



ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PURULENT-NECROTIC PARAPROCTITIS

Baysariev Shovkat Usmonovich

Samarkand State Medical University

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14001500>

ARTICLE INFO

Received: 22th October 2024

Accepted: 27th October 2024

Online: 28th October 2024

KEYWORDS

Acute paraproctitis, necrotic
paraproctitis, abscess, wound
drainage, sepsis.

ABSTRACT

The study group is 367 patients who had been treated at the Proctology department of SamSMU clinic №1 between the period from 2010 to 2022 years among which 26 (7,08%) patients had necrotic form of the disease. In 341 (92.92%) aerobic etiology of damage was found. The average age of the patients was 53,1±4,9 years old. Clinical checkup, digital investigation of the rectum and rectoromanoscopy, transabdominal and transrectal ultrasound, KT and bacteriological investigation of wound's discharges were done in all the patients. All the surgeries were performed urgently. Results of the studies showed that early diagnosis and radical operation with additional antibacterial and detox therapy led to recovery.

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Байсариев Шовкат Усмонович

Самаркандский Государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14001500>

ARTICLE INFO

Received: 22th October 2024

Accepted: 27th October 2024

Online: 28th October 2024

KEYWORDS

Острый парапроктит,
некротический
парапроктит, абсцесс,
дренирование гнойника,
сепсис.

ABSTRACT

В статье рассмотрены результаты лечения 367 больных, оперированных в проктологическом отделении клиники № 1 СамГМУ в период 2010-2022 гг, среди которых пациенты с гнойно-некротическими формами заболевания составили 26 (7,08%) больных. В их числе у 341 (92.92%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки. Средний возраст больных составил 53,1±4,9 года. Всем пациентам проводили клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и бактериологическое



исследование отделяемого ран. Хирургические вмешательства во всех наблюдениях выполняли по неотложным показаниям. Результаты исследований свидетельствовали о том, что своевременная и радикально выполненная операция, дополненная антибактериальной и дезинтоксикационной терапией, приводили к выздоровлению.

Введение. Острый парапроктит является самой частой патологией в практике неотложной хирургической проктологии [1,2,7], при этом гнойно-некротические формы заболевания встречаются всего в 3–6% случаев, анализе литературы большинство авторов не включают в рамки исследований некротический парапроктит (НП), подчеркивая чрезвычайную сложность его диагностики и лечения.

Разработки вопросов лечения некротического парапроктита определяется тем, что это заболевание относится к числу жизнеугрожающих, уровень летальности составляет от 15 до 40%, а при генерализации процесса до 80% [3, 4, 5, 6]. Вышеизложенное обусловлено тем, что этиологическим фактором НП являются комбинации условно-патогенной аутофлоры, в которых лидером-ассоциантом становятся анаэробы, обладающие высокой инвазивностью и токсичностью [1,3,5] что определяет быструю генерализацию процесса и обуславливает трудности диагностики и сложность комплексного послеоперационного лечения септических состояний.

В настоящее время в качестве возбудителей рассматриваются стрептококки, стафилококки, фузобактерии, спирохеты и другие ассоциации анаэробных и аэробных бактерий [5]. Септицемия, наблюдаемая при НП, обусловлена, как правило, стрептококками [3,5]. Согласно данным современной литературы, анаэробная направленность процесса обусловлена высокой дозой и вирулентностью инфицирующего агента на фоне снижения иммунологической резистентности организма [1,2,4,5]. Действительно, НП чаще возникает при недостаточном соблюдении правил гигиены в сочетании с сахарным диабетом. В литературе указываются и другие факторы, влияющие на системный иммунитет и предрасполагающие к развитию анаэробного воспаления параректальной клетчатки: аутоиммунные заболевания и прием стероидных гормонов, противоопухолевая химиотерапия, нейросенсорные заболевания, узелковый периартериит и т. д. [3, 7].

Несмотря на совершенствование хирургической техники, развитие прогрессивных методов детоксикации и антибактериальной терапии, лечение острого гнойно-некротического парапроктита, по-прежнему, остается сложной и, во многом, мало разрешенной проблемой современной хирургии и колопроктологии, что определяет необходимость дальнейших разработок в этой области.

Цель исследования. Улучшить лечебную тактику при остром гнойно-некротическом парапроктите.

Материал и методы исследования: За период 2010–2022 гг. в проктологическом отделении клиники № 1 СамГМУ прооперировано 367 больных с различными вариантами острого парапроктита, среди которых пациенты с гнойно-некротическими



формами заболевания составили 26 (7,08%) больных. В их числе у 341 (92,92%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки. Средний возраст больных составил $53,1 \pm 4,9$ года. Статистически достоверных различий в возрасте мужчин и женщин не отмечено.

Всем пациентам проводили клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, компьютерная томография и бактериологическое исследование отделяемого ран.

Результаты и их обсуждение. Хирургические вмешательства во всех наблюдениях выполняли по неотложным показаниям. Операция задерживалась на 1–4 ч только в случаях необходимости предоперационной подготовки крайне тяжелых больных. Некротический гнойник промежности вскрывали только под общим наркозом. Вмешательство осуществляли через широкий разрез по всей выявленной площади воспалительных изменений, по типу операционного доступа. Это позволяло провести тщательную интраоперационную ревизию с оценкой объема поражения мягких тканей, демаркации границ между видимыми измененными и здоровыми тканями, обнаружить возможные карманы и затеки. Так как главной задачей в этот момент являлось спасение жизни больного. Критериями жизнеспособности образовавшейся раневой поверхности служили отчетливая капиллярная кровоточивость тканей. Операцию заканчивали струйным орошением раны растворами антисептиков и наложением повязки с раствором декасана. В двух случаях вследствие некротических изменений стенки прямой кишки была наложена сигмостома. Во всех остальных наблюдениях отключение каловой струи не выполняли. Ни в одном случае при некротическом парапроктите мы не осуществляли ликвидацию гнойного хода одномоментно при основной радикальной операции.

Антибиотикотерапию начинали за 30–40 мин до операции. Проводили также интенсивную детоксикационную, инфузионную, симптоматическую терапию, осуществляли зондовое питание сбалансированными энтеральными смесями. После операции осмотр раневых поверхностей и перевязки выполняли несколько раз в сутки, в среднем 2–3 раза. У 72% больных в первые несколько дней послеоперационного периода были обнаружены вновь возникшие очаги некроза, которые удалялись острым путем во время перевязок. Весьма важным в хирургическом лечении острого гнойно-некротического парапроктита является определение границ распространенности необратимых патологических изменений. Это необходимо для выполнения некрэктомии оптимального объема, что существенно влияет на результат лечения. В нашем исследовании мы опирались на метод лазерной доплеровской флоуметрии, считая характеристики микроциркуляции тканей важным индикатором степени распространенности воспалительного процесса.

Путем осмотра и методом анкетирования прослежены отдаленные результаты у 21 (80,8%) больных. Большинство из них (85,7%) жалоб, требовавших какого-либо участия, не предъявляли. Однако у 3 (14,3%) пациентов сформировались экстрасфинктерные свищи прямой кишки, которые, спустя 6 месяцев, после



перенесенных основных вмешательств были успешно ликвидированы различными оперативными методами.

Выводы. Острый некротический парапроктит относится к числу тяжелых, жизненно опасных заболеваний и сопровождается высокой летальностью. Успех лечения во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложных операций с достаточной некрэктомией и проведением адекватной интенсивной терапии.

Чаще всего неудовлетворительные результаты лечения обусловлены поздним обращением больных за специализированной медпомощью (81,7% случаев), 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.

Результаты исследований свидетельствовали о том, что своевременная и радикально выполненная операция, дополненная антибактериальной и детоксикационной терапией приводили к выздоровлению.

References:

1. Баровикова О.П. Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов в зависимости от пола больного: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2007.
2. Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А. Основы колопроктологии для врача общей практики: монография. – Самара: ООО «Офорт», 2009.
3. Филлипс Р.К.С. (ред.) Колоректальная хирургия / пер. с англ. – М.:
4. ГЭОТАР – Медиа, 2009.
5. Основы колопроктологии / Под ред. Г.И. Воробьева. – М., 2006. – 432 с.
6. Brook I. Microbiology and management of soft tissue and muscle infections // Int. J. Surg. – 2008. – Vol. 6, N 4. – P. 328–38.
7. Gordon P.H. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus / Eds. P.H. Gordon, S. Nivatvongs. – 3rd ed. – N.-Y., 2007.
8. Wolff B.G. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. – Springer Science + Business Media, LLC. – 2007.