

УДК 616–08+616–089.4+616.352–007.253

© О. В. НОВИЦЬКИЙ

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Місцеве лікування післяопераційних ран у хворих з гострим парапроктитом

O. V. NOVYTSKY

SHEI “Ivano-Frankivsk National Medical University”

LOCAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE WOUNDS IN PATIENTS WITH ACUTE PARAPROCTITIS

Проведено аналіз результатів лікування 83 хворих з різними формами гострого парапроктиту. Підшкірно-підслизові форми гострого парапроктиту були у 31 (37,3 %) хворого, ішіоректальну форму виявлено у 28 (25,3 %) пацієнтів, пельвіоректальну – у 10 (12,1 %), ретрооректальну – у 8 (9,6 %), підковоподібну – у 6 (7,2 %) хворих. Для місцевого лікування ран промежини та анального каналу в першу фазу ранового процесу у хворих основної групи з першої доби після операції застосовували мазь “Ацербін” (Австрія). У групі порівняння місцеве лікування гнійних ран промежини та анального каналу в першій фазі ранового процесу проводили маззю “Левомеколь” (Україна).

При місцевому лікуванні післяопераційних ран у хворих з гострим парапроктитом маззю “Ацербін” перебіг ранового процесу істотно пришвидшився за рахунок очищення ран від гнійно-некротичного вмісту, появи грануляційної тканини та початку крайової епітелізації ран.

We analysed of treatment 83 patients with various forms of acute paraproctitis. Subcutaneous submucosal forms of acute paraproctitis were 31 (37,3 %) patients, acute ishiorectal paraproctitis detected in 28 (25,3 %) patients, pelviorectal – in 10 (12,1 %), retrorectal – 8 (9,6 %), horseshoe – 6 (7,2 %) patients. For topical treatment of wounds of the perineum and anal canal in the first phase of wound healing in patients of the group from the first day after surgery applied ointment “Acerbine” (Austria). In the comparison group of local treatment of purulent wounds of the perineum and anal canal in the first phase of wound healing was performed ointment “Levomekol” (Ukraine).

In the local treatment of postoperative wounds in patients with acute paraproctitis ointment “Acerbine” course of wound healing significantly accelerated by treating wounds of purulent-necrotic content, appearance of granulation tissue and epithelialization of wounds early edge.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. У хворих, прооперованих з причини гострого парапроктиту (ГП), ведення післяопераційного періоду має свої особливості. Головні з них ті, що особливості анатомічної будови промежинної зони не дозволяють провести максимально повну механічну некректомію в межах здорових тканин, як це можливо при лікуванні ран іншої локалізації [1]. Існуючі препарати для місцевого лікування гнійних ран у більшості не спроможні забезпечити швидке очищення рани промежини від патогенної мікрофлори і гнійно-некротичних мас, що приводить до зниження ефективності хірургічного лікування, сприяє розвитку післяопераційних ускладнень та збільшує терміни перебування хворих у стаціонарі [2, 4]. З цією метою привабливою є можливість застосування мазі “Ацербін” (Австрія) для місцевого лікування гнійних ран промежини та анального каналу.

Мета роботи: оцінка ефективності застосування мазей “Ацербін” та “Левомеколь” при місцево-

му лікуванні післяопераційних ран у хворих з гострим парапроктитом.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 83 хворих з різними формами ГП, які перебували на стаціонарному лікуванні з 2009 до 2013 року в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Серед них було 53 (63,9 %) чоловіки, 30 (36,1 %) жінок. Вік хворих – від 19 до 78 років.

Підшкірно-підслизові форми ГП мали місце у 31 (37,3 %) хворого, ішіоректальний ГП виявлено у 28 (25,3 %) осіб, пельвіоректальний ГП – у 10 (12,1 %), ретрооректальний ГП – у 8 (9,6 %), підковоподібний ГП – у 6 (7,2 %) пацієнтів. В основну групу увійшли 42 хворих, у контрольну – 41. Групи хворих зіставні за віком, статтю, глибиною залягання гнояка. Для місцевого лікування ран промежини та анального каналу в першу фазу ранового процесу у хворих основної групи з першої доби після операції застосовували мазь “Ацербін” (Австрія). Марлеву смужку,

просочену маззю, вводили у канал відхідника та рану промежини впродовж перших 5–7 діб після операції. Перев'язку проводили двічі на добу.

У групі порівняння місцеве лікування гнійних ран промежини та анального каналу в першій фазі ранового процесу проводили маззю “Левомеколь” (Україна). Марлеву смужку, просочену маззю, вводили у рану промежини та анальний канал. Перев'язку проводили двічі на добу.

Оцінюючи місцеві ознаки перебігу гнійно-деструктивного процесу, брали до уваги характер виділень з рани, час появи грануляцій; результати цитологічного та бактеріологічного дослідження.

Матеріал для бактеріологічного дослідження отримували за допомогою пункції або безпосередньо після операційного розкриття патологічного гнійного вогнища. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження проводили в такі терміни: під час операційного втручання, на 3–4 і 7–10 доби з моменту лікування.

Матеріалом для цитологічного дослідження служили тканини із країв або глибини рани. Біопсійні тканини фіксували за стандартними методиками. Цитологічне дослідження здійснювали на 3-тю, 7-му добу після операції. Інтерпретацію отриманих результатів цитологічного дослідження проводили за класифікацією М. Ф. Камаєва [3]. Показником сприятливого перебігу ранового процесу й ефективності місцевого лікування було переважання в рановому цитологічному матеріалі нейтрофільних гранулоцитів, полібластів і макрофагів із нормальною гістологічною будовою, зокрема в початковий період лікування.

Результати досліджень та їх обговорення.

Всі хворі були прооперовані в екстреному порядку, операції виконували під внутрішньовенним наркозом або спинномозковою анестезією. Хірургічна тактика при всіх формах ГП полягала в широкому розсіченні гнояка з максимальним видаленням некротичних тканин і ліквідацією внутрішнього отвору гнійного ходу в просвіті прямої кишки за загальноприйнятою методикою. Операційне втручання було вирішальним фактором лікування, при якому видаляли найбільшу масу бактерій та їх токсинів, продукти розпаду і нежиттєздатні тканини, які є живильним середовищем для мікрофлори.

При бактеріологічному дослідженні гною виявлено полімікробну флору. Мікрофлору в монокульту-

турі висіяно у 52 (62,6 %) осіб, аеробні асоціації – у 19 (22,9 %) хворих. У 12 (14,5 %) осіб висіяно анаеробні мікроорганізми. У хворих основної групи, до початку лікування, концентрація мікроорганізмів складала в середньому $(4,10 \pm 0,23) \times 10^7$ колонієутворюючих одиниць ((КУО)/см³), у групі порівняння до рівнювала в середньому $(3,82 \pm 0,21) \times 10^7$ КУО/см³ ($p > 0,05$). При порівнянні мікробного спектра, виділеного з матеріалів, взятих під час операційного втручання у хворих на ГП основної та контрольної груп, суттєвої різниці за частотою і видом мікроорганізмів не виявлено. Так, у 26,7 % хворих в монокультурі були виявлені *E. coli*, у 11,5 % – *Pr. vulgaris*, *Staphylococcus aureus* – у 6,2 %, *B. fragilis* – у 8,5 %, *Peptostreptococcus anaerobicus* – у 2,1 % пацієнтів. В асоціаціях встановлено такі мікроорганізми: у 8,7 % – *E. coli* та *Enterococcus faecalis*, у 8,6 % хворих – *E. coli* та *Staphylococcus aureus*, у 7,7 % хворих – *E. coli* та *Pr. vulgaris*.

На 7–10-ту добу місцевого лікування повна бактеріологічна санація ран відбулась у 35,7 % пацієнтів основної групи. У контрольній групі повна бактеріологічна санація ран відбулась лише у 17,2 % пацієнтів, що в 2,1 рази менше, ніж в основній групі хворих.

Терміни очищення рани від гнійно-некротичних мас залежали від тяжкості клінічного перебігу захворювання і поширеності процесу. Так, найбільш короткі терміни очищення рани відмічено при легкому клінічному перебігу захворювання і обмеженні гнояка в одній півкružності параректальної клітковини. При середньотяжкому і тяжкому клінічному перебігу захворювання і, особливо, у випадках обширного гнійно-некротичного процесу в параректальній клітковині терміни очищення рани значно подовжуються як в основній, так і контрольній групах хворих, складаючи $(10,5 \pm 0,64)$ і $(14,9 \pm 0,81)$ доби відповідно ($p < 0,01$).

У хворих основної групи спостерігали статистично достовірне прискорення термінів очищення ран від гнійно-некротичних мас, появи грануляцій та початку крайової епітелізації ($p < 0,01$) (табл. 1).

Дослідження цитологічних препаратів на 3-тю добу після операції показало, що в обох групах хворих спостерігали дегенеративно-запальний тип цитограм. При цьому в цитопрепаратах відзначали масивну кількість нейтрофільних лейкоцитів ((86 ± 5) клітин у полі зору при імерсійному дослідженні).

Таблиця 1. Оцінка ефективності лікування в обох групах хворих за клінічними критеріями ранового процесу ($p < 0,01$)

Група хворих	Кількість хворих	Клінічні критерії, доба		
		очищення ран	поява грануляцій	початок крайової епітелізації
Основна	42	4,8±0,1	5,2±0,2	6,3±0,3
Контрольна	41	6,4±0,2	6,7±0,3	7,8±0,3

Як показали цитологічні дослідження у хворих основної групи, яким місцеве лікування проводили за допомогою мазі “Ацербін”, на третю добу в дегенеративно-запальному типі цитограми у 66,7 % хворих відмічали ознаки активного фагоцитозу з домінуванням завершеного. У групі порівняння в цей же термін у дегенеративно-запальному типі цитограми у 40 % хворих відмічали ознаки активного фагоцитозу, проте з перевагою спотвореного (дегенеративного).

На 7-му добу післяопераційного періоду в обох досліджуваних групах спостерігали регенеративний тип цитограм першого та другого варіантів. У хворих основної групи – 47 та 53 % відповідно, у групі порівняння – 63 та 37 % відповідно. При регенеративному типі цитограми другого варіанта у цитопрепаратах візуалізували виключно (95 %) незмінені нейтрофільні лейкоцити у невеликій кількості (до 11 ± 3) клітин у полі зору при імерсійному дослідженні). Перехід ранового процесу в другу фазу у хворих основної групи спостерігали

на 7–9 добу, а в контрольній групі він відбувався на 9–11 добу.

Терміни стаціонарного лікування багато в чому залежать від локалізації вогнища в параректальній клітковині, його поширеності і супутніх захворювань. За нашими даними, перебування хворих групи порівняння у стаціонарі складало в середньому ($19,7 \pm 0,43$) доби, в основній групі – ($14,8 \pm 0,6$) доби ($p < 0,01$).

Висновок. При місцевому лікуванні післяопераційних ран у хворих з гострим парапроктитом маззю “Ацербін” перебіг ранового процесу істотно пришвидшився за рахунок очищення ран від гнійно-некротичного вмісту, появи грануляційної тканини та початку крайової епітелізації ран.

Перспективи подальших досліджень. Перспективою подальших досліджень є розробка нових методів хірургічного лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту з метою покращення клінічних результатів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тишко Р. О. Обґрунтування місцевої антибактеріальної терапії при гострому парапроктиті / Р. О. Тишко // Сучасні інфекції. – 2001. – № 3. – С. 77–79.
2. Кахаров А. Н. Некоторые вопросы гнойной хирургии : матер. 1-го съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов РТ 2001 г. / А. Н. Кахаров, Б. К. Кадыров. – Душанбе, 2001. – С. 140–142.
3. Камаев М. Ф. Инфицированная рана и ее лечение / М. Ф. Камаев. – М. : Медицина, 1970. – 159 с.
4. Geley L. Wiener Klinische Wochenschrift. “Verwendung einer Mischung organischer Säuren mit Propylenglykol als Lösung und Salbe in der Kinderchirurgie (Acerbine)”. Jg. 90, Heft 14, 14 Juli 1978. – P. 506–509.

Отримано 03.04.14