

УДК 616.351-002.1-089

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*В.В. Гапонов, В.Ф. Сулима, С.Л. Малиновский, И.В. Ющенко,
Г.Г. Яроцкий, О.Л. Калига, А.П. Зверко*

Днепропетровская государственная медицинская академия

Реферат. В работе проанализированы результаты лечения острого парапроктита у 1012 пациентов в период с 2003 по 2008 год. Отмечено, что неудовлетворительные результаты лечения острого парапроктита обусловлены поздним обращением больных за специализированной медицинской помощью и проведением нерадикального лечения.

Ключевые слова: острый парапроктит, хирургическое лечение, результаты.

Несмотря на современные достижения в хирургии гнойно-воспалительных заболеваний, проблема лечения острого парапроктита остается актуальной. Актуальность и важность этой проблемы обусловлена большой распространенностью патологии, развитием заболевания у лиц трудоспособного возраста, отсутствием мероприятий по профилактике, поздней обращаемостью, большим количеством рецидивов заболевания после хирургического лечения [1,2,4]. По статистическим данным в общехирургических стационарах больные парапроктитом составляют от 0,5 до 4%, в структуре проктологических заболеваний парапроктит стоит на 4-м месте после геморроя, анальных трещин, колитов и составляет 20-40% всех болезней прямой кишки. Хирургическая стратегия при остром парапроктите направлена на проведение первичного радикального вмешательства. Однако у 31 – 56% больных, в большинстве случаев в общехирургических стационарах, проводится нерадикальное вскрытие гнойника, которое приводит к развитию рецидива заболевания у 50 – 98,4%, формированию сложных параректальных свищей у 47 – 50%, нарушению функции удерживания кишечного содержимого у 2,3 – 33%, формированию стриктур анального канала у 11,3% прооперированных пациентов [1,2,3,4,6].

Цель работы

Проанализировать результаты лечения острого парапроктита в условиях областного проктологического отделения г. Днепропетровска и наметить пути улучшения результатов лечения.

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов лечения

острого парапроктита у 1012 пациентов в период с 2003 по 2008 г. Пациенты находились на лечении в областном проктологическом центре Днепропетровской городской клинической больницы №6, которая является базой кафедры хирургии №1 и хирургии интернов днепропетровской государственной медицинской академии.

Среди 1012 пациентов преобладали мужчины – 70,6%, разделение по возрасту было следующим: 21-30 – 20,1%, 31-40 – 19,8%, 41-50 – 30,4%, 51-60 – 15,2%, 61-70 – 10,9%, 71-80 – 3,3%, старше 80 лет – 0,5%.

В своей практике мы пользуемся «Унифицированной клинико-статистической классификацией болезней органов пищеварения», в которой по локализации острые парапроктиты подразделяются на передний, задний, левосторонний, правосторонний, подковообразный передний и задний; по распространенности – подкожный, подслизистый, подкожно-подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный; по ходу свища – интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрасфинктерный; по осложнениям – клетчаточных пространств правого и левого бедра, клетчаточных пространств таза и брюшной стенки [5].

При анализе анамнеза заболевания было установлено, что большая часть пациентов, 828 человек (81,8%), обратилась за специализированной медицинской помощью свыше 72 часов с момента начала заболевания.

Диагностика подкожных, подслизистых и подкожно-подслизистых форм не представляла особых трудностей и основывалась на жалобах, исследовании перианальной области и пальцевом исследовании прямой кишки. Так диагноз подкожный парапроктит имел место у 180 пациентов, подслизистый – у 25, подкожно-подслизистый – у 98 больных.

При ишиоректальных парапроктитах, которые были диагностированы у 570 пациентов, в первые дни заболевания визуальных изменений со стороны перианальной области не было, поэтому диагностика основывалась на данных пальцевого исследования. В этих случаях вы-

являлись изменения стенок прямой кишки выше анального канала, в редких случаях, при отсутствии выраженного болевого синдрома, мы выполняли осмотр с помощью аноскопа либо ректероманоскопа. Диагностика этой формы парапроктита не представляла трудностей на 5-7 сутки заболевания, так как в эти сроки появлялись внешние проявления в перианальной области.

Пельвиоректальный и ретроректальный парапроктит имел место у 49 пациентов, большинство этих больных поступили в проктологическое отделение спустя 7-8 дней с момента заболевания. В ранних стадиях развития этой формы заболевания диагностика имела сложности из-за стертости симптоматики, отсутствия внешних проявлений и малоинформативности пальцевого исследования. В таких случаях мы выполняли ректероманоскопию, которая помогала установить локализацию патологического процесса.

Результаты и обсуждение

Общепризнано, что радикальное излечение парапроктита возможно только хирургическим путем, так как все попытки использовать другие, даже самые современные антибактериальные и физиотерапевтические средства дают недостаточный и временный эффект. Промедление с операцией грозит распространением гнойного процесса по клетчаточным пространствам, разрушением мышечных волокон сфинктера и стенки кишки [1,2,3,4,6]. Оперативные вмешательства выполнялись нами под общим обезболиванием, лишь у 3 пациентов с тяжелой сопутствующей патологией вскрытие гнойной полости проводилось под местной анестезией в минимальном объеме. При вскрытии гнойников мы придерживаемся мнения, что разрез с иссечением лоскута кожи должен соответствовать диаметру гнойной полости, это позволяет добиться адекватного дренирования и заживлению раны от дна. В нашей клинике используются следующие методы ликвидации внутреннего отверстия свища: рассечение с иссечением свища в просвет кишки, низвидение слизисто-подслизистого лоскута и лигатурная фистулэктомия. К сожалению, не всегда при проведении операции возможно выявить входные ворота инфекции (внутреннее отверстие свища). Радикальные операции с иссечением внутреннего отверстия свища нами были выполнены при подкожных, подслизистых, подкожно-подслизистых формах у 88,1% пациентов, при ишиоректальных – у 82,4%, при пельвиоректальных – у 44,9% больных.

Обезболивание в послеоперационном периоде осуществляли ненаркотическими анальгетиками, при выраженном болевом синдроме назначали препарат Золдир, который обладает сильным анальгезирующим эффектом. При выполнении ежедневных перевязок следили за тем, чтобы края раны не слипались, и рана заживала от дна, из антисептиков предпочтительнее отдавали препарату Октинисепт. Антибактериальную терапию назначали при запущенных формах парапроктитов, а также при наличии сопутствующих заболеваний, способствующих нарушению защитных сил организма и распространению инфекции.

Сроки нетрудоспособности в группе больных с подкожными, подслизистыми, подкожно-подслизистыми парапроктитами составили до 10 койко-дней – у 81,8%, от 10 до 14 – у 18,2% пациентов; при ишиоректальных парапроктитах до 10 койко-дней – у 56,3%, от 10 до 14 – у 31,1%, от 15 до 21 – у 10,9%, свыше 21 – у 1,7%; при пельвиоректальных парапроктитах от 10 до 14 койко-дней – у 30%, от 15 до 21 – у 60%, свыше 21 – у 10% больных.

Для предупреждения развития рубцовых стенозов выполняли профилактическое бужирование, для восстановления удерживающей функции анального жома больным назначали комплекс упражнений направленных на улучшение сократительной активности мышц сфинктера.

Анализ отдаленных результатов показал, что частота рецидивов при подкожных, подслизистых и подкожно-подслизистых парапроктитах до 0,5%, при ишиоректальных и пельвиоректальных – достигает 4%.

Заключение

Неудовлетворительные результаты лечения острого парапроктита обусловлены поздним обращением большинства больных (81,8%) за специализированной медпомощью, а также поздней диагностикой заболевания в неспециализированных учреждениях. Это приводит к распространенному поражению клетчаточных пространств таза и мышечных волокон сфинктера, что затрудняет проведение радикального вмешательства. Своевременное и радикальное лечение острого парапроктита является надежной профилактикой хронических свищей прямой кишки.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ В УМОВАХ ОБЛАСНОГО ПРОКТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

*В.В. Гапонов, В.П. Сулима, С.Л. Маліновський,
І.В. Ющенко, Г.Г. Яроцький, О.Л. Каліта,
О.П. Зверко*

Реферат. В роботі було проаналізовано результати лікування гострого парапроктиту в 1012 пацієнтів з 2003 по 2008 роки. Було відмічено, що незадовільні результати лікування гострого парапроктиту обумовлені пізнім звертанням більшості хворих за спеціалізованою медичною допомогою та проведенням нерадикального лікування.

Ключові слова: гострий парапроктит, хірургічне лікування, результати.

THE EXPERIENCE OF ACUTE PARAPROCTITIS TREATMENT IN DISTRICT PROCTOLOGIC DEPARTMENT

*V.V. Gaponov, V.F. Sulima, S.L. Malinovskyi,
I.V. Yushenko, G.G. Yarotskiy, O.L. Kalita,
A.P. Zverko*

Abstract. The results of treating 1012 patients for acute paraproctitis from 2003 to 2008 are analysed in this

work. It is noted, that unacceptable results of acute paraproctitis treatment are determined by the late seeking for medical care by the major of patients and by conducting nonradical treatment.

Key words: acute paraproctitis, surgical treatment, results.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн Руководство по колопроктологии – М.: из-во «Медпрактика». 2001.- 300с.
2. Заремба А.А. Клиническая проктология.–Рига: Звайгзне. 1987.–150 с.
3. Масляк В.М., Павловский М.П., Лозинский Ю.С., Варивода И.М. Практическая колопроктология. – Львов:- 1990.–185 с.
4. М.А. Янчук, В.В. Балицький Радикальне хірургічне лікування різних форм гострого парапроктиту //Мат. II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю (1-2 листопада 2006 року м. Львів). – Київ «Медицина», 2006. – С.237 – 239.
5. Уніфікована клініко-статистична класифікація хвороб органів травлення (відомча інструкція). – Київ – 2004.
6. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология.-М.: Медицина, 1984.-384 с.