupėje – nuo 67% iki 0%. Tas pats autorius daro ir kitą išvadą: 3% atvejų po operacijų atsirandantis sfinkterio funkcijos nepakankamumas ryškėja priklausomai ne tiek nuo atliktos fistulotomijos, kiek nuo ligos recidyvų skaičiaus, todėl visos metodikos turi būti nukreiptos išvengti recidyvų ir išsaugoti išangės sfinkterių funkciją.

Intrasfinkterinė fistulė gydoma fistulotomija [3, 21, 22]. Žema transsfinkterinė fistulė taip pat turi būti operuojama atveriant abscesą (daroma fistulotomija). Pirminis fistulės kanalo atvėrimas ir vėlesnis fistulės kanalo gydymas turi būti taikomas esant aukštomis transsfinkterinėms ar suprasfinkterinėms fistulėms. Jeigu transsfinkterinė fistulė operuojama vienmomentės fistulotomijos būdu, kyla didelis išmatų nelaikymo pavojus. Palaipsniui perpjaunant sfinkterio skaidulas ligatūra, sumažėja šios komplikacijos rizika ir išvengiama fistulės recidyvo [22].

Po fistulotomijos su pjaunamąja ligatūra įvairaus laipsnio sfinkterio funkcijos nepakankamumas, literatūros duomenimis, pasitaiko nuo 0% iki 63% atvejų [2, 4, 6, 7, 8, 23, 24]. Klausimynais, pokalbiais telefonu vertinant gyvenimo kokybės pokyčius po fistulotomijos, išsiaiškinama sfinkterių funkcija, nustatomas fekalinės kontinencijos sutrikimo laipsnis, įklotų reikalingumas, gyvenimo sąlygų pasikeitimas, psichosocialiniai veiksniai. Fekalinės kontinencijos sutrikimo indeksas parodo gyvenimo kokybės pokyčius po fistulotomijos. Jeigu indeksas yra didesnis negu 30, galima konstatuoti, kad gyvenimo kokybė ryškiai pablogėjo [25].

Mūsų klinikoje dažnesnį ligatūrinio metodo taikymą (nuo 25,7% 1996–1998 m. iki 58,5% 2001–2002 m.) galime aiškinti tuo, kad anksčiau vengdavome gydyti ligatūriniu metodu priekinio anorektinio pūlinio fistulės, tačiau ilgai pradėjome taikyti šį metodą ir priekiniam anorektiniam pūliniui. Be to, esant užpakaliniam anorektiniam pūliniui, nors sfinkterio porcija ir maža, operuojame ligatūriniu metodu, kad palaipsniui perpjaunant sfinkterio skaidulas būtų išvengta sfinkterio funkcijos pažeidimo. Ligtūri-

nis sfinkterio laipsniško perpjovimo metodas, mūsų nuomone, yra vienintelis radikalus būdas gydyti transsfinkterinę ar ekstrasfinkterinę fistulę esant ūminiam anorektiniam pūliniui. Šį metodą taikome tiek priekinio, tiek užpakalinio anorektinių pūlinių atvejais, atitinkamai reguliuodami ligatūros išsijovimo laiką.

Recidyvų sumažėjimą siejame su tuo, kad daugiau ligonių operuojame ligatūriniu metodu. Be to, Vilniaus mieste tik mūsų klinikoje yra specializuotas proktologijos skyrius, ir dauguma ligonių siunčiami operuoti pas mus. Žinoma, dalis tokių ligonių gali patekti ir į kitas klinikas, bet tikimės, kad jų nėra daug. Konsultuodami operuotus, turinčius skundų ligonius Vilniaus Antakalnio poliklinikoje ir Vilniaus miesto universitetinės ligoninės priėmimo skyriuje, matome operacinio gydymo rezultatus.

Iš pūlių pasėlio rezultatų galima spręsti apie fistulės buvimą [26]. Jeigu iš pūlių pasėlio auga mikrobai, nesusiję su žarnyno flora, tai pūlinys neturi fistulės, jeigu pūlių pasėlyje auga žarnyno flora, galima įtarti fistulę (54,4%) [27].

Mes rekomenduojame skirti antibiotikus, veikiančius *E. coli*, nes 90,1% ligonių nustatėme vidinę fistulės angą, be to, *E. coli* iš pūlių pasėlio išaugo 54,5% atvejų.

Mūsų nuomone, radikali ūminio anorektinio pūlinio operacija padeda išvengti recidyvinio pūlinio ar fistulės. Tačiau ligonių gyvenimo kokybė po mūsų atliktų radikalių ūminio anorektinio pūlinio operacijų ištirta nepakankamai. Duomenys apie ligonių, operuotų per pastaruosius dvejus metus, vėlyvuosius gydymo rezultatus šiuo metu renkami anketinės apklausos būdu: siekiama išsiaiškinti tiesiosios žarnos sfinkterių būklę, dujų, išmatų nelaikymą. Detaliai įvertinti sfinkterių funkciją trukdo tai, kad neturime galimybės atlikti manometrijos.

## LITERATŪRA

1. Zykas V, Pavalkis D. Storosios žarnos chirurginės ligos. Vilnius, 1999; p. 84–94.
2. Knoefel WT, Hosch SB, Hoyer B, Izbicki JR. The initial approach to anorectal abscesses: fistulotomy is safe and reduces the choice of recurrences. *Dig Surg* 2000; 17(3): 274–278.

Operuojant anorektinius pūlinius ar lėtines fistules, rekomenduojama atlikti pūlinio ar fistulės kanalo sienelių fragmentų patologinius-histologinius tyrimus [28, 29]. Literatūroje aprašomi perianalinės mucinės adenokarcinomos atvejai. Tai labai piktybiškas auglys, kliniškai dažnai painiojamas su gerybinėmis analinės srities ligomis. Jis pasitaiko retai ir sudaro 3–11% visų analinės srities vėžio atvejų. Metastazuoja pirmiausia į paviršinius kirkšnies ir retrorektinius limfmazgius. Gydomas spinduline ir chemoterapija, po to atliekama abdominoperinealinė rezekcija.

Lėtinių fistulių atveju kanalo sienelių fragmentus visada siunčiame patologiniam-histologiniam tyrimui, o esant ūminiam anorektiniam pūliniui – jei audiniai atrodo įtartini. Piktybinio auglio nė vienu atveju nekonstatuota.

Mūsų nuomone, labai svarbi tinkama priežiūra po operacijos. Ypatingą dėmesį reikia skirti ligonių perrišimams po ligatūros išsijovimo. Žaizda turi gyti nuo dugno, todėl ją reikia taisyklingai tamponuoti. Dėl per greito žaizdos kraštų sulipimo (labai greitai sulimpa paskutinė perpjautoji sfinkterio dalis), netgi tinkamai išoperavus ligonį, susidaro lėtinės vidinės ar pilnos fistulės, o vėliau ir recidyviniai pūliniai. Todėl poliklinikose dirbantys chirurgai turi žinoti, kaip reikia gydyti proktologinius ligonius, arba tokius ligonius turi gydyti koloproktologas.

## Išvados

1. Ūminio anorektinio pūlinio radikali operacija (atvėrimas, sanavimas, vidinės angos likvidavimas) iki minimumo sumažina recidyvų skaičių.
2. Mūsų klinikos metodu ūminį anorektinį pūlinį rekomenduotume operuoti gydytojams koloproktologams.
3. Spinalinė nejautra yra tinkama ūminio anorektinio pūlinio operacijai.

3. De Lorenzi D. Anorectal abscess and fistula. *Ther Umsch* 1997; 54(4): 197–201.
4. Oliver I, Lacuera FI, Perez VF, Arnoyo A, Ferrer R, Camado P, Candele F, Calpene R. Minez. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and wit-

hout fistula track treatment. *Surg Clin North Am* 2002; 82(6): 1139–1151.

5. Hamalainen KP, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(11): 1357–1362.

6. Malouf AJ, Buchanan GN., Carapeti EA, Rao S, Guy RI, Westcott E, Thomson JP, Cohen CR. A prospective audit of fistula-in-ano at St. Mark's hospital. *Colorectal Dis* 2002; 4(1): 13–19.

7. Mylonakis E, Katsios C, Godevenos D, Nonsias B, Kappas AM. Quality of life of patients after surgical treatment of anal fistula: the role of anal manometry. *Colorectal Dis* 2001; 3(6): 417–421.

8. Joy HA, Williams JG. The outcome in surgery for complex anal fistula. *Colorectal Dis* 2002; 4(4): 254–261.

9. Gastafsson UM, Kohvecioglu B, Astrom G, Ahlstrom H, Graf W. Endoanal ultrasound or magnetic resonance imaging for preoperative assessment of anal fistula: a comparative study. *Colorectal Dis* 2001; 3(3): 198–197.

10. Lengyel AJ, Hurst NG, Williams JG. Preoperative assessment of anal fistulas using endoanal ultrasound. *Colorectal Dis* 2002; 6: 436–440.

11. Lindsay I, Humphreys MM, George BD, Mortensen NI. The role of anal ultrasound in the management of anal fistulas. *Colorectal Dis* 2002; 4(2): 118–122.

12. Isbister WH. Fistula in ano : a surgical audit. *Int J Colorectal Disease* 1995; 10: 235.

13. Rosa G, Lolli P, Vicenzi L, Bottura D, Castellini C. Anal fistula. *Proktologija* 2002; 2(02): 185–187.

14. Munoz-Villasmil J, Sands L, Hellinger M. Management of perianal sepsis in immuno-suppressed patient. *Am Surg* 2001; 67 (5): 484–486.

15. Giuľmamedov FI, Shalamov VJ, Polunin GE, Volkov VI, Giuľmamedov PF, Kukhto GK, Karpenko J V. Surgical treatment of combined trans-sphincter and extra-sphincter rectal fistula. *Klin Khir* 2001; 7: 46–48.

16. Norvaišis A, Rusteikienė D, Žemaitaitienė R, Keblas R. Ūminio paraproktito gydymas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 1999; 5(3): 456.

17. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. *Dis Colon Rectum* 1984; 27(9): 593–597.

18. Vrzgula A, Bober J, Val'ko M. Simultaneous treatment of an anal abscess and fistula. *Rozhl Chir* 1996; 75(4): 219–221.

19. Tang CL, Chew SP, Seow-Choen F. Prospective randomized trial of drainage alone vs. drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(12): 1415–1417.

20. Beck DE, Fazio VW, Lavery IC, Jagelman DG, Weakley FL. Catheter drainage of ischioanal abscesses. *South Med J* 1988; 81(4): 444–446.

21. Cox SW, Senagore AJ, Luchtefeld MA, Mazier WP. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischioanal abscess. *Am Surg* 1997; 63(8): 686–689.

22. Eitan A, Duek DS, Barzilai A. The seton in the treatment of trans-sphincteric anal fistulas. *Harefuah* 1990; 119(5–6): 134–136.

23. Hamalainen KPJ, Sanio AP. Cutting seton for anal fistulas. High risk of minor control defects. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(12).

24. Isbister WH, Nasser Al Sanea ChB, The cutting seton. An experience at King Faisal Specialist Hospital. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 722–727.

25. Cavanaugh M, Hyman N, Oster T. Fecal incontinence severity index after fistulotomy. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 249–353.

26. Kufahl JW, Andreasen JJ. Microbiology related to anal abscess complicated with fistula formation. *Ugeskr Laeger* 1992; 154(20): 1428–1429.

27. Grace RH, Harper IA, Thompson RG. Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula-in-ano. *Br J Surg* 1982; 69(7): 401–403.

28. Schafflein DM, Stahl TJ, Smith LE. Perianal mucinous adenocarcinoma: unusual case presentation and review of the literature. *Dig Surg* 2003; 20(1): 69–71.

29. Marti L, Nussbaumer P, Breitbach T, Hollinger A. Perianal mucinous adenocarcinoma. A further reason for histological study of anal fistula or anorectal abscess. *Chirurg* 2001; 72(5): 573–7.

*Gauta: 2003-08-15*

*Printa spaudai: 2003-09-01*

## Nuomonė

Donatos Antaninos Rusteikienės, Rimos Žemaitaitienės ir Antano Norvaišio straipsnyje „Ūminio anorektinio pūlinio (paraproktito) gydymas: 10 metų

patirtis“ analizuojama kaip reta gausi medžiaga. Straipsnio autorių patirtis gydant ūminį paraproktitą yra didelė. Todėl ir gydymo taktikos pasirinkimas turint tokią gydymo patirtį negali kelti abejonių, ypač vertinant komplikacijų ir mirties atvejų dažnumą. Tai-



gi straipsnis neabejotinai vertingas ir naudingas gydytojams, kuriems tenka spręsti, kaip operuoti ūminį paraproktitą.

Nors straipsnyje išsamiai aprašoma paraproktito gydymo fistulės atvėrimu taktika, tačiau mažesnis ligo­nių, kurie kreipiasi dėl ligos atsinaujinimo, procentas neįrodo, kad ligatūrinis metodas tikrai sumažino recidyvų. Tai įrodyti būtų galima tik tikslesne statisti­ne analize aiškinantis, ar ligos recidyvų sumažėjimas yra statistiškai reikšmingas. Todėl pirmoji išvada lieka statistiškai neįrodyta, nors remdamiesi didele darbo patirtimi ja ir tikėtume (cituojama: „Ūminio ano­rektinio pūlinio radikali operacija (atvėrimas, sanavi­mas, vidinės angos likvidavimas) iki minimumo su­mažina recidyvų skaičių“).

Kadangi aprašyti labiausiai komplikuoti paraprok­titito atvejai padeda suvokti šios problemos sudėtingu­mą, antroji išvada, teigianti, kad didelę tokių operaci­jų patirtį turintis gydytojas turėtų pasiekti geriausių rezultatų, yra neabejotinai teisinga.

Operacijos taktikos aprašymas – vertingas patirties perdavimas, tačiau nepaminėti kiti įdomūs poopera­cinio gydymo aspektai, pavyzdžiui, kas kiek laiko bu­vo paveržiama ligatūra, per kiek laiko būdavo perpjau­namas sfinkteris. Žinoma, neakivaizdiniame ginče su paprastos incizijos šalininkais svarbus argumentas būtų kontinencijos sutrikimų analizė; straipsnio medžiaga neabejotinai suteiks stipresnę argumentą pasirenkant gydymo taktiką.

Nors diskusijoje mažokai analizuoti kitų gydymo bū­dų pranašumai ir trūkumai, šis straipsnis, išsamiai gvil­denantis problemą ir perteikiantis didžiulę ūminio pa­raproktito gydymo patirtį, be abejonės, naudingas visiems, kas susiduria su tiesiosios žarnos chirurgija.

**Dr. Gintautas Radžiūnas**

*Vilniaus centro universitetinės ligoninės  
Chirurgijos skyrius, Endoskopijos skyrius,  
Žygimantų g. 3, LT-2001  
El. paštas: gradziunas@hotmail.com*