

УДК 617-089.844; 616.711.8-089.8716.94
DOI 10.23648/UMBJ.2017.27.7080

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ, АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ

В.И. Мидленко¹, А.А. Карташев², А.В. Смолькина¹, Е.Г. Евтушенко²,
Е.В. Слесарева¹, И.И. Мидленко¹, П.М. Чавкин¹, В.П. Демин¹

¹ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Россия;

²Центр колопроктологии ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», г. Ульяновск, Россия

e-mail: smolant1@yandex.ru

Цель – оценить объем и структуру оказываемой стационарной хирургической помощи больным с заболеваниями прямой кишки, анального канала и промежности для определения тенденции ургентных проктологических состояний и возможных путей оптимизации хирургической помощи данному контингенту.

Материалы и методы. В 2013 г. в клинике кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета было пролечено 768 пациентов с заболеваниями аноректальной области, оперативная активность составила 92,5 %, в 2014 г. – 788 пациентов и 95,3 %, в 2015 г. – 767 пациентов и 97,3 % соответственно.

Результаты. За три года было пролечено 996 пациентов с диагнозом «геморрой». Больным проводилась традиционная геморроидэктомия по Миллигану–Моргану (791 чел.), аппаратная геморроидэктомия по способу Лонго (85 чел.), дезартеризация в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов (120 чел.). Наиболее «опасной» в плане возникновения ранних послеоперационных осложнений явилась традиционная геморроидэктомия, наиболее «безопасной» – дезартеризация в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов.

Лечение осложнения парапроктита – гангрены Фурнье – проводилось совместно с врачом-урологом. Летальных исходов не было. Средний срок госпитализации составил 25,2±10,3 сут.

Структура микрофлоры ран больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) представлена *Staphylococcus epidermiditis* – 51,5 %, *Staph. aureus* – 15,2 %, *Staph. saprophyticus* – 15,2 %, *Enterobacter. faecalis* – 6,1 %, *Ent. aerogenes* – 3,0 %, *Escherichia coli* – 6,0 %, *Streptococcus ruogenes* – 3,0 %; более 90 % выделенных штаммов чувствительны к цефуроксиму, ципрофлоксацину и гентамицину.

Выводы. Увеличение оперативной активности связано с улучшением качества работы амбулаторно-поликлинического звена. Наибольшую долю пациентов с заболеваниями аноректальной области составляют больные, страдающие геморроем. Их доля увеличилась с 38,8 % в 2013 г. до 45,1 % в 2015 г. Лечение энностных парапроктитов должно производиться врачами-колопроктологами. Всем больным с ЭКХ необходимо проводить внутривенное введение ципрофлоксацина.

Ключевые слова: геморрой, парапроктит, эпителиальный копчиковый ход.

Введение. Несмотря на то что патология прямой кишки, анального канала и промежности издавна привлекала к себе внимание исследователей, до настоящего времени ей уделяется недостаточное внимание [1, 2]. В последние годы в стационарах Российской Федерации наблюдается рост хирургической активности, в т.ч. при лечении заболеваний прямой кишки [1, 3].

Неотложные состояния при острых заболеваниях прямой кишки, анального канала и

промежности неоднородны. В эту группу объединяется ряд патологических состояний, различных по этиологии и патогенезу, но требующих срочных хирургических вмешательств, и результат лечения часто зависит от дефицита времени и информации – условий, осложняющих постановку своевременного и правильного диагноза [1, 2, 4, 5].

Говоря о таких острых хирургических заболеваниях, как парапроктит, осложненный геморрой и нагноившийся эпителиальный

копчиковый ход, следует отметить, что результат лечения напрямую связан со своевременностью оказания квалифицированной помощи [4, 6, 7]. Для этого и необходим анализ показателей оказания специализированной хирургической помощи пациентам проктологического профиля.

Цель исследования. Оценить объем и структуру оказываемой стационарной хирургической помощи больным с заболеваниями прямой кишки, анального канала и промежности для определения тенденции urgentных проктологических состояний и возможных путей оптимизации хирургической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы. Основу работы составляет анализ показателей хирургической службы за 2013–2015 гг. в Центре колопроктологии ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», где располагается кафедра госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии,

травматологии и ортопедии медицинского факультета имени Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета, и изучение различных методов лечения для оптимизации хирургической помощи больным с патологией аноректальной области.

Результаты и обсуждение. В Центре колопроктологии в 2013 г. было пролечено 768 пациентов, оперативная активность составила 92,5 %, в 2014 г. – 788 пациентов и 95,3 %, в 2015 г. – 767 пациентов и 97,3 % соответственно.

Рассмотрим структуру пролеченных пациентов по некоторым наиболее значимым нозологическим единицам (табл. 1). Заметим, больные раком толстого кишечника обычно проходят лечение в Ульяновском онкологическом диспансере.

Более подробно рассмотрим некоторые нозологии, изучаемые на кафедре госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии Ульяновского государственного университета.

Таблица 1

Структура заболеваемости пациентов Центра колопроктологии, чел. (%)

Патология	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Геморрой	298 (38,8)	352 (44,7)	346 (45,1)
Анальная трещина	68 (8,9)	74 (9,4)	130 (16,9)
Острый парапроктит	80 (10,4)	72 (9,1)	70 (9,1)
Свищи прямой кишки	64 (8,3)	79 (10,0)	80 (10,4)
Эпителиальный копчиковый ход	63 (8,2)	55 (7,0)	57 (7,4)
Состояния, требующие реконструктивно-пластических операций на прямой кишке и промежности	15 (2,0)	9 (1,1)	17 (2,2)
Закрытие кишечных стом	7 (0,9)	8 (1,0)	10 (1,3)
Злокачественные новообразования ободочной кишки	18 (2,3 %)	20 (2,5 %)	20 (2,6 %)
Долихоколон, мегаколон, декомпенсированный колостаз (лапароскопические резекции ободочной кишки)	3 (0,4)	5 (0,6)	10 (1,3)

Высокая распространенность геморроя обуславливает важность данной проблемы для современного общества, так как заболевание значительно снижает качество жизни пациентов [8–10], приводит к длительным срокам нетрудоспособности и часто к необходимости смены рода трудовой деятельности. Несмотря на то что различные способы хирургического лечения геморроя разрабатываются еще со времен Гиппократов, до настоящего времени эта проблема полностью не решена [4, 5, 9, 11, 12], что заставляет исследователей и практических врачей искать новые способы оперативных пособий, направленных на устранение клинических проявлений заболевания с минимизацией негативного влияния на физиологию анального канала [13, 14].

За три года в Центре колопроктологии было пролечено 996 пациентов с диагнозом «геморрой».

Заболевание одинаково распространено как среди мужчин – 512 (51,4 %) случаев, так и среди женщин – 484 (48,6 %) случая. Следует отметить, что как среди мужчин, так и среди женщин оно встречалось преимущественно в трудоспособном возрасте – от 20 до 40 лет (средний возраст мужчин – $42,7 \pm 8,5$ года, женщин – $44,7 \pm 11,6$ года). Имеющаяся у больных сопутствующая патология не оказывала влияния на результаты исследования.

Больным проводилась традиционная геморроидэктомия по Миллигану–Моргану во второй модификации НИИ колопроктологии, аппаратная геморроидэктомия по способу Лонго и дезартеризация в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов.

Распределение больных по подгруппам осуществлялось в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей анального канала (табл. 2).

Таблица 2

Алгоритм выбора способа оперативного лечения

Подгруппа	Форма заболевания	Способ операции	Количество больных, чел. (%)
1	Хронический геморрой II–IV степеней с выраженными наружными узлами	Геморроидэктомия по Миллигану–Моргану во второй модификации НИИ колопроктологии	791 (79,4)
2	Хронический геморрой II–III степеней с выпадением слизистой оболочки	Аппаратная геморроидэктомия по Лонго	85 (8,5)
3	Хронический геморрой II–III степеней без выпадения слизистой оболочки	Дезартеризация в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов	120 (12,1)

При анализе среднего времени оперативного вмешательства было установлено, что наибольшее время требовалось для проведения традиционной геморроидэктомии – $36,4 \pm 5,2$ мин. Среднее время проведения операции Лонго составляло $17,6 \pm 2,4$ мин и незначительно отличалось от времени проведения дезартеризации в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов – $20,1 \pm 3,2$ мин ($p > 0,05$). В среднем время проведения операций во второй и

третьей подгруппах было почти в 2 раза меньше, чем в первой ($p < 0,05$).

Таким образом, сокращение средней продолжительности оперативных вмешательств объясняется более целесообразным выбором способа оперативного вмешательства в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей пациента.

При рассмотрении случаев возникновения ранних послеоперационных осложнений в подгруппах было выявлено, что в первой

подгруппе (традиционная геморроидэктомия) ранние послеоперационные осложнения возникли у 19,7 % больных, во второй (операция Лонго) – у 14,1 % больных, в третьей (дезартеризация в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов) – у 2,5 % больных. При этом статистически значимо более высокий риск возникновения ранних послеоперационных осложнений наблюдался в первой подгруппе (на 5,6 % больше по сравнению со второй и на 17,2 % больше по сравнению с третьей подгруппой, $p < 0,05$).

При рассмотрении отдельных видов послеоперационных осложнений среди подгрупп были выявлены следующие особенности.

Задержка мочи возникла у 15,5 % больных первой подгруппы (традиционная геморроидэктомия), в 1,5 раза реже – у больных второй подгруппы (операция Лонго) – 10,6 % и не встречалась в третьей подгруппе (дезартеризация в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов).

Рефлекторная задержка мочи, которая является наиболее распространенным осложнением после геморроидэктомии, чаще всего возникала в 1–2-е сут послеоперационного периода, преимущественно у лиц мужского пола, и была связана со следующими факторами: рефлекторный спазм уретрального сфинктера, обусловленный общей его иннервацией со сфинктером прямой кишки, отек параректальной клетчатки (в ответ на операционную травму) и часто имеющиеся у пациентов заболевания предстательной железы.

Традиционная геморроидэктомия по Миллигану–Моргану сопровождается значительно более выраженной, по сравнению с другими рассматриваемыми способами операции, травмой высокорексфлексогенной зоны анального канала, и риск возникновения данного осложнения при этой операции очень высокий.

Аппаратная геморроидэктомия по Лонго в меньшей степени, по сравнению с геморроидэктомией по Миллигану–Моргану, затрагивает рефлексогенные зоны и не приводит к выраженному отеку параректальной клетчатки, что обуславливает меньший риск задержки мочи.

Дезартеризация в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов является наиболее щадящим из всех рассмотренных оперативных вмешательств, так как отсутствует значимое повреждение слизистой оболочки, параректальной клетчатки и волокон сфинктера прямой кишки (травма сводится лишь к проколам и сдавлению слизистой оболочки и подслизистого слоя, а также действию склерозанта). Кроме того, практически отсутствует раздражение рефлексогенных зон, так как лигирование сосудов и введение склерозанта осуществляются в лишенном чувствительных нервных окончаний отделе прямой кишки (выше зубчатой линии). Все это обуславливает полное отсутствие рефлекторной задержки мочи у больных этой подгруппы.

Кровотечение возникло у 2,1 % больных первой подгруппы, 3,5 % – второй подгруппы и 2,5 % – третьей подгруппы. Разница показателей в подгруппах оказалась статистически незначимой ($p > 0,05$), что связано с верным выбором оперативных пособий в соответствии со стадией заболевания и анатомическими особенностями пациентов.

Некроз слизистой оболочки развился только у 2,1 % больных первой подгруппы. Возникновение данного осложнения связано с нарушением кровоснабжения лоскута слизистой. В связи с тем что во второй и третьей подгруппах не проводилась мобилизация лоскутов слизистой оболочки, развитие ее некроза у данных категорий больных было практически невозможным.

Таким образом, наиболее «опасной» в плане возникновения ранних послеоперационных осложнений является традиционная геморроидэктомия, а наиболее «безопасной» – дезартеризация в сочетании со склерозированием внутренних геморроидальных узлов.

Одним из наиболее частых гнойно-воспалительных заболеваний колопроктологического профиля является острый парапроктит, наиболее тяжелой его разновидностью – гнилостный парапроктит, который, по данным литературных источников, встречается в 3–4 % случаев [2, 6, 15]. Это заболевание требует длительных сроков лечения, часто – проведения повторных оперативных вмеша-

тельств и сопровождается высоким риском развития различных осложнений и летального исхода [2, 7].

За исследуемый период в Центре колопроктологии было пролечено 222 пациента с данной патологией. После поступления в стационар всем больным проводилось широкое вскрытие и дренирование гнойных затеков, при необходимости – некрэктомия. Применялась инфузионная и антибактериальная терапия.

У 3 пациентов острый парапроктит осложнился гангреной Фурнье. Данные пациенты были переведены в центр из стационаров области, куда поступали с диагнозом «острый парапроктит». Им проводилось вскрытие и дренирование абсцесса, а также повторные некрэктомии (в среднем на 1 пациента приходилось $3,3 \pm 0,6$ оперативного вмешательства), но ввиду их неэффективности больные направлялись на консультацию, а затем переводились в хирургическое отделение на специализированную колопроктологическую койку.

Лечение этих пациентов проводилось совместно с врачом-урологом. В одном случае потребовалось проведение двухсторонней орхоэпидидимэктомии (в связи с распространением гнойного процесса на яички с развитием гнойного орхита) и наложения сигмостомы. Летальных исходов не было. Средний срок госпитализации составил $25,2 \pm 10,3$ сут.

Первичные отверстия эпителиального копчикового хода служат местом его сообщения с внешней средой и являются входными воротами для инфекции. Их механические травмы и закупорка приводят к задержке содержимого в просвете хода и способствуют возникновению воспаления с вовлечением в патологический процесс жировой клетчатки, при этом более 5 % людей страдают рецидивами и нагноением эпителиального копчикового хода [16, 17].

Из 198 чел. нагноившийся эпителиальный копчиковый ход отмечался у 48 (24,2 %) пациентов, остальные 150 (75,8 %) больных имели активное или хроническое воспаление.

В связи с тем что забор биологического материала осуществлялся только непосредственно во время операции вскрытия абсцесса,

в исследование особенностей микрофлоры ран больных с диагнозом «нагноившийся эпителиальный копчиковый ход» были включены 30 пациентов.

Структура микрофлоры ран больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом была представлена следующим образом: в большинстве случаев выделялись микроорганизмы рода *Staphylococcus*: *Staph. Epidermiditis* – 17 (51,4 %) случаев, *Staph. aureus* – 5 (15,2 %) и *Staph. saprophyticus* – 5 (15,2 %); с меньшей частотой встречались микроорганизмы рода *Enterobacter*: *Ent. Faecalis* – 2 (6,1 %) случая и *Ent. aerogenes* – 1 (3,0 %); *Escherichia coli* обнаружилось в 2 (6,1 %) случаях, а *Streptococcus pyogenes* – в 1 (3,0 %).

В 27 (90,0 %) исследованных пробах определялся один вид микроорганизмов, в 3 (10,0 %) – ассоциация из 2 видов микроорганизмов.

Ассоциации микроорганизмов были представлены следующим образом: *Ent. aerogenes* и *Staph. aureus*, *E. coli* и *Staph. saprophyticus*, *Staph. epidermiditis* и *Str. pyogenes*.

Особо следует отметить, что метициллин-устойчивые штаммы микроорганизмов были выявлены в 12,1 % случаев. В исследованных образцах метициллин-устойчивые штаммы обнаруживались среди микроорганизмов рода *Staphylococcus* и составляли 5,9 % среди *Staph. epidermiditis*, 40,0 % среди *Staph. aureus* и 20,0 % среди *Staph. saprophyticus*.

Из полученных данных видно, что более 90 % выделенных штаммов микроорганизмов чувствительны к цефуроксиму, ципрофлоксацину и гентамицину. Чувствительность метициллин-устойчивых штаммов к антибактериальным препаратам составляла 75 % для ципрофлоксацина и гентамицина, 50 % для амикацина, 25 % для ванкомицина (табл. 3).

С целью лечения и профилактики гнойно-септических осложнений у больных исследованной группы был использован антибиотик группы фторхинолонов – ципрофлоксацин. Мы рекомендуем больным с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом внутривенное введение ципрофлоксацина в дозе 200 мг за 30 мин до операции и каждые 12 ч в течение первых суток после операции.

Таблица 3

Чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам

Антибактериальный препарат	Чувствительны		Устойчивы	
	Число штаммов	%	Число штаммов	%
Азитромицин	19	57,6	14	42,4
Амоксиклав	22	66,7	11	33,3
Оксациллин	25	75,8	8	24,2
Цефоперазон	29	87,9	4	12,1
Цефтазидим	28	84,8	5	15,2
Цефтриаксон	29	87,9	4	12,1
Цефуросксим	30	90,9	3	9,1
Цефепим	29	87,9	4	12,1
Цефалексин	29	87,9	4	12,1
Ампициллин	21	63,6	12	36,4
Амикацин	29	87,9	4	12,1
Ванкомицин	29	87,9	4	12,1
Бензилпенициллин	7	21,2	26	78,8
Ципрофлоксацин	31	93,9	2	6,1
Эритромицин	15	45,5	18	54,5
Меропенем	29	87,9	4	12,1
Гентамицин	32	97,0	1	3,0

Выводы:

1. Постоянно увеличивающаяся оперативная активность в 2015 г. достигла 97,3 %, что связано с улучшением качества работы амбулаторно-поликлинического звена по отбору и предоперационной подготовке пациентов. Наибольшую долю пациентов с заболеваниями аноректальной области составляют больные геморроем. Данный показатель увеличился с 38,8 % в 2013 г. до 45,1 % в 2015 г.

2. Пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями (острый парапроктит, свищи прямой кишки и эпителиальный копчиковый ход) составляют треть от всех пролеченных больных. Лечение гнилостных парапроктитов должно производиться в специализированных отделениях врачами-колопроктологами. При подозрении на данное заболевание паци-

енты должны быть незамедлительно проконсультированы специалистами. Нередким осложнением острого гнилостного парапроктита является гангрена Фурнье, поэтому необходимо своевременное ее выявление и осмотр пациентов врачом-урологом.

3. Структура микрофлоры ран больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом представлена *Staphylococcus epidermiditis* – 51,5 %, *Staph. aureus* – 15,2 %, *Staph. saprophyticus* – 15,2 %, *Enterobacter. faecalis* – 6,1 %, *Ent. aerogenes* – 3,0 %, *Escherichia coli* – 6,0 %, *Streptococcus pyogenes* – 3,0 %. Более 90 % выделенных штаммов чувствительны к цефуросксиму, ципрофлоксацину и гентамицину. Следовательно, всем больным с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом необходимо проводить внутривенное введение ципрофлоксацина.

4. Отмечается увеличение числа пациентов с долихоколоном и декомпенсированным колостазом, которым проводятся лапароскопические резекции толстой кишки. За последние три года количество подобных операций выросло в 3 раза.

Литература

1. Григорьева Г.А., Гольшиева С.В. О методах диагностики и консервативного лечения аноректальных заболеваний. Лечащий врач. 2011; 4: 66–69.
2. Никольский В.И., Сергацкий К.И., Климашевич А.В., Митрошин А.Н. Изучение динамики гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях у пациентов с острым анаэробным парапроктитом (экспериментально-клиническое исследование). Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2016; 175 (3): 22–25.
3. Мидленко В.И., Смолькина А.В., Зайцев А.В., Морозов В.С., Шабаев Р.М. Эпидемиологическая характеристика экстренной хирургической патологии в Ульяновской области. Современные проблемы науки и образования. 2014; 6. URL: www.science-education.ru/120-15785 (дата обращения: 03.02.2017).
4. Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Абрицова М.В. Модифицированная классификация внутреннего геморроя. Колопроктология. 2015; 2 (52): 8–11.
5. Medina-Gallardo A., Curbelo-Pena Y., De Castro X., Roura-Poch P., Roca-Closa J., De Caralt-Mestres E. Is the severe pain after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy still currently remaining a major postoperative problem despite being one of the oldest surgical techniques described? A case series of 117 consecutive patients. Ann Coloproctol. 2017; 30: 73–75.
6. Мидленко В.И., Смолькина А.В., Белова С.В. Хирургические аспекты заболеваний прямой кишки: учебно-методическое пособие. Ульяновск; 2014. 56.
7. Сергацкий К.И., Никольский В.И., Ковешникова Т.М. Выбор эмпирической антибактериальной терапии у больных острым парапроктитом. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2015; 1 (33): 88–100.
8. Грошилин В.С., Мирзоев Л.А., Черкасов Д.М., Дмитриев А.В. Оптимизация выбора и дифференцировка показаний к применению малоинвазивных методов лечения геморроя. Колопроктология. 2016; 2 (1): 22–23.
9. Мидленко В.И., Нгуен Д.Т., Евтушенко Е.Г., Карташев А.А. Оптимизация хирургического лечения хронического геморроя II–III степени. Ульяновский медико-биологический журнал. 2013; 3: 39–43.
10. Zampieri N., Castellani R., Andreoli R., Geccherle A. Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization. The American Journal of Surgery. 2012; 204: 684–688.
11. Bjelanovic Z., Draskovic M., Veljovic M., Lekovic I., Karanikolas M., Stamenkovic D. Transanal hemorrhoid dearterialization is a safe and effective outpatient procedure for the treatment of hemorrhoidal disease. Cirugia Espanola (English Edition). 2016; 95 (10): 588–594.
12. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Doglietto G.B. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2010; 53: 803–811.
13. Jeong H., Hwang S., Ryu K.O., Lim J., Kim H.T., Yu H.M., Yoon J., Lee J.Y., Kim H.R., Choi Y.G. Early Experience With a Partial Stapled Hemorrhoidopexy for Treating Patients With Grades III–IV Prolapsing Hemorrhoids. Ann Coloproctol. 2017; 33 (1): 28–34.
14. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Zaccone G., De Simone V. Distal Doppler-guided dearterialization is highly effective in treating haemorrhoids by transanal haemorrhoidal dearterialization. Colorectal Disease. 2012; 14: 786–789.
15. Сергацкий К.И., Никольский В.И., Ковешникова Т.М., Коновалова И.М. Особенности микробного пейзажа у пациентов с острыми гнойными парапроктитами. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2014; 4 (32): 92–98.
16. Батищев А.К., Титов А.Ю., Костарев И.В., Орлова Л.П. Подкожное иссечение эпителиального копчикового хода: первый опыт применения, непосредственные результаты. Колопроктология. 2015; 2 (52): 11–18.
17. Магомедова З.К., Чернышова Е.В., Грошилин В.С. Преимущества и опыт практического использования способа хирургического лечения больных с рецидивами эпителиальных копчиковых ходов. Ульяновский медико-биологический журнал. 2016; 2: 97–103.

EPIDEMIOLOGY AND TREATMENT OF SURGICAL DISEASES OF THE RECTUM, ANUS AND PERINEUM

V.I. Midlenko¹, A.A. Kartashev², A.V. Smol'kina¹, E.G. Evtushenko²,
E.V. Slesareva¹, I.I. Midlenko¹, P.M. Chavkin¹, V.P. Demin¹

¹Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia;

²Ulyanovsk Regional Clinical Center of Specialized Types of Medical Care named after E.M. Chuchkalov, Center of Coloproctology, Ulyanovsk, Russia

e-mail: smolant1@yandex.ru

The goal of the study is to assess the scope and structure of the inpatient surgical care provided to patients with diseases of the rectum, anus and perineum in order to determine urgent proctologic states and optimal surgical care.

Materials and Methods. In 2013, 768 patients with anorectal diseases were treated in the clinic. Surgical activity was 92.5 %: 788 patients (95.3 %) in 2014 and 767 patients (97.3 %) in 2015.

Results. During three years, 996 patients with hemorrhoids were treated in the clinic. Patients underwent traditional hemorrhoidectomy according to Milligan-Morgan (791 people), apparatus hemorrhoidectomy according to Longo's method (85 people), desarterization combined with sclerotherapy of internal hemorrhoids (120 people). The most dangerous method in terms of early postoperative complications was the traditional hemorrhoidectomy; while the safest one was desarterization associated with sclerosis of internal hemorrhoids.

Treatment of paraproctitis complication, Fournier gangrene, was conducted in cooperation with an urologist. There were no lethal outcomes. Average hospitalization period was 25.2±10.3 days. The structure of patients' wound microflora with suppurative epithelial coccygeal passage (ECP) was represented by *Staphylococcus epidermiditis* (51.5 %), *Staph. Aureus* (15.2 %), *Staph. Saprophyticus* (15.2 %), *Enterobacter. Faecalis* (6.1 %), *Ent. Aerogenes* (3.0 %), *Escherichia coli* (6.0 %), and *Streptococcus pyogenes* (3.0 %). More than 90 % of the isolated strains were susceptible to cefuroxime, ciprofloxacin and gentamicin.

Conclusion. The increase in surgical activity is connected with quality improvement in inpatient and outpatient units. Most patients with anorectal disease suffer from hemorrhoids. Their proportion increased from 38.8 % in 2013 to 45.1 % in 2015. Treatment for putrefactive paraproctitis should be performed by coloproctologists. All patients with ECP should be administered intravenous ciprofloxacin.

Keywords: hemorrhoids, paraproctitis, epithelial coccygeal passage.

References

1. Grigor'eva G.A., Golsheva S.V. O metodakh diagnostiki i konservativnogo lecheniya anorektal'nykh zabolevaniy [Methods of diagnostics and conservative treatment of anorectal diseases]. *Lechashchiy vrach*. 2011; 4: 66–69 (in Russian).
2. Nikol'skiy V.I., Sergatskiy K.I., Klimashevich A.V., Mitroshin A.N. Izuchenie dinamiki gnoynovospalitel'nogo protsessa v myagkikh tkanyakh u patsientov s ostrym anaerobnym paraproktitom (eksperimental'no-klinicheskoe issledovanie) [Study of the dynamics of purulent-inflammatory process in soft tissue of patients with acute anaerobic paraproctitis (experimental and clinical research)]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2016; 175 (3): 22–25 (in Russian).
3. Midlenko V.I., Smol'kina A.V., Zaytsev A.V., Morozov V.S., Shabaev R.M. Epidemiologicheskaya kharakteristika ekstremnoy khirurgicheskoy patologii v Ul'yanskoj oblasti [Epidemiological characteristics of emergency surgical pathology in Ulyanovsk region]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014; 6. Available at: www.science-education.ru/120-15785 (accessed: 03.02.2017) (in Russian).
4. Shelygin Yu.A., Titov A.Yu., Abritsova M.V. Modifitsirovannaya klassifikatsiya vnutrennego gemorroya [Modified classification of hemorrhoids]. *Koloproktologiya*. 2015; 2 (52): 8–11 (in Russian).
5. Medina-Gallardo A., Curbelo-Pena Y., De Castro X., Roura-Poch P., Roca-Closa J., De Caralt-Mestres E. Is the severe pain after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy still currently remaining a major postoperative problem despite being one of the oldest surgical techniques described? A case series of 117 consecutive patients. *Ann Coloproctol*. 2017; 30: 73–75.

6. Midlenko V.I., Smol'kina A.V., Belova S.V. *Khirurgicheskie aspekty zabolevaniy pryamoy kishki* [Surgical aspects of rectum diseases]: uchebno-metodicheskoe posobie. Ul'yanovsk; 2014. 56 (in Russian).
7. Sergatskiy K.I., Nikol'skiy V.I., Koveshnikova T.M. Vybor empiricheskoy antibakterial'noy terapii u bol'nykh ostrym paraproktitom [Choice of empirical antibacterial therapy for patients with acute proctitis]. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki*. 2015; 1 (33): 88–100 (in Russian).
8. Groshilin V.S., Mirzoev L.A., Cherkasov D.M., Dmitriev A.V. Optimizatsiya vybora i differentsirovka pokazaniy k primeneniyu maloinvazivnykh metodov lecheniya gemorroya [Optimal choice and indications for use of minimally invasive methods in treating hemorrhoids]. *Koloproktologiya*. 2016; 2 (1): 22–23 (in Russian).
9. Midlenko V.I., Nguen D.T., Evtushenko E.G., Kartashev A.A. Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya khronicheskogo gemorroya II–III stepeni [Optimization of surgical treatment of chronic hemorrhoids (Grade 2–3)]. *Ul'yanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal*. 2013; 3: 39–43 (in Russian).
10. Zampieri N., Castellani R., Andreoli R., Geccherle A. Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization. *The American Journal of Surgery*. 2012; 204: 684–688.
11. Bjelanovic Z., Draskovic M., Veljovic M., Lekovic I., Karanikolas M., Stamenkovic D. Transanal hemorrhoid dearterialization is a safe and effective outpatient procedure for the treatment of hemorrhoidal disease. *Cirurgia Espanola (English Edition)*. 2016; 95 (10): 588–594.
12. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Doglietto G.B. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53: 803–811.
13. Jeong H., Hwang S., Ryu K.O., Lim J., Kim H.T., Yu H.M., Yoon J., Lee J.Y., Kim H.R., Choi Y.G. Early Experience With a Partial Stapled Hemorrhoidopexy for Treating Patients With Grades III–IV Prolapsing Hemorrhoids. *Ann Coloproctol*. 2017; 33 (1): 28–34.
14. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Zaccone G. and De Simone V. Distal Doppler-guided dearterialization is highly effective in treating haemorrhoids by transanal haemorrhoidal dearterialization. *Colorectal Disease*. 2012; 14: 786–789.
15. Sergatskiy K.I., Nikol'skiy V.I., Koveshnikova T.M., Konovalova I.M. Osobennosti mikrobnogo peyzazha u patsientov s ostrymi gnoynymi paraproktitami [Characteristics of microflora in patients with acute purulent proctitis]. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki*. 2014; 4 (32): 92–98 (in Russian).
16. Batishchev A.K., Titov A.Yu., Kostarev I.V., Orlova L.P. Podkozhnoe issechenie epiteliyal'nogo kopchikovogo khoda: pervyy opyt primeneniya, neposredstvennye rezul'taty [Subcutaneous excision of epithelial coccygeal path: first experience, immediate results]. *Koloproktologiya*. 2015; 2 (52): 11–18 (in Russian).
17. Magomedova Z.K., Chernyshova E.V., Groshilin V.S. Preimushchestva i opyt prakticheskogo ispol'zovaniya sposoba khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s retsidivami epiteliyal'nykh kopchikovyykh khodov [Advantages and application of a new method of surgical treatment of patients with recurrent pilonidal sinus]. *Ul'yanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal*. 2016; 2: 97–103 (in Russian).