

УДК 616-089:616-08

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

А.Л. Чарышкин, А.А. Солдатов, И.Н. Дементьев

*Ульяновский государственный университет
МБУЗ «Городская больница №2» г. Сочи*

В работе описаны результаты хирургического лечения 633 больных острым парапроктитом за период 2006–2010 гг. Проведена оценка течения и исхода заболевания у больных острым анаэробным парапроктитом.

Ключевые слова: парапроктит, свищ.

Введение. Большое число пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей во всем мире подтверждает актуальность гнойно-септических инфекций. Трудной и далекой от разрешения задачей во многих областях медицины является лечение таких больных [3].

По данным литературы, пациенты с острым парапроктитом составляют 0,5–4 % среди лиц с общей хирургической патологией и 20–40 % – в структуре проктологических заболеваний [4; 8].

Наиболее редкая и тяжелая форма острого парапроктита – анаэробный гнилостный парапроктит, который характеризуется агрессивным течением, чаще выявляется у ослабленных больных. Анаэробная инфекция параректальной клетчатки встречается в 1–5 % всех случаев гнойно-воспалительных поражений околопрямокишечной клетчатки [1; 2; 6; 7; 8]. Анаэробный парапроктит чаще возникает при недостаточном соблюдении правил гигиены в сочетании с сахарным диабетом [5; 8]. Кроме того, в литературе указываются и другие факторы, влияющие на системный иммунитет и предрасполагающие к развитию анаэробного воспаления параректальной клетчатки: аутоиммунные заболевания и прием стероидных гормонов, противоопухолевая химиотерапия, нейросенсорные заболевания, узелковый периартериит и т.д. [6; 8].

При остром анаэробном парапроктите наблюдаются крайне высокие показатели

летальности – от 13 до 80 % [1; 2; 5; 6; 7; 8]. Это обусловлено рядом причин: высокая степень инвазивности анаэробов; значительная токсичность анаэробов. Преобладание в болезнетворных комбинациях неклостридиальных грамотрицательных анаэробных микроорганизмов увеличивает тяжесть эндотоксикоза.

Ведущая роль в лечении гнойных ран любой локализации принадлежит хирургическому вмешательству, направленному на ликвидацию гнойного очага, удаление нежизнеспособных тканей, создание оптимальных условий для оттока раневого отделяемого, и антибиотикотерапии [8].

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения острого парапроктита.

Материалы и методы. В период 2006–2010 гг. под нашим наблюдением находилось 633 пациента с острым парапроктитом. У 589 (93,1 %) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки, у 44 (6,9 %) – анаэробная.

Средний возраст больных составил $54,2 \pm 1,6$ года.

Из сопутствующих заболеваний у 43 % пациентов имела место ишемическая болезнь сердца, у 38 % больных отмечена гипертоническая болезнь. Сахарный диабет I типа диагностирован у 12 % больных.

Всем пациентам проводили клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию,

бактериологическое исследование отделяемого ран и морфологическое исследование пораженных участков параректальной клетчатки.

Оперативное вмешательство выполняли по экстренным показаниям. Предоперационная подготовка проводилась крайне тяжелым больным в течении 1–3 часов.

Все пациенты были прооперированы в условиях тотальной внутривенной анестезии кетаминем и/или пропофолом и фентанилом с искусственной вентиляцией легких кислородно-воздушной смесью.

Выполняли вскрытие параректального абсцесса с учетом степени его сложности, отношения к волокнам сфинктера и ликвидацию его внутреннего отверстия в прямой кишке. При подкожно-подслизистых, ишиоректальных, интрасфинктерных парапроктитах, имеющих интрасфинктерное сообщение с просветом прямой кишки, выполняли вскрытие и дренирование гнойника с иссечением гнойного хода в просвет прямой кишки.

При ишиоректальных парапроктитах с трансфинктерным гнойным ходом выполняли вскрытие и дренирование гнойника с рассечением гнойного хода в просвет кишки. Дополнительными разрезами вскрывали затеки, дренировали, через внутреннее отверстие проводили лигатуру и затягивали. Подтягивание лигатуры производили в среднем на 4–5 сутки, отходила самостоятельно или ее удаляли на 11–14 сутки.

При анаэробном парапроктите вмешательство осуществляли через широкий разрез. Проводили тщательную

интраоперационную ревизию с оценкой объема поражения мягких тканей, демаркацию границ между измененными и здоровыми тканями, выявляли карманы и затеки. Удаляли все нежизнеспособные ткани. Операцию заканчивали струйным орошением раны растворами антисептиков и наложением повязки с гидрофильными мазями.

Антибиотикотерапию начинали за 30–40 мин до операции. Во всех случаях назначали клиндамицин в сочетании с гентамицином и метронидазолом. Проводили интенсивную детоксикационную, инфузионную, симптоматическую терапию, осуществляли зондовое питание энтеральными сбалансированными смесями.

После операции осмотр раневых поверхностей и перевязки выполняли несколько раз в сутки, в среднем 3–4 раза. У 8 (1,3 %) пациентов на 4–5-е сутки после основной операции были выявлены и вскрыты дополнительные затеки в параректальной клетчатке, на передней брюшной стенке и на бедре.

Сроки наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде составили от одного года до трех лет.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6.

Результаты и обсуждение.

Бактериологическое исследование проводили сразу при поступлении больных с острым парапроктитом. Производили пункцию гнойника или взятие посева отделяемого из гнойной полости при вскрытии абсцесса. В целом исследовано 212 пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Анализ микрофлоры из гнойной полости острого парапроктита

Микрофлора	Больные острым парапроктитом, n (%)
<i>Escherichia coli</i>	123 (58 %)
<i>Proteus</i>	14 (6,6 %)
<i>Staphylococcus aureus</i>	12 (5,7 %)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4 (1,9 %)
Прочие микробы	5 (2,3 %)
Рост микрофлоры не выявлен	12 (5,7 %)

Ассоциация 2-х микроорганизмов	42 (19,8 %)	Esch. coli	26
		Proteus	5
		Staph. Au.	6
		Klebsiella	4
		Прочие	10
Всего		212 (100 %)	

У 42 пациентов возбудителями гнойного процесса являлись ассоциации двух микроорганизмов, чаще ассоциации кишечной палочки с другими микробами: с протеем, с золотистым стафилококком, с

клебсиелой, при которых воспалительные процессы развивались более быстро и разрушительно из-за воздействия эндотоксинов.

Таблица 2

Показатели иммунного статуса у больных с острым парапроктитом

Показатели иммунитета	Больные острым парапроктитом, n=15	Здоровые лица, n=15
Лимфоциты (10^6 /л)	1692,1±103,3	2198±97,2
Полиморфноядерные лейкоциты (10^6 /л)	4297,3±414,2	4096,2±205
Т-лимфоциты (10^6 /л)	652,2±38,1	1244,5±102,4
В-лимфоциты (10^6 /л)	112,5±15,4	202,1±10,2
Т-хелперы (10^6 /л)	289±53,4	802±26,5
Т-супрессоры (10^6 /л)	178±44,1	611±56,2
ИРИ (Тх/Тс)	2,7±1,1	1,6±0,1
ЦИК – общая фракция (ед./дл)	159,1±9,2	147,3±6,4
ЦИК – термостабильная фракция (ед./дл)	23,2±2,4	41,3±1,5
Ig G (г/л)	14,6±0,5	11,1±0,9
Ig A (г/л)	3,7±0,2	1,8±0,1
Ig M (г/л)	2,1±0,2	1,6±0,1

Проведенные иммунологические исследования (табл. 2) у больных с острым парапроктитом выявили комплексные изменения клеточного и гуморального иммунитета, отражающие как стимуляцию, так и супрессию иммунокомпетентных клеток. Полученные нами результаты подтверждают, что острый гнойно-воспалительный процесс сопровождается иммуносупрессией Т-клеточного звена иммунитета (Т-лим-фоциты и их субпопуляции), стимуляцией неспецифического гуморального иммунитета (Ig).

При анаэробном парапроктите у

44 (6,9 %) пациентов заболевание протекало с гипертермией до 38 °С и выше, тяжелой эндогенной интоксикацией.

При госпитализации этой группы больных у 8 (18,2 %) были признаки анаэробного парапроктита кластридиальной этиологии. Тяжелая интоксикация с заторможенностью, гипотонией, олигурией, анемией.

Местные проявления: плотный отек над очагом поражения без четких границ, бледность кожного покрова с бронзовым оттенком или разлитыми синюшными пятнами, подэпидермальные пузыри, заполненные желтым экссудатом,

определялась подкожная крепитация.

После вскрытия абсцесса при кластридиальном анаэробном парапроктите мы наблюдали: зловонный запах, незначительное количество или полное отсутствие гнойного отделяемого, «безжизненный» вид раны, не позволявший визуально определить границы между пораженными и здоровыми тканями, которые не кровоточили, так как истинные размеры поражения значительно превосходили видимые на глаз патологические изменения. Отмечались выраженный отек и имбибиция тканей и их мышечных щелей геморрагическим экссудатом. Подкожная клетчатка и фасции представляли собой «малиновое желе». Мышцы имели «вареный» вид и были представлены распадающейся тканью с тромбированными сосудами.

Летальный исход наступил у 1 (2,3 %) больного острым анаэробным парапроктитом. Причины смерти – сепсис, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность.

Эндогенная интоксикация у пациентов с аэробной этиологией поражения окологрямокишечной клетчатки менее выражена, заболевание протекает более благоприятно.

У 525 (82,9 %) пациентов с аэробным парапроктитом после радикальных операций с интрасфинктерным и чрезсфинктерным гнойным ходом образования свищей не наблюдалось. Рецидив острого парапроктита с формированием свища возник у 26 (4,1 %) пациентов после операций с экстрасфинктерным гнойным ходом. Все больные со свищами и острым парапроктитом оперированы повторно. Летальности не было.

Послеоперационная недостаточность

анального сфинктера наблюдалась у 17 (2,7 %) больных при применении лигатуры, при рецидивном парапроктите оперативной коррекции не потребовалось.

Выводы

1. Ранняя диагностика острого анаэробного парапроктита, выполнение экстренной операции с адекватной некрэктомией и интенсивной комплексной терапией позволяют снизить летальность.

2. Хирургическое лечение острого парапроктита необходимо проводить с учетом расположения гнойного хода к волокнам сфинктера прямой кишки и ликвидацией внутреннего отверстия.

1. Ан, В.К. Неотложная проктология / В.К. Ан, В.Л. Ривкин. – М. : Медпрактика-М, 2003. – 144 с.

2. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. – М., 2006. – 432 с.

3. Шурыгина, Е.П. Обоснование показаний к различным методам применения лазерного излучения в комплексном лечении острой гнойной хирургической инфекции мягких тканей / Е.П. Шурыгина // Лазерная медицина. – 2005. – Т. 9. – №3. – С. 18–23.

4. Abcarian H. Floating free-standing anus: a complication of massive anorectal infection / H. Abcarian, M. Eftaiha // Dis. Colon Rectum. – 1983. – Vol. 26. – P. 516–521.

5. Corman M.L. Colon and rectal surgery / M.L. Corman. – 5th ed. – Baltimore : Lippincott Williams&Wilkins, 2005.

6. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases / N. Eke // Br. J. Surg. – 2000. – Vol. 87. – P. 718–728.

7. Munoz-Villasmil J. Management of perianal sepsis in immunosuppressed patients / J. Munoz-Villasmil, L. Sands, M.I. Hellinga // Am. Surg. – 2001. – Vol. 67. – P. 484–486.

8. Outcome analysis in patients with Fournier's gangrene: report of 45 cases / M. Korkut [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2003. – Vol. 46. – P. 649–652.

9. Wolff B.G. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery / B.G. Wolff. – Springer Science + Business Media, LLC. – 2007.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS SHARP PARAPROCTITIS

A.L. Charyshkin, A.A. Soldatov, I.N. Demytyev

*Chair of faculty surgery,
Institute of medicine, ecology and physical training of the Ulyanovsk state university,
Ulyanovsk. «City hospital №2» Sochi*

The resume. In work results of surgical treatment of 633 patients sharp paraproctitis from 2006-2010 are described the estimation of a current and an outcome of disease at patients sharp anaerobic paraproctitis is spent.

Keywords: paraproctitis, a fistula.