

Поливанов В.С., Добровольская Е.Д.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шейбак В.М.

Кафедра детской хирургии

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Гнойно-воспалительные заболевания промежности и околопрямокишечной клетчатки занимают первое место среди экстренной проктологической патологии. Острый парапроктит составляет 20–40% в структуре проктологических заболеваний [Гинюк В. А., 2010]. Актуальность данной проблемы обусловлена рецидивами заболевания и необходимостью повторного лечения.

Цель: изучить клинику, диагностику и результаты лечения острого парапроктита.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 62 пациентов с острым парапроктитом УЗ «ГОДКБ» с 2019 по 2023 годы.

Результаты и их обсуждение. Возраст детей составил от месяца до 18 лет. 36 детей до года (58,1%), от года до 3 лет составили 8 детей (12,9%), 3 ребенка дошкольного возраста (4,8%), 7 (11,3%) от 7 до 12 лет, и 8 (12,9%) старшего школьного возраста. 56 мальчиков (90,3%) и 6 девочек (9,7%). Большинство детей (45,2%) поступало в стационар после 24 часов от появления первых симптомов, 30,6% детей было госпитализировано в течении 6-24 часов, а 24,2% пациентов было доставлено меньше чем за 6 часов, что связано с быстрым развитием клиники острого парапроктита. 9,7% из них обратились повторно.

У 100% пациентов отмечается болезненное образование в перианальной области, у 6,5% из них оно сопровождалось гнойным выделением, у 16,1% наблюдалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр, и еще у 3,2% диарея. В ОАК у 18 человек (29%) лейкоцитоз, у 12 (19,4%) анемия легкой степени тяжести и нейтрофилез, ускоренная СОЭ у 28 (45,2%), также у 5 пациентов (8,1%) не наблюдалось изменений в ОАК. Наиболее частыми возбудителями заболевания стали *Esherichia coli* (24,2%) и *Enterobacteriaceae* (19,4%); также были отмечены *Staphylococcus aureus* (4,8%) и *Klebsiella pneumoniae* (3,2%). Цефотаксимом лечили 29% пациентов, цефепимом и амикацином – 14,5%, цефазолином – 1,6%. У 45 человек (72,6%) проводилось вскрытие и дренирование гнойника, у 5 (8,1%) операция Габриэля, у 4 (6,5%) лазерная вапоризация стенок парапроктита. При консервативном лечении средний койко-день составил 5,2 дня, при вскрытии парапроктита – 6,5 дней, при операции Габриэля – 9,4 дня, при лазерной вапоризации – 7,3 дня.

Выводы. Острым парапроктитом преимущественно страдают дети до года, в основном мальчики. В последние годы сокращается время появления первых симптомов, также наблюдается число случаев повторного заболевания. Основное значение в диагностике острого парапроктита имеет характерная клиника в виде наличия болезненного образования в области ануса. Главные представители микрофлоры: *Enterobacteriaceae*, *E. coli*, и *Staph. aureus*. В настоящее время вскрытие парапроктита является наиболее используемым методом хирургического вмешательства, реже проводят операцию Габриэля. Также наблюдается тенденция к внедрению лазерной вапоризации парапроктита.