

CLINICO-BIOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF POSTOPERATIVE PERIOD IN ONCOPROCTOLOGICAL PATIENTS

Clinico-biochemical characteristics in postoperative period of patients operated for malignant tumors of colon was studied.

It is stated that in this period significant changes in leukocytes index values of intoxication, lymphocytar index and middle mass molecules level are registered. They are practically preserved till discharge of the patient from the hospital.

It is worked out the formula of digiting of intoxication index allowing to evaluate the true gravity degree of postoperative period and use corresponding detoxication measures.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владыка А.С., Беляков Н.А., Шугаев А.М. и др. Вестн. хир., 1986, 8, 126.
2. Габриелян Н.И., Левицкий Э.Р., Дмитриева А.А. и др. Методические рекомендации. М., 1985.
3. Даштаянц Г.А. Клиническая гематология: Киев, 1978.
4. Колб В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической медицине. М., 1982.
5. Рейс Б.А., Чернышев А.К., Николов В.М. Вестн. хир., 1986, 6, 53.
6. Саакян М.А., Акопян А.А., Элоян Д.В. и др. Сов. мед., 1991, 5, 68.
7. Шахбазян А.А., Векслер Х.Ч. В кн.: Иммунологические, генетические и энзиматические факторы в этиологии, патогенезе и клинике внутренних болезней. М., 1974.

УДК 616.361-089

Л.К.Багдасарян, Г.Э.Эксюзян, А.Б.Саакян

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Наиболее неблагоприятный исход при проктологических заболеваниях наблюдается у больных с анаэробным парапроктитом. Причиной является как нерешенность общей проблемы лечения газовой инфекции, так и некоторые особенности проявления этого инфекционного процесса в параректальной клетчатке [3, 4]. Анаэробная инфекция значительно отягощает течение заболевания и приводит к послеоперационной летальности в 20 - 60% случаев [1].

Сообщение основано на результатах лечения больных (101) с острым анаэробным парапроктитом, находившихся на стационарном лечении в ургентном отделении НИИ проктологии МЗ РА с 1976 по 1992 г.

Из общего числа 5250 пациентов с острым парапроктитом за указанный период анаэробная форма составила 1,9%. Женщин было 26 (25,7%), мужчин - 75 (74,3%). Наиболее часто заболевание возникало у пациентов трудоспособного возраста (73,3%). Продолжительность заболеваний до 5 дней выявлена у 11 больных (10,9%), от 5 до 10 дней - у 42 (41,6%), от 11 до 15 - у 30 (29,7%), от 16 до 20 - у 15 (14,8%) и у 3 пациентов (3,3%) - 22 дня.

Из этих больных 36 (35,6%) первично обратились в наш стационар, где и был установлен диагноз. Из других поликлиник к нам направлено 34 пациен-

та (33,7%) с диагнозом острый парапроктит (но не анаэробный), а остальные (31) обращались в различные медицинские учреждения, однако диагноз не был установлен несмотря на выраженную клиническую картину парапроктита: боли, припухлость, гиперемия зоны поражения, повышение температуры, общее недомогание. Именно эта группа больных и поступила в стационар на 15-20-е сутки от начала заболевания.

Локализация острого анаэробного парапроктита была следующая: чрестьфинктерный - у 31 (30,6%), ишиоректальный - у 51 (50,5%) и пельвиоректальный - у 19 больных (18,8%). Внутреннее отверстие на передней полуокружности анального канала располагалось в 56,5% случаев, а на задней - в 43,5% случаев.

Анаэробная флегмона локализовалась в перианальной области у 12,5% больных, поражала перианальную, крестцово-копчиковую зону и промежность у 43,5%, а промежность, ягодицы и внутреннюю поверхность обоих бедер у - 17,9% пациентов. Локализация анаэробной флегмоны от ягодичной зоны до границы средней и нижней трети живота с вовлечением в процесс промежности, паха и мошонки отмечалась у 16 больных (18%), в четырех случаях распространялась в забрюшинное пространство. Бактериологическая диагностика проводилась двумя этапами. Первый этап - ускоренная диагностика, при которой ориентировочную информацию получали через 24 часа. Второй этап - полное бактериологическое исследование с окончательным ответом - на 5-7-й день. Материалом для микробиологического исследования служило гнойное отделяемое и кусочки тканей, иссеченные во время хирургического вмешательства. У 28 пациентов выделены клостридии (27,7%), неклостридиальная анаэробная инфекция определена у 63 больных (62,4%). Сопровождающая аэробная флора была представлена в основном протеом, гемолитическим стафилококком и кишечной палочкой. В единичных случаях выделялись грибки из рода кандиды.

Всем больным проводилось комплексное лечение. Хирургическое вмешательство включало широкое рассечение и иссечение всех нежизнеспособных тканей. Полости максимально дренировались. Во всех случаях производили постоянное орошение ран через дренажные трубки растворами перекиси водорода и перманганата калия. Перевязка производилась 3-4 раза в день, а дополнительная некрэктомия - по мере необходимости. С 4-го дня рана рыхло тампонировалась с мазями на гидрофильной (левосин, левомиколь) или диоксидинового основе [2].

Медикаментозное лечение включало введение лечебной дозы противогангренозной сыворотки, адекватную инфузионную терапию и массивные дозы антибиотиков целенаправленного действия в комбинации с метранидазолом, назначаемым с первого дня поступления больного при обнаружении хотя бы одного из клинических признаков анаэробной инфекции и при обширных гнойно-некротических процессах.

У 28 больных (27,7%) анаэробный процесс возник на фоне сахарного диабета. Из них у 18 сахарный диабет был в стадии декомпенсации. Этой группе пациентов, помимо радикального хирургического вмешательства, назначался инсулин, перед операцией дозу увеличивали на одну треть, часть которого вводили на 5% растворе глюкозы через каждые 3-4 часа, а для снижения толерантности к инсулину вводилось до 25 мг гидрокортизона. Не менее 4 раз в сутки контролировался уровень сахара в крови и моче, электролитный баланс и свертывающая система крови.

Умерло 13 больных (12,9%), двое из них при явлениях выраженной ин-

токсикации и дистрофии всех внутренних органов. В обоих случаях госпитализация была запоздалой, а общее состояние уже при поступлении было крайне тяжелым.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 10 лет у 67 (76,1%) из 88 больных. Стойкое выздоровление установлено у большинства пациентов. Одна больная оперирована повторно по поводу недостаточности анального жома II-III степени с хорошим стойким эффектом. У одного пациента имелись жалобы на недержание газов (недостаточность анального жома I степени).

Таким образом, при остром анаэробном парапроктите необходима своевременная диагностика и срочная госпитализация, показано хирургическое лечение с широким иссечением пораженных тканей, применение противогангренозной сыворотки, специфической антибактериальной, дезинтоксикационной терапии и динамического микробиологического контроля за раной.

НИИ проктологии МЗ РА

Поступила 30.7.93.

Լ.Կ.Բաղդասարյան, Գ.Է.Էքսուզյան, Ա.Բ.Սահակյան

ՈՒՂԻԴ ԱՂԻՔԻ ՍՈՒՐ ԱՆԱԵՐՈԲԱՅԻՆ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ուղիղ աղիքի անաէրոբային բորբոքումներով 101 հիվանդների մոտ կիրառվել է վիրահատական միջամտության համապատասխան ծավալի և բուժման մեթոդների տարբերակված ընտրություն վիրահատական շրջանում:

Համակցված բուժումը թույլ տվեց բարելավել բուժման արդյունքները: Դա հաստատվում է հիվանդների անմիջական մոտակա և հեռագա բուժման արդյունքների ուսումնասիրությամբ:

L.K.Baghdassarian, G.E.Eksuzian, A.B.Sahakian

THE ANALYSIS OF TREATMENT OF ACUTE ANAEROBIC PARAPROCTITIS

A differential choice of adequate volume of surgical intervention and methods of treatment in postoperative period was used in 101 patients with anaerobic paraproctitis.

Complex treatment allowed to improve the results of the treatment. This is confirmed by both studying immediate and nearest and also remote results of treatment of the patients (88 patients).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1973.
2. Даденко В.М., Каличенко Н.Ф. и др. Хирургия, 1984, 11, с. 61.
3. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М., 1981.
4. Толстых П.И., Коган А.Х., Туманский А.В. Хирургия, 1981, 5, с. 102.