

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГАНГРЕНОЗНО - НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

Юнусова Гузал Файзуллаевна

Самаркандский государственный медицинский университет.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14833415>

**Аннотация:** В статье рассмотрены результаты лечения у 367 больных, оперированных в проктологическом отделении клиники № 1 СамГМУ в период 2017-2024 г., среди которых пациенты с некротическими формами заболевания составили 26 (7,1%) больных. В их числе у 341 (92.9%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки. Средний возраст больных составил  $62,1 \pm 3,9$  года.

**Ключевые слова:** острый парапроктит, некротический парапроктит, абсцесс, дренирование гнойника, сепсис, полиорганская недостаточность.

## TACTICS OF SURGICAL CARE FOR GANGRENOUS - NECROTIC PARAPROCTITIS

Yunusova Guzal Fayzullaevna

Samarkand State Medical University.

**Abstract:** The article discusses the treatment results in 367 patients operated on in the proctology department of Clinic No. 1 of Samara State Medical University in the period 2017-2024, among which patients with necrotic forms of the disease accounted for 26 (7.1%) patients. Among them, 341 (92.9%) had aerobic etiology of damage to the perirectal tissue. The average age of patients was  $62.1 \pm 3.9$  years.

**Key words:** acute paraproctitis, necrotic paraproctitis, abscess, drainage of abscess, sepsis, multiple organ failure.

### ВВЕДЕНИЕ

Анализ литературы последних лет показывает, что на сегодняшний день отсутствует тенденция к снижению частоты гнойно-воспалительных заболеваний. Пациенты с гнойно-некротическими процессами различной локализации составляют около 30% от хирургических больных. Различные формы острого парапроктита, составляют 0,5% – 4% от общего количества больных хирургического профиля и 21%-50% всех проктологических больных.

Острый парапроктит является самой частой патологией в практике неотложной хирургической проктологии, при этом некротические формы заболевания встречаются всего в 3–6% случаев, анализе литературы большинство авторов не включают в рамки исследований некротический парапроктит, подчеркивая чрезвычайную сложность его диагностики и лечения.

Разработки вопросов лечения некротического парапроктита определяется тем, что это заболевание относится к числу жизне угрожающих, уровень летальности составляет от 15 до 40%, а при генерализации процесса до 80%. Вышеизложенное обусловлено тем, что этиологическим фактором некротического парапроктита являются комбинации условно-патогенной аутофлоры, в которых лидером-ассоциантом становятся анаэробы, обладающие высокой инвазивностью и токсичностью, что определяет быструю генерализацию процесса и обуславливает трудности диагностики и сложность комплексного послеоперационного лечения септических состояний.

В настоящее время в качестве возбудителей рассматриваются стрептококки, стафилококки, фузобактерии, спирохеты и другие ассоциации анаэробных и аэробных бактерий. Септицемия наблюдаемая при некротическом парапроктите обусловлена, как правило, стрептококками. Согласно данным современной литературы, анаэробная направленность процесса обусловлена высокой дозой и вирулентностью инфицирующего агента на фоне снижения иммунологической резистентности организма. Действительно, некротический парапроктит чаще возникает при недостаточном соблюдении правил гигиены в сочетании с сахарным диабетом. В литературе указываются и другие факторы, влияющие на системный иммунитет и предрасполагающие к развитию анаэробного воспаления парапектальной клетчатки: аутоиммунные заболевания и прием стероидных гормонов, противоопухолевая химиотерапия, нейросенсорные заболевания, узелковый периартериит и т. д.

Несмотря на совершенствование хирургической техники, развитие прогрессивных методов детоксикации и антибактериальной терапии, лечение острого некротического парапроктита по прежнему остается сложной и во многом мало разрешенной проблемой современной хирургии и колопроктологии, что определяет необходимость дальнейших разработок в этой области.

**Цель исследования.** Разработать и улучшить лечебную тактику при остром гангренозно - некротическом парапроктите.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период 2015–2022 г. в проктологическом отделении клиники № 1 СамГМУ оперировано 367 больных с различными вариантами острого парапроктита, среди которых пациенты с некротическими формами заболевания составили 26 (7,1%) больных. В их числе у 341 (92.9%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки. Средний возраст больных составил  $62,1 \pm 3,9$  года. Статистически достоверных различий в возрасте мужчин и женщин не отмечено.

Всем пациентам проводили клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, бактериологическое исследование отделяемого раны.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Хирургические вмешательства во всех наблюдениях выполняли по неотложным показаниям. Операция задерживалась на 1–4 ч только в случаях необходимости предоперационной подготовки крайне тяжелых больных. Некротический гнойник промежности вскрывали только под общим наркозом. Вмешательство осуществляли через широкий разрез по всей выявленной площади воспалительных изменений, по типу операционного доступа. Это позволяло провести тщательную интраоперационную ревизию с оценкой объема поражения мягких тканей, демаркацию границ между видимыми измененными и здоровыми тканями, обнаружить возможные карманы и затеки. Так как главной задачей в этот момент являлось спасение жизни больного. Критериями жизнеспособности образовавшейся раневой поверхности служили отчетливая капиллярная кровоточивость тканей. Операцию заканчивали струйным орошением раны растворами антисептиков и наложением повязки с раствором декасана. В двух случаях вследствие некротических изменений стенки прямой кишки была наложена сигмостома. Во всех остальных наблюдениях отключение каловой струи не выполняли. Ни в одном случае при

некротическом парапроктите мы не осуществляли ликвидацию гнойного хода одновременно с основной радикальной операцией.

Антибиотикотерапию начинали за 30–40 мин до операции. Проводили также интенсивную детоксикационную, инфузионную, симптоматическую терапию, осуществляли зондовое питание энтеральными сбалансированными смесями. После операции осмотр раневых поверхностей и перевязки выполняли несколько раз в сутки, в среднем 2–3 раза. У 82% больных в первые несколько дней послеоперационного периода были обнаружены вновь возникшие очаги некроза, которые удалялись острым путем во время перевязок.

Весьма важным при хирургическом лечении острого гангренозно-некротического парапроктита является определение границ распространенности необратимых патологических изменений. Это необходимо для выполнения некрэктомии оптимального объема, что существенно влияет на результат лечения. В нашем исследовании мы опирались на метод лазерной допплеровской флюметрии, считая характеристики микроциркуляции тканей важным индикатором степени распространенности воспалительного процесса. Летальный исход наступил у 2 (0.5%) больных острым некротическим парапроктитом.

Путем осмотра и методом анкетирования прослежены отдаленные результаты у 19 (5,1%) больных. Большинство из них жалоб, требовавших какого-либо участия, не предъявляли. Однако у 4 (1,1%) пациентов сформировались экстрасфинктерные свищи прямой кишки, которые спустя 6 месяцев после перенесенных основных вмешательств были успешно ликвидированы различными оперативными методами.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Острый некротический парапроктит относится к числу тяжелых, жизненно опасных заболеваний и сопровождается высокой летальностью. Успех лечения во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложных операций с достаточной некрэктомией и проведением адекватной интенсивной терапии.

Чаще всего неудовлетворительные результаты лечения обусловлены поздним обращением больных за специализированной медпомощью (71,7% случаев), а также поздней диагностикой заболевания в неспециализированных учреждениях. Это приводит к распространенному поражению клетчаточных пространств таза и мышечных волокон сфинктера, что затрудняет проведение радикального вмешательства.

Результаты исследований свидетельствовали о том, что своевременная и радикально выполненная операция, дополненная антибактериальной и детоксикационной терапией, приводили к выздоровлению.

### **Список литературы**

1. Давлатов С.С., Шеркулов К.У., Хирургическое лечение сочетанной неопухоловой патологии прямой кишки и анального канала (обзор литературы) Достижения науки и образования. – 2022. – № 4 (4). – С. 12–17.
2. Камолов Т.К., Муртазаев З.И., Шеркулов К.У., Бойсариев Ш.У., Камолов С.Ж. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера. Национальная ассоциация ученых. -2016.-№1 (1).-стр. 24-29.
3. Шеркулов К.У. Analysis of surgical treatment of acute paraproctitis. Проблемы биологии и медицины. 2022, №4 (137) 227-229.

4. Rustamov M.I., Rustamov I.M. A rare case of Keratoakontoma //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
5. Dusiyarov M.M., Eshonxodjaev J.D., Xujabaev S.T., Sherkulov K.U., & Rustamov I.M. (2021). Estimation of the efficiency of antisseal coating on the model of lung wound in experiment. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 1(4), 1-6. <https://doi.org/10.47494/cajmns.v1i4.57>.
6. Rustamov M.I., Rustamov I.M., Shodmonov A.A. Optimising surgical management of patients with acute paraproctitis //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 02. – С. 36-42.
7. Рустамов М.И., Давлатов С.С, Сайдуллаев З.Я, & Рустамов И.М. Хирургическое лечение больных гангреной фурнье //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 69-71.
8. Дусияров М.М., Рустамов И.М., Муртазаев Х.Ш., Шербекова Ф.У. Выбор оптимального метода лечения эпителиально-копчикового хода //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-358.
9. Дусияров М.М., Рахматова Л.Т., Рустамов И.М. Результаты хирургического лечения сложных сицей прямой кишки //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-359.
10. Рустамов И.М., Кан С.А., Рустамов М.И., Шербеков У.А., Дусияров, М. М. Анализ результатов хирургического лечения больных гангреной фурнье //Современные технологии: актуальные вопросы, достижения и инновации. – 2017. – С. 83-86.
11. Шеркулов К. У., Давлатов С. С. Хирургическое лечение сочетанной неопухолевой патологии прямой кишки и анального канала (обзор литературы) //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 4 (84). – С. 41-51.
12. Шеркулов К. У., Рустамов М. И., Худойназаров У. Р. Эффективность Лигирования Сицевого Хода В Межсфинктерном Пространстве В Лечении Транссфинктерных Парапектальных Сицей //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 112-115.
13. Шеркулов К. У., Рустамов М. И., Худойназаров У. Р. Эффективность Лигирования Сицевого Хода В Межсфинктерном Пространстве В Лечении Транссфинктерных Парапектальных Сицей //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 112-115.