

УДК 616.351-089

DOI: 10.36979/1694-500X-2024-24-1-34-38

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА

А.М. Мадаминов, Л.В. Лихоманов

Аннотация. Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных острым парапроктитом с использованием лазера. Материалом исследования стали результаты обследования и хирургического лечения 108 больных с острым парапроктитом. Больные были разделены на две группы в зависимости от методики лечения. В основную группу вошли 55 (50,9 %) больных с острым парапроктитом, которым после вскрытия абсцесса полость послеоперационной раны обрабатывалась лазером. В контрольную группу были включены 53 (49,1 %) пациента с острым парапроктитом, у которых после вскрытия гнойника послеоперационная рана велась традиционным методом. Результаты лечения изучены в сравнительном аспекте. Анализ результатов хирургического лечения острого парапроктита показал более быстрое очищение и заживление ран, уменьшения числа осложнений в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периодах у больных основной группы. Это позволяет рекомендовать применять методику лечения послеоперационных ран с использованием лазера в колопроктологических и хирургических отделениях лечебных организаций.

Ключевые слова: острый парапроктит; прямая кишка; лазер; послеоперационная рана.

ЛАЗЕРДИ КОЛДОНУУ МЕНЕН КУРЧ КАРМАГАН ПАРАПРОКТИТТИ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАСЫ

А.М. Мадаминов, Л.В. Лихоманов

Аннотация. Бул изилдөөнүн максаты лазерди колдонуу менен курч парапроктит менен ооругандарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу болуп саналат. Изилдөөнүн материалы курч парапроктит менен ооруган 108 бейтапты текшерүүнүн жана хирургиялык дарылоонун натыйжалары болду. Оорулуулар дарылоо ыкмасына жараша эки топко бөлүнүштү. Негизги топко курч парапроктит менен ооруган 55 (50,9 %) бейтап кирген, аларда абсцесс ачылгандан кийин операциядан кийинки жаранын көндөйүн лазер менен дарылашкан. Контролдук топко курч парапроктит менен ооруган 53 (49,1 %) бейтап кирди, аларда абсцесс ачылгандан кийин операциядан кийинки жаратты дарылоо салттуу ыкма менен жүргүзүлгөн. Дарылоонун натыйжалары салыштырмалуу аспектке изилденген. Курч парапроктитти хирургиялык дарылоонун натыйжаларына талдоо жүргүзүү негизги топтун бейтаптарында жараттын тезирээк тазаланышын жана айыгышын, операциядан кийин дароо жана бир аз мезгил өткөндөн кийин кабылдап кетүүлөрдүн санынын азайгандыгын көрсөттү. Бул медициналык уюмдардын колопроктология жана хирургиялык бөлүмдөрүндө лазердин жардамы менен операциядан кийинки жараларды дарылоо ыкмасын колдонууну сунуш кылууга мүмкүндүк берет.

Түйүндүү сөздөр: курч парапроктит; көтөн ичеги; лазер; операциядан кийинки жарат.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PARAPROCTITIS USING LASER

A.M. Madaminov, L.V. Likhomanov

Abstract. The purpose of this study is to improve the results of surgical treatment of patients with acute paraproctitis using a laser. The material for this study is represented by the results of examination and surgical treatment of 108 patients with acute paraproctitis. The patients were divided into two groups depending on the treatment method. The main group included 55 (50,9 %) patients with acute paraproctitis whose postoperative wound cavity was treated with a laser after opening the abscess. The control

group included 53 (49,1 %) patients with acute paraproctitis whose postoperative wound was treated using the traditional method after opening the abscess. The results of treatment were studied in a comparative aspect. Analysis of the results of surgical treatment of acute paraproctitis showed faster cleansing and healing of wounds, a decrease in the number of complications in the immediate and late postoperative periods in patients of the main group. This allows us to recommend using the laser method of treating postoperative wounds in coloproctology and surgical departments of medical organizations.

Keywords: acute paraproctitis; rectum; laser; postoperative wound.

Актуальность. Одним из частых заболеваний околопрямокишечной клетчатки является ее гнойное воспаление – острый парапроктит.

Частота этой патологии колеблется от 10 до 30 % среди проктологических заболеваний, а в отделениях неотложной проктологии этот показатель достигает 40 % [1–6]. Причем, лица трудоспособного возраста 20–60 лет составляют 90 % больных острым парапроктитом. Среди больных острым парапроктитом преобладают мужчины [3, 4, 7–9].

Больные острым парапроктитом в первую очередь обращаются к хирургам общего профиля лечебных организаций по месту жительства. Дальнейшее течение и исход данного заболевания во многом определяется адекватностью оперативного вмешательства на данном этапе лечения [10–12].

До сегодняшнего дня в стационарах общехирургического профиля при остром парапроктите осуществляются простое вскрытие и дренирование абсцесса, из-за чего в последующем у 50–100 % больных, перенесших такую операцию, развивается рецидив заболевания или болезнь переходит в хроническую форму [10, 11].

До сих пор среди хирургов и колопроктологов нет единого взгляда на выбор рациональной методики оперативного вмешательства в зависимости от локализации и клинико-морфологической формы острого парапроктита [8, 13, 14]. Конечно, при осуществлении колопроктологами радикальной операции при остром парапроктите можно добиться полного излечения больного [7, 13, 15, 16].

Однако многие методы хирургического вмешательства, применяемые при остром парапроктите имеют недостатки ввиду того, что во время операции существует вероятность повреждения сфинктера заднего прохода. Кроме того, послеоперационная рана иногда заживает длительно с формированием больших и грубых рубцов, которые могут приводить к нарушению функции

анального сфинктера, а также рецидиву болезни или переходу заболевания в хроническое течение [9, 14, 15]. Главной причиной неудовлетворенности результатами хирургического лечения острого парапроктита является неполная ликвидация внутреннего отверстия абсцесса [5, 13, 17–19].

В основу оперативного лечения больных острым парапроктитом положены общие принципы хирургического лечения гнойных ран. Это предполагает раннюю радикальную операцию, ликвидацию входных ворот инфекции и адекватное дренирование послеоперационной раны [5, 9, 14, 17]. Радикальность операции зависит от установления четкой локализации гнойника в параректальной клетчатке, выявления уровня расположения входных ворот инфекции на слизистой оболочке анального канала, а также знания отношения гнойного хода к анальному жому [1, 16–20].

Исходя из вышеизложенного, острый парапроктит можно разделить на три группы в зависимости от степени его сложности.

К *первой группе* острого парапроктита можно отнести гнойник, когда он располагается в подкожной или подслизистой клетчатке, а гнойный ход проходит интрасфинктерно.

Ко *второй группе* острого парапроктита относится абсцесс, который вызывает более обширное поражение подкожной или ишиоректальной клетчатки, при этом гнойный ход располагается трансфинктерно.

К *третьей группе* острого парапроктита можно отнести гнойник, который вызывает распространенное поражение ишиоректальной или пельвиоректальной клетчатки, при этом гнойный ход проходит экстрасфинктерно [5, 8, 13].

В настоящее время остаются актуальными вопросы местного воздействия на гнойные раны различных медикаментов и физических факторов [3, 12, 19, 20].

На сегодняшний день нет исследований, посвященных использованию лазера в лечении острого парапроктита, а также не разработана лечебная тактика при применении лазера в комплексном лечении острого парапроктита. Это обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных острым парапроктитом с использованием лазера.

Материалы и методы исследования. Использована лазерная установка VELAS, универсальный диодный лазер 15W 1470 nm. Производитель: Gigaalaser (Китай) и Mediola Compact диодный лазер 15W 1560 nm. Производитель: (Беларусь) W-лазерного (водопоглощаемого) излучения с длиной волны 1,5 мкм в инфракрасном диапазоне с импульсным и постоянным режимом действия для выполнения локальной фотокоагуляции.

В основу данного исследования положены результаты обследования и лечения 108 больных с острым парапроктитом, находившихся в отделение общей хирургии Государственного учреждения «Клиническая больница при управлении делами Президента Кыргызской Республики» с 2020 по 2023 год. В зависимости от методики лечения все пациенты были разделены на две группы.

В первую (основную) группу вошли 55 (50,9 %) больных, в лечение которых входила лазерная обработка послеоперационной раны.

Во вторую (контрольную) группу были включены 53 (49,1 %) пациента, у которых осуществлялась традиционная методика лечения.

В обеих группах больные по полу, возрасту, форме и тяжести заболевания были сопоставимы. Среди больных мужчин было 89 (82,4 %), а женщин – 19 (17,6 %). Таким образом, острый парапроктит наиболее часто встречался у мужчин. В основном больные были в возрасте от 20 до 60 лет – 101 (93,5 %). Причем в наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет были 89 (82,4 %) пациентов.

Больные за медицинской помощью обратились в основном на 4–7-е сутки от начала заболевания – 93 (86,1 %). Из 108 больных у 71 (65,7 %) был подкожный и подслизистый

парапроктит, у 30 (27 %) – ишиоректальный и у 7 (7,3 %) – пельвиоректальный.

Все больные были оперированы в течение 2–3-х часов от момента поступления в стационар.

У 101 (93,5 %) больного осуществлено рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны, а 7 (6,5 %) пациентам – простое вскрытие и дренирование гнояника.

Из 108 больных у 55 (50,9 %) пациентов во время операции осуществлялась обработка полости послеоперационной раны лазером, а затем в рану вставлялась марлевая салфетка с мазью Левомеколь. У 53 (49,1 %) больных во время операции послеоперационная рана лазером не обрабатывалась, но в рану также вставлялась марлевая салфетка с мазью Левомеколь.

В обеих группах больных, при необходимости, назначались антибиотики, обезболивающие. Ежедневно после гигиенической ванночки осуществляли перевязки. У 97 (89,9 %) больных был «задний» острый парапроктит, а у 11 (10,2 %) – «передний» острый парапроктит.

Диагностика острого парапроктита проводилась за счет изучения жалоб, анамнеза заболевания и жизни, а также анализа общего состояния больных и характера местных изменений, пальцевое исследование прямой кишки, трансректального ультразвукового исследования прямой кишки, при непонятных случаях МРТ.

Больным после обезболивания до и во время операции проводилась аноскопия. Во время операции брали гной, а после операции отделяемое раны для микробиологического исследования.

Эти исследования показали, что наиболее часто возбудителем острого парапроктита явилась кишечная палочка (51,6 %), на втором месте были стафилококки (35,4 %), на третьем месте – ассоциации этих микробов (10,5 %), на четвертом месте – протей (2,5 %).

Результаты и их обсуждение. Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения острого парапроктита в исследуемых группах проводилась путем изучения сроков исчезновения перифокальных воспалительных изменений, очищения ран

от гнойно-некротического отделяемого, появления грануляционной ткани в ране, полного заживления ран и некоторых других показателей. При поступлении больных в стационар у пациентов исследуемых групп температура тела была несколько повышенная (субфебрильная), отмечали выраженную боль, наличие инфильтрата в анальной области. Температура тела в среднем была 37,1–37,2 °С, в анализах крови наблюдался лейкоцитоз $13,8\text{--}14,0 \times 10^9/\text{л}$.

Так, у больных основной группы нормализация температуры тела происходила в первый же день после операции, а у больных контрольной группы – на второй день после операции. Нормализация количества лейкоцитов в крови у больных основной группы происходила на 3-и сутки ($3,01 \pm 0,12$ сут), а у пациентов контрольной группы – на 4-е сутки ($4,15 \pm 0,17$ сут).

У пациентов после вскрытия острого парапроктита с обработкой полости послеоперационной раны лазером, отек и инфильтрация окружающих тканей уменьшалась на 2-е сутки, а у больных без обработки полости послеоперационной раны лазером отек и инфильтрация окружающих тканей купировались на 2–3 дня позже (соответственно $2,1 \pm 0,11$ дня и $4,2 \pm 0,18$ дня).

Очищение ран от гнойно-некротического отделяемого у больных первой группы происходило быстрее по сравнению с пациентами второй группы (соответственно $4,18 \pm 0,16$ сутки и $5,20 \pm 0,12$ сут).

Средние сроки появления грануляционной ткани у больных основной группы составляли $5,08 \pm 0,20$ сут, а у пациентов контрольной группы $7,26 \pm 0,40$ сут.

Болевой синдром проходил у всех больных на 3–4-е сутки. Следует отметить, что болевой синдром был менее выражен у больных первой группы.

Кроме вышперечисленного нами изучались средние сроки пребывания больных в стационаре и амбулаторного долечивания, а также осложнения в отдаленном периоде.

Так, больные обеих групп из стационара выписывались на 4–5-е сутки после операции и наблюдались нами в амбулаторных условиях до полного заживления ран, а отдаленные

результаты изучались в течение от 6 месяцев до 2-х лет. Средний послеоперационный день составил $3,5 \pm 1,5$ койко-дней и $4,7 \pm 1,8$ дней, соответственно.

В отдаленные сроки у больных, у которых диагностировались подкожный, подслизистый и ишиоректальный парапроктит, которым производилось радикальное вскрытие острого парапроктита с применением лазера, осложнений не наблюдалось. Среди больных, у которых лазер не применялся и был пельвиоректальный парапроктит, у 3-х пациентов развился свищ прямой кишки, и они были нами повторно прооперированы.

Выводы

1. Включение лазера в комплексное лечение острого парапроктита позволяет быстрее купировать болевой синдром. Воспалительный процесс в зоне послеоперационной раны стимулирует регенерационные процессы, что способствует более раннему очищению и заживлению ран.

2. Применение лазера для обработки полости послеоперационной раны позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре и амбулаторного долечивания.

Поступила: 13.12.23; рецензирована: 27.12.23; принята: 29.12.23.

Литература

1. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 432 с.
2. Семионкин Е.И. Руководство по колопроктологии / Е.И. Семионкин. М.: Изд-во Форум; Инфра, 2014. 272 с.
3. Шельгин Ю.А. Справочник по колопроктологии / Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Литтерра, 2014. 608 с.
4. Чарышкин А.Л. Результаты лечения больных острым парапроктитом / А.Л. Чарышкин, И.Н. Дементьев // *Фундаментальные исследования*. 2013. № 7. С. 428–431.
5. Мадаминов А.М. Острый парапроктит: новые подходы к лечению / А.М. Мадаминов. Бишкек, 2001. 222 с.
6. Hamadani A. Who is at risk for developing chronic anal fistula or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess? / A. Hamadani, P.I. Haigh,

- I.L. Lin et al. // Colon Rectum. 2009. Vol. 52. № 2. S. 217–221.
7. Болквадзе Э.Э. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита. Пятнадцатилетний опыт / Э.Э. Болквадзе, М.А. Егоркин // Колопроктология. 2012. № 2. С. 13–16.
 8. Дульцев Ю.В. Парапроктит / Ю.В. Дульцев, К.Н. Саламов. М., 1981. 108 с.
 9. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. 300 с.
 10. Лаврешин П.М. Дифференцированный подход к лечению острого парапроктита / П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили, А.В. Жабина [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2016. Т. 11. № 2. С. 62–64.
 11. Abcarian H. Anorectal infection: Abscess-Fistula / H. Abcarian // Clin. Colon. Rectal. Surg. 2011. Vol. 24. №1. P. 14–21.
 12. Wright W.F. Infections diseases perspective of anorectal abscess and fistula-in-ano disease / W.F. Wright // Am. S. Med Sci. 2016. Vol. 351. № 4. S. 427–434.
 13. Мусин А.И. Особенности тактики лечения острого парапроктита / А.И. Мусин, И.В. Костарев // Анналы хирургии. 2017. Т. 22. № 2. С. 81–87.
 14. Власов А.П. Эффективность комплексной терапии острого парапроктита / А.П. Власов, И.В. Кулычин // Пермский медицинский журнал. 2013. Т. 30. № 5. С. 54–59.
 15. Демьянов А.В. Острый парапроктит. Обзор литературы / А.В. Демьянов, А.А. Андреев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2013. Т. 6. № 4. С. 526–534.
 16. Мустафаева М.Ф. Новые подходы в хирургическом лечении острого парапроктита / М.Ф. Мустафаева // Вестник хирургии Казахстана. 2014. № 3. С. 56–58.
 17. Лаврешин П.М. Острый парапроктит. Лечебная тактика, хирургическое лечение / П.М. Лаврешин, Б.К. Гобеджишвили, В.В. Гобеджишвили [и др.] // Журнал научных статей. Здоровье в XXI веке и образование. 2017. Т. 19. № 11. С. 65–68.
 18. Ривкин В.Л. Колопроктология: руководство для врачей / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Е.А. Белоусова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 368 с.
 19. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М., 1984. 284 с.
 20. Ruzzo J.A. Anorectal abscess and fistula in ano evidence-based management / J.A. Ruzzo, A.L. Naig, E.K. Johnson // Surg. Clin. North Am. 2010. Vol. 90. № 1. S. 45–68.