

УДК 616.65-002-08

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАПРОКТИТАМИ

К.Т. Адайбаев

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

Резюме

Хирургическое лечение острого и хронического парапроктита остается большой проблемой в проктологии. Анализ результатов традиционного лечения 210 пациентов с парапроктитом показал необходимость развития новых подходов к лечению таких пациентов, чтобы улучшить качество и уменьшить длительность лечения.

Тұжырым

Парапроктитпен сырқаттанған науқастарды емдеу нәтижесі

Жедел және созылмалы парапроктитті хирургиялық жолмен емдеу қазіргі проктологияның үлкен мәселесі болып отыр. Парапроктитпен сырқаттанған 210 науқасты емдеу нәтижесі, бұл науқастарды емдеу сапасын жақсарту және емдеу ұзақтығын азайту үшін емдеудің жаңа жолдарын іздестіру қажеттігін көрсетті.

Summary

The analysis of results of treatment of patients with of acute and chronic pararectal abscess

The surgical treatment of acute and chronic pararectal abscess remains a major problem in proctology.

The analysis of the results of traditional treatment of 210 patients with the paraproctitis revealed the necessity of development of new approaches to treatment of such patients to improve the quality and reduce the period of treatment.

Парапроктит является одним из наиболее частых колопроктологических заболеваний и занимает 4 место после геморроя, анальных трещин, колитов. Его частота составляет от 20% до 40% всех болезней прямой кишки. До 96% больных с хроническими парапроктитами связывают начало заболевания и появления свища прямой кишки с перенесенным ранее острым парапроктитом.

После простого вскрытия острого парапроктита, которое до сих пор производится во многих общехирургических клиниках, частота рецидивов заболевания составляет 50-98% [1,2].

Наиболее часто рецидивы встречаются после операции по поводу экстрасфинктерных свищей, достигая 30%, а доля больных с недостаточностью анального жома составляет 25-30% [3,4].

По данным многих авторов среди больных с острыми парапроктитами 25-39% составляют больные с острыми рецидивирующими парапроктитами [5].

Данная работа основана на результатах комплексного обследования и традиционного лечения 210 больных с различными формами острого и хронического парапроктита, пролеченных в отделении гнойной хирургии и колопроктологии ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана с 2009 по 2010 годы. Возраст больных колебался от 15 до 83 лет.

Стационарное лечение проходило 112 больных, амбулаторное лечение 98 больных. Возраст больных колебался от 15 до 83 лет. Мужчин было 156, женщин – 54, соотношение 3:1, что соответствует литературным данным. Пребывание больных в стационаре составило от 7 до 34 дней, средний койко-день – 16,0±0,6, с дальнейшим амбулаторным долечиванием в условиях поликлиники от 5 до 21 дней, средняя длительность амбулаторного лечения – 13,1±0,5 дня. Общая длительность лечения составляла 29,1±0,4 дня. Общая длительность лечения при различных формах парапроктита приведена в таблице №1.

Таблица 1 - Длительность лечения больных в зависимости от формы парапроктита.

Формы парапроктита	Пребывание в стационаре (дни)	Амбулаторное долечивание (дни)	Всего
Подкожный	8,6±0,4*	10,9±0,4*	19,5±0,5*
Ишиоректальный	13,2±0,6*	17,1±0,7*	30,3±0,9*
Пельвиоректальный	25,0±1,9*	16,0±1,3*	41,0±2,2*
Хронический	21,0±0,8*	19,2±0,6*	40,2±1,3*

86% больных госпитализированы в экстренном порядке, 14% в плановом. В случае острого парапроктита, больные поступали на 3-8 сутки от начала заболевания.

Распределение больных по локализации гнойного процесса в параректальной клетчатке представлено в таблице 2.

Таблица 2 - Формы парапроктита в группе ретроспективного анализа.

Формы парапроктита										
Группа	Подкожный		Ишиоректальный		Подслизистый		Пельвиоректальный		Хронический	
	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
Контрольная	134	63,8	48	22,8	2	0,95	5	2,4	21	9,8
Всего	210 больных									

В структуре заболеваемости парапроктитов 63,8% (134 больных) составляет подкожная форма, 22,8% (48 больных) составляет ишиоректальный парапроктит, 2,4% (5 больных) составляет пельвиоректальный парапроктит, 2,6% (7 больных) составляет подслизистый

парапроктит, 0,95% (2 больных) составляет ретро ректальный парапроктит и 13,6% (37 больных) составляет хронический парапроктит. При распределении больных по формам заболевания мы придерживались классификации НИИ проктологии Министерства здравоохранения

РСФСР. Для оценки эффективности традиционных методов лечения применяли в случае острого парапроктита следующие клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования:

- общеклинические;
- инструментальные - идентификация внутреннего отверстия острого гнойного парапроктита.
- изучение клинического процесса заживления раны;
- бактериологический посев из раны на микрофлору и на ее чувствительность к антибиотикам;
- цитологические исследования процесса заживления послеоперационной раны на 2,5,7,9 сутки;
- лабораторные – общий анализ крови, иммунологический анализ крови.

Для изучения эффективности лечения в случае хронического парапроктита использованы дополнительные инструментальные методы исследования: осмотр аноскопом с введением красителя через наружное свищевое отверстие с целью поиска внутреннего отверстия свища, зондирование пуговчатым зондом, ректороманоскопия с применением красителя, фистулография.

В схему предоперационной подготовки при хронических парапроктитах входили: щадящая диета, очищение кишечника перед операцией фортрансом фирмы «Бофур Ипсен», очистительные клизмы.

Лечение больных с острым парапроктитом заключалось во вскрытии парапроктита, санации и дренировании гнойной полости, с дальнейшими ежедневными перевязками с антисептиками. После очищения раны от гноя применялись повязки с мазью Вишневского или левомиколя. Антибактериальная терапия включала препараты группы цефалоспоринов и аминогликозидов в течение 7-10 дней. При бактериологическом исследова-

нии посева из раны чаще высевалась, в основном, *E. coli*, чувствительная к гентамицину, канамицину и цефазолину. При лечении хронического параректального свища, в основном, применялись операции иссечения свища и лигатурный метод. Послеоперационные раны заживали вторичным натяжением. После наступления окончательной эпителизации ран по поводу острого парапроктита больные были госпитализированы повторно для операции по поводу параректальных свищей. 72% операции выполнены в плановом порядке и заключались в применении лигатурного метода, который в литературе считается операцией «отчаяния».

Среди этих больных было выявлено 2 случая осложнений парапроктита сепсисом. Летальных исходов непосредственно от парапроктита не было. У 7 больных имелись тяжелые сопутствующие заболевания сердца, лёгких, крови.

Анализ результатов традиционного метода лечения больных с парапроктитами показал, что клиническое улучшение в виде снижения отека и уменьшения локальной болезненности в ране отмечалось только на 6-7 сутки, при этом гнойное отделяемое из раны продолжалось. Снижение температуры и содержания лейкоцитов в крови до нормальных цифр было зарегистрировано только на 7-9 сутки после операции, несмотря на длительный курс антибактериальной терапии и ежедневную санацию гнойного очага.

По результатам анализа лечения больных с парапроктитами отмечено, что частота послеоперационных рецидивов оставалась высокой, что соответствует литературным данным. В таблице 4 приведена частота рецидивов при различных формах парапроктита у больных, леченных традиционным методом в условиях стационара.

Таблица 4 - Частота рецидивов при различных формах парапроктита, леченных в стационаре

Показатель	Острый парапроктит				Параректальные свищи	Всего
	Подкожный	Ишиоректальный	Пельвиоректальный	Подслизистый		
Число больных	134	48	5	2	21	210
Число рецидивов (%)	14 (28,0%)	11 (39,3%)	1 (50,0%)	1 (20,0%)	3 (21,4%)	29 (26,6%)

Такой высокий процент рецидивов можно объяснить отсутствием целенаправленного поиска первичного отверстия во время операции по поводу острого парапроктита. Объем хирургических вмешательств исходил из общепринятых лечебных алгоритмов. Такая тактика в большинстве случаев приводит к рецидивам острого парапроктита или к хроническому свищу прямой кишки.

При традиционном лечении парапроктита послеоперационная рана заживает вторичным натяжением. При этом процесс заживления гнойных ран парапроктита остается длительным от 19 до 40 дней, образуются грубые рубцы, деформирующие смыкание заднего прохода, приводящие к постоянному чувству инородного тела в заднем проходе. Больные подвергаются ежедневным болезненным процедурам при санации гнойных ран, иногда требуется повторный наркоз с целью обезболивания.

Таким образом, проблема лечения парапроктитов до настоящего времени остается до конца не решенной и требует усовершенствования и дальнейшего улучшения методов лечения.

Литература:

1. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. / Руководство для врачей.- М: ГНЦ колопроктологии.-1994.-432 с.
2. Борсова Ф.З., Комплексное лечение острого парапроктита с применением озона и эритроцитарных фармакоцитов. Автореф. дис. канд. мед. наук. Астана. 2001год.
3. Акопян А.С., Эксюзян Г.Э., Манукян Э.В., Курбанян А.Л., Багдасарян Т.Т., Агамалян С.С., Улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом. АООТ "НИИ проктологии" // Проблемы колопроктологии. - Выпуск 18, Москва 2002.- С.24-28.
4. Hardy J. Rectal abscess // Am.J.Surg. - 1991. - 152. - P.285-289.