

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО НЕКЛОСТРИДАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА

**Денисенко В.Л.^{1,2}, Гаин Ю.М.³, Дроздов В.М.¹, Цыплаков К.Г.¹,
Хмельников В.Я.¹, Соколовский В.О.¹, Смирнов В.К.¹, Чепик К.О.¹,
Денисенко Э.В.¹, Фролов Л.А.², Семенова А.О.¹**

¹Витебский областной клинический специализированный центр,

²Витебский государственный медицинский университет,

г. Витебск, Республика Беларусь;

³Белорусский государственный медицинский университет,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Острый парапроктит – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, характеризующееся распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез. Этиологическим фактором служит микробная флора прямой кишки с участием в большинстве случаев аэробных бактерий. Анаэробный парапроктит является жизнеугрожающим заболеванием, сопровождающимся высоким уровнем летальности, требующим совершенно иных диагностических и лечебных подходов. В практике неотложной проктологии он является самым распространенным заболеванием. Частота его развития составляет 16,1-20,2 на 100 тысяч населения [1,2].

Цель. Представить опыт лечения острого анаэробного неклостридиального парапроктита.

Материал и методы. Пациентка С., 14.07.1962 г.р., поступила проктологическое отделение УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» в 14.05.24 г. с диагнозом острый анаэробный неклостридиальный парапроктит, осложненный флегмоной таза и левой поясничной области. Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация.

Операция 14.05.24г: вскрытие парапроктита и затека, некрэктомия. 28.05.24г. вскрыты затеки в области левой ягодицы и передней брюшной стенки слева. В связи с нарастанием дыхательной недостаточности, широким распространением гнойного процесса выставлен диагноз: Сепсис (по дефинициям сепсис-3, SOFA 2, подтвержденный инфекционный очаг). Выставлен диагноз: Острый гнойно-некротический неклостридиальный анаэробный парапроктит с распространением на переднюю брюшную стенку, большую половую губу и верхнюю треть левого бедра. СПОН. Сахарный диабет 2 типа. Среднедолевая пневмония справа. ДН1. ИБС: АКС Н1. АГ 2, риск 4. Ожирение (ИМТ – 38). Антибактериальная терапия проводилась с учётом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. С 14.05.24 по 22.05.24г.: Цефтриаксон по 2г x 1 раз в сутки; Ципрофлоксацин 0.2% -200.0 x 2 раза в сутки; Метронидазол 0.5% - 100.0 x 3 раза в сутки. С 22.05.по 27.05.24г.: Цефтриаксон по 2г x 1 раз в сутки; Ципрофлоксацин 0.2% -200.0 x 2 раза в сутки. С 28.05 по 29.05.24г.: Доринем 1.0 + 200.0 NaCl 0.9% в/в капельно, затем по 0.5 в течение 4 часов через инфузомат x 3 раза в сутки; Колистат 12млн ЕД в/в 1 раз в сутки в качестве загрузочной дозы. С 29.05. по 30.05.24г.: Доринем 0.5 + 200.0 NaCl 0.9% в/в капельно, затем по 0.5 в течение 4 часов через инфузомат x 3 раза в сутки; Колистат 3 млн ЕД в/в 1 раз в сутки в качестве загрузочной дозы. С 30.05. по 10.06.24г.: Колистат 4 млн ЕД в/в x 3 раза в сутки.

Пациент К., 16.04.1967г.р., поступил в проктологическое отделение УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» 25.05.24 г. с диагнозом острый анаэробный неклостридиальный парапроктит. Операция 25.05.24г.: Вскрытие парапроктита. Антибактериальная терапия проводилась с учётом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Цефтриаксон по 1г х 2 раза в сутки, Метронидазол по 1 г. в сутки; инфузионная терапия, обезболивание. 8.05.24г.: Ревизия раны, вскрытие затеков. Произведена коррекция антибиотикотерапии: Меропенем по 1г х 2 раза в сутки. Появились боли в области передней брюшной стенки справа, в области правого бедра по задней его поверхности, отечность, гиперемия. 30.05.24г.: Обширные инфильтративные изменения параректальной клетчатки справа с распространением в межфасциальные щели забрюшинного пространства справа, в подкожную жировую клетчатку передней брюшной стенки правой подвздошной области и правого фланка, в правый паховый канал, в клетчаточные пространства правой ягодицы и бедра. УЗИ ОБП 30.05.24г.: Киста правой почки.

УЗИ мягких тканей и забрюшинного пространства: 30.05.24г.: Патологических образований, зон скопления жидкости не выявлено. 31.05.24г.: Отек подкожной жировой клетчатки по передней медиальной и задней поверхности. В правой надлобковой области, медиально от сосудистого пучка, определяется зона отека и скопления газа под подкожной жировой клетчаткой.

Операция 31.05.24г.: Вскрытие и дренирование флегмоны передней брюшной стенки, забрюшинного пространства справа. Люмботомия справа. Вскрытие и дренирование послеоперационных ран. По шкале SOFA 2 баллов + подтверждённый инфекционный очаг – выставлен диагноз сепсис (согласно дефинициям Сепсис – 3). Пациент получал антибактериальную терапию: Меропенем 2г. х 3 раза в сутки; Колистат 4млн х 3 раза в сутки. Ежедневно производились перевязки под внутривенным наркозом.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения общее состояние пациентов улучшилось, гнойный очаг удалось купировать. Температура тела составила 36,8°C. При контрольной УЗИ ОБП (06.07.22): жидкости в брюшной полости, полости таза у всех пациентов не определялась. 11.07.2022 г. пациентка С. в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. 9.07.24 К. выписан на амбулаторное лечение.

При хирургическом лечении острого анаэробного неклостридиального парапроктита необходимо широкое вскрытие гнойника, дренирование полостей и затеков, удаление некротических тканей. Важнейшим фактором излечения является адекватная антибактериальная терапия, которая должна быть начата до операции и продолжена в послеоперационном периоде до нормотермии и регресса местных признаков воспаления.

Заключение. В результате комплексного лечения пациентов с острым анаэробным неклостридиальным парапроктитом, включающим в себя широкое рассечение гнойных затеков и антибиотикотерапию, удалось купировать данное заболевание.

Литература:

1. Мамедов, М.М. Новые подходы в хирургическом лечении острого парапроктита / М.М. Мамедов, М.Ф. Мустафаева // Клиническая хирургия. – 2015. – № 2. – С. 20-21.
2. Никольский, В.И. Изучение динамики гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях у больных острым анаэробным парапроктитом (экспериментально-клиническое исследование) / В.И. Никольский // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2016. – Т. 175, № 3. – С. 22-27.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

*Материалы 80-ой научной сессии, посвященной
90-летию образования ВГМУ
(29-30 января 2025 года)*

**ВИТЕБСК
2025**