

Оптимизация Тактики Хирургического Лечения Острого Гангренозно-Некротического Парапроктита

Бобокулов Азамат Уктамович,

Усмонкулов Маъруф Кодирович,

Бабакурова Фарангиз Уктамовна

Кафедра общей хирургии Самаркандского государственного медицинского университета

Аннотация

В статье представлены результаты лечения 242 больных, перенесших операцию в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета в 2015-2022 годах, из них 23 (9,5%) больных были инфицированы некротической формой заболевания. Острый парапроктит аэробной этиологии наблюдался у 219 (90,5%) больных. Средний возраст пациентов составил $63,1 \pm 4,9$ лет. Всем больным проведено клиническое обследование, ректальное исследование, ректоманоскопия, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, компьютерная томография, бактериологическое исследование раневых выделений. Всем пациентам были выполнены срочные хирургические операции. Результаты обследования показали, что своевременно проведенное радикальное хирургическое вмешательство, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия привели к выздоровлению больных.

Ключевые слова: острый парапроктит, некротический парапроктит, абсцесс, дренирование гнойной полости, сепсис, полиорганская недостаточность.

Введение. Острый парапроктит является самой частой патологией в практике неотложной хирургической проктологии [1, 2, 7], при этом гангренозно-некротические формы заболевания встречаются всего в 7–10% случаев, анализе литературы большинство авторов не включают в рамки исследований некротический парапроктит (НП), подчеркивая чрезвычайную сложность его диагностики и лечения.

Разработки вопросов лечения некротического парапроктита определяется тем, что это заболевание относится к числу жизнеугрожающих, уровень летальности составляет от 15 до

40%, а при генерализации процесса до 80% [3, 4, 5, 6]. Вышеизложенное обусловлено тем, что этиологическим фактором НП являются комбинации условно-патогенной аутофлоры, в которых лидером-ассоциантом становятся анаэробы, обладающие высокой инвазивностью и токсичностью [1, 3, 5], что определяет быструю генерализацию процесса и обуславливает трудности диагностики и сложность комплексного послеоперационного лечения септических состояний.

В настоящее время в качестве возбудителей рассматриваются стрептококки, стафилококки, фузобактерии, спирохеты и другие ассоциации анаэробных и аэробных бактерий [5]. Септицемия, наблюдаемая при НП, обусловлена, как правило, стрептококками [3, 5]. Согласно данным современной литературы, анаэробная направленность процесса обусловлена высокой дозой и вирулентностью инфицирующего агента на фоне снижения иммунологической резистентности организма [1, 2, 4, 5]. Действительно, НП чаще возникает при недостаточном соблюдении правил гигиены в сочетании с сахарным диабетом. В литературе указываются и другие факторы, влияющие на системный иммунитет и предрасполагающие к развитию анаэробного воспаления парапектальной клетчатки: аутоиммунные заболевания и прием стероидных гормонов, противоопухолевая химиотерапия, нейросенсорные заболевания, узелковый периартрит и т. д. [3, 7].

Несмотря на совершенствование хирургической техники, развитие прогрессивных методов детоксикации и антибактериальной терапии, лечение острого некротического парапроктита, по-прежнему, остается сложной и, во многом, мало разрешенной проблемой современной хирургии и колопроктологии, что определяет необходимость дальнейших разработок в этой области.

Цель исследования. Разработать и улучшить лечебную тактику при остром гангренозно-некротическом парапроктите.

Материал и методы исследования: За период 2015–2022 гг. в проктологическом отделении Многопрофильной клиники СамГМУ прооперировано 242 больных с различными вариантами острого парапроктита, среди которых пациенты с некротическими формами заболевания составили 23 (9,5%) больных. В их числе у 219 (90.4%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки. Средний возраст больных составил $63,1 \pm 4,9$ года. Статистически достоверных различий в возрасте мужчин и женщин не отмечено.

Всем пациентам проводили клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, компьютерная томография и бактериологическое исследование отделяемого ран.

Результаты и их обсуждение.

Хирургические вмешательства во всех наблюдениях выполняли по неотложным показаниям. Операция задерживалась на 1–4 ч только в случаях необходимости предоперационной подготовки крайне тяжелых больных. Некротический гнойник промежности вскрывали только под общим наркозом. Вмешательство осуществляли через широкий разрез по всей выявленной площади воспалительных изменений, по типу операционного доступа. Это позволяло провести тщательную интраоперационную ревизию с оценкой объема поражения мягких тканей, демаркации границ между видимыми измененными и здоровыми тканями, обнаружить возможные карманы и затеки. Так как главной задачей в этот момент являлось спасение жизни больного. Критериями жизнеспособности образовавшейся раневой поверхности служили отчетливая капиллярная кровоточивость тканей. Операцию заканчивали струйным орошением раны растворами антисептиков и наложением повязки с раствором декасана. В двух случаях вследствие некротических изменений стенки прямой кишки была наложена сигмостома. Во всех остальных наблюдениях отключение каловой струи не выполняли. Ни в одном случае при некротическом парапроктите мы не осуществляли ликвидацию гнойного хода одномоментно при основной радикальной операции.

Антибиотикотерапию начинали за 30–40 мин до операции. Проводили также интенсивную детоксикационную, инфузионную, симптоматическую терапию, осуществляли зондовое питание сбалансированными энтеральными смесями. После операции осмотр раневых поверхностей и перевязки выполняли несколько раз в сутки, в среднем 2–3 раза. У 82% больных в первые несколько дней послеоперационного периода были обнаружены вновь возникшие очаги некроза, которые удалялись острым путем во время перевязок.

Весьма важным в хирургическом лечении острого гангренозно-некротического парапроктита является определение границ распространенности необратимых патологических изменений. Это необходимо для выполнения некрэктомии оптимального объема, что существенно влияет на результат лечения. В нашем исследовании мы опирались на метод лазерной допплеровской флюметрии, считая характеристики микроциркуляции тканей важным индикатором степени распространенности воспалительного процесса. Летальный исход наступил у 2 (5,5%) больных острым некротическим парапроктитом.

Путем осмотра и методом анкетирования прослежены отдаленные результаты у 19 (82,6%) больных. Большинство из них (86,2%) жалоб, требовавших какого-либо участия, не предъявили. Однако у 4 (17,4%) пациентов сформировались экстрасфинктерные свищи прямой кишки, которые, спустя 6 месяцев, после перенесенных основных вмешательств были

успешно ликвидированы различными оперативными методами.

Заключение. Острый некротический парапроктит относится к числу тяжелых, жизненно опасных заболеваний и сопровождается высокой летальностью. Успех лечения во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложных операций с достаточной некрэктомией и проведением адекватной интенсивной терапии.

Чаще всего неудовлетворительные результаты лечения обусловлены поздним обращением больных за специализированной медпомощью (71,7% случаев), а также поздней диагностикой заболевания в неспециализированных учреждениях. Это приводит к распространенному поражению клетчаточных пространств таза и мышечных волокон сфинктера, что затрудняет проведение радикального вмешательства.

Результаты исследований свидетельствовали о том, что своевременная и радикально выполненная операция, дополненная антибактериальной и детоксикационной терапией, приводили к выздоровлению.

Список литературы

1. Баровикова О.П. Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов в зависимости от пола больного: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2022.
2. Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А. Основы колопроктологии для врача общей практики: монография. – Самара: ООО «Офорт», 2019.
3. Филлипс Р.К.С. (ред.) Колоректальная хирургия / пер. с англ. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2019.
4. Основы колопроктологии / Под ред. Г.И. Воробьёва. – М., 2020. – 432 с.
5. Brook I. Microbiology and management of soft tissue and muscle infections // Int. J. Surg. – 2008. – Vol. 6, N 4. – P. 328–38.
6. Gordon P.H. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus / Eds. P.H. Gordon, S. Nivatvongs. – 3rd ed. – N.-Y., 2017.
7. Wolff B.G. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. – Springer Science + Business Media, LLC. – 2017.
8. Давлатов С.С., Шеркулов К.У., Хирургическое лечение сочетанной неопухоловой патологии прямой кишки и анального канала (обзор литературы) Достижения науки и образования. – 2022. – № 4 (4). 12–17.

-
9. Камолов Т.К., Муртазаев З.И., Шеркулов К.У., Бойсариев Ш.У., Камолов С.Ж. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера. Национальная ассоциация ученых. -2016.-№1 (1).-стр. 24-29.
 10. Шеркулов К.У. Analysis of surgical treatment of acute paraproctitis. Проблемы биологии и медицины. 2022, №4 (137) 227-229.
 11. Шеркулов К.У. Анализ хирургического лечения острого парапроктита. Scientific progress Scientific Journal. Volume 3 | ISSUE 2 | 2022 792-797.