

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

В.А.Бабич

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии
АМН Украины" (Харьков)

Введение

Острый парапроктит (ОП) - острое воспаление параректальной клетчатки, исходящее из прямой кишки. До настоящего времени среди отечественных и зарубежных хирургов нет согласованной точки зрения на этиологию и патогенез этого заболевания, существенно различаются принципы его лечения [1,5].

Успех хирургического лечения больных с ОП зависит от своевременной и точной топической диагностики гнойников параректальной клетчатки, расположения первичного гнойного хода по отношению к сфинктеру, локализации внутреннего отверстия [3,7]. Клиническая симптоматика и применение доступных методов исследования (осмотр, пальпация, пальцевое исследование прямой кишки) в основном дают возможность поставить диагноз у большинства больных, страдающих ОП. Однако, при глубоких формах заболевания составить четкое представление о локализации гнойной полости и распространенности воспалительного процесса не просто, что требует наряду с клиническими, применения дополнительных методов исследования [1,2,8]. Сложности в диагностике глубоких, особенно пельвиоректальных форм парапроктита приводят к неадекватному и несвоевременному хирургическому лечению, в результате чего нередко возникают септические осложнения с летальным исходом, образуются ложные свищи прямой кишки с гнойными затеками [1,2, 5].

Целью настоящего исследования является оптимизация результатов хирургического лечения глубоких форм ОП путем совершенствования и индивидуализации лечебно-диагностических подходов.

Материалы и методы исследований

Исследование посвящено анализу результатов хирургического лечения 210 пациентов с ОП, которые по характеру реализации лечебно-диагностической программы были разделены на две группы: первая группа (сравнения) - 110 больных у которых применяли традиционные методы диагностики и лечения; вторая (основная) группа - 100 больных, у которых применялась предложенная технология лечения. Основная группа и группа сравнения были рандомизированы.

46% больных основной группы поступало в клинику на 10-15 сутки от начала заболевания. Более длительные сроки заболевания наблюдались у больных с глубокими формами парапроктита. В группе сравнения основная масса больных (50,9%) также поступала в сроки от 10 до 15 суток от начала заболевания.

При оценке характера и сложности (тяжести) местных изменений нами была использована классификация ОП (Г.А. Султанов, 1986; В.Г.Сахаутдинова и соавт., 1987) [6].

Распределение больных основной группы в зависимости от степени сложности парапроктита приведено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от степени сложности парапроктита

Степень сложности	Всего	Локализация гнойника				Локализация внутреннего отверстия в крипте			
		Подкожно-подслизистый	Ишиоректальный	Ретроректальный	Пельвиоректальный	Задний	Передний	Боковой	Не обнаружен
I	53	49	4	-	-	33	11	3	-
II	31	-	27	3	1	22	6	1	-
III	16	-	6	2	8	13	2	1	-
Всего	100	49	37	5	9	68	19	5	8

Наряду с анализом жалоб и данных анамнеза заболевания и жизни план клинического исследования больных включал в себя оценку их общего состояния и характера местных изме-

нений. Общее состояние больных оценивали с помощью известных клинических критериев, включая термометрию и определение АД. Местный статус исследовали визуально и пальпаторно, обращая особое внимание на выраженность воспалительной реакции: наличие локальной припухлости или сглаживания ягодичной складки, наличие болезненного инфильтрата при наружной пальпации, зияние ануса. При ректальном исследовании выявляется болезненность и инфильтрация стенки прямой кишки: у женщин в ряде случаев следует прибегать к влагалищному исследованию.

Инструментальную диагностику применяли по показаниям: anosкопия, ректоро-маноскопия, рентгеноконтрастные методики оправданы лишь в затруднительных случаях дифференциальной диагностики. С целью диагностики глубоких форм парапроктитов у больных основной группы использовали спиральную компьютерную томографию (КТ).

Полученные результаты и их обсуждение

У всех больных группы сравнения применялись традиционные методы исследования. У больных этой группы наиболее часто трудности в диагностике имели место у больных с глубокими формами ОП: у 6 больных с глубокими формами заболевания они наблюдались на догоспитальном этапе: у 1 больного с острым рецидивирующим ишиоректальным и у 5 больных с острым пельвиоректальным парапроктитом. Сложности в диагностике на догоспитальном этапе были обусловлены тем, что у этих больных в начале заболевания на первый план выступали общие проявления гнойной инфекции, а местные симптомы длительно отсутствовали. Эти больные в течение 2-4 недель лечились у врачей различных специальностей: 2 больных у терапевта по поводу ОРЗ, 3 больных у проктолога по поводу прокталгии и 1 больной у уролога по поводу простатита. Исследование прямой кишки пальцем у 4 больных не давало оснований своевременно поставить правильный диагноз, 2 больным это исследование не выполнялось. Несвоевременная диагностика ОП приводила к распространению воспалительного процесса на соседние клетчаточные пространства. У 4 больных с тазово-прямокишечным парапроктитом, посту-

пивших через 2-3 недели от начала заболевания, наблюдали подковообразное расположение параректального абсцесса. По мере прогрессирования воспалительного процесса и перехода его на другие клетчаточные пространства, наряду с нарастанием общих симптомов заболевания, наблюдались местные воспалительные проявления со стороны промежности и прямой кишки, что и давало основание направить этих больных в хирургический стационар для уточнения диагноза.

У 32 больных ОП трудности в диагностике возникли в стационаре. 18 больным операция выполнялась на 2-3 сутки от момента поступления в стационар. Из них у 8 больных: у 3 с острым ишиоректальным и 5 с острым пельвиоректальным парапроктитами отсутствовали внешние проявления заболевания со стороны промежности.

При исследовании прямой кишки пальцем у 2 больных с острым ишиоректальным парапроктитом определяли уплотнение и болезненность одной из стенок прямой кишки. У 3 больных с острым пельвиоректальным парапроктитом болезненность стенки верхнеампулярного отдела прямой кишки. Остальным трем больным исследование прямой кишки пальцем не выполнялось, что является грубейшей диагностической ошибкой. У 10 больных: 6 с острым подкожно-подслизистым и 4 с острым ишиоректальным парапроктитами - была допущена тактическая ошибка. Им ошибочно проводилось консервативное лечение по поводу инфильтративного парапроктита. Эти больные поступали в стационар на ранних стадиях заболевания с рецидивирующими формами парапроктита. У них в клетчаточных пространствах (подкожной, ишиоректальной) пальпировали плотный инфильтрат, который, несмотря на проводимое консервативное лечение, увеличивался в размерах, и на 2-3 сутки этим больным были вскрыты параректальные абсцессы.

Неправильно выбранный доступ к гнойнику параректальной клетчатки, вследствие трудностей в топической диагностике, имел место у 14 больных: у 5 больных с острым подкожно-подслизистым, у 3 с острым ишиоректальным и у 6 с острым пельвиоректальным парапроктитами. У этих больных были

допущены лечебные ошибки и они были оперированы повторно. У 7 пациентов: у 3 с острым подкожно-подслизистым, у 1 с острым ишиоректальным и у 2 с острым пельвиоректальным парапроктитами - выполнено до вскрытия гнойника дополнительным доступом на стороне воспалительного процесса. У 4 больных с подковообразным парапроктитом: у 3 с острым пельвиоректальным и у 1 с острым ишиоректальным - произведено вскрытие гнойника с противоположной стороны от заднего прохода. У 3 больных: у 2 с острым подкожно-подслизистым и у 1 с острым ишиоректальным парапроктитами - были вскрыты гнойные затеки через рану. Мы наблюдали одного больного с пельвиоректальным парапроктитом, у которого вследствие сложностей в топической диагностике гнойника параректальной клетчатки, воспалительный процесс распространился на забрюшинную клетчатку. Несвоевременное и неадекватное выполнение операций у больных, у которых были трудности в диагностике, приводило к распространению воспалительного процесса и более длительному лечению в послеоперационном периоде.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев диагноз ОП достаточно прост. Однако составить только по внешним признакам и на основании исследования прямой кишки достаточное и своевременное представление о величине, конфигурации гнойника, распространенности воспалительного процесса на соседние клетчаточные пространства непросто, даже при наличии достаточных знаний и большого опыта лечения больных ОП. Обследование этих больных часто затруднено ввиду выраженной болезненности воспаленной аноректальной зоны, не позволяющей в ряде случаев выполнить исследование прямой кишки пальцем и применить инструментальные методы исследования. Кроме того, как показывают наши наблюдения и литературные данные, по мере углубления очага воспаления диагностические возможности традиционных методов исследования снижаются.

Всем больным основной группы на начальном этапе проводился комплекс традиционных исследований. Анамнестические данные. У больных с поверхностными формами ОП забо-

левание начиналось остро с появления болей в области заднего прохода, которые быстро нарастали и принимали пульсирующий характер. Одновременно повышалась температура тела, но у большинства больных (55) она была не выше 38°C. Повышение температуры тела до 39°C отмечалось лишь у 8 больных. После самопроизвольного вскрытия гнойника через кожу у 9 больных интенсивность болей в области заднего прохода уменьшалась, снижалась температура тела. У 21 больного наблюдали задержку стула, у - дизурические расстройства. При подслизистых парапроктитах у 2 больных боли носили не резко выраженный характер, которые усиливались при дефекации. Температура тела была субфебрильной. При ишиоректальных парапроктитах (44 наблюдения) заболевание, как правило, развивалось постепенно. В начале болезни больные отмечали тупые боли в прямой кишке, ухудшение общего состояния, слабость, недомогание. К концу недели состояние больных ухудшалось: боли становились пульсирующими, усиливались при дефекации и резких движениях. Одновременно отмечалось повышение температуры тела до 38-39°C У 26 пациентов наблюдали задержку стула, у 3 - дизурические расстройства. У 17 больных с тазово-прямокишечным парапроктитом заболевание начиналось постепенно с ухудшения общего состояния. Затем присоединялись тяжесть и неопределенные боли в области малого таза или в нижних отделах живота. Продолжительность этого периода у подавляющего большинства больных была от одной до трех недель. При абсцедировании инфильтрата заболевание принимало острое течение: тупые боли в прямой кишке и в области малого таза сопровождались интоксикацией, гектической температурой. Позадипрямокишечный парапроктит мы наблюдали у 3 больных. Особенностью проявлений этой формы парапроктита являлся выраженный болевой синдром, который отмечался у больных с самого начала заболевания. Боли локализовались в прямой кишке, в области крестца, усиливались сидя и во время дефекации. Температура тела повышалась до 39°C.

Осмотр: при наружном осмотре области заднего прохода у 39 больных с подкожно-подслизистым парапроктитом внешние

проявления воспалительного процесса определяли у 34 пациентов. У 12 больных в области инфильтрата отмечалась сглаженность складок и деформация ануса. У 19 больных этой группы, поступивших на ранних стадиях заболевания, признаки воспаления отсутствовали. Из 17 больных с тазово-прямокишечным парапроктитом внешние проявления воспалительного процесса со стороны промежности наблюдали у 8 пациентов, которые поступали через 2-3 недели от начала заболевания, у 6 больных они отсутствовали. Отсутствие местных признаков заболевания мы наблюдали и у 3 пациентов с ретроректальным парапроктитом.

Пальпация: при подкожно-подслизистых парапроктитах в глубине подкожной клетчатки на расстоянии 2-4 сантиметра от заднего прохода, иногда непосредственно над переходной складкой, пальпировали резко болезненный инфильтрат. Практически в половине случаев (у 46% больных) определяли флюктуацию. Из 17 больных ишиоректальным парапроктитом у 15 пациентов на стороне поражения пальпировался резко болезненный инфильтрат, а у 55 больных наблюдали симптом флюктуации. У 12 больных этой группы обычная пальпация области заднего прохода болезненности не вызывала, однако при пальпации толчкообразными движениями получали усиление болей на стороне воспалительного процесса. Из 17 больных с тазово-прямокишечным парапроктитом болезненность на стороне поражения наблюдали у 8 больных. У 3 пациентов при обычной пальпации она отсутствовала. Однако при глубокой пальпации промежности толчкообразными движениями выявления воспалительного процесса определяли у всех пациентов. У 12 больных в области инфильтрата отмечалась сглаженность складок и деформация ануса. Из 17 больных с ишиоректальным парапроктитом припухлость и гиперемия наблюдали у 11 пациентов. У 3 больных этой группы, поступивших на ранних стадиях заболевания, признаки воспаления отсутствовали. Из 17 больных с тазово-прямокишечным парапроктитом внешние проявления воспалительного процесса со стороны промежности наблюдали у 8 пациентов, которые поступали через 2-3 недели от начала заболевания. У 4 больных они отсутствовали. Отсутствие местных признаков заболевания мы наблюдали и у 3 пациентов с ретроректальным парапроктитом.

Бимануальное исследование выполнено 3 больным с острым тазово-прямокишечным парапроктитом. При этом исследовании нам у всех больных удавалось по средней линии живота сопоставить через толщу тканей концы пальцев. У 2 больных определяли инфильтрат, у 1 больного болезненность передней стенки верхнеампулярного отдела прямой кишки.

Ректороманоскопия выполнена 3 больным с тазово-прямокишечным парапроктитом. Слизистая оболочка на участке, прилежащем к очагу воспаления, у этих больных была гиперемирована, сосудистый рисунок ее приобретал сетчатое строение, отмечалась сглаженность складок слизистой.

Пункционный метод. Пункция инфильтрата длинной иглой под контролем пальца, введенного в прямую кишку, выполнена 5 больным с глубокими формами заболевания: 2 больным с ишиоректальным и 3 больным с пельвиоректальным парапроктитом. Получение гноя у 2 больных окончательно разрешало диагноз. У 3 больных нами получен ложноотрицательный результат, так как на операции у этих больных получен гной.

Всем больным основной группы с подозрением на ишиоректальный и пельвиоректальный парапроктит в комплексе диагностических мероприятий наряду с традиционными методами исследования выполняли спиральную КТ.

При обследовании больных острым парапроктитом КТ применялась нами в качестве дополнительного метода исследования, позволяющего более точно определить локализацию абсцесса, обеспечить кратчайший доступ к его вскрытию, а также контролировать эффективность хирургического и консервативного лечения ран промежности в послеоперационном периоде. У 29 больных внутреннее отверстие локализовалось в передней крипте, у 12 больных внутреннее отверстие располагалось в задней крипте. При подковообразных формах острого парапроктита у 17 больных с помощью КТ определяли направление дуги "подковы". У 8 больных с острым ишиоректальным парапроктитом инфильтрат локализовался в верхней или нижней полуокружности прямой кишки выше анального канала и имел небольшие размеры. В этой группе больных диагностика ОП клиничес-

кими методами исследования не представляла особых трудностей. КТ, выполненная этим больным, помогала нам наиболее точно определить эпицентр воспаления, распространенность воспалительного процесса, локализацию внутреннего отверстия по отношению к окружности заднего прохода и обеспечить кратчайший доступ к гнойнику параректальной клетчатки. У 25 больных результаты томографии соответствовали клиническим проявлениям заболевания и операционным находкам.

Больных группы сравнения оперировали с использованием стандартных методик: при подкожных и подкожно-подслизистых (интрасфинктерных) парапроктитах, а также части ишиоректальных с интрасфинктерным ходом в наружной порции анального жома прибегали к операции Габриэля, которая была выполнена 59 больным, 27 из них - в модификации Рыжих-Бобровой. Рану чаще не зашивали (43 наблюдения) или производили ушивание ее дна кетгутом (16 наблюдений). При ишиоректальных, ретроректальных и пельвиоректальных парапроктитах с трансфинктерным (в глубокой порции мышц) или экстрасфинктерным расположением гнойного хода использовался лигатурный способ завершения вмешательства (52 больных). При обширных гнойно-некротических ранах, особенно, если гнойник располагался пельвиоректально, проведенную лигатуру на операционном столе не затягивали.

Нами разработан новый способ радикального хирургического лечения ОП, основанный на принципах активного хирургического лечения гнойных ран. Разработанный способ состоит из 2 последовательных этапов: одномоментной радикальной операции; активного послеоперационного лечения раны.

Следует подчеркнуть, что под понятием "радикальная операция при остром парапроктите" следует понимать вмешательство, которое включает в себя: возможно раннюю операцию по типу радикальной хирургической обработки гнойного очага, т.е. либо его иссечения в пределах здоровых тканей, либо широком вскрытии с возможно полным иссечением тканей, вскрытием гнойных затеков; хирургическую обработку гнойного хода с иссечением некротических тканей до "устья" внут-

ренного отверстия; ликвидацию внутреннего отверстия, сообщающего полость гнойника с просветом прямой кишки, путем иссечения пораженной крипты и последующего ушивания образовавшегося дефекта (раны) стенки анального канала по разработанной нами методике; завершающего этапа - либо зашивание раны наглухо (после иссечения гнойного очага), либо дренирование промежностной раны перфорированной силиконовой трубкой с последующим глухим швом раны над трубкой по разработанной нами методике.

Разработанные принципы активного хирургического лечения ОП, в совокупности формирующие способ вмешательства, определили возможность дифференцированного подхода к выбору рациональной методики операции в зависимости от степени сложности заболевания в соответствии с представленной выше классификацией ОП.

При сочетании ОП с анальной трещиной ее иссечение производили одновременно с ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода в просвет прямой кишки. При сочетании осложненного геморроя с острым парапроктитом вначале выполняли операцию по поводу парапроктита, а в дальнейшем (в плановом порядке) производили геморроидоктомию.

В комплексе лечения 110 больных группы сравнения с ОП, наряду с АБТ, назначаемой с учетом чувствительности микрофлоры, противовоспалительной, органотропной терапией, проводилось местное лечение, которое заключалось в наложении медикаментозных повязок. В первой фазе раневого процесса применялись мази на водорастворимой полиэтиленоксидной основе. У 24 (64,9%) больных подгруппы сравнения применяли мази Левосин или Левомеколь; у 9 пациентов (24,3%) - Офлокаин; у 4 больных (10,8%) - Нитацид (чаще при гнилостных инфекциях).

В лечении больных с ОП основной группы применяли дифференцированный подход.

При парапроктитах I степени сложности наряду общепринятой терапией проводилось местное лечение, включавшее локальное электромагнитное облучение воспалительных оча-

гов при помощи аппарата ЛУЧ-СМВ-3 с частотой 2,45 ГГц (при прокто-подслизистых парапроктитах) или установки "Яхта-3" с частотой 0,915 ГГц наружными излучателями (при ишио-ректальных 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. 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). В зависимости от размеров гнойных полостей использовали стандартные полостные излучатели с диаметрами 10, 12 и 15 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.

АБТ у больных основной группы проводилась по де-эскалационному принципу. К 5-7 суткам после начала лечения у 38,2% больных группы сравнения получены положительные бакпосевы раневого отделяемого, после проведенного лечения у 10,9% больных к 10-12 суткам исследования не удалось достичь полной эрадикации патогенной микрофлоры. У больных основной группы после проведенного лечения на 5-7 сутки от начала лечения у 86% больных удалось достичь полной эрадикации микрофлоры, а к 10-12 суткам микрофлора в раневом отделяемом не определялась в 100% случаев.

Кроме того, у больных основной группы в более ранние сроки по сравнению с группой сравнения наблюдалась нормализация общего состояния, результатов клинического анализа крови, а также позитивные изменения в локальном статусе.

Послеоперационные осложнения являются одним из важнейших критериев качества лечения, а их профилактика и лечение - важным фактором улучшения хирургического лече-

ния. Структура ранних послеоперационных осложнений у больных обеих групп представлена в табл. 2.

Таблица 2

Ранние послеоперационные осложнения у больных с острым парапроктитом

Вид осложнений	Группы больных	
	Сравнения	Основная
Кровотечение	1	1
Задержка мочи	5	2
Нагноение ран	9	-
Всего (%)	13,6	3

Средние сроки стационарного лечения у 110 больных ОП группы сравнения составили $18,83\pm 1,87$ дня и существенно зависели от примененной методики хирургического лечения: после операции Габриэля составили $20,3\pm 2,1$ дня, а после иссечения или вскрытия гнойника с проведением лигатуры от $36,7\pm 1,67$ (при ишиоректальной локализации гнойника) до $42,2\pm 3,18$ дня нетрудоспособности. Общий средний срок нетрудоспособности для этой категории больных составили $33,06\pm 3,15$ дней. Сроки временной нетрудоспособности больных основной группы составили

$10,2\pm 0,9$ дней, а общие сроки нетрудоспособности у больных основной группы составили $15,8\pm 2,06$ дней.

У больных основной группы в отдаленные сроки нами не выявлено случаев недостаточности сфинктера или деформации тканей перианальной области. Рецидив заболевания выявлен в 3 случаях (в 2 случаях при ишиоректальной локализации гнойника II степени сложности, в одном наблюдении с пельвиоректальным парапроктитом образовался свищ прямой кишки. Следует отметить, что эти поздние осложнения выявлены у тех больных, у которых во время операции не обнаружено внутреннее отверстие гнойника в просвет прямой кишки.

На основании проведенных клинических исследований нами разработан индивидуализированный лечебно-диагностический подход к лечению острого парапроктита в зависимости от степени его сложности (табл. 3).

Таблица 3

Степень сложности	Диагностические мероприятия	Лечебные мероприятия
I	Клинико-анамнестические данные, объективный осмотр области промежности, ректороманоскопия	иссечение гнойника вместе с пораженной криптой единым блоком; при значительных размерах образующихся после иссечения полости, показано ее дренирование перфорированным трубочным дренажом; антибактериальная, противовоспалительная терапия, локальное облучение воспалительного очага с частотой 2,45 ГГц
II - III	Клинико-анамнестические данные, объективный осмотр области промежности, ректороманоскопия, компьютерная томография	иссечение либо широко вскрытие абсцесса с иссечением гнойно-некротических тканей с обязательной хирургической обработкой гнойного хода и ликвидацией внутреннего отверстия в просвет прямой кишки и дренирование полости гнойника. антибактериальная, противовоспалительная, иммуномодулирующая терапия, СВЧ облучение воспалительного очага с частотой 0,815 ГГц наружным или трансректальным излучателем, при необходимости - инфузионно-детоксикационная, органоспецифическая терапия

Выводы

1. Таким образом, КТ является объективным тестом в диагностике ОП, который позволяет в сочетании с клиническими и инструментальными методами исследования быстро и точно определить локализацию очага воспаления, его распространенность, место нахождения внутреннего отверстия по отношению к окружности сфинктера, а также обеспечить кратчайший доступ к гнойнику параректальной клетчатки.

2. Разработанный метод активного хирургического лечения и применение в послеоперационном периоде методик СВЧ облучения обеспечивает существенное сокращение сроков лечения больных, существенно снижает частоту развития реци-

дивов заболевания и переход процесса в хроническую форму, что имеет важное социально-экономическое значение.

Литература

1. Аминев А.М. Некоторые вопросы практической проктологии / А.М.Аминев // Экспериментальная хирургия. - 1981. - № 1. - С. 61-63.
2. Аминев А.М. Послеоперационная недостаточность анального сфинктера / А.М.Аминев, З.И.Архипова // Проблемы проктологии : 2-й 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 / C.Muudet-Turelles // Am.J.Proctol. - 1973. - Vol.1. - P.130-132.

Резюме

Бабич В.А. Диагностика и лечение острого парапроктита.

В работе представлен анализ неблагоприятных результатов лечения 110 больных с острым парапроктитом, у которых применялись традиционные методы диагностики и лечения. Представлен собственный опыт лечения 100 пациентов с острым парапроктитом, у которых применен предлагаемый лечебно-диагностический подход. Сравнительная оценка результатов лечения пациентов обеих групп показала, что внедрение индивидуализированного лечебно-диагностического подхода

позволяет существенно сократить сроки лечения пациентов, а также количество ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: острый парапроктит, диагностика, хирургическое лечение.

Резюме

Бабич В.О. *Діагностика та лікування гострого парапроктита*

В роботі наведено аналіз несприятливих результатів лікування 110 хворих на гострий парапроктит, у яких використовувались традиційні методи діагностики і лікування. Наведено власний досвід лікування 100 пацієнтів на гострий парапроктит, у яких використаний запропонований лікувально-діагностичний підхід. Порівняльна оцінка результатів лікування хворих обох груп показала, що впровадження індивідуалізованого лікувально-діагностичного підходу дозволяє істотно скоротити терміни лікування пацієнтів, а також знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: гострий парапроктит, диагностика, хірургічне лікування.

Summary

Babych V.O. *Diagnostics and treatment of acute paraproctitis.*

The results of treatment of 110 patients with acute paraproctitis diagnosed and treated by standard methods with unfavorable outcome is presented. Own experience of treatment of 100 patients in which individualized diagnostic and treatment tactics is presented as well. The comparison of both groups showed the significant shortening of duration of treatment and postoperative complications.

Key words: acute paraproctitis, diagnostics, surgical treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.І.Бондарев

УДК 578.76+571.27:616-093

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ІМУНОФЕРМЕНТНИХ НАБОРІВ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ЇЇ СЕРОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ

О.Ю. Галкін, В.П. Шпак, О.М. Дуган

Національний технічний університет України

"Київській політехнічній інститут" (Київ)

Вступ

У сучасній клінічній медицині цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ), набуває все більшої актуальності. Крім значення цитомегаловіруса (ЦМВ) як етіологічного агенту внутрішньоутробної та перинатальної патології, значною є його роль в розвитку важких пневмоній у пацієнтів, які перенесли пересадку органів, опікову травму, у онкогематологічних хворих. Як нозологічна форма ЦМВ-інфекція відрізняється широким поліморфізмом. Клінічний діагноз ЦМВ-інфекції вимагає обов'язкового лабораторного підтвердження. Разом з тим, використовувані в даний час серологічні, вірусологічні, молекулярно-біологічні методи виявлення активної ЦМВ-інфекції мають різну діагностичну цінність при лабораторному підтвердженні маніфестної форми захворювання [1-3]. У зв'язку з викладеним вище, питання лабораторної діагностики ЦМВ-інфекції залишаються актуальними для практичної охорони здоров'я і на сьогоднішній день. Не менш важливими та актуальними є питання створення сучасних високоінформативних діагностичних наборів, що дозволяють виявляти різні серологічні маркери ЦМВ-інфекції.

Метою нашої роботи був аналіз літературних даних щодо сучасних підходів до лабораторної діагностики ЦМВ-інфекції та біотехнологічні основи створення імуноферментних наборів для її діагностики.

Цитомегаловірусна інфекція: сучасні підходи до лабораторної діагностики

ЦМВІ представляє собою захворювання, яке характеризується широким клінічним поліморфізмом. Оскільки клінічні про-