

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ: ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

¹Гаин М.Ю., ¹Шахрай С.В., ¹Гаин Ю.М., ²Груша В.В., ²Часнойть А.Ч.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет,

²УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска

ANAEROBIC PARAPROCTITIS: OPTIMIZATION OF TREATMENT TACTICS IN THE DEPARTMENT OF PURULENT SURGERY

¹Gain M.Yu., ¹Shakhrai S.V., ¹Gain Yu.M., ²Grusha V.V., ²Chasnoit A.C.

¹Belarusian State Medical University, ²11th City Clinical Hospital of Minsk

Введение. Острый анаэробный парапроктит (ОАП) – одна из тяжёлых форм воспаления околопрямокишечной клетчатки, включающая группу некротизирующих инфекций мягких тканей (НИМТ) промежности, с распространением процесса в другие анатомические области. Прогрессированию инфекции способствует запоздалая операция, недостаточное дренирование очага инфекции при сниженном иммунитете у пациента, тяжёлых сопутствующих заболеваниях. ОАП относится к числу угрожающих жизни заболеваний, а при генерализации инфекции уровень летальности варьирует от 30 до 80%, даже в самых современных и оснащённых клиниках мира. Прогрессирование заболевания обычно измеряется часами, а ранняя диагностика и неотложное лечение имеют решающее значение.

Цель. Изучить результаты лечения пациентов с острым анаэробным парапроктитом в условиях отделения гнойной хирургии в 2013 - 2023 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения гнойной хирургии учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска (УЗ «11-я ГКБ»). В данное отделение направляются все пациенты из города, страдающие абсцессами области заднего прохода.

В период с 01.01.2013 г. по 15.05.2023 года в отделении гнойной хирургии УЗ «11-я ГКБ» 3719 пациентов проходили стационарное лечение по поводу острого парапроктита различной этиологии и локализации (код по МКБ-10 K61). Из них пациентов с НИМТ и ОАП было 89 (2,39%). Медианный возраст (Me [25%-75%]) пациентов составил 52 [44-59] года. Мужчин было 61 (68,54%), женщин – 28 (31,46%). Пациенты с ОАП страдали следующей сопутствующей патологией: 64 (71,91%) пациентов - сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность); у 33 (37,08%) пациентов был выявлен сахарный диабет I-II типов, причём у 29 (32,58%) - в стадии субкомпенсации и декомпенсации; в 32 (35,96%) случаях пациенты имели ожирение III-IV степени. 17 (19,10%) пациентов страдали онкологическими заболеваниями. Согласно данным анамнеза, время от начала заболевания острым парапроктитом было следующим: в 1-е сутки заболевания поступили 2 (2,25%) пациента, со 2-х по 7-е сутки поступили 35 (39,33%) пациентов, с 7-

х по 14-е сутки – 46 (51,68%) пациентов. Позже 2-х недель с момента появления первых клинических проявлений заболевания госпитализировано 6 (6,74%) пациентов. Среди причин позднего обращения за медицинской помощью 79 (88,76%) называло низкую интенсивность болевого синдрома в дебюте заболевания, стёртую клиническую картину, а также у 8 (8,99%) пациентов имелись в анамнезе указания на поведенческие и социальные предпосылки (злоупотребление алкоголем, психические расстройства и др.). Оценку тяжести общего состояния пациентов при поступлении в стационар проводили с использованием стандартизированной условной шкалы в системе SAPS («Simplified Acute Physiology Score»). Средняя степень тяжести (7–12 баллов) была выставлена в 48 (53,93 %), тяжелое общее состояние (13–18 баллов) – в 22 (24,72 %) и крайне тяжелое состояние (>18 баллов) – в 19 (21,35%) наблюдениях.

Хирургические вмешательства выполняли в экстренном порядке под общей анестезией. Традиционно выполнялось широкое вскрытие очага инфекции с тщательной ревизией мягких тканей, тотальный дебридмент («некрэктомия») нежизнеспособных участков кожи, подкожной клетчатки, фасций и мышц, вскрытие затёков и карманов, участков гнилостного расплавления, а также промыванием данных очагов и ран растворами антисептиков, дренированием. Кроме вмешательств на мягких тканях в зоне параректальной клетчатки, промежности, мошонки, у 1 (1,12 %) пациента проведено вскрытие патологических очагов инфекции на бедре, а также в зоне крестца и спины, в 11 (12,36 %) наблюдениях – на передней брюшной стенке с проникновением инфекции за пределы Ретциева пространства, в глубокую зону околопузырной жировой клетчатки, у 5 (5,62%) пациентов гнилостная инфекция распространялась выше зоны Ретциева пространства и околопузырной клетчатки в забрюшинную клетчатку с вовлечением органов брюшной полости, что потребовало выполнения пациентам ниже-срединной лапаротомии с дренированием очагов из брюшной полости. У 7 (7,87 %) пациентов мужского пола развивался тотальный некроз оболочек семенного канатика и яичка с поражением гидатид, придатков, что потребовало их иссечения до жизнеспособных тканей. 2 (2,25%) пациентам потребовалась односторонняя орхэктомия в связи с полным поражением придатка яичка, всех его оболочек и необратимой ишемией органа. В послеоперационном периоде применяли активную хирургическую тактику с перевязками, во время которых не прекращался процесс дебридмента новых нежизнеспособных участков до пределов здоровых тканей и полной остановки прогрессирования инфекционного процесса. Всем пациентам проводилась комплексная антибактериальная и инфузионная терапия, коррекция жизненно важных функций и сопутствующих заболеваний (индивидуально), продленная искусственная вентиляция лёгких (при необходимости), антикоагулянтные и антиферментные препараты, иная симптоматическая терапия (индивидуально). Данные о микробном пейзаже выделенных микроорганизмов по результатам посевов материала,

полученных во время первичного хирургического вмешательства, были следующими: в 58 (65,17 %) случаях обнаружены грамотрицательные бактерии (*Acinetobacter* spp., *A. baumannii*, *Bacteroides*, *Campylobacter*, *Fusobacterium*), у 12 (13,48 %) пациентов - грамположительные кокки (*Peptostreptococcus*, *Peptococcus*), в 4 (4,49 %) наблюдениях - другие неклостридиальные бактерии (*Actinomyces*, *Aerobacter* и др.), в 15 (16,85 %) случаях получен отрицательный результат посева. Таким образом, ни в одном из наблюдений клостридиальная анаэробная инфекция при ОАП подтверждена не была. При повторных посевах во время перевязок и программированных санаций у 32 (35,96%) пациентов были подтверждены аэробно-анаэробные ассоциации микроорганизмов. Среди вторичных инфекционных агентов встречались стафилококки, энтеробактерии, синегнойная палочка и др. Все пациенты с ОАП были разделены на 2 группы. В группу сравнения вошли 39 (43,82 %) пациентов, находившихся на лечении с 2013 по 2016 гг., в лечении которых применялись традиционные методы лечения, описанные выше. Основную группу составили 50 пациентов (56,18 %), проходивших лечение с 2017 по 2023 г., в лечебный алгоритм которых дополнительно были включены этапные санационные хирургические вмешательства, установка трубчатых дренажей с промывной системой, использованием при перевязках, помимо традиционно применяемых антисептиков (перекиси водорода, перманганата калия, фурацилина), дополнительно раствора гипохлорита натрия («Элдор», Республика Беларусь), а также проведением этапных сеансов гипербарической оксигенации (ГБО), которые назначались с первых суток лечения. Группы наблюдения были сравнимы по возрасту и полу, а также тяжести сопутствующих заболеваний и общего состояния при поступлении по SAPS ($p>0,05$). Этапные хирургические санации, включённые в программу лечения пациентов с ОАП с 2017 года, выполнялись по специально разработанному графику (через 6 часов) в течение первой недели интенсивного лечения пациента (при необходимости), далее – перевязки каждые 8 часов, с последующим переходом к выполнению санаций по требованию в связи с отрицательной динамикой в процессе дальнейшего лечения.

Результаты и обсуждение. Из всех пациентов с ОАП только 8 (8,99 %) понадобилось лишь 1 экстренная операция, которая позволила санировать гнойно-воспалительный очаг: в группе сравнения таких пациентов было 5 (12,82 %), в основной – 3 (6 %). В 38 (42,69 %) случаях выполнено от 2-х до 4 этапных вмешательств. В 32 (35,96 %) наблюдениях потребовалось выполнение от 4 до 10 последовательных санационных операций, а у 11 (12,36 %) пациентов – более 10. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 12 (13,48 %) пациентов. В группе сравнения у 2 (5,13 %) пациентов возник острый инфаркт миокарда, у 4 (10,26%) – пневмония или отёк лёгких в 1 (2,56 %) наблюдении – тромбоэмболия лёгочной артерии. Недостаточность анального сфинктера зафиксирована в 2 (5,13 %) случаях у

пациентов группы сравнения. В основной группе было 4 (8 %) осложнения: у 3 (6%) – гипостатическая пневмония, у 1 (2%) – острая сердечная недостаточность. Из общего числа пациентов, страдающих ОАП, умерли 10 (11,24 %) пациентов: в группе сравнения – 7 (17,95 %), в основной группе – 3 (6 %) пациентов.

Выводы. Оптимизация лечебной тактики и комплексного хирургического алгоритма при ОАП и НИМТ позволила более чем в 2 раза снизить общую летальность в группах сравнения пациентов с сопоставимыми показателями тяжести по шкале SAPS.