

УДК 615.33+616-08+616.352-007.253

© О.В. НОВИЦЬКИЙ, І.М. ШЕВЧУК, В.В. ГАЛИЦЬКИЙ

Івано-Франківський національний медичний університет

Ендолимфатична антибактеріальна терапія в комплексному лікуванні хворих на глибокі форми гострого гнильного парапроктиту

O.V. NOVYTSKY, I.M. SHEVCHUK, V.V. HALYTSKY

Ivano-Frankivsk National Medical University

THE ENDOLIMFATIC ANTIBACTERIAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DEEP FORMS ACUTE PUTRID PARAPROCTITIS

Проаналізовано результати комплексного лікування 12 хворих із глибокими формами гострого гнильного парапроктиту. Серед них – 10 (83,3 %) чоловіків, 2 (16,7 %) жінки. Вік хворих перебував у межах від 23 до 68 років. Ішіоректальна форма виявлена у 6 (50 %) хворих, пельвіоректальна – у 4 (33,3 %), підковоподібна – у 2 (16,7 %) хворих. Гнильно-некротичний процес був обмежений тільки промежиною у 7 (58,3 %) хворих, поширювався на обидві сідничні ділянки – у 4 (33,3 %) пацієнтів, поширювався на ліве стегно в одного хворого. За результатами бактеріологічного дослідження рани у 5 (41,7 %) хворих висіяли *E. coli* в концентрації 5×10^7 мікробних тіл в 1 см^3 , у 4 (32,7 %) – *E. cloacae* в концентрації 5×10^6 мікробних тіл в 1 см^3 , у 2 (7,7 %) хворих – *Pr. vulgaris* в концентрації 5×10^6 мікробних тіл в 1 см^3 , у одного хворого – *Ps. aeruginosa* в концентрації 5×10^7 мікробних тіл в 1 см^3 . У всіх 12 хворих використовували прямий антеградний метод ендолимфатичного введення антибіотиків через катетеризовані лімфатичні судини в першому міжпальцевому проміжку на стопі. Достовірне зменшення болювого синдрому в хворих після операції відмітили на $(4,9 \pm 0,41)$ добу, гіперемія шкіри зникала на $(8,2 \pm 0,83)$ добу, набряк м'яких тканин – на $(11,93 \pm 0,75)$ добу ($P < 0,05$). Застосування ендолимфатичної антибактеріальної терапії дозволило забезпечити ліквідацію синдрому системної запальної відповіді на 5–6-й день після операції.

The analysis of complex treatment of 12 patients with deep forms acute putrid paraproctitis is carried out. Among them – 10 (83,3 %) men, 2 (16,7 %) women. Age of patients from 23 till 68 years. The ishiorectal form is revealed at 6 (50 %) patients, pelviorectal the form – at 4 (33,3 %), in the form of a horseshoe – at 2 (16,7 %) patients. Putrid-nekrotizing process has been limited only perineum at 7 (58,3 %) patients, extended on two buttock areas – at 4 (33,3 %) patients, extended on the left hip at one patient. Behind results of bacteriological research of a wound at 5 (41,7 %) patients have found out *E. coli* in concentration 5×10^7 microbic bodies in 1 см^3 , at 4 (32,7 %) – *E. Cloacae* in concentration 5×10^6 microbic bodies in 1 см^3 , at one patient – *Ps. aeruginosa* in concentration 5×10^7 microbic bodies in 1 см^3 . At all 12 patients used direct antegradic a method endolimfatic introductions of antibiotics through kateterish lymphatic vessels in the first between fingers an interval on stop. Authentic reduction of a painful syndrome at patients after operation have noted on the average on $(4,9 \pm 0,41)$ days, skin reddening was gone on the average on $(8,2 \pm 0,83)$ days, a hypostasis of soft fabrics – on $(11,93 \pm 0,75)$ days ($P < 0,05$). Application endolimfatic antibacterial therapy has given the chance to liquidate systemic inflammatory response syndrome for 5-6 day after operation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Загальні принципи хірургічного лікування гнійних процесів передбачають місцевий і системний вплив на бактеріальну інфекцію. Застосування з цією метою антибактеріальних середників для ендолимфатичного введення є обґрунтованим, забезпечує високу концентрацію препаратів у зоні гнійного запалення, дозволяє цілеспрямовано впливати на функції лімфатичної системи, а також коригувати зміни, що пов'язані з порушенням лімфатичного дренажу і гемомікроциркуляції [1, 2, 3].

Гнильний парапроктит є однією зі складних для діагностики і лікування форм гострого парапроктиту. Збудниками гнильного парапроктиту частіше є бактероїди, пептококи, фузобактерії. В цих випадках виникає гнильно-некротичний процес, при якому на значному протязі уражаються параректальна клітковина, фасції і м'язи [4]. Гнильні парапроктити характеризуються “повзучою флегмоною”, швидким поширенням запального процесу з вираженим набряком і некрозом тканин, виділенням ранового ексудату із тканинним детритом і неприємним запахом [5]. Середній термін перебування

таких хворих у стаціонарі складає $(30 \pm 0,6)$ днів [6]. Летальність при цьому захворюванні, за даними різних авторів, складає 20-30 %, при генералізації процесу – може сягати 80 % [7, 8].

Пошук методів лікування глибоких форм гострого гнильного парапроктиту (ГФГП), ускладнених синдромом системної запальної відповіді (ССЗВ), слід вважати актуальним напрямком невідкладної проктології. З цією метою привабливою є можливість застосування в комплексному лікуванні ГФГП методу ендолімфатичної антибактеріальної терапії.

Мета роботи: оцінка клінічної ефективності ендолімфатичної антибактеріальної терапії в комплексному лікуванні хворих на глибокі форми гострого гнильного парапроктиту.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 12 хворих на ГФГП, які перебували на стаціонарному лікуванні з 2006 до 2008 року в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Серед них – 10 (83,3 %) чоловіків, 2 (16,7 %) – жінки. Вік хворих перебував у межах від 23 до 68 років. Ішіоректальну форму гострого парапроктиту діагностовано у 6 (50 %) хворих, пельвіоректальну – у 4 (33,3 %), підковоподібну – у 2 (16,7 %) пацієнтів. Всі хворі зверталися за медичною допомогою через 6–12 діб від початку захворювання. Такі пізні строки госпіталізації значно обтяжували стан хворих, супроводжувалися розширенням об'єму оперативного втручання і погіршували прогноз. Забір матеріалу з рани для мікробіологічного дослідження проводили під час оперативного втручання, а також на 3-4-ту і 7-10-ту доби після операції.

У всіх 12 хворих використовували прямий антеградний метод ендолімфатичного введення антибіотиків через катетеризовані лімфатичні судини в першому міжпальцевому проміжку на стопі. Канюлювання лімфатичних судин здійснювали відповідно до сторони розташування гнійного процесу в параректальній клітковині. При підковоподібному ГФГП канюлювали лімфатичну судину першого міжпальцевого проміжку лівої ступні, що дозволяло охопити більший сегмент лімфатичної системи таза. Перед введенням антибіотика за допомогою “Інфузомата” в ендолімфатичний катетер вводили 5 мл розчину тренталу. Після цього добову дозу антибіотика розводили в 20 мл 0,9 % розчину хлориду натрію і вводили протягом доби зі швидкістю 0,3 мл за 1 хв. Кратність введення складала одну разову дозу антибіотика за добу. Час функціонування ендолімфатичного катетера складав у середньому 3-5 діб.

При оцінці ефективності лікування враховували зміни в загальному стані хворого, його скарги і їх зміни, вираження больового синдрому, швидкість ліквідації ознак ССЗВ. Оцінюючи місцеві ознаки гнійно-деструктивного процесу, брали до уваги розміри запального інфільтрату навколо післяопераційної рани, швидкість зменшення набряку, гіперемії періанальної ділянки, зміни характеру ранових виділень, час появи грануляцій, а також результати лабораторних показників крові та мікробіологічного дослідження ранового ексудату.

Результати досліджень та їх обговорення. Клінічну картину захворювання у всіх пацієнтів характеризували прояви ССЗВ. Так, частота серцевих скорочень на час госпіталізації у хворих становила 100-140 ударів за 1 хв, температура тіла сягала 38-42 °С, частота дихання складала понад 20 за 1 хв, число лейкоцитів у периферичній крові перевищувало 12×10^9 в 1 л, з них паличкоядерних нейтрофілів – понад 10 %, у формулі крові відзначали еозинofilію і лімфоцитопенію. Місцеві симптоми гнійного процесу проявлялися у незначній гіперемії і помірній інфільтрації періанальної ділянки промежини без чітких меж, больова реакція на пальпацію була зниженою. Слід зазначити, що за ГФГП зовнішні прояви запальних змін на шкірі періанальної ділянки завжди були менш вираженими, ніж площа ураження параректальної клітковини.

Всі хворі були прооперовані в екстреному порядку. Операції виконували під внутрішньовенним наркозом або спинномозковою анестезією. Хірургічна тактика у хворих на ГФГП передбачала максимально широке розсічення гнояка до його межі з неушкодженими тканинами одним або двома дугоподібними (півмісяцевими) розрізами. При цьому виконували ретельну ревізію всієї зони гнійно-некротичного процесу для виявлення натічників і заплівів гною, які додатково розкривали і дренивали. Некротизовані тканини максимально висікали до появи “кров'яної роси”. Всю ранову поверхню промивали 3 % розчином перекису водню і тампонували марлевими серветками з цим же розчином. Внутрішній отвір в анальному каналі не висікали, оскільки для його ліквідації необхідно було пересікати частину зовнішнього сфінктера, переважно втягнутого у запальний процес. Перев'язки проводили 3-4 рази на добу з використанням 3 % розчину перекису водню. Починаючи з четвертого дня, місцево використовували мазі на гідрофільній основі (“Офлокаїн”, “Левомеколь”).

Гнійно-некротичний процес був обмежений тільки промежиною у 7 (58,3 %) хворих, поширювався на обидві сідничні ділянки – у 4 (33,3 %) хво-

рих, поширювався на ліве стегно в одного хворого. Гнильний процес промежини мав форму некротичного целюліту і переходив з одного клітковинного простору на інший у 2 хворих, некротичний фасціт виявлено у 3 хворих, некротична флегмона калитки виникла у 2 хворих.

Забезпечити видужання хворих на ГФГП після хірургічної ліквідації гнійного вогнища можна при своєчасному проведенні оперативного втручання. Це правило дійсне при ліквідації гнійного вогнища на 3-4 добу від початку захворювання [7].

Враховуючи пізні строки госпіталізації, яскраві прояви ССЗВ, післяопераційне лікування хворих, представлених у нашій статті, проводили у відділенні інтенсивної терапії. Залежно від тяжкості стану хворого, вираження ССЗВ, наявності і характеру супутніх захворювань, коригували об'єм і характер інтенсивної та антибактеріальної терапії.

Антибактеріальну терапію розпочинали відразу після операції. Внутрішньовенно краплинно призначали метронідазол (метрогіл) – по 500 мг (100 мл) 3 рази на добу. Одночасно налагоджували систему для ендолімфатичного введення препаратів. На цьому етапі антибіотик для введення в лімфатичну систему вибирали емпірично із застосуванням найбільш ефективних препаратів (цефуроксим, цефазолін). За результатами проведених мікробіологічних досліджень, така комбінація препаратів охоплювала найбільший спектр мікроорганізмів – збудників гнильного інфекційного процесу в параректальних клітковинних просторах. За нашими спостереженнями, за відношенням до стафілококів, ентерококів найбільшу чутливість мають цефоперазон, левофлоксацин; а за відношенням до кишкової палички та протея – левофлоксацин, цефтазидим, меронем.

Корекцію антибактеріальної терапії проводили після отримання результатів мікробіологічного аналізу про вид збудника та його чутливість до антибактеріальних препаратів. Результати мікробіологічного дослідження (чутливість до антибактеріальних препаратів) на 4-ту добу підтвердили емпіричну схему призначення антибіотиків.

Ми відзначили залежність між швидкістю ліквідації ознак ССЗВ та глибиною і поширеністю гнійного процесу. Так, після виконання операції з приводу ішіоректального гострого парапроктиту з використанням антибактеріальної ендолімфатичної терапії нормалізація температури тіла наставала на 2-3 добу, тахіпное та частота серцевих скорочень нормалізувалися до кінця другої доби, кількість лейкоцитів у периферичній крові нормалізувалася на 3-4 добу. У хворих з пельвіоректальним гострим парапроктитом температура тіла нормалізувалася на

3-4 добу, тахікардія та тахіпное зберігались до 4-ї доби, нормалізація кількості нейтрофільних лейкоцитів у периферичній крові тривала до 5-ї доби. У хворих із підковоподібним парапроктитом температура тіла нормалізувалася на 6-ту добу, тахікардія та тахіпное – на 7-му добу, нормалізацію загального аналізу крові, зокрема кількості лейкоцитів у периферичній крові, відзначили на 8-му добу після операції.

Гнильна рана промежини у хворих у перші 2-3 доби має характерний вигляд і відзначається певними особливостями зміни фаз ранового процесу, тому при застосуванні звичайних місцевих засобів лікування не слід очікувати звичної динаміки, що не дозволяє дати об'єктивну оцінку загального стану хворих [5].

В обстежених нами хворих вже з першої доби після операції значно посилювався набряк тканин, що оточують рану, і країв самої рани. Дно рани покривалося гнійно-фібринозними нашаруваннями білого або сірого кольору. Виділення з рани були переважно незначними “брудно-сірого” кольору.

За результатами бактеріологічного дослідження рани, виявлена полімікробна флора. Так, у 5 (41,7 %) хворих висіяли *E. coli* в концентрації 5×10^7 мікробних тіл в 1 см^3 , у 4 (32,7 %) – *E. cloacae* в концентрації 5×10^6 мікробних тіл в 1 см^3 , у 2 (7,7 %) хворих – *Pr. vulgaris* в концентрації 5×10^6 мікробних тіл в 1 см^3 , в одного хворого – *Ps. aeruginosa* в концентрації 5×10^7 мікробних тіл в 1 см^3 . Різноманітні комбінації цих збудників встановлено у 5 (41,7 %) хворих.

При ендолімфатичному введенні антибіотиків вже з 4-ї доби лікування спостерігали зменшення запальної інфільтрації та перифокального набряку країв рани, інтенсивності гнійно-некротичних нашарувань на стінках та дні рани.

Протягом наступних 8-12 днів лікування відмічали зникнення гіперемії шкіри, зменшення перифокального набряку та запальної інфільтрації рани. Завершення процесу некролізу рани та появу крайової епітелізації відзначали на 14-15 добу.

Достовірне зменшення больового синдрому у хворих після операції відмітили в середньому на $(4,9 \pm 0,41)$ добу, гіперемія шкіри зникала в середньому на $(8,2 \pm 0,83)$ добу, набряк м'яких тканин – на $(11,93 \pm 0,75)$ добу ($P < 0,05$).

Строки очищення рани промежини від гнійно-некротичних мас залежали від тяжкості клінічного перебігу захворювання, глибини залягання та поширеності гнильного процесу. Найбільш швидко очищення рани відбувалося при ішіоректальному гострому парапроктиті. При пельвіоректальному гострому парапроктиті, глибокому розташуванні та значному поширенні гнійно-некротичного

процесу в параректальній клітковині строки очищення рани складали в середньому – $(14,9 \pm 0,81)$ дня ($P < 0,05$).

На 3-4-ту добу після оперативного втручання бактеріальне забруднення рани підтверджене у всіх хворих. На 7-10-ту добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію ран відмічено у 8 (66,7 %) хворих.

Середній термін перебування хворих у стаціонарі становив $(24,5 \pm 3,5)$ доби, що на $(6 \pm 0,81)$ дня менше відомих літературних даних [6].

В одного хворого після операції діагностовано недостатнє дренивання рани промежини, що потребувало ревізії рани з некректомією.

Помер один хворий з “блискавичною” формою гострого парапроктиту на фоні поліорганної недостатності та тяжкої супутньої патології (цукровий

діабет II типу, тяжкий перебіг захворювання, облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок).

Висновки. Своєчасне й адекватне оперативне втручання, виконане у хворих із гнильним гострим парапроктитом, яке включає правильне ведення післяопераційного періоду і рани, дезінтоксикаційну й антибактеріальну терапію, сприяє видужанню хворих. Ендолимфатична антибактеріальна терапія є важливою складовою комплексного лікування хворих із гострим гнильним парапроктитом.

Перспективи подальших досліджень. Перспективою подальших досліджень є вдосконалення методів своєчасної доопераційної інструментальної діагностики у хворих із глибокими формами гострого парапроктиту.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 413 с.
2. Бородин Ю.И. Проблемы клинической и экспериментальной лимфологии / Ю.И. Бородин // Материалы международной научной конференции. НИИ клинической и экспериментальной лимфологии. – Новосибирск, 1996. – С. 31-42.
3. Ерофеев В.В. Антибактериальная терапия при гнойно-септических осложнениях у больных в отделениях реанимации / В.В. Ерофеев, И.В. Лирцман, С.В. Поликарпова // Хирургия. – 1998. – № 12. – С. 48-52.
4. Кондратенко П.Г. Клиническая колопроктология: Руководство для врачей / П.Г. Кондратенко, Н.Б. Губергриц, Ф.Э. Элин, Н.Л. Смирнов. – Х.: Факт, 2006. – 385 с.
5. Кондратенко П.Г. Основные принципы лечения острого гнилостного парапроктита / П.Г. Кондратенко, Ф.Э. Элин, С.Л. Авраимов, О.В. Титова // Клиническая хирургия. – 2003. – № 11. – С. 16-17.
6. Кононенко Н.Г. Особенности лечения больных с анаэробными парапроктитами / Н.Г. Кононенко, В.И. Бугаев, О.В. Литовченко, Л.Г. Кашенко // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.2 (34). – С. 39-40.
7. Миминошвили О.И. Комплексное лечение гнилостного парапроктита / О.И. Миминошвили, В.П. Сопельняк, А.В. Денисов // Клиническая хирургия. – 2003. – № 11. – С. 55.
8. Семченко Л.Ю. Проблемы экспериментальной, клинической и профилактической лимфологии / Л.Ю. Семченко // Труды НИИКиЭЛ СО РАМН. – Новосибирск, 2000. – С. 266-268.

Отримано 02.11.09