

ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫМ ГАНГРЕНОЗНО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

Ахророва Лайло Барно кизи – ассистент,
кафедра факультетской и госпитальной хирургии, урологии,
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

ARTICLE INFO.

Ключевые слова: острый парапроктит, некротический парапроктит, абсцесс, дренирование гнойника, сепсис, полиорганная недостаточность.

Аннотация

в статье рассмотрены результаты лечения у 767 больных, оперированных в проктологическом отделении Бухарском многопрофильном центре в период 2006-2021 гг., среди которых пациенты с некротическими формами заболевания составили 36 (4,7%) больных. В их числе у 731 (95,3%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки. Средний возраст больных.

<http://www.gospodarkainnowacje.pl/> © 2023 LWAB.

Введение. Анализ литературы последних лет показывает, что на сегодняшний день отсутствует тенденция к снижению частоты гнойно-воспалительных заболеваний. Пациенты с гнойно-некротическими процессами различной локализации составляют около 30% от хирургических больных. Различные формы острого парапроктита, составляют 0,5% – 4% от общего количества больных хирургического профиля и 21%-50% всех проктологических больных.

Острый парапроктит является самой частой патологией в практике неотложной хирургической проктологии [1, 2, 7, 10], при этом некротические формы заболевания встречаются всего в 3–6% случаев, анализе литературы большинство авторов не включают в рамки исследований некротический парапроктит, 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, 5, 9, 12]. Вышеизложенное обусловлено тем, что этиологическим фактором некротического парапроктита являются комбинации условно-патогенной аутофлоры, в которых лидером-ассоциантом становятся анаэробы, обладающие высокой инвазивностью и токсичностью [4, 6, 8, 11, 14], 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 [13]. Септицемия, наблюдаемая при некротическом парапроктите обусловлена, как правило, стрептококками [5, 10]. Согласно данным современной литературы, анаэробная направленность процесса обусловлена высокой дозой и вирулентностью инфицирующего агента на фоне снижения иммунологической резистентности организма [5, 12, 13]. Действительно, некротический парапроктит 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 параректальной клетчатки: аутоиммунные заболевания и прием стероидных гормонов, противоопухолевая химиотерапия, нейросенсорные заболевания, узелковый периартериит и т. д. [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 2006–2021 гг. в проктологическом отделении Бухарском многопрофильном центре оперировано 767 больных с различными вариантами острого парапроктита, среди которых пациенты с некротическими формами заболевания составили 36 (4,7%) больных. В их числе у 731 (95,3%) 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, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, бактериологическое исследование отделяемого раны.

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, демаркацию 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 одновременно с основной радикальной операцией.

Антибиотикотерапию начинали за 30–40 мин до операции. Проводили также 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 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 при 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 доплеровской флоуметрии, 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 29 (80,5%) больных. Большинство из них (86,2%) жалоб, требовавших какого-либо участия, не предъявляли. Однако у 4 (13,8%) 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.

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

Список литературы

1. *Ахорова Л.Б.* Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом // Вопросы науки и образования, 2021. № 27 (152). С. 51-57.
2. *Газиев К.У. и др.* Ампутации на уровне голени при критической ишемии у больных сахарным диабетом // Биология и интегративная медицина, 2021. № 1 (48).
3. *Раунов Ф.С., Мехриддинов М.К.* Функциональные изменения после обширных резекций толстого кишечника у детей // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 1 (116). С. 113-116.
4. *Хамдамов Б.З.* Метод лазерной фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции при синдроме диабетической стопы // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 1. С. 142-148.

5. *Хамраев А.Ж., Раунов Ф.С.* Обширная резекция толстой кишки у детей, проблемы и возможные пути решения // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана, 2020. № 3 (100). С. 125-130.
6. *Bahodirovich N.B. et al.* Assessment of behavior and biochemical parameters of blood in experimental animals under conditions of a technogenic rotating electric field // Science and education bulletin, 2020. № 23-2 (101).
7. *Davlatov S.S. et al.* Plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // Academic Journal of Western Siberia, 2013. V. 9. № 1. P. 30-31.
8. *Hamdamov B.Z.* Optimization of methods of local treatment of purulent-necrotic lesions of the foot in diabetes mellitus // A new day in medicine, 2018. № 4. С. 24.
9. *Kasimov S.Z. et al.* Efficacy of modified hemosorbents user for treatment of patients with multi-organ insufficiency // Academic Journal of Western Siberia, 2013. V. 9. № 3. С. 44-46.
10. *Khamdamov B.Z. et al.* Method of prevention of postoperative complications of surgical treatment of diabetic foot syndrome // European science review, 2018. № 9-10-2. С. 194-196.
11. *Khamdamov B.Z. et al.* The role and place laser photodynamic therapy in prevention postoperative complication at treatment of diabetic foot syndrome // Applied Sciences: challenges and solutions, 2015. С. 27-31.
12. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // Nagoya journal of medical science, 2014. T. 76. № 3-4. С. 255.
13. *Rustamov M.I., Davlatov S.S., Saydullaev Z.Y., Rustamov I.M.* Choice of surgical tactics of treatment of patients with acute paraproctitis. Journal of hepato-gastroenterology research, 2020. Vol. 2. Issue 1. P. 26-29.
14. *Rustamov M.I., Davlatov S.S., Saydullaev Z.Y., Rustamov I.M.* Results of surgical treatment of patients with acute gangrenous - necrotic paraproctitis. Journal of hepato-gastroenterology research, 2020