

В. В. Бойко, Ю. В. Иванова,
В. А. Бабич

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© В. В. Бойко, Ю. В. Иванова,
В. А. Бабич

ДИНАМИКА СИСТЕМОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ НА ФОНЕ СВЧ-ОБЛУЧЕНИЯ

Резюме. В работе представлена сравнительная оценка результатов лечения 110 больных с острым парапроктитом, лечившихся с применением стандартного подхода, и 100 пациентов, у которых применена индивидуализированная хирургическая тактика и ведение послеоперационного периода с внедрением методик локального СВЧ-облучения. Показано, что применение предлагаемого лечебно-тактического подхода способствует быстрому купированию системного воспалительного ответа, обеспечивает существенное сокращение сроков лечения больных.

Ключевые слова: острый парапроктит, системный воспалительный ответ, СВЧ-облучение.

Введение

Одним из наиболее часто выявляемых неопухолевых заболеваний прямой кишки является острый парапроктит (ОП). Частота его у больных проктологического профиля составляет от 5 до 24% [1, 3, 6].

Основными принципами лечения данного заболевания являются вскрытие, адекватное дренирование полости гнояника, устранение внутреннего отверстия гнойного хода [4, 5, 7].

Рецидивы заболевания, следствием которых являются свищи прямой кишки, возникают из-за неточной топической диагностики локализации гнояника в параректальной клетчатке, неправильного выбора метода операции, неполной ликвидации внутреннего отверстия, неадекватного ведения раны в послеоперационном периоде [2, 7, 8].

Целью данного исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения ОП путем включения в комплекс лечения методик локального СВЧ-облучения.

Материалы и методы

Исследование посвящено анализу результатов хирургического лечения 210 пациентов с ОП.

По характеру реализации лечебно-диагностической программы пациенты были разделены на две группы. Первая группа (сравнения) — 110 больных, у которых применяли общепринятые схемы лечения. Вторая (основная) группа — 100 больных, у которых использовалась предлагаемая технология лечения. Основная группа и группа сравнения были рандомизированы.

В зависимости от глубины распространения гноино-воспалительного процесса больные ОП основной группы распределялись следующим образом: поверхностные (подкожные, подкожно-подслизистые) формы наблюдали у 39 больных, седалищно-прямокишечные — у 44 больных, тазово-прямокишечные — у 17 больных. У больных группы сравнения поверхностные формы ОП

диагностированы в 41, ишиоректальные — у 51, пельвиоректальные — у 18 пациентов. При оценке характера и сложности (тяжести) местных изменений нами была использована классификация ОП (Г.А. Султанов, 1986; В.Г. Сахаутдинова и соавт., 1987) [6].

Наряду с анализом жалоб и данных анамнеза заболевания и жизни план клинического исследования больных включал в себя оценку их общего состояния и характера местных изменений. В динамике оценивали основные показатели синдрома системного воспалительного ответа: уровень лейкоцитоза, температуру тела, частоту сердечных сокращений (ЧСС) и частоту дыхательных движений (ЧДД).

В лечении больных с ОП основной группы применяли дифференцированный подход.

При парапроктитах I степени сложности, наряду с общепринятой терапией, проводилось местное лечение, включавшее локальное электромагнитное облучение воспалительных очагов при помощи аппарата ЛУЧ-СМВ-3 с частотой 2,45 ГГц (при проктожно-подслизистых парапроктитах) или установки «Яхта-3» с частотой 0,915 ГГц наружными излучателями (при ишиоректальных парапроктитах) в течение 20—30 минут при температуре $37,5^{\circ} \pm 1^{\circ}\text{C}$ с последующим нанесением мази «Левосин» (у 82 пациентов) или «Нитацид» (у 8 пациентов) ежедневно на протяжении 10—12 суток. Максимальное значение плотности потока СВЧ-энергии при частоте 2,45 ГГц на облучаемой поверхности P_{max} составляло 2 Вт/см² на первом этапе (в течение первых 1—1,5 минут) и 1,1 Вт/см² на втором, а диаметр пятна по уровню —3 дБ ($0,5 P_{\text{max}}$) — около 25 мм (при облучении с частотой 2,45 ГГц). Максимальное значение плотности потока СВЧ-энергии при частоте 0,915 ГГц на облучаемой поверхности P_{max} составляло 1,5 Вт/см² на первом этапе и 0,8 Вт/см² на втором, а диаметр пятна по уровню —3 дБ ($0,5 P_{\text{max}}$) — около 70 мм (при облучении с частотой 0,915 ГГц).



При парапроктитах II—III степени сложности в комплексе лечения применяли трансректальное СВЧ-облучение при помощи установки для локальной электромагнитной гипертермии «Яхта-3» с рабочей частотой $0,915 \pm 0,128$ ГГц, максимальной выходной мощностью 100 ± 25 Вт при температуре $38,5^\circ \pm 1^\circ\text{C}$ с последующим введением в рану через дренажи мазей на полиэтиленоксидной основе (левосин, левомеколь, нитацид). В зависимости от размеров гнойных полостей использовали стандартные полостные излучатели с диаметрами 10 мм и размером циркулярной зоны облучения $45,0 \pm 10$ мм, 12 и 15 мм и размером циркулярной зоны облучения $85,0 \pm 10$ мм. Максимальное значение плотности потока СВЧ-энергии при данной частоте на облучаемой поверхности P_{max} составляло $1,5$ Вт/см² на первом этапе и $0,8$ Вт/см² на втором, а диаметр пятна по уровню -3 дБ ($0,5 P_{\text{max}}$) — около 70 мм.

Сеансы СВЧ-облучения начинали с первых-вторых послеоперационных суток и проводили ежедневно по 15—20 минут в течение 10—12 суток и прекращали по мере стабилизации состояния пациентов и стиханию воспалительных явлений.

Результаты исследования и их обсуждение

У больных с ОП заболевание начиналось остро с появления болей в области заднего прохода, которые быстро нарастали и принимали пульсирующий характер. Одновременно повышалась температура тела, но у большинства больных обеих групп (у 89% больных основной и 86% группы сравнения) она была выше 39°C . ЧСС у основной массы больных обеих групп при поступлении превышала 90 ударов в минуту, ЧДД достигала 22 в минуту у большинства больных обеих групп. Уровень лейкоцитоза у больных группы сравнения составлял в среднем $9,76 \pm 1,14 \times 10^9/\text{л}$, у больных основной группы — $10,2 \times 10^9/\text{л}$.

Практически у всех больных после операции отмечалось улучшение общего состояния и снижение уровня температурной реакции. После операции на следующий день, независимо от методики вмешательства, температура тела была субфебрильной и составляла от $37,2$ до $37,7^\circ\text{C}$.

В условиях послеоперационного ведения ОП с применением методик локального СВЧ-облучения к вторым-третьим суткам лечения температура нормализовалась у 98% больных, у больных основной группы, нормализация температуры тела у больных группы сравнения отмечена на четвертые-пятые сутки послеоперационного периода.

ЧДД у больных обеих групп нормализовалась уже в первые сутки послеоперационного периода.

ЧСС у больных группы сравнения к третьим-пятым суткам послеоперационного периода в среднем была $88,6 \pm 1,27$ ударов в минуту, на 10-е сутки исследования — $68,4 \pm 2,11$ ударов в минуту, у больных основной группы в эти же сроки исследуемый показатель был, соответственно, $70,3 \pm 1,88$ и $66,4 \pm 0,18$ ударов в минуту.

У больных группы сравнения отмечена следующая динамика уровня лейкоцитоза: к третьим-пятым суткам исследования $8,21 \pm 1,04 \times 10^9/\text{л}$, к 10—12 суткам — $6,78 \pm 1,32 \times 10^9/\text{л}$. У больных основной группы на третьи-пятые сутки послеоперационного периода уровень лейкоцитоза составлял $7,21 \pm 1,02 \times 10^9/\text{л}$, на 10—12-е сутки — $5,9 \pm 1,06 \times 10^9/\text{л}$.

Сроки стационарного лечения больных основной группы составили $9,1 + 0,58$ дней, а общие сроки нетрудоспособности составили $15,8 + 2,06$ дней.

Средние сроки стационарного лечения у больных группы сравнения составили $18,83 + 1,87$; сроки временной нетрудоспособности — $23,1 + 2,18$ дней.

Выводы

Таким образом, адекватное выполнение операции и рациональное ведение послеоперационного периода с внедрением методик локального СВЧ-облучения гнойных очагов приводит к более быстрому регрессу системной воспалительной реакции, что способствует не только снижению количества послеоперационных осложнений, но и более быстрому заживлению ран, а также сокращению сроков лечения больных с ОП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Некоторые вопросы практической проктологии / А.М. Аминев // Эксперим. хирургия. — 1981. — № 1. — С. 61—63.
2. Аминев А.М. Послеоперационная недостаточность анального сфинктера / А.М. Аминев, З.И. Архипова // Проблемы проктологии: 2-я Всесоюз. конф. — Ереван, 1981. — С. 29—30.
3. Балтайтис Ю.В. Лечение геморроя, парапроктита, анальных трещин: Методич. рекомендации МЗ УССР / Ю.В. Балтайтис. — Киев, 1987. — 19 с.
4. Даценко Б.М. Клинические формы, течение и лечение острого анаэробного парапроктита / Б.М. Даценко,

- С.Г. Белов, Е.Б. Дружинин // Хирургия. — 1984. — № 11. — С. 61—64.
5. Клиническая колопроктология. Руководство для врачей / П.Г. Кондратенко, Н.Б. Губергриц, Ф.Э. Эллин, Н.Л. Смирнов. — Харьков: Факт, 2008. — С. 50—60.
6. Султанов Г.А. Классификация и лечение острого парапроктита / Г.А. Султанов // Хирургия. — 1984. — № 2. — С. 91—93.
7. Gabriel W. The principles and practice of rectal surgery / W. Gabriel. — London, 1975. — 397 p.
8. Muudet-Turelles C. Surgical treatment of fistula in ano // Am.J.Proctol. — 1973. — Vol. 1. — P.130—132.

ДИНАМКА СИСТЕМНОЇ
ЗАПАЛЮВАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ
У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ
ПАРАПРОКТИТОМ НА ФОНІ
НВЧ-ОПРОМІНЕННЯ

*В. В. Бойко, Ю. В. Іванова,
В. А. Бабич*

Резюме. У роботі наведено порівняльну оцінку результатів лікування 110 хворих на гострий парапроктит, яких лікували за стандартними методиками, а також 100 пацієнтів, у яких використана індивідуалізована хірургічна тактика та ведення післяопераційного періода із застосуванням методик локального НВЧ-опромінення. Показано, що використання лікувально-тактичного підходу, що пропонується, сприяє швидкому регресу системної запальної відповіді і забезпечує істотне скорочення термінів лікування хворих.

Ключові слова: *гострий парапроктит, системна запальова відповідь, НВЧ-опромінення.*

DYNAMICS OF SYSTEMIC
INFLAMMATORY RESPONSE
IN PATIENTS WITH ACUTE
PARAPROCTITIS DURING
SHF-IRRADIATION

*V. V. Boyko, Yu. V. Ivanova,
V. A. Babich*

Summary. The comparative analysis of treatment of 110 patients with acute paraproctitis in which standard approach was applied and 100 patients, in which individualized tactics and postoperative care with local application of SHF-irradiation. Application of proposed treatment approach contributes rapid resolution of systemic inflammatory response, provides significant shortening of terms of patient treatment.

Key words: *acute paraproctitis, system inflammatory response, SHF-irradiation.*