



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГАНГРЕНОЗНО - НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

Шеркулов К.У.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.
Ассистент кафедры общей хирургии. Самарканд, Узбекистан.

Бобокулов А.У.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.
Ассистент кафедры общей хирургии. Самарканд, Узбекистан.

Усмонкулов М.К.

студент 1-курса СамГМУ лечебного факультета №1,
Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Самарканд, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7625059>

Аннотация. В статье рассмотрены результаты лечения у 367 больных, оперированных в проктологическом отделении клиники № 1 СамГМУ в период 2015-2022 г., среди которых пациенты с некротическими формами заболевания составили 26 (7,1%) больных. В их числе у 341 (92,9%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки. Средний возраст больных составил 62,1±3,9 года.

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

The abstract. The article discusses the results of treatment in 367 patients operated on in the proctology department of clinic № 1 of SamSMU in the period 2015-2022, among whom patients with necrotic forms of the disease accounted for 26 (7.1%) patients. Among them, 341 (92.9%) had an aerobic etiology of lesions of peri-rectal tissue. The average age of the patients was 62.1 ± 3.9 years.

Key words: acute paraproctitis, necrotizing paraproctitis, abscess, abscess drainage, sepsis, multiple organ failure.

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, 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 жизни угрожающих, уровень летальности составляет от 15 до 40%, а при генерализации процесса до 80%. Вышеизложенное обусловлено тем, что этиологическим фактором некротического парапроктита являются комбинации условно-патогенной аутофлоры, в которых лидером-ассоциантом становятся анаэробы, обладающие высокой инвазивностью и токсичностью, 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. Септицемия наблюдаемая при некротическом парапроктите обусловлена, как правило, стрептококками. Согласно данным современной литературы, анаэробная направленность процесса обусловлена высокой дозой и вирулентностью инфицирующего агента на фоне снижения иммунологической резистентности организма. 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.

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 г. в проктологическом отделении клиники № 1 СамГМУ оперировано 367 больных с различными вариантами острого парапроктита, среди которых пациенты с некротическими формами заболевания составили 26 (7,1%) больных. В их числе у 341 (92,9%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки. Средний возраст больных составил $62,1 \pm 3,9$ 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 (0.5%) больных острым некротическим парапроктитом.

Путем осмотра и методом анкетирования прослежены отдаленные результаты у 19 (5,1%) больных. Большинство из них жалоб, требовавших какого-либо участия, не предъявляли. Однако у 4 (1,1%) 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. Давлатов С.С., Шеркулов К.У., Хирургическое лечение сочетанной неопухолевой патологии прямой кишки и анльного канала (обзор литературы) Достижения науки и образования. – 2022. – № 4 (4). – С. 12–17.

2. 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.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - М., 2006. - 432с.
4. Шеркулов К.У. Analysys of surgical treatment of acute paraproctitis. Проблемы биологии и медицины. 2022, №4 (137) 227-229.
5. Баровикова О.П. Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов в зависимости от пола больного: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007.
6. С.С. Давлатов, М.И. Рустамов, З.Я. Сайдуллаев, И.М. Рустамов. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований 1 (2), 26-29.
7. Рахматова Л.Т., Сайдуллаев З.Я., Шеркулов К.У. Диагностика и хирургическое лечение острых гнойных проктологических заболеваний. «Хист», Всеукраинский медицинский журнал молодых ученых, Стр. 621.
8. Рустамов М.И., Камолов Т.К., Рахматова Л.Т., Сайдуллаев З.Я. Обоснование хирургического метода лечения острого парапроктита. Национальная ассоциация ученых (НАУ) Ежемесячный научный журнал, стр.9-10.
9. Шеркулов К.У., Сайдуллаев З.Я., Дусияров М.М., Рахматова Л.Т., Рустамов И.М. Обоснование хирургического метода острого парапроктита. Материалы X Международной научно-практической интернет-конференции.
10. И.Б. Мустафакулов, М.И. Рустамов, К.У. Шеркулов, З.Я. Сайдуллаев. СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ: ПОТЕНЦИАЛ НАУКИ И СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ, 252-255.
11. Сайдуллаев З.Я., Асадова Ф.Ф., Ниязова М.М. Хирургические аспекты лечения острого парапроктита. «Хист», Всеукраинский медицинский журнал молодых ученых, Стр. 624.
12. MODERN TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE PARAPROCTITIS. U.A. Sherbekov, Z.Y. Saydullayev, G. Ahmedov, A.P. Murodov. WORLD SCIENCE: PROBLEMS AND INNOVATIONS, 221-223.
13. Болквадзе Э.Э., Егоркин М.А. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита. Пятнадцатилетний опыт // Колопроктология. - 2012. - №2. - С. 146-151.
14. Болквадзе Э.Э., Коплатадзе А.М., Проценко В.М., Егоркин М.А., Лекперов Э.Э. Некрэктомии и лечение послеоперационной раны при анаэробном парапроктите // Сибирский медицинский журнал. - 2009. - №1. - С. 52-56.
15. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006. - 241 с.
16. Демьянов А.В., Андреев А.А. Острый парапроктит. Обзор литературы // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. -2013. - №4. - С. 91-95.
17. Ковалев А.С., Войновский А.Е., Ильин В.А., Кукуничков А.А., Ходов А.Н., Екамасова Е.А., Пути улучшения диагностики и лечения, классификация гнилостного и анаэробного парапроктита // Медицинский вестник МВД. - 2008. - №2. - С. 236-242.
18. Мадаминов, А.М. Результаты лечения больных с острым парапроктитом, отягощенным сахарным диабетом / А.М. Мадаминов, А.В. Мансурова // Вестник КРСУ. - 2015. - Т. 15, № 4. - С. 59-62.

- 19.Михайлова, В.М. Лечение анаэробного парапроктита / В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев, И.А. Холтосунов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2012. - №4(86). - С. 69-70.
- 20.Тимербулатов,М.В. Анаэробный парапроктит / М.В. Тимербулатов, В.М. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов // Креативная хирургия и онкология. - 2011. - №3. - С. 4-8.
- 21.Анаэробный парапроктит / М.В. Тимербулатов [и др.] // Колопроктология. - 2012. - №2(40). - С. 4-9.
- 22.Abdulla A., Yee L. The clinical spectrum of Clostridium sordellii bacteraemia: two case reports and a review of the literature / A. Abdulla, L.Yee // J. Clin. Pathol. - 2000. - Vol. 53. - P. 709-712.
23. Ayan F. Fournier's gangrene: a retrospective clinical study on forty-one patients /F. Ayan, O. Sunamak, S.M. Paksoy // ANZ J. Surg. -2005. - Vol. 75. - P. 1055-1058.
- 24.Corman M.L. Colon and rectal surgery. - 5th ed. - Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- 25.Gordon P.H. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus / Eds. P.H. Gordon, S. Nivatvongs. - 3rd ed. - N.-Y., 2007. - 1354 p.
- 26.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.
- 27.Pathophysiological relevance of aldehydic protein modifications / N. Zarkovic [et al.] // J. Proteom. - 2013. - Vol. 92. - P. 239-247.

