

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНАЭРОБНЫМИ ПАРАПРОКТИТАМИ

Хитрый И.В., студ. 5-го курса

Научный руководитель – доц. В.И. Бугаев

СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии

Мы располагаем опытом лечения 786 больных с острым парапроктитом, которые находились на лечении в клинике за период 2003 – 2007 г.г. Острый анаэробный парапроктит был диагностирован у 23 больных (2,9%). Мужчин было 14, женщин – 9. в возрасте от 30 до 65 лет. Все больные госпитализированы в поздние сроки (от 6 до 12 суток) от начала заболевания. Такая запоздалая госпитализация значительно утяжеляла состояние больных, увеличивала объем оперативных вмешательств и ухудшала прогноз.

Локализация гнойно-деструктивного очага: пельвиоректальный – у 8, ишеоректальный – у 14, посттравматический ишеоректальный – у 1.

У всех больных анализируемой группы диагностирована гангренозно-гнилостная форма острого парапроктита. Его осложнения: бактериальный шок – у 12 (52%), паховый лимфаденит – у 6 (26%), некротический фасциит – у 3 (13%), флегмона мошонки – у 5 (21,7%), флегмона ягодиц, промежности и бедер – у 2 (8,7%) больных. Во всех наблюдениях осложнением основного заболевания выступал сепсис. Это и определяло лечебную программу в послеоперационном периоде.

Клиническая картина течения заболевания у всех пациентов характеризовалась явлениями интоксикации, тахикардией (120-140 уд\мин) снижением АД (меньше 100 мм.рт.ст.), одышкой. Из местных признаков наиболее характерными были выраженный отек зоны поражения, иногда с переходом на мошонку, ягодицы, бедра, пятнистый цианоз кожи, болезненность при пальпации. У 4 пациентов (17,4%) отмечалась крепитация газа.

Все больные оперированы в день поступления. Операцию выполняли в течение 2-6 часов от момента поступления. Мы придерживаемся тактики возможно полного иссечения некротических тканей по принципам первичной хирургической обработки раны. Вскрытие очага проводим широкими (вплоть до лампасных) разрезами до границ здоровых тканей. По ходу операции выполняем ревизию всей зоны гнилостного поражения с иссечением всех некротизированных тканей, вскрытием затеков и карманов. Для санации раневой поверхности применяем раствор перекиси водорода, марганца, «Септдренаж», «Бетадин». Операцию завершаем рыхлой тампонадой раневой поверхности с этими же растворами.

Выписано 20 больных с исходом формирования параректального свища. Умерло 3 больных (13%). Все они поступили в состоянии тяжелого токсического шока спустя 8-12 суток от момента заболевания. Средний койко-день составил $30,6 \pm 0,6$.

Таким образом, отмечается тенденция к росту тяжелых форм анаэробно-гнилостного острого парапроктита. Радикальное лечение больных состоит в своевременном хирургическом вмешательстве адекватной (дезинтоксикационная, антибактериальная, общеукрепляющая) терапии.