

# Местное лечение операционных ран у больных острым парапроктитом препаратом Дистрептаза

Т.И. Тамм, А.Б. Даценко, Е.Ю. Бабец, Е.Г. Даценко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

До настоящего времени проблема лечения острого парапроктита остается актуальной. Современная тактика хирургического лечения предусматривает выполнение одномоментных радикальных операций, цель которых не только вскрытие и дренирование гнойной полости, но и ликвидация внутреннего отверстия в анальном канале. Однако даже при первично-радикальных операциях рецидивы составляют 8–12% [1, 3, 5]. Это обуславливает необходимость разработки и поиска более рациональных методов лечения острого парапроктита.

Одним из главных условий успешного местного лечения гнойной раны является скорейшее удаление из нее некротических тканей [2, 6]. Теоретически эта задача должна решаться путем хирургической обработки, однако практика свидетельствует, что такое вмешательство не во всех случаях может быть выполнено радикально. Остающиеся в ране очаговые некрозы существенно тормозят течение раневого процесса, отодвигая срок его перехода в фазу репарации.

В целях ускорения в ране процессов некролиза в клинике используют различные протеолитические ферменты – трипсин, химотрипсин, терралитин и др. Все эти энзимы имеют два существенных недостатка: они быстро инактивируются в ране и не способны расщеплять коллагеновые волокна, которые являются основой большинства некротических тканей [4].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы располагаем опытом лечения 69 больных острым парапроктитом, госпитализированных в проктологическое отделение ГКБ № 2 г. Харькова за период с января по апрель 2009 г. Группу наблюдения составили 37 больных с острым парапроктитом, у которых в послеоперационном лечении использовали суппозитории Дистрептазу (БИОМЕД СЭРА ВАССИНЭС ПРОДАКТИОН ЛТД. Люблин, Польша). В контрольную группу вошли 32 пациентов, получавших традиционное лечение. Мужчин было 57 человек (82,6%), женщин – 12 (17,4%). Возраст пациентов колебался от 19 до 67 лет. У 46 больных (66,7%) гнойник располагался в подкожной клетчатке, у 15 (21,7%) – в ишиоректальном пространстве и у 8 пациентов (11,5%) был пельвиоректальный парапроктит.

Гнойный ход, с помощью которого полость абсцесса сообщалась с пораженной анальной криптой, обнаружен у 38 (55%) больных. У всех этих пациентов благодаря выявлению гнойного хода удалось выполнить радикальное хирургическое вмешательство. Количество первично-радикальных оперативных вмешательств в обеих группах было примерно одинаковым: в основной группе – 19, в контрольной – 17, что составляет 51,3% и 53,1% соответственно. Морфологический спектр возбудителей парапроктита в обеих группах одинаков и представлен в табл. 1.

Таблица 1

Спектр возбудителей острого парапроктита в основной и контрольной группах до лечения

Штамм бактерий	Число штаммов (основная группа)	Число штаммов (группа контроля)
S.aureus	43	41
E. coli	23	24
P. vulgaris	29	27
K. pneumoniae	5	3
P. aeruginosa	15	12

Больным основной и контрольной групп после вскрытия острого парапроктита осуществляли ревизию полости абсцесса, некрэктомию, туалет антисептиками; тщательно осушали полость гнойника, на рану накладывали сухую асептическую повязку. В послеоперационный период лечение пациентов обеих групп включало: *Орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 сут, ежедневные перевязки с мазью Левосин в течение 7 сут.* Пациентам основной группы дополнительно ректально вводили свечи Дистрептазу – 1 суппозиторий 1 раз в сутки, пациентам контрольной группы Дистрептазу не вводили.

В качестве критериев эффективности лечения использовали общее состояние больных, температуру тела, величину лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в динамике, а также сроки некролиза, появление грануляций и краевой эпителизации раны.

С целью объективизации результатов клинические данные сравнивали с результатами микробиологического исследования раневого отделяемого (на 1, 3, 5-е и 7-е сутки), а также с результатами гистологического исследования биоптатов из краев раны.

Методика забора материала для идентификации микроорганизмов и оценки их чувствительности к антибактериальным препаратам была стандартной. Уровень микробной обсемененности тканей определяли в биоптатах края и дна раны по методу С. Вахтер и соавторов; культивирование раневой микрофлоры, подсчет колоний и подсчет количества микробных тел на 1 г ткани – по T.W. Alexander и R. Good в модификации М.И.Кузина и соавторов [6].

Биоптаты краев раны для гистологического исследования закрепляли в 10% растворе нейтрального формалина с последующей заливкой в целлоидин или парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизон, альциановым синим при рН 1,0 и 2,5 с помощью ШИК-реакции.

Полученные результаты исследований обработаны с помощью методов параметрической статистики и с использованием коэффициента t–Стьюдента в системе Excel.

Таблица 2

Сравнительная оценка критериев эффективности местного лечения операционных ран у больных острым парапроктитом (M±m)

Показатель	Основная группа (n=37)	Контрольная группа (n=32)
Некролиз (дни)	3,63±0,29	5,79±0,24 **
Появление грануляций	4,22±0,18	6,9±0,1**
Начало эпителизации	5,6±0,15	8,1±0,23 **
Нормализация температуры тела	2,7±0,1	3,9±0,4 **

n – число больных в группах, \*\* – p<0,005.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении сравнительного анализа критериев эффективности в равновеликих группах больных установлено, что в основной группе отмечены достоверно более короткий период некролиза, а также более быстрое появление грануляций и начало эпителизации на фоне нормализации клинико-лабораторных показателей.

Динамика критериев эффективности лечения представлена в табл. 2 и 3.

Исходный уровень микробной обсемененности ран, его динамика в послеоперационный период одинаковы в основной группе и группе контроля:  $10^{6-7}$  микробных тел на 1 г ткани – 1-е сутки,  $10^5$  – 3–5-е сутки, единичные колонии – на 7–9-е сутки.

### ВЫВОДЫ

1. Представленные результаты свидетельствуют о достаточно высокой эффективности свечей Дистрептаза в комплексном лечении операционных ран у больных острым парапроктитом.

2. Благодаря уникальному сочетанию фибринолитического и протеолитического действия, свечи Дистрептаза достоверно ускоряют сроки окончания некролиза, начала гра-

Таблица 3

Динамика уровня бактериальной обсемененности при местном лечении операционных ран у больных острым парапроктитом (M±m)

Показатель	Основная группа (n=37)	Контрольная группа (n=32)
Динамика ЛИИ (усл. ед.):		
а) при поступлении	4,2±0,1	4,4±0,2 **
б) на 3-й день	2,3±0,05	3,2±0,07 **
в) на 5-й день	1,2±0,5	2,3±0,1 **
Средние сроки лечения (дни)	6,1±0,5	9,5±1,2 **

n – число больных в группах, \*\* – p<0,005.

нуляции и эпителизации на фоне нормализации общего состояния пациента и клинико-лабораторных показателей.

3. Применение свечей Дистрептаза сокращает сроки лечения парапроктита в среднем на 3,4 дня. Побочных эффектов при использовании предложенной терапии не было.

4. Суппозитории Дистрептаза рекомендовано применять в комплексной терапии с первых дней лечения острого и хронического геморроя, переректальных абсцессов, свищей и гнойных каудальных кист с выраженным воспалительным инфильтратом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 117 с.
2. Даценко Б.М., Белов С.Г., Тамм Т.И. Гнойная рана. – К.: Здоров'я, 1985. – 136 с.
3. Захараш М.П., Тышко Р.А., Мальцев Н.В., Короленко В.Б., Дубовой В.А. Микрофлора при остром парапроктите // Матеріали ІХ з'їзду хірургів України, Тернопіль, 2002. – Т. 1. – С. 372.
4. Кондратенко П.Г., Соболев В.В. Хирургическая инфекция: Практическое руководство. – Донецк, 2007. – 512 с.
5. Масляк В.М., Павловский М.П., Лозинский Ю.С., Варивода И.М. Практическая колопроктология. – Львов, «Свит», 1990. – 184 с.
6. Раны и раневая инфекция: Рук. для врачей // Под ред. Кузина М.И., Кослюченко Б.М. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 592 с.