

УДК 616-089:616-08

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

А.Л. Чарышкин, И.Н. Дементьев

Ульяновский государственный университет

Исследовано 190 больных с диагнозом острый парапроктит в период с 2005 по 2012 г. Показано, что применение разработанного способа регионарной лимфотропной терапии у больных острым парапроктитом позволяет в раннем послеоперационном периоде быстрее в среднем на двое суток купировать болевой синдром и на одни сутки – явления эндотоксикоза в сравнении с традиционным лечением.

Ключевые слова: острый парапроктит, регионарная лимфотропная терапия.

Введение. Острый парапроктит – наиболее распространенная патология в структуре проктологических заболеваний, он составляет 20–40 % всех заболеваний прямой кишки [1, 2]. Парапроктит встречается у 5 чел. из 1000 населения (0,5 %) [3, 4]. Наиболее важным фактором, способствующим возникновению сложных форм острого парапроктита, является ослабление местного и гуморального иммунитета [4–6].

В многочисленных работах отмечается большое количество положительных результатов при применении методов и средств клинической лимфологии в различных областях медицины [3, 8]. Наиболее результативным и в то же время простым методом доставки фармакологических препаратов в лимфатическую систему является регионарная лимфотропная терапия, обеспечивающая высокие и длительно сохраняющиеся концентрации лекарственных препаратов в патологическом очаге и регионарных лимфатических узлах [5, 6].

Многие авторы отмечают, что не прямое эндолимфатическое введение антибактериальных препаратов обладает убедительными преимуществами перед внутривенным и внутримышечным способами введения [5].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных острым парапроктитом путем применения регионарной лимфотропной терапии.

Материалы и методы. Работа выполнена в соответствии с основными направле-

ниями программы научных исследований ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет» на кафедре факультетской хирургии.

Исследование ретроспективное, проспективное, поисковое. Сроки проведения исследования – 2005–2012 гг. В первичном отборе участвовало 249 пациентов. Число вошедших в анализ пациентов – 190.

Распределение больных по характеру патологического процесса следующее: подкожно-подслизистый парапроктит диагностирован у 119 (62,6 %) пациентов, ишиоректальный парапроктит – у 68 (35,8 %), пельвиоректальный парапроктит – у 3 (1,6 %).

Критерии включения пациентов в исследование: возраст 18 лет и старше, пол мужской и женский, наличие острого парапроктита.

Критерии исключения из исследования: возраст младше 18 лет, наличие хронического парапроктита, инфаркта миокарда, острых нарушений мозгового кровообращения.

В работе представлены результаты обследования и лечения 190 больных с диагнозом острый парапроктит, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» в период 2005–2012 гг.

Для решения поставленных задач были использованы клиничко-лабораторные, бактериологические, иммунологические, рентгенологические, эндоскопические, статистические методы исследования.

В лабораторных исследованиях осуществляли общий анализ крови; лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) вычисляли по формуле В.К. Островского.

При исследовании особенностей микрофлоры ран больных с острым парапроктитом осуществлялся забор биологического материала непосредственно во время операции, в послеоперационном периоде и при перевязках.

При контрольном осмотре пациентов, в срок 1, 6 и 12 мес. после операции, результаты лечения оценивались анкетированием [7]. Было предложено 3 варианта ответа: «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Все больные оперированы в первые сутки после поступления в стационар. Под внутривенным наркозом производили вскрытие гнойного очага, удаление некротизированных и нежизнеспособных тканей, очищение от гноя и секвестров, разрушение имеющихся перемычек. Полость промывалась антисептическим раствором (0,05 % водным раствором хлоргексидина), дренировалась.

В зависимости от применяемого в послеоперационном периоде лечения пациенты были разделены на 3 группы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии.

В 1-ю группу (сравнения) вошел 131 пациент, который получал базовое лечение. Местное лечение ран производили в соответствии с фазами течения раневого процесса. В фазу воспаления ежедневно выполняли перевязки с антисептиками (хлоргексидин, перекись водорода, йодопирон), мазями на гидрофильной основе (левомиколь). В фазу регенерации накладывали водорастворимые мази, мази на жировой основе, стимулирующие вещества. В фазе эпителизации и рубцевания применяли стимулирующие мази. Больные получали обезболивающие препараты (кеторол), антибактериальную терапию (цефотаксим).

2-ю группу (сравнения) составили 15 пациентов, которым проводилось базовое лечение, аналогичное лечению 1-й группы больных: обезболивающие (кеторол), антибактериальная терапия (цефотаксим), – и дополнительно – раствор дерината 5 мл 1 раз в двое сут 4 раза (вводился подкожно в область плеча).

В 3-ю группу (основную) вошли 44 пациента, которым на фоне базовой терапии по разработанной нами методике (заявка на изобретение № 2013103966) в послеоперационном периоде лекарственные препараты вводились подкожно на границе средней и нижней трети голени. Предварительно вводили 32 ЕД лидазы, разведенной в 2 мл 0,25 % новокаина, спустя 5–10 мин – 1000 мг цефотаксима, разведенного в 5 мл 0,25 % новокаина, 1 раз в сут в течение 5 дней, и раствор дерината – 5 мл 1 раз в двое сут 4 раза.

Все больные давали информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство и проводимое в послеоперационном периоде лечение.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6. При сравнении полученных параметров нами использовался t-критерий Стьюдента для независимых парных выборок и χ^2 -тест. Статистически значимыми признавались различия с уровнем доверительной вероятности не менее 95 % с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений.

Результаты и обсуждение. Распределение больных острым парапроктитом в исследуемой группе по возрасту и полу представлено в табл. 1.

При анализе табл. 1 можно увидеть, что среди пациентов статистически значимо ($p < 0,05$) преобладают лица мужского пола (80 %). Заболевание чаще встречается у лиц трудоспособного возраста – от 21 до 50 лет (средний возраст больных мужчин в исследуемой группе – $40,2 \pm 8,4$ года, женщин – $37,7 \pm 9,3$ года).

Таблица 1

Возрастно-половая структура исследуемой группы

| Возраст, лет | Количество больных | | | |
|--------------|--------------------|------|---------|-----|
| | Мужчины | | Женщины | |
| | чел. | % | чел. | % |
| 18–20 | 4 | 2,1 | 1 | 0,5 |
| 21–30 | 22 | 11,6 | 8 | 4,2 |
| 31–40 | 21 | 11,1 | 13 | 6,9 |
| 41–50 | 53 | 27,9 | 12 | 6,3 |
| 51–60 | 39 | 20,5 | 3 | 1,6 |
| 61 и старше | 13 | 6,8 | 1 | 0,5 |
| Всего | 152 | 80 | 38 | 20 |

Исследование иммунного статуса проведено у 55 пациентов (20 пациентов основной группы, 20 пациентов 1-й группы, 15 пациентов 2-й группы) (табл. 2). Сравнение результатов Т-клеточного звена иммунитета у больных острым парапроктитом до начала лечения с результатами исследования у здоровых лиц

показало, что абсолютное содержание лимфоцитов, Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+) в периферической крови у больных с острым парапроктитом было ниже нормы. Показатель соотношения клеток-хелперов с клетками-супрессорами (CD4+/CD8+) также был ниже, чем у здоровых лиц.

Таблица 2

Результаты исследования Т-клеточного звена иммунитета у больных острым парапроктитом до лечения

| Показатели | Границы нормы | Здоровые доноры (n=20) | Первая группа больных (n=20) | Вторая группа больных (n=15) | Третья группа больных (n=20) |
|------------------------------------|---------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Лимфоциты, абс.×10 ⁹ /л | 1,6–3,35 | 1,89±0,03 | 1,73±0,02* | 1,69±0,02* | 1,68±0,03* |
| CD3+, абс.×10 ⁹ /л | 0,7–2,25 | 1,23±0,05 | 0,96±0,03* | 0,95±0,05* | 0,94±0,04* |
| CD4+, абс.×10 ⁹ /л | 0,55–1,55 | 0,87±0,11 | 0,58±0,03* | 0,60±0,04* | 0,63±0,02* |
| CD8+, абс.×10 ⁹ /л | 0,25–0,75 | 0,39±0,04 | 0,41±0,02* | 0,40±0,05* | 0,40±0,03* |
| CD4+/CD8+ | 1,5–3,0 | 2,29±0,03 | 1,46±0,04* | 1,49±0,04* | 1,52±0,03* |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с нормальными показателями (p<0,05).

Содержание в плазме крови иммуноглобулинов классов М и А достоверно не отличалось от данных показателей здоровых лиц (табл. 3).

В гуморальном звене иммунитета выявлены следующие изменения (табл. 3). Содержа-

ние CD20+ (В-лимфоцитов) статистически значимо увеличено у больных всех групп по сравнению с контролем; повышен уровень IgG также во всех группах; уровень ЦИК существенно выше, чем у здоровых лиц (p<0,05).

Таблица 3

**Результаты исследования гуморального звена иммунитета
у больных острым парапроктитом до лечения**

| Показатели | Границы нормы | Здоровые доноры (n=20) | Первая группа больных (n=20) | Вторая группа больных (n=15) | Третья группа больных (n=20) |
|--------------------------------|---------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| CD20+, абс.×10 ⁹ /л | 0,15–0,5 | 0,19 ±0,03 | 0,29±0,02* | 0,28±0,04* | 0,31±0,03* |
| IgA, г/л | 1,6–3,0 | 1,93 ±0,04 | 1,91±0,05 | 1,90±0,04 | 1,92±0,03 |
| IgG, г/л | 7,0–20,0 | 10,87±0,41 | 15,64±0,37* | 15,43±0,31* | 15,37±0,28* |
| IgM, г/л | 0,5–2,0 | 1,11±0,02 | 1,08±0,07 | 1,07±0,06 | 1,09±0,05 |
| ЦИК, усл. ед. | <90 | 51,27±1,93 | 110,3±5,13* | 113,4±4,01* | 114,1±3,28* |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с нормальными показателями (p<0,05).

Таким образом, полученные результаты иммунологического обследования показали, что при остром парапроктите нарушаются все звенья иммунной защиты, поэтому целесообразно оптимизировать лечение данного заболевания путем включения иммуномодулятора. Нами был использован деринат, вводимый методом регионарной лимфотропной терапии.

Длительность болевого синдрома в послеоперационном периоде оценивалась по продолжительности потребности больных во введении анальгетических препаратов и составила 6,5±2,1 сут в первой группе, 4,2±1,5 сут во второй группе и 4,1±1,4 сут в третьей группе. Более выраженный клинический эффект прослеживался при применении совместно с базовой терапией дерината.

Нами проведен анализ ЛИИ у исследуемых пациентов. В первой группе больных ЛИИ на вторые сутки составил 7,8±0,3, во второй группе – 6,1±0,1, а в третьей группе – 5,6±0,2, что значительно меньше, чем в группе сопоставления (p<0,05). На пятые сутки ЛИИ в третьей группе был ниже, чем у больных первой и второй групп, а на десятые сутки во всех группах данный показатель был в пределах нормы.

Длительность инфильтрации мягких тканей в первой группе больных составила в среднем 6,2±1,4 сут, во второй – 5,0±1,3 сут, в третьей – 4,3±1,6 сут. Различие сроков является статистически значимым (p<0,05).

Анализ сроков очищения ран от гнойно-некротического отделяемого в исследуемых группах больных показал, что в первой груп-

пе, где в послеоперационном периоде применялись традиционные методы лечения, очищение ран наступало лишь на 7,5±1,4 сут, во второй группе – на 5,0±1,5 сут. Наименьший срок наблюдался у больных третьей группы и составил 4,2±1,8 сут (p<0,05).

Грануляции и краевая эпителизация ран появлялись в первой группе на 9,5±1,3 сут, во второй группе – на 7,6±1,2 сут, а в третьей группе – на 6,1±1,1 сут, что говорит о более выраженном клиническом эффекте в случае использования предложенного способа регионарной лимфотропной терапии (p<0,05).

Таким образом, лучшие результаты лечения наблюдались в третьей группе больных, где исчезновение инфильтрации, очищение раны, появление грануляций и краевая эпителизация отмечались на более ранних сроках, т.е. время заживления ран было наименьшим.

Количество ранних послеоперационных осложнений в группах пациентов распределилось следующим образом: в первой группе – 21 (16 %), во второй – 3 (20 %), в третьей – 4 (9,1 %). Различие показателей статистически значимо (p<0,05).

Структура ранних послеоперационных осложнений представлена в табл. 4. Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением было увеличение площади нагноения раны; в третьей группе данного осложнения не наблюдалось. Максимальное число ранних послеоперационных осложнений было отмечено в первой группе, а минимальное – в третьей группе больных.

Таблица 4

**Структура ранних послеоперационных осложнений
у больных острым парапроктитом**

| Показатель | Первая группа, ед. (%) | Вторая группа, ед. (%) | Третья группа, ед. (%) |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Частота осложнений (общая) | 21 (16) | 3 (20)* | 4 (9,1)* |
| Увеличение площади нагноения | 10 (7,6) | 1 (6,6) | - |
| Кровотечение | 7 (5,3) | 2 (13,3) | 2 (4,5) |
| Задержка мочеиспускания | 4 (3) | - | 2 (4,5) |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с первой группой ($p < 0,05$).

Исследование количества микробных тел (табл. 5) во время операции показало, что их содержание было выше критического уровня. Количественный характер микрофлоры раневого содержимого, взятого из раны после оперативного пособия, имел статистически

значимые различия в группах больных ($p < 0,05$). При этом у пациентов третьей группы количество микробных тел снижалось и становилось ниже критического уровня уже в первые сутки, а в первой и во второй группах – на третьи сутки.

Таблица 5

**Количественный характер микрофлоры у больных острым парапроктитом
во время операции и в послеоперационном периоде**

| № группы | Во время операции | В послеоперационный период | | |
|----------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | | 1 сут | 3 сут | 5 сут |
| 1 группа | $(10,3 \pm 1,4) \times 10^7$ | $(5,4 \pm 1,4) \times 10^5$ | $(2,4 \pm 1,2) \times 10^3$ | $(1,7 \pm 0,4) \times 10^2$ |
| 2 группа | $(10,9 \pm 1,3) \times 10^7$ | $(4,7 \pm 0,8) \times 10^5*$ | $(1,9 \pm 0,6) \times 10^2*$ | $(0,9 \pm 0,3) \times 10^1$ |
| 3 группа | $(11,2 \pm 1,1) \times 10^7$ | $(4,1 \pm 0,6) \times 10^4*$ | $(1,6 \pm 0,3) \times 10^2*$ | $(0,4 \pm 0,2) \times 10^1$ |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с первой группой ($p < 0,05$).

Средний срок госпитализации больных первой группы составил $9,2 \pm 6,0$ сут, второй группы – $8,1 \pm 2,7$ сут, третьей – $6,3 \pm 3,2$ сут, что в среднем на 3 сут меньше, чем в первой группе ($p < 0,05$).

Иммунологическое исследование до и после лечения проведено у 20 больных первой группы.

После традиционного лечения (табл. 6) у больных первой группы мы наблюдали

снижение количества лимфоцитов, CD3+ (Т-лимфоцитов), CD4+ (Т-хелперов), а также индекса нагрузки.

В гуморальном звене иммунитета (табл. 7) у больных первой группы после лечения происходило снижение уровня CD20+ (В-лимфоцитов) и увеличение уровня IgG. Уровень ЦИК значительно снизился, хотя и оставался несколько выше, чем у здоровых лиц.

Таблица 6

**Результаты исследования Т-клеточного звена иммунитета
у больных острым парапроктитом первой группы после лечения**

| Показатели | Границы нормы | Здоровые доноры | 1 группа больных до лечения | 1 группа больных после лечения |
|------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Лимфоциты, абс.×10 ⁹ /л | 1,6–3,35 | 1,89±0,03 | 1,73±0,02 | 1,64±0,03* |
| CD3+, абс.×10 ⁹ /л | 0,7–2,25 | 1,23±0,05 | 0,96±0,03 | 0,89±0,04* |
| CD4+, абс.×10 ⁹ /л | 0,55–1,55 | 0,87±0,11 | 0,58±0,03 | 0,53±0,02* |
| CD8+, абс.×10 ⁹ /л | 0,25–0,75 | 0,39±0,04 | 0,41±0,02 | 0,42±0,03 |
| CD4+/CD8+ | 1,5–3,0 | 2,29±0,03 | 1,46±0,04 | 1,32±0,03* |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с показателями до начала лечения (p<0,05).

Таблица 7

**Результаты исследования гуморального звена иммунитета
у больных острым парапроктитом первой группы после лечения**

| Показатели | Границы нормы | Здоровые доноры | 1 группа больных до лечения | 1 группа больных после лечения |
|--------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| CD20+, абс.×10 ⁹ /л | 0,15–0,50 | 0,19 ±0,03 | 0,29±0,02 | 0,26±0,03* |
| IgA, г/л | 1,6–3,0 | 1,93 ±0,04 | 1,91±0,05 | 1,89±0,03 |
| IgG, г/л | 7,0–20,0 | 10,87±0,41 | 15,64±0,37 | 16,17±0,18* |
| IgM, г/л | 0,5–2,0 | 1,11±0,02 | 1,08±0,07 | 1,10±0,05 |
| ЦИК, усл. ед. | <90 | 51,27±1,93 | 110,3±5,13 | 91,3±2,19* |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с показателями до начала лечения (p<0,05).

У больных второй группы (табл. 8) достоверно увеличилось количество лимфоцитов, CD3+ (Т-лимфоцитов), CD4+ (Т-хелперов). Снижение индекса нагрузки свидетель-

ствует о возвращении к норме соотношений субпопуляций Т-лимфоцитов (Т-хелперов и Т-супрессоров).

Таблица 8

**Результаты исследования Т-клеточного звена иммунитета
у больных острым парапроктитом второй группы после лечения**

| Показатели | Границы нормы | Здоровые доноры | 2 группа больных до лечения (n=15) | 2 группа больных после лечения (n=15) |
|------------------------------------|---------------|-----------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Лимфоциты, абс.×10 ⁹ /л | 1,60–3,35 | 1,89±0,03 | 1,69±0,02 | 1,71±0,03* |
| CD3+, абс.×10 ⁹ /л | 0,70–2,25 | 1,23±0,05 | 0,95±0,05 | 1,01±0,06* |
| CD4+, абс.×10 ⁹ /л | 0,55–1,55 | 0,87±0,11 | 0,60±0,04 | 0,64±0,04* |
| CD8+, абс.×10 ⁹ /л | 0,25–0,75 | 0,39±0,04 | 0,40±0,05 | 0,41±0,05 |
| CD4+/CD8+ | 1,5–3,0 | 2,29±0,03 | 1,49±0,04 | 1,59±0,03* |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с показателями до начала лечения (p<0,05).

В гуморальном звене иммунитета (табл. 9) у больных второй группы после лечения не происходило снижения количества CD20+

(В-лимфоцитов), однако понизился уровень IgG и уровень ЦИК, последний стал соответствовать норме.

Таблица 9

Результаты исследования гуморального звена иммунитета у больных острым парапроктитом второй группы после лечения

| Показатели | Границы нормы | Здоровые доноры | 2 группа больных до лечения | 2 группа больных после лечения |
|--------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| CD20+, абс.×10 ⁹ /л | 0,15–0,50 | 0,19 ±0,03 | 0,28±0,04 | 0,28±0,02 |
| IgA, г/л | 1,6–3,0 | 1,93 ±0,04 | 1,90±0,04 | 1,91±0,03 |
| IgG, г/л | 7,0–20,0 | 10,87±0,41 | 15,43±0,31 | 14,34±0,28* |
| IgM, г/л | 0,5–2,0 | 1,11±0,02 | 1,07±0,06 | 1,07±0,04 |
| ЦИК, усл. ед. | <90 | 51,27±1,93 | 113,4±4,01 | 84,5±2,31* |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с показателями до начала лечения (p<0,05).

У больных третьей группы (табл. 10) достоверно увеличивалось количество лимфоцитов, CD3+ (Т-лимфоцитов), CD4+ (Т-хелперов). Происходила нормализация ин-

декса нагрузки, что свидетельствует о нормализации соотношений субпопуляций Т-лимфоцитов (Т-хелперов и Т-супрессоров).

Таблица 10

Результаты исследования Т-клеточного звена иммунитета у больных острым парапроктитом третьей группы после лечения

| Показатели | Границы нормы | Здоровые доноры | 3 группа больных до лечения | 3 группа больных после лечения |
|------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Лимфоциты, абс.×10 ⁹ /л | 1,60–3,35 | 1,89±0,03 | 1,68±0,03 | 1,79±0,02* |
| CD3+, абс.×10 ⁹ /л | 0,70–2,25 | 1,23±0,05 | 0,94±0,04 | 1,06±0,05* |
| CD4+, абс.×10 ⁹ /л | 0,55–1,55 | 0,87±0,11 | 0,63±0,02 | 0,67±0,02* |
| CD8+, абс.×10 ⁹ /л | 0,25–0,75 | 0,39±0,04 | 0,40±0,03 | 0,41±0,05 |
| CD4+/CD8+ | 1,5–3,0 | 2,29±0,03 | 1,52±0,03 | 1,63±0,02* |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с показателями до начала лечения (p<0,05).

В гуморальном звене иммунитета (табл. 11) у больных третьей группы после лечения происходило снижение уровня CD20+

(В-лимфоцитов) и IgG, а также значительное снижение (до нормы) уровня ЦИК.

Таблица 11

**Результаты исследования гуморального звена иммунитета
у больных острым парапроктитом третьей группы после лечения**

| Показатели | Границы нормы | Здоровые доноры | 3 группа больных до лечения | 3 группа больных после лечения |
|--------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| CD20+, абс.×10 ⁹ /л | 0,15–0,50 | 0,19 ±0,03 | 0,31±0,03 | 0,27±0,03* |
| IgA, г/л | 1,6–3,0 | 1,93 ±0,04 | 1,92±0,03 | 1,91±0,03 |
| IgG, г/л | 7,0–20,0 | 10,87±0,41 | 15,37±0,28 | 14,12±0,31* |
| IgM, г/л | 0,5–2,0 | 1,11±0,02 | 1,09±0,05 | 1,07±0,04 |
| ЦИК, усл. ед. | <90 | 51,27±1,93 | 114,1±3,28 | 76,2±3,22* |

Примечание. * – достоверность различий результатов по сравнению с показателями до начала лечения (p<0,05).

Таким образом, результаты иммунологических исследований показали, что у пациентов первой группы в послеоперационном периоде происходит дальнейшее угнетение иммунологической реактивности. У второй группы больных острым парапроктитом, благодаря применению в послеоперационной терапии препарата деринат, происходила нормализация показателей иммунной защиты.

Однако достоверно наибольший лечебный эффект выявлен в третьей группе, где применялось лимфотропное введение дерината.

Сравнение отдаленных результатов лечения больных (через 6 мес. и 1 год после проведенной терапии) выявило статистически значимо худшие показатели у больных первой и второй групп, чем третьей (табл. 12, 13).

Таблица 12

Отдаленные результаты лечения больных острым парапроктитом (6 мес.)

| Группы | Результаты | | |
|----------|-------------|--------------------|----------------------|
| | Хорошие | Удовлетворительные | Неудовлетворительные |
| 1 группа | 87 (66,4 %) | 38 (29,0 %) | 6 (4,6 %) |
| 2 группа | 13 (86,7 %) | 2 (13,3 %) | - |
| 3 группа | 43 (97,7 %) | 1 (2,3 %) | - |

Таблица 13

Отдаленные результаты лечения больных острым парапроктитом (1 год)

| Группы | Результаты | | |
|----------|--------------|--------------------|----------------------|
| | Хорошие | Удовлетворительные | Неудовлетворительные |
| 1 группа | 127 (96,9 %) | 4 (3,1 %) | - |
| 2 группа | 15 (100 %) | - | - |
| 3 группа | 44 (100 %) | - | - |

Улучшение результатов лечения у больных острым парапроктитом связано с высокой эффективностью предложенной лимфотроп-

ной терапии, которая позволяет уменьшить число рецидивов заболевания и обеспечивает нормализацию иммунных показателей.

Выводы:

1. У больных острым парапроктитом нарушается Т-клеточное и В-клеточное звено иммунной защиты, происходит снижение абсолютного содержания лимфоцитов, Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), увеличивается уровень В-лимфоцитов (CD20+) и IgG в сравнении со здоровыми людьми.

2. Разработанный способ регионарной лимфотропной терапии у больных острым парапроктитом позволяет в раннем послеоперационном периоде быстрее в среднем на двое суток купировать болевой синдром и на одни сутки – явления эндотоксикоза в сравнении с традиционным лечением.

3. При применении регионарной лимфотропной терапии у больных с острым парапроктитом в раннем послеоперационном периоде наблюдается нормализация показателей иммунной защиты со снижением уже в первые сутки количества микробных тел ниже критического уровня; в отдаленном периоде уменьшается количество рецидивов заболевания.

1. *Алиев М. М. О.* Оптимизация лечения больных острым и хроническим парапроктитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. М. О. Алиев. – Ставрополь, 2008. – С. 23.

2. *Ан В. К.* Неотложная проктология / В. К. Ан, В. Л. Ривкин. – М. : Медпрактика, 2003. – 140 с.

3. *Болквадзе Э. Э.* Сложные формы острого парапроктита (клиника, диагностика, лечение) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Э. Э. Болквадзе. – М., 2009. – С. 38.

4. *Воробьев Г. И.* Результаты лечения больных острым парапроктитом / Г. И. Воробьев, Д. К. Камаева, А. М. Коплатадзе // *Анналы хирургии.* – 2001. – № 1. – С. 54–58.

5. *Дементьев И. Н.* Результаты лечения больных острым парапроктитом / А. Л. Чарышкин, И. Н. Дементьев // *Фундаментальные исследования.* – 2013. – № 7. – С. 428–431.

6. *Карташев А. А.* Способ хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Карташев. – Ульяновск, 2011. – 23 с.

7. *Кусьминова С. В.* Лечение послеоперационных стриктур анального канала / С. В. Кусьминова, Е. Е. Ачкасов // *Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 11. Медицина.* – СПб., 2010. – С. 369. – Прил.

8. *Microbiological analysis and endoanal ultrasonography for diagnosis of anal fistula in acute anorectal sepsis / T. Toyonaga [et. al.] // Int. J. Colorectal Dis.* – 2007. – № 22 (2). – P. 209–213.

RESULTS REGIONARNY LIMFOTROPNY OF THERAPY OF PATIENTS SHARP PARAPROKTTITIS

A.L. Charyshkin, I.N. Dementyev

Ulyanovsk State University

190 patients with the diagnosis sharp paraprocitis during the period from 2005 to 2012 are investigated. Application of the developed way of regionarlylimfotropny therapy for patients sharp the paraprocitis allows in the early postoperative period quicker on the average for two days to stop a pain syndrome and for one days of the phenomenon endotoxikosis in comparison with traditional treatment.

Keywords: sharp paraprocitis, regionarlylimfotropny therapy.