

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© БОЛКВАДЗЕ Э.Э., КОПЛАТАДЗЕ А.М., ПРОЦЕНКО В.М., ЕГОРКИН М.А., АЛЕКПЕРОВ Э.Э. – 2009

ОБЪЕМ НЕКРЭКТОМИИ И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Э.Э. Болквадзе, А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко, М.А. Егоркин, Э.Э. Алекперов

(ФГУ “Государственный научный центр колопроктологии Росмедтехнологий”, директор — акад. РАМН, д.м.н., проф. Г.И. Воробьев)

Резюме. С целью определения объема некрэктомии при анаэробном парапроктите проанализированы результаты лечения 130 больных. Установлено, что при использовании маркировки зоны воспаления методом лазерной доплеровской флуорометрии происходит более полноценное иссечение некротизированных тканей и более скорое заживление.

Ключевые слова: анаэробный парапроктит, некрэктомия, послеоперационное лечение.

THE VOLUME OF NECRECTOMY AND TREATMENT OF THE POSTOPERATIVE WOUND IN ANAEROBIC PARAPROCTITIS

E.E. Bolkvadze, A.M. Koplatadze, V.M. Protsenko, M.A. Egorkin, E.E. Alekperov

(State Centre of Science Coloproctology, Moscow)

Summary. With the purpose of definition of volume of necrectomy in anaerobic paraproctitis results of treatment of 130 patients are analysed. It is established, that in use of marks of a zone of an inflammation by a method of laser dopler fluometry there is more high-grade cutting out of necrotic tissues and faster healing.

Key words: anaerobic paraproctitis, necrectomy, post-operative treatment.

В немногочисленных работах по клинике и лечению анаэробного парапроктита [1–6] не разбирается подробно объем необходимого удаления некротизированных тканей полости и стенок параректального абсцесса (флегмоны), а это важно для правильного лечения такой раны. Неполная ликвидация инфицированных анаэробами участков оставляет опасность интоксикации и задерживает заживления раны. В этом плане важно объективно оценить границы некроза, что по внешнему виду стенок раны сделать трудно.

Целью нашей работы было определение объема некрэктомии при анаэробном парапроктите.

Материалы и методы

С 1997 по 2006 годы в отделении неотложной проктологии ГНЦКП проведено лечение 140 больных острым анаэробным парапроктитом (АП), составивших 3,7% от общего числа (4046) больных острым парапроктитом за этот период. Мужчин было в 4 раза больше, преимущественно (62%) старших возрастных групп, что отягощало основной патологический процесс из-за частого наличия и сочетания серьезных сопутствующих заболеваний: ишемическая болезнь сердца была выражена у 73 (39%) больных, из которых у 32 были явления сердечно-легочной недостаточности и у 30 недостаточность кровообращения II–III степени. Еще у 35 больных был многолетний сахарный диабет, в том числе у 7 инсулинзависимый и у трех в декомпенсированной стадии. В большинстве случаев “пик” интоксикации и наиболее яркая манифестирование местных изменений приходилось на 4–6 день от начала заболевания. Литературные данные и наш собственный опыт свидетельствуют, что если именно в эти сроки не предпринять полноценного лечения, то анаэробный процесс генерализуется и развивается тяжелый синдром системной реакции на воспаление, SIRS, исходящий почти всегда в сепсис [5]. В такой ситуации трудно рассчитывать на благоприятный исход АП. В указанные оптимальные сроки было госпитализировано и экстренно оперировано 75% больных, а у

остальных сроки не выдерживались, в основном, из-за домашнего самолечения. Если при госпитализации в течение 4–6 дней у 115 (62%) больных общее состояние могло быть оценено как легкая степень тяжести, то при госпитализации через 7 и более дней к этой степени тяжести не мог быть отнесен ни один больной, а при сроках госпитализации в 10 и более дней тяжелое состояние было у всех 17 больных, которым понадобилась интенсивная предоперационная подготовка в течение 1–56 часов.

Статистическая обработка выполнялась с использованием парного критерия Стьюдента в программном пакете Biostatistics (С. Гланц, 1999). Значимы различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Всем больным выполнена экстренная операция под интубационным наркозом. Широким разрезом вскрывали абсцесс (чаще флегмону), выявляли и раскрывали гнойные затеки. Уже по характеру зловонного гнилостного гноя и по наличию так называемого сухого фасциомиозита можно было говорить об анаэробном кластридиальном характере воспаления, что впоследствии подтверждалось при анализе мазкой по Граму. Визуально определить истинные границы некротических тканей было трудно: как правило, границы некроза обширнее видимых на-глаз. Мы разработали маркировку зоны воспаления методом лазерной доплеровской флуорометрии, используя отечественный аппарат ЛАКК-01. Определяли площадь вовлечения в процесс кожных сосудов по трем характеристикам — показателю микроциркуляции (ПМ), сосудистого тонуса (СТ) и эффективности микроциркуляции (ЭМ). Регистрируя полученные данные (в условных единицах) с помощью программного обеспечения на базе IBM персонального компьютера и проводя математическую последующую их обработку у 22 больных с АП и у 22 здоровых людей, мы выявили значимое увеличение всех трех показателей в зоне поражения и на расстоянии 3–5 см от види-

мых границ некроза. Вот эти данные:

- ПМ увеличивался с $6,69 \pm 2,6$ до $10,1 \pm 2,16$ у.е. ($p < 0,05$)
- СТ возрастал с $0,24 \pm 0,2$ до $0,39 \pm 0,10$ у.е. ($p < 0,05$)
- ЭМ увеличивалась с $1,25 \pm 0,1$ до $1,27 \pm 0,17$ у.е. ($p < 0,05$).

После операции с полноценным иссечением некротических тканей ПМ и СТ возвращались к норме через 3-5 дней, а ЭМ в центре раны даже снижалась.

Еще одно важное, на наш взгляд, внедрение — изменение методов лечения параректальной раны. Традиционно такие раны после первичной обработки перекисью водорода или перманганатом калия вели с частыми, по 2-3 раза в сутки, перевязками, что было дискомфортно для больных и трудоемко для персонала. Прорывом явилось внедрение в практику лечения таких ран повязками с гидрофильными мазями на основе смесей полиэтиленгликолей ПЭГ-400 и ПЭГ-1500. Эти ингредиенты значительно улучшают и ускоряют течение первой фазы раневого процесса, обладают обезболивающим и антибактериальным действием. Второй метод — открытое ведение ран в условиях управляемой абактериальной среды (УАС). С использованием отечественного аппарата УБЛ-001. Методика особенно необходима для больных, у которых рана сообщается с разрушенной воспалительным процессом прямой кишкой. Специально сконструированный изолятор создает условия для ведения раны в гнобиологической среде с заживлением раны под влажным струпом. При этом осуществляется постоянный визуальный контроль за состоянием раны, и становится возможным проведение лечебных орошений и аэрации раны в любое время. Проведя сравнение обоих методов, мы убедились, что они примерно равноценны, хотя второй метод, на наш взгляд, более перспективен и экономичен.

В условиях экстренных операций у тяжелых больных с распространенным параректальным анаэробным воспалением трудно установить по обычным схемам глубину (высоту) и ширину распространения воспалительного процесса в относительно мышц анального сфинктера, но в подавляющем большинстве случаев (у 80% больных) при анаэробных формах ОП поражение пельвиоректального и ишиоректального пространств было очевидным, причем почти в 10% случаев определялся подковообразный характер гнояника с переходом воспаления над или (чаще) под анальным каналом, а еще у 15 больных была распространенная флегмона с

затеками на бедро, переднюю брюшную стенку, на ткани мошонки. Во многих случаях, чаще всего при запоздалом по вине больных вмешательстве, анаэробное воспаление, несмотря на комплекс интенсивного послеоперационного лечения, продолжалось, что вызвало необходимость повторных операций у 54 больных — в 16 случаях выполнены вскрытия вновь образовавшихся затеков и у 38 повторные иссечения некротических тканей. Умерли 46 (24,8%) больных, из них 30 погибли в первые 5 дней после операции и пик летальности пришелся на второй и третий послеоперационные дни, когда развившаяся на почве сепсиса полиорганная недостаточность (наиболее частая причина смерти, подтвержденная на аутопсиях) оказалась необратимой.

Таким образом, при примерно одинаковых местных изменениях можно выявить три наиболее значимых фактора риска смерти больных анаэробным парапроктитом. Во-первых, это продолжительность заболевания до операции. В группе выздоровевших преобладал срок менее 3 дней от начала заболевания до госпитализации и операции, в то время как среди большинства умерших эти сроки превышали 7 и даже 10 дней. Такая задержка объяснялась длительным домашним местным лечением “фурункула” на промежности, за который принимался АП. Необходимо знать, что этот особый процесс с самого начала протекает с общей интоксикацией, высокой лихорадкой, иногда со спутанностью сознания. Каждый час промедления с операцией чреват опасностью генерализации процесса и перехода его в сепсис, что резко снижает шансы на выздоровление. Во-вторых, как следствие опять же задержки с госпитализацией, обнаружилась четкая зависимость частоты фатальных исходов от степени тяжести общего состояния больных при поступлении: все госпитализированные с легкой степенью общей интоксикации выжили, тогда как в группе умерших больных с этой степенью тяжести не было ни одного, а в состоянии средней тяжести поступили 8 из 32 и в тяжелом состоянии 21 из 25 больных. Наконец, возрастной фактор, тесно связанный с коморбидностью. В группе умерших преобладали больные старше 70 лет, страдавшие серьезными сопутствующими заболеваниями. Конечно, перечисленные факторы можно было предполагать заранее и их статистическое подтверждение только еще раз свидетельствует о тяжести анаэробного парапроктита и о необходимости продолжать поиски путей его более успешного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончаров Ю.И., Цорионов Б.И., Камурзаев Т.Т. Хирургическая тактика при анаэробном парапроктите // Актуальные вопросы проктологии. — М., 1989. — С.89.
2. Даценко Б.М., Калинин М.Ф., Белов С.Г. Клинические формы, течение и лечение острого анаэробного парапроктита // Хирургия. — 1984. — № 11. — С.61-64.
3. Долгидзе Н.Г., Какоцивили Г.А., Гвасалия Г.Н. Анаэробный парапроктит // Вестник хир. — 1984. — № 3. — С.74-78.
4. Исаев В.Р., Савинков А.И., Кудряшов С.И. Лечение анаэробного парапроктита, осложненного сепсисом // Экстренная проктология. — Самара, 1992. — С.44-56.
5. Саакян А.Б. Тактика лечения острого анаэробного парапроктита: Автореф. дис... канд. мед наук. — Ереван, 1996. — 24 с.
6. Сахаутдинов В.Г., Тимебулатов В.М. Анаэробный парапроктит // Клинич. хирургия. — 1988. — № 2. — С.45-48.

Адрес для переписки:

123154, г. Москва, ул. Саляма Адила, д. 2, Болквандзе Этери Энверовне.