



К. Н. Милица,  
Н. Д. Постоленко,  
Н. Н. Милица,  
А. И. Григорян

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»*

© Коллектив авторов

**Резюме.** Статья посвящена особенностям хирургического лечения острого парапроктита у больных с метаболическим синдромом на фоне клинически реализованной инсулинорезистентности в виде сахарного диабета. Проведен анализ результатов лечения острого парапроктита у 1276 пациентов находившихся на лечении на базе проктологического отделения Запорожской городской многопрофильной клинической больницы № 9 за последние 5 лет. Установлено, что предпочтение следует отдавать регионарной (перидуральной) анестезии или, при наличии противопоказаний, общей анестезии пропофолом или тиопенталом натрия. Во время операции обязательно дренирование с широким иссечением кожного лоскута, тщательная некрэктомия и индивидуальный выбор метода закрытия внутреннего отверстия парапроктита, в зависимости от состояния стенок анального канала и распространенности процесса.

**Ключевые слова:** *острый парапроктит, метаболический синдром, сахарный диабет*

### Введение

Одна из актуальных проблем современной медицины — полиморбидность, в том числе сочетание терапевтической и хирургической патологии у одного пациента. Наиболее распространенной проблемой полиморбидности является метаболический синдром (МС), который встречается у 20–40 % населения, особенно часто в возрасте после 60 лет [1, 3].

Медико-социальная значимость МС определяется высокой инвалидностью и смертностью пациентов вследствие сочетания инсулинорезистентности (ИР), гиперхолестеринемии, ожирения (О), артериальной гипертензии (АГ). Каждая из этих составляющих «смертельного квартета», как называют МС, сама по себе обеспечивает высокий уровень заболеваемости и смертности, а сочетание диабета, ожирения, атеросклероза и АГ практически фатальный приговор, особенно в условиях развития острых гнойных заболеваний.

Лечение пациента с МС требует междисциплинарного подхода (кардиолога, эндокринолога и т. д.), а сочетание его с острым парапроктитом отличается взаимоотягощающим действием, обуславливая необходимость участия в лечебном процессе еще и проктолога и интенсивиста.

В этой связи представляется важным изучение особенностей течения острого парапроктита у больных с МС, одной из составляющих которого является инсулинорезистентность (ИР) с возможной реализацией в виде сахарного диабета (СД). Доказано [2, 4], что на фоне диабета острые гнойные воспаления кожи и

подкожной клетчатки протекают более тяжело, с быстро развивающимся объемным некрозом тканей, вплоть до сепсиса. Поэтому сочетание СД или ИР с О, наблюдающиеся при МС обуславливают необходимость в особенностях хирургического подхода к лечению острой гнойной хирургической патологии.

В структуре неотложной хирургической проктологии острый парапроктит — самое распространенное заболевание. Пациенты этой группы составляют около 1 % от всех госпитализированных в различные стационары хирургического профиля и 5 % среди страдающих заболеваниями ободочной и прямой кишки [3, 5]. А среди гнойных поражений аноректальной зоны частота острого парапроктита приближается к 45 % [2, 6, 7, 8].

### Цель исследования

Выявить особенности хирургического лечения острого парапроктита у больных с метаболическим синдромом на фоне клинически реализованной инсулинорезистентности в виде сахарного диабета.

### Материалы и методы исследований

Проведен анализ результатов лечения острого парапроктита у 1276 пациентов находившихся на лечении в клинике хирургии и проктологии ГУ «ЗМАПО МЗ Украины» на базе проктологического отделения Запорожской городской многопрофильной клинической больницы № 9 за последние пять лет.

При проведении диагностики использована «Унифицированная клинико-статистическая



классификация болезней органов пищеварения [1], согласно которой острые парапроктиты подразделяли: по локализации на передний, задний, боковой, подковообразный; по распространенности на подкожный, подслизистый, подкожно-подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный; по ходу свища на интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрафинктерный.

Для выделения манифестных особенностей течения острого парапроктита при проведении работы основным критерием включения в анализируемую группу пациентов с МС была клинически реализованная инсулинорезистентность в виде диабета 2 типа. Всего отобрано для анализа 64 пациента, которые составили 5 % от общего числа больных парапроктитом. Гендерный анализ выявил преобладание лиц мужского пола — 64,7 % пациентов.

Всем пациентам при госпитализации в стационар проводили стандартизированное обследование, согласно приказов МЗ Украины. В предоперационном периоде определяли АД, электролиты, коагулограмму, глюкозу крови в динамике, в группе пациентов с МС дополнительно исследовали инсулин, глюкозу с расчетом индекса НОМА-IR, кортизол, интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли альфа (методом ИФА).

#### Результаты исследований и их обсуждение

Анализ обращаемости показал, что 81,8 % больных обратились за специализированной медицинской помощью более чем через 72 часа от момента начала заболевания. За это время заболевание прогрессировало до сложных форм с ишио-, пельвио- и ретроректальной локализацией.

Анализ жалоб и течения заболевания показал, что в исследуемой группе преобладал короткий продромальный период (недомогание, слабость, головная боль), с последующим ознобом, лихорадкой, появлением и прогрессированием болей в прямой кишке, промежности или области таза. Общие симптомы интоксикации были выражены настолько интенсивно, что местная симптоматика зачастую отходит на второй план. При этом воспалительный процесс распространяется по клетчаточным пространствам таза по типу флегмоны, без ограничения и локализации гнояника. Примерно у трети пациентов отмечается другой вариант течения заболевания. У них наблюдается самоограничение гнойного процесса, формирование гнойного очага. При этом интенсивность болей нарастает, боль приобретает пульсирующий характер. При отсутствии оказания адекватной помощи на этом этапе сформировавшийся гнойный очаг прорывался

в прямую кишку или на кожу промежности, или распространялся на соседние клетчаточные пространства с последующим развитием сепсиса.

Особенностью развития острого гнойного парапроктита при МС является быстрая скорость развития септического состояния (у 45,3 % пациентов), которые поступали через 3 суток от начала уже с явлениями сепсиса. Кроме того, у всех пациентов отмечается формирование «порочного круга» обуславливающего тяжесть течения заболевания. Так тяжелое течение гнойно-воспалительного процесса, деструкция тазовой клетчатки на фоне уже имеющейся у больных МС цитокиновой дисфункции в виде увеличения уровня провоспалительных цитокинов интерлейкина-6 и альфа-ФНО (соответственно в 14,3 раза ( $p < 0,05$ ), и 3,2 раза ( $p < 0,05$ ), снижения уровня кортизола на 34,6 % ( $p < 0,05$ ) приводит к тяжелой нестабильной гипергликемии, трудно поддающейся коррекции, декомпенсации нарушений кислотно-щелочного равновесия вплоть до развития кетоацидоза.

Биохимические сдвиги служат фундаментом прогрессирования гнойных осложнений, а гнойные очаги обуславливают прогрессирование декомпенсации гомеостаза. Известно, что 1 мл гноя способен инактивировать до 15 единиц инсулина (экзогенного или эндогенного). В сочетании с инактивацией инсулина микробными токсинами и протеолитическими ферментами, манифестацией воспалительного ацидоза создаются условия для развития критических жизненных состояний, отсутствием даже тенденции к отграничению гнойного процесса.

Поэтому пациентам с МС и гнойно-некротическими процессами необходимо тщательно в динамике (несколько раз в сутки) мониторировать уровень глюкозы в крови и, при необходимости, срочно переводить пациента на инсулинотерапию, поскольку только введением простого инсулина удастся быстро и эффективно скорректировать уровень гликемии.

Особенно тщательно необходимо подходить к выбору метода обезболивания у больных острым парапроктитом и МС. Местная анестезия, вследствие высокого гидравлического давления в зоне гнойно-воспалительного очага, вызывает разрушение защитного лейкоцитарного барьера и создает дополнительные условия для распространения и генерализации процесса. Поэтому предпочтение отдают общей или регионарной анестезии.

При проведении общей анестезии необходимо тщательно подходить к выбору лекарственных препаратов, поскольку некоторые из них вызывают увеличение уровня гипер-



гликемии, усиление глюконеогенеза, белкового голодания. Таким действием обладает внутривенный кетамин (калпсол) наркоз, которому необходимо у пациентов с МС предпочитать наркоз барбитуратами (тиопенталом натрия) или еще предпочтительнее наркоз пропофолом.

Максимальным преимуществом обладает регионарная, в частности перидуральная анестезия, которая на фоне адекватного обезболивающего эффекта как во время операции, так и в послеоперационном периоде, практически не влияет на состояние углеводного обмена.

После достижения эффекта от предоперационной подготовки и выборе метода анестезии определяют метод оперативного вмешательства, основные задачи которого это: полноценное дренирование гнойной полости с учетом ее локализации, определение основного гнойного хода и, по возможности, ликвидация внутреннего отверстия гнойника в анальном канале.

У пациентов с МС обязателен разрез с широким иссечением лоскута кожи, что позволяет добиться адекватного дренирования и заживления раны от дна. У 30 % пациентов проводили двух- и трехэтапные некрэктомии с дренированием гнойных затеков.

В 60 % случаев удалось ликвидировать входные ворота инфекции (внутреннее отверстие свища). В 25,4 % наблюдений применяли криптэктомию с пластикой кожно-слизистого-подслизистого слоя, в 22,5 % случаев использовали боковое перемещение слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки. У 51,1 % пациентов выполнено подслизистое пересечение гнойного хода в анальном канале с восстановлением целостности анального сфинктера. Безусловно, эти операции трудоемкие, требующие больших навыков, но зато значительно снижающие риск рецидива заболевания и развитие инконтиненции.

В случае выраженных рубцовых изменений в анальном канале или при невозможности выявить внутреннее отверстие парапроктита лечение должно быть двухэтапным: вскрытие и дренирование гнойника, а через время, в плановом порядке проводится закрытие внутреннего отверстия трансанальной аутопластикой. И только в крайних случаях, при резко выраженных рубцовых изменениях стенок анального канала прибегают к лигатурному методу ликвидации внутреннего отверстия парапроктита.

В послеоперационном периоде, кроме традиционных после острого парапроктита двухразовых перевязок, проведения антибактериальной терапии, показано тщательное мониторирование гликемии, коррекция гликемических препаратов, иммунотерапия, обязательное использование нестероидных противовоспалительных препаратов, нормализующих цитокиновый статус. Хорошо зарекомендовало себя использование клизм с салофальком, который позволяет улучшить заживление, ликвидировать местный воспалительный процесс и снизить число рецидивов до 4 %.

После выписки всем пациентам рекомендуется лечебная физкультура для улучшения сократительной активности мышц сфинктера.

### Выводы

У пациентов с острым парапроктитом и МС необходим индивидуальный подход к обследованию и выявлению метаболических сдвигов. Обязательным следует считать исследование не только (и не столько) глюкозы, а и уровня инсулина и определение индекса инсулинорезистентности (индекса НОМА-IR).

Сочетание многочисленных взаимоотношающих патогенетических факторов развития десенситизации инсулиновых рецепторов при сочетании МС с острым гнойным парапроктитом обуславливает клиническую манифестацию скрытой инсулинорезистентности с развитием декомпенсированного диабета 2 типа. Поэтому в ходе предоперационной подготовки необходимо проводить тщательное мониторирование (несколько раз в день) уровня глюкозы в крови с переводом на инсулинотерапию.

Кластер патологических состояний при коморбидности МС и острого парапроктита обуславливает необходимость тщательного обезболивания и выбора индивидуального метода анестезии. Предпочтение следует отдавать регионарной (перидуральной) анестезии или, при наличии противопоказаний общей анестезии пропофолом или тиопенталом натрия.

Во время операции обязательно дренирование с широким иссечением кожного лоскута, тщательная некрэктомия и индивидуальный выбор метода закрытия внутреннего отверстия парапроктита, в зависимости от состояния стенок анального канала и распространенности процесса.

Ведение послеоперационного периода должно проводиться с учетом всех изменений, характерных для составляющих метаболического синдрома и их обязательной коррекцией.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев, М. Ш. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом (обзор литературы) / М. Ш. Абдуллаев, А. Б. Мансурова // Колопроктология. — 2012. — № 1 (39). — С. 46–51.
2. Болквдзе Э. Э. Сложные формы острого парапроктита (обзор литературы) / Э. Э. Болквдзе // Колопроктология. — 2009. — № 1(27). — С. 38-45.
3. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия / Кайзер Андреас М. — М. : Издательство БИНОМ, 2011. — С 473-477.
4. Кіхтяк О. П. Механізми розвитку інсулінорезистентності та її мішені / О. П. Кіхтяк // Укр. Мед. Часопис, 5(97). — 2013. — № 9/10. — С. 99–102.
5. Хаустова О. О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект) / О. О. Хаустова. — К. : Медкнига. — 2009. — 126 с.
6. Чарышкин А. Л. Результаты хирургического лечения больных острым парапроктитом/ А. Л. Чарышкин, А. А. Солдатов, И. Н. Дементьев // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2011. — № 4. — С. 49–53.
7. Янчук М. А. Радикальне хірургічне лікування різних форм гострого парапроктиту / М. А. Янчук, В. В. Балицький//Мат. П з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю (1-2 листопада 2006 року м. Львів). — К. : «Медицина», 2006. — С. 237–239.
8. Nelson R. Anorectal abscess fi stula: what do we know? / R. Nelson //Surg Clin North Am. — 2002. — № 82(6). — P. 1139–1151.

### ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

**К. Н. Міліца,  
Н. Д. Постоленко,  
Н. Н. Міліца,  
А. В. Григорян**

**Резюме.** Статтю присвячено особливостям хірургічного лікування гострого парапроктиту у хворих з метаболічним синдромом на тлі клінічно реалізованої інсулінорезистентності у вигляді цукрового діабету. Проведено аналіз результатів лікування гострого парапроктиту у 1276 пацієнтів, що знаходилися на лікуванні на базі проктологічного відділення Запорізької міської багатопрофільної клінічної лікарні № 9 за останні 5 років. Встановлено, що перевагу слід віддавати регіонарній (перидуральній) анестезії чи, за наявності протипоказань, загальної анестезії пропофолом або тіопенталом натрію. Під час операції обов'язково дренажування з широким видаленням шкірного клаптя, ретельна некректомія й індивідуальний вибір методу закриття внутрішнього отвору парапроктиту, в залежності від стану стінок анального каналу і поширеності процесу.

**Ключові слова:** *гострий парапроктит, метаболічний синдром, цукровий діабет.*

### FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ABCESS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

**K. N. Milica,  
N. D. Postolenko,  
N. N. Milica,  
A. I. Grigoryan**

**Summary.** The article is devoted to the peculiarities of surgical treatment of acute abscess in patients with metabolic syndrome on the background of insulin resistance clinically implemented in the form of diabetes. The analysis of the treatment of acute abscess results from 1276 patients were treated on the basis of proctology department of Zaporozhye City Hospital №9 diversified over the past 5 years. It was found that the preference should be given to regional (epidural) anesthesia or with contraindications total anestazii propofol or thio-pental sodium. During the draining operation necessarily with wide excision of skin graft, careful selection and individual necrectomy method paraprocititis closing the inner hole, according to the state of the anal canal wall and the process prevalence.

**Key words:** *acute abscess, metabolic syndrome, diabetes mellitus.*