

УДК 616 – 089.8 + 616.352 – 007.253

Досвід хірургічного лікування хворих із глибокими формами гострого парапроктиту

О.В. НОВИЦЬКИЙ

Івано-Франківський державний медичний університет

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DEEP FORMS OF ACUTE PARAPROCTITIS

O.V. NOVYTSKY

Ivano-Frankivsk State Medical University

Проаналізовані результати хірургічного лікування 86 хворих із глибокими формами гострого парапроктиту віком від 19 до 80 років. Досліджено особливості клінічного перебігу захворювання у хворих із глибокими тазовими гнояками, залежно від виду виконаних радикальних оперативних втручань. Стверджено ефективність місцевого лікування післяопераційних ран 10 % бензойною маззю на гідрофільній основі. Опрацьовано застосування диференційованого режиму проведення антибактеріальної терапії у хворих із глибокими тазовими гнояками. Застосовані підходи дозволили підвищити ефективність хірургічного лікування хворих із глибокими формами гострого парапроктиту, зменшити кількість післяопераційних ускладнень та попередити прогресування синдрому системної запальної відповіді.

The results of surgical treatment of 86 patients with deep forms of acute paraproctitis aged from 19 to 80 years of age were analysed. The peculiarities of clinical course were researched in patients with deep pelvic abscesses in relation to the performed radical operative interventions. The effectiveness of local treatment of postoperative wounds with 10 % benzoas ointments on hydrophil basis was confirmed. The usage of differential regimen of antibacterial therapy in patients with deep pelvic abscesses was processed. The implemented methods allowed to increase effectiveness of surgical treatment in patients with deep forms of acute paraproctitis; to decrease the quantity of postoperative complications and to prevent the development of general systemic inflammatory response syndrome.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гострий парапроктит (ГП) належить до числа найбільш поширених захворювань у колопроктології. За даними ряду авторів, частота цього захворювання становить 24-50 % [4]. Близько 75 % хворих із ГП складають особи працездатного віку, від 20 до 60 років. Чоловіки хворіють частіше від жінок, це співвідношення в середньому складає 7:3 [3]. Хірургічне лікування ГП є актуальною проблемою проктології, оскільки досить високою залишається частота виникнення рецидиву захворювання. Так, за даними деяких авторів, навіть після виконання радикальної операції частота рецидиву ГП сягає 30 % [1, 4]. Хірургічна тактика лікування хворих на ГП постійно вдосконалюється, впроваджуються нові способи виконання втручань, однак результати лікування, особливо складних форм, не завжди задовільні [6]. Особливості перебігу запального процесу при складних формах ГП зумовлюються наявністю з'єднання порожнини гнояка з просвітом прямої кишки та численними розгалуженнями в парарек-

тальній клітковині. Індивідуальний підхід до вибору способу виконання операції, застосування різних антибактеріальних препаратів та місцевого лікування післяопераційних ран визначають результат лікування хворих із глибокими формами ГП і дозволяють попередити виникнення післяопераційних ускладнень [2, 5].

Мета роботи: проаналізувати результати комплексного лікування та особливості перебігу післяопераційного періоду у хворих, прооперованих з приводу глибоких форм ГП.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 86 хворих із різними формами глибоких тазових гнояків, які перебували на стаціонарному лікуванні з 2004 до 2007 р. в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Серед них 58 (67,4 %) чоловіків, 28 (32,6 %) жінок, вік хворих перебував у межах від 19 до 80 років. Протягом 3-4 діб з часу захворювання було госпіталізовано 73 (84,9 %) хворих, на 6-7 добу захворювання – 13 (16,1 %) хворих.

Ішіоректальний ГП виявлено у 52 (60,5 %) хворих, пельвіоректальний ГП – у 19 (22,1 %), ретро-ректальний ГП – у 8 (9,3 %), підковоподібний ГП – у 7 (8,1 %) пацієнтів. Внутрішній отвір на крипті прямої кишки виявлено у 50 (58,1 %) хворих, з них у задній крипті – у 36, в передній крипті – у 14 хворих. Первинний гнійний хід між порожниною гнояка і криптою прямої кишки виявлено у 45 (52,3 %) хворих. Інтрасфінктерний напрям первинного гнійного ходу встановлено у 21 (46,6 %) хворого. У 17 (37,8 %) пацієнтів первинний гнійний хід проходив транс-сфінктерно, у 7 (15,6 %) – екстрасфінктерно.

Клінічне обстеження хворих включало аналіз скарг і анамнезу захворювання та їх зміни в процесі лікування. При оцінці ефективності лікування хворих на глибокі форми ГП враховували зміни в загальному стані хворого, вираження больового синдрому, швидкість ліквідації ознак синдрому системної відповіді на запалення (ССЗВ). Визначення ССЗВ проводили згідно з рекомендаціями погоджувальної конференції з інтенсивної терапії (США, 2005 р.) за такими ознаками:

- 1) підвищення температури тіла вище 38 °C або її зниження нижче 36 °C;
- 2) тахікардія – збільшення числа серцевих скорочень понад 90 за 1 хв;
- 3) тахіпноє – збільшення частоти дихань понад 20 за 1 хв;
- 4) лейкоцитоз – понад $12 \times 10^9/\text{л}$, або зниження кількості лейкоцитів нижче $4 \times 10^9/\text{л}$, або паличкоядерний зсув більш ніж на 10 % [7].

Оцінюючи місцеві ознаки перебігу гнійно-деструктивного процесу, брали до уваги розміри запального інфільтрату промежнинної ділянки, швидкість зменшення набряку, гіперемії періанальної ділянки, характер виділень із рани, час появи грануляцій після проведення оперативного втручання, а також результати цитологічного та бактеріологічного дослідження. Матеріал для бактеріологічного дослідження отримували при пункції або після розкриття гнійного вогнища. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження проводили під час операції, а також на 3-4-ту і 7-10-ту доби. Матеріалом для цитологічного дослідження служили тканини, які отримували шляхом зіскрібання з рани та наступним нанесенням на предметні скельця. Фіксацію і фарбування препаратів проводили за методом Ван-Гізона. Цитологічне дослідження проводили на 2-гу, 4-ту і 7-му добу після операції.

Топічна діагностика параректальних гнояків проводилась за допомогою огляду, пальпації, пальцевого та бімануального дослідження. Важливим було визначення розташування внутрішнього отвору гнояка на крипті прямої кишки та напрямку гнійно-

го ходу відносно волокон зовнішнього сфінктера відхідника. Цю маніпуляцію виконували під час оперативного втручання за допомогою введення розчину метиленового синього в порожнину абсцесу для візуалізації внутрішнього отвору і напряму первинного гнійного ходу.

Невідкладне хірургічне втручання в перші 6 год з часу госпіталізації виконане у 74 (86,1 %) хворих. При самовільному розкритті гнояка назовні через шкіру промежини у 12 (13,9 %) хворих оперативне втручання вважали можливим провести впродовж перших 24 год після госпіталізації.

Результати досліджень та їх обговорення.

Перед проведенням операції, яку виконували під спинномозковою анестезією, порожнину гнояка пунктували товстою голкою та забирали матеріал для бактеріологічного дослідження. За голкою в порожнину гнояка вводили розчин метиленового синього з 3 % розчином перекису водню у відношенні 1:2.

При виконанні операції у хворих використовували дугоподібний (півмісяцевий) розріз над місцем найбільшого шкірного інфільтрату та флюктуації на промежині. Проводили дозовану некректомію, санацію порожнини гнояка розчином антисептика (діоксидин, фурагін), тупим та частково гострим шляхом роз'єднували гнійні кишені та натічки в параректальній клітковині.

Важливим етапом у проведенні радикальної операції з приводу ГП є ліквідація внутрішнього отвору на крипті прямої кишки та первинного гнійного ходу між порожниною параректального гнояка та просвітом прямої кишки. У 50 (58,1 %) хворих після візуалізації крипти в стінці прямої кишки виконали її висічення разом із нависаючими краями слизової оболонки. У 21 (46,6 %) хворого із інтрасфінктерним напрямом гнійного ходу та у 17 (37,8 %) із транс-сфінктерним виконали розсічення ходу в просвіт прямої кишки за ходом жолобуватого зонда з клиноподібним висіченням внутрішнього отвору крипти, сусідніх змінених крипт та нависаючих країв слизової оболонки. У 7 (15,6 %) хворих з екстрасфінктерним напрямом первинного гнійного ходу провели розкриття та дренивання гнояка з висіченням первинного гнійного ходу, ізольованою криптектомією та дозованою задньою сфінктеротомією. Операцію завершували введенням в пряму кишку марлевої смужки з водорозчинною маззю ("Левасин", "Левомеколь"). Рану на промежині не зашивали, а дренивали гумовими випускниками.

Оперативне втручання у 18 хворих (20,9 %) провели із застосуванням додаткових розрізів за запропонованою нами методикою. Для цього після виконання основних етапів оперативного втручання про-

водили два додаткові розрізи шкіри та підшкірної жирової клітковини на промежині в радіальному напрямі на межі запального набряку періанальної ділянки і незміненої шкіри довжиною 4-7 см. Вже на 2-3 добу після операції відмічали зменшення набряку періанальної ділянки, що створювало сприятливі умови для повноцінного загоєння ран вторинним натягом. Рани промежини у цих хворих загоювались м'яким рубцем, не деформуючи ділянку анального отвору, що забезпечило отримання добрих анатомічних та функціональних результатів.

За результатами бактеріологічного дослідження гною, взятого безпосередньо перед оперативним втручанням, *E. coli* в концентрації в середньому 5×10^8 мікробних тіл в 1 см^3 висіяна у 36 (41,9 %) хворих; *St. aureus* – в концентрації 5×10^9 мікробних тіл в 1 см^3 – у 20 (23,2 %) хворих; *Pr. vulgaris* – в концентрації 5×10^7 мікробних тіл в 1 см^3 – у 16 (18,6 %) хворих. В асоціаціях *St. aureus* і *E. coli* концентрація мікроорганізмів становила в середньому 5×10^5 мікробних тіл в 1 см^3 у 8 (9,3 %) хворих, *E. coli* та *Pr. vulgaris* – в середньому 5×10^6 мікробних тіл в 1 см^3 – у 6 (6,9 %) хворих ($P < 0,05$). Таким чином, найчастіше збудником ГП була кишкова паличка самотійно чи в асоціаціях з іншими мікроорганізмами.

У 36 (41,9 %) хворих з першого дня після оперативного втручання для місцевого лікування рани промежини і порожнини гнояка застосували 10 % бензойну мазь на гідрофільній основі. Перев'язки виконувались 2 рази на добу тампонами, добре просякнутими маззю. При великих розмірах гнояка в його порожнину додатково вводили поліхлорвініловий катетер для введення бензойної мазі. Місцеве лікування 10 % бензойною маззю проводили протягом перших 5-7 днів після операції.

Ефективність застосування лініменту оцінювали за тривалістю ліквідації місцевих запальних змін рани. Ці дані порівнювали з результатами лікування 50 (58,1 %) хворих із групи порівняння, в яких місцеве лікування гнійних ран в першій фазі ранового процесу проводили стандартним водним розчином фурациліну, 0,5 % хлоргексидину біглюконату та 3 % перекису водню. Так, очищення рани промежини від гнійно-некротичних мас у хворих настало в середньому на $(3,7 \pm 0,1)$ день (в групі порівняння – на $(5,1 \pm 0,2)$ день); появу грануляційної тканини відмічали у хворих, в середньому на $(4,2 \pm 0,2)$ день (в групі порівняння – на $(5,3 \pm 0,3)$ день); початок крайової епітелізації відзначали в середньому на $(6,2 \pm 0,3)$ день (в групі порівняння – на $(7,8 \pm 0,3)$ день).

Цитологічна картина ранового процесу до 7-9 доби лікування у хворих, де у місцевому ліку-

ванні застосовували 10 % бензойну мазь, була представлена переважно запально-регенеративним або регенеративним типом цитограм і характеризувалась посиленими процесами регенерації у вигляді появи полібластів, макрофагів, фібробластів.

При застосуванні 10 % бензойної мазі на гідрофільній основі перехід ранового процесу в другу фазу спостерігали в середньому на $(8,4 \pm 0,3)$ добу, а у хворих групи порівняння – на $(10,8 \pm 0,4)$ добу ($P < 0,05$).

У 32 (37,2 %) хворих із сформованими гнояками параректальної клітковини застосували режим надкороткої антибіотикопрофілактики протягом однієї доби. З цією метою використовували цефалоспорин I покоління – цефазолін у дозі 1 г, який вводили за 30-40 хв до початку операції внутрішньовенно, та ще два рази впродовж першої доби.

Результати застосування даного виду антибіотикопрофілактики оцінювали за клінічним станом хворих, місцевими змінами з боку рани, показниками бактеріогамми в післяопераційному періоді на 3-4 добу. На тлі антибіотикопрофілактики вже з другої доби покращувався стан хворих, знижувалася інтенсивність болю періанальної ділянки. Місцево відмічали зменшення набряку, гіперемії та інфільтрації м'яких тканин навколо рани, інтенсивності гнійних виділень. Бактеріальне обсіменіння рани зменшувалося порівняно з вихідними даними і до 3-4-ї доби концентрація патогенних мікроорганізмів не перевищувала 10^3 - 10^4 мікробних тіл в 1 см^3 .

За нашими даними, розвиток ССЗВ мав місце у 12 (13,9 %) хворих із флегмоною параректальної клітковини. Захворювання у них супроводжувалося підвищенням температури тіла понад 38°C , тахікардією більше 90 ударів за 1 хв, тахіпное понад 20 за 1 хв, число лейкоцитів у периферичній крові перевищувало 12×10^9 в 1 л, число паличкоядерних нейтрофілів сягало понад 10 %. При цьому відзначили залежність ліквідації ознак ССЗВ від глибини та поширення гнійного процесу. Після виконання радикальної санації гнійних вогнищ ознаки ССЗВ у хворих із флегмоною параректальної клітковини поступово зникали. Так, після виконання операції з приводу ішіоректального ГП, у 7 із 12 хворих нормалізація температури тіла проходила на 2-3 добу, тахіпное та тахікардія зникали до кінця другої доби, число лейкоцитів у периферичній крові нормалізувалося на 3-тю добу. У 4 хворих із пельвіоректальним ГП, після проведення операції, температура тіла нормалізувалася на 3-4 добу, тахікардія та тахіпное зберігались до 4-ї доби, нормалізація числа нейтрофільних лейкоцитів у периферичній крові проходила до 5-ї доби. В одного хворого з підковоподібним парапроктитом температура тіла нормалі-

зувалася на 6-ту добу, тахікардія та тахіпное – на 7 добу, нормалізація картини загального аналізу крові – на 8 добу після виконання операції.

У даній групі хворих з поширеною флегмоною параректальної клітковини та клінічними проявами ССЗВ для антибактеріальної терапії застосовували левофлоксацин по 250 мг внутрішньовенно краплинно 2 рази на добу з метронідазолом (метрогілом) – по 500 мг (100 мл) 3 рази на добу внутрішньовенно, краплинно. За результатами бактеріологічного дослідження така комбінація препаратів найбільш повно охоплювала збудників гнійного інфекційного процесу в параректальних клітковинних просторах, а також була фінансово доступною для хворих. Після отримання даних антибіотикограми на 3-4 добу при потребі проводили заміну антибактеріальних препаратів. Бактеріальне обсіменіння рани промежини у цих хворих зменшувалося до 4-ї доби, концентрація патогенних мікроорганізмів на цей час не перевищувала 10^4 мікробних тіл в 1 см^3 .

У 6 із 86 (6,9 %) хворих виникли ранні післяопераційні ускладнення. У 3 хворих розвинувся стійкий больовий синдром, для ліквідації якого було необхідне застосування наркотичних анагетиків. У двох хворих відмічені порушення сечовипускання, у 1 – гнійний натічник.

Оцінюючи результати хірургічного лікування хворих із глибокими формами ГП за розпрацьованими нами підходами, встановлено, що добрий

клінічний ефект лікування в ранньому післяопераційному періоді був у 80 (93,1 %) хворих.

Висновки. 1. Застосування додаткових проміжних розрізів як етапу радикального оперативного втручання у хворих із глибокими формами гострого парапроктиту сприяло значному зменшенню набряку вже на 2-3 добу після операції, що створювало умови для загоєння ран м'яким рубцем та забезпечило добрі анатомічні та функціональні результати відхідника.

2. Застосування у місцевому лікуванні хворих із глибокими формами гострого парапроктиту з першого дня після операції 10 % бензойної мазі на гідрофільній основі достовірно сприяло швидшому очищенню рани промежини від гнійно-некротичних мас та початку крайової епітелізації, ніж у хворих із групи порівняння ($P < 0,05$).

3. На основі проведених клінічних, лабораторних, бактеріологічних досліджень встановлено доцільність проведення надкороткої антибіотикопрофілактики у хворих із сформованими параректальними абсцесами і необхідність антибактеріальної терапії у хворих із флегмонами параректальної клітковини.

Перспективи подальших досліджень. Потрібне подальше вивчення впливу антибактеріальної терапії на швидке загоєння рани у хворих з глибокими флегмонами параректальної клітковини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альф И.А., Ан В.К., Николина Е.И. Острый парапроктит: выбор метода хирургического лечения // Хирургия. – 1994. – № 10. – С. 10-12.
2. Березняков И.Г. Резистентность к антимикробным препаратам: механизмы возникновения и клиническое значение: Методические рекомендации. – Харьков. – 2006. – 72 с.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. 413 с.
4. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. – М.: Медицина, 1981. – 208 с.
5. Кондратенко П.Г., Соболев В.В. Хирургическая инфекция: Практическое руководство. – Донецк, 2007. – 512 с.
6. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
7. Calandra T., Cohen J. The international sepsis forum consensus conference on definitions of infection in the intensive care unit // Crit. Care Med. – 2005 – Vol. 33, № 7. – P. 1538-1548.