

М. М. Милиця, М. Д. Постолєнко, К. М. Милиця, І. М. Ангеловський, В. В. Солдусова, В. С. Казаков
Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»
Запоріжжя, Україна

M. M. Militsa, M. D. Postolenko, K. M. Militsa, I. M. Angelovskiy, V. V. Soldusova, V. S. Kasakov
State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Zaporizhzhia, Ukraine

ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Approach to the surgical treatment of acute paraproctitis on the background of diabetes mellitus

Резюме

Мета дослідження. Виявити особливості хірургічного лікування гострого парапроктиту у хворих з цукровим діабетом.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування у 1591 пацієнтів з гострим парапроктитом, за останні 8 років. У 90 (6,8%) пацієнтів процес протікав на тлі цукрового діабету.

Результати. Критерії вибору способу операції засновані на локалізації гнійника і основного гнійного ходу, його ставлення до елементів зовнішнього анального сфінктеру, характеру рубцевого процесу в зоні внутрішнього отвору і функції держання прямої кишки.

Висновок. У складних випадках хірургічне лікування повинно бути двоетапним і органозберігаючим. До можливості і термінів ліквідація внутрішнього отвору слід підходити індивідуально.

Ключові слова: гострий парапроктит, цукровий діабет, хірургічне лікування.

Abstract

Purpose of the study. Was to reveal the peculiarities of surgical treatment of acute paraproctitis in patients with diabetes mellitus.

Materials and methods. The analysis of results of treatment in 1591 patients for the last 8 years is carried out. In 90 (6,8%) patients, the process proceeded against the background of diabetes mellitus.

Results. The criteria for choosing the mode of operation are based on the location of the abscess and the main purulent course, its relation to the elements of the external anal sphincter, the nature of the cicatrice process in the zone of the internal opening and the function of the rectum apparatus.

Conclusion. In complex cases, surgical treatment should be two-stage and organ-preserving. To the possibility and timing of the removal of the inner hole should be approached individually.

Keywords: acute paraproctitis, diabetes mellitus, surgical treatment.

ВСТУП

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є поліморбідність, в тому числі поєднання терапевтичної та хірургічної патології у одного хворого.

Більшість авторів, які займалися лікуванням хірургічних захворювань у хворих на тлі цукровим діабетом (ЦД), звертають особливу увагу на гострі гнійні запалення шкіри і підшкірної клітковини, що протікають у діабетиків важче, зі швидко наступаючим об'ємним некрозом тканин, аж до сепсису [1–3].

У зв'язку з цим представляється актуальним вивчення особливостей перебігу гострого парапроктиту у хворих з цукровим діабетом.

У структурі невідкладної хірургічної прокто-

логії гострий парапроктит є найпоширенішим захворюванням. Пацієнти цієї групи складають близько 1% від усіх госпіталізованих в різні стаціонари хірургічного профілю і 5% серед хронічних хворих ободової і прямої кишки [4, 5].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Виявити особливості хірургічного лікування гострого парапроктиту у хворих з цукровим діабетом у умовах проктологічної клініки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено аналіз результатів лікування го-

строго парапроктиту у 1591 пацієнтів, за останні 8 років, які перебували на лікуванні в клініці хірургії і проктології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» на базі проктологічного відділення НКП «Миської лікарні № 9» ЗМР.

При проведенні роботи основним критерієм включення в аналізовану групу пацієнтів була клінічно реалізована інсулінорезистентність у вигляді діабету II типу. Всього відібрано для аналізу 90 пацієнтів, які склали 6,8% від загальної кількості хворих на парапроктит. Гендерний аналіз виявив переважання осіб чоловічої статі 62,9% пацієнтів.

У роботі використана «Уніфікована клініко-статистична класифікація хвороб органів травлення» [1].

Всім пацієнтам при надходженні до стаціонару в передопераційному періоді визначали АТ, електроліти, коагулограму, глюкозу крові в динаміці, в групі пацієнтів з ЦД додатково досліджували інсулін, глюкозу з розрахунком індексу НОМА-IR, кортизол, інтерлейкін-6 і фактор некрозу пухлини альфа (методом ІФА).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз анамнезу захворювання показав, що 79,8% хворих звернулися, за спеціалізованою медичною допомогою більш ніж через три доби від моменту початку захворювання. За цей час захворювання прогресувало до складних форм з ішио-, пельвіо- і ретроректальною локалізацією.

У досліджуваній групі при аналізі скарг і перебігу захворювання виявлено, що переважав короткий продромальний період з подальшим ознобом, лихоманкою, появою і прогресуванням болів в прямій кишці, промежині або ділянці таза. Загальні симптоми інтоксикації були виражені настільки інтенсивно, що місцева симптоматика часто відходила на другий план. При цьому запальний процес поширювався клітковинними просторами тазу, за типом флегмони, без обмеження та локалізації гнійника.

Приблизно у третини пацієнтів (30,9%) відзначався інший варіант перебігу захворювання. У них спостерігали самообмеження гнійного процесу і формування гнійного вогнища. При цьому інтенсивність болю наростала і набувала пульсуючий характер. При відсутності своєчасної хірургічної корекції гнійне вогнище, що сформувалося, виливалося в пряму кишку чи на шкіру промежини, або поширювалося на сусідні клітковинні простори з подальшим розвитком сепсису.

Особливістю перебігу гострого гнійного парапроктиту при ЦД є висока швидкість розвитку септичного стану (у 45,3% пацієнтів), які надходили через 3 доби від початку вже з явищами сепсису. Крім того, у всіх пацієнтів відзначається формування «хибного кола», що обумовлює

тяжкість перебігу захворювання. Так тяжкий перебіг гнійно-запального процесу, деструкція параректальної клітковини на тлі вже наявної у хворих ЦД цитокінової дисфункції у вигляді збільшення рівня прозапальних цитокінів інтерлейкіну-6 і альфа-ФНП (відповідно в 14,3 рази ($p < 0,05$), і 3, 2 рази ($p < 0,05$), зниження рівня кортизолу на 34,6% ($p < 0,05$) призводить до важкої, нестабільної гіперглікемії, що важко піддається корекції, декомпенсації порушень кислотно-лужної рівноваги, аж до розвитку кетоацидозу.

Біохімічні зрушення служать фундаментом прогресування гнійних ускладнень, а гнійні вогнища обумовлюють прогресування декомпенсації гомеостазу. Тому, пацієнтам з ЦД і гнійно-некротичними процесами необхідно в динаміці моніторувати рівень глюкози в крові і переводити пацієнта на інсулінотерапію, оскільки тільки введенням простого інсуліну вдається швидко і ефективно коригувати рівень глікемії.

Необхідно ретельно підійти до вибору методу знеболення у хворих з гострим парапроктитом на тлі ЦД. Головне завдання анестезіологічної допомоги – уникнути гіпоксії, що сприяє розвитку ацидозу і декомпенсації діабету.

При виконанні місцевої анестезії в зоні гнійно-запального вогнища створюється високий гідравлічний тиск, руйнується захисний лейкоцитарний бар'єр, створюються умови для поширення і генералізації інфекції.

Лікарські препарати для загальної анестезії нерідко викликають суттєве збільшення рівня гіперглікемії, посилення глюконеогенезу, ліполізу, білкового голодування.

При операціях в параректальній ділянці та промежині краще використовувати метод регіонарної анестезії. Перидуральна анестезія забезпечує виражений знеболюючий ефект під час операції і в ранньому післяопераційному періоді, мінімально впливає на паренхіматозні органи і практично не впливає на вуглеводний обмін. Крім того, епідурально-сакральна анестезія дозволяє оперувати в незмінених новокаїновою інфільтрацією тканинах [6].

Після ефективної передопераційної підготовки необхідно визначитися з методом оперативного втручання, основними завданнями якого є розтин, адекватне дренирування гнійної порожнини і по можливості ліквідація внутрішнього отвору гнійника в анальному каналі.

Диференційований підхід до операцій ґрунтувався на таких критеріях, як локалізація гнійника і основного гнійного ходу, його відношенні до елементів зовнішнього анального сфінктера, характеру рубцевого процесу в зоні внутрішнього отвору гнійника і функції замикального апарату прямої кишки.

При розтині гострого парапроктиту необхідно виконувати розріз з видаленням клаптя шкіри,

що дозволяє домогтися адекватного дренивання і загоєння рани від дна. У 31,8% пацієнтів проводили дво- і триетапні нефректомії з дрениванням гнійних запливів.

У 52% випадків вдалося ліквідувати вхідні ворота інфекції (внутрішній отвір нориці). Найчастіше застосовувалася криптектомія з пластикою шкірно-слизово-підслизового шару (23,5% спостережень) або з боковим переміщенням слизово-підслизового клаптя прямої кишки (24,8% спостережень). У решти хворих – 48,7%, був виконаний підслизовий перетин гнійного ходу в анальному каналі з відновленням цілісності анального сфінктера. Слід зазначити, що ці операції трудомісткі, вимагають великої навички оперуючого хірурга але значно знижують ризик рецидиву і розвитку інконтиненції.

У разі наявності різко виражених рубцевих змін в анальному каналі або неможливості виявити внутрішній отвір парапроктиту лікування повинно бути двоетапним – після розтину і дренивання гнійника в плановому порядку здійснюється закриття внутрішнього отвору трансанальною аутопластикою.

Тільки в крайніх випадках, при різко виражених рубцевих змінах стінок анального каналу доводиться вдаватися до лігатурного методу ліквідації внутрішнього отвору парапроктиту.

При складних анаеробних формах парапроктиту, у 5 (3%) пацієнтів, невідкладна операція є єдиним способом переривання септичного процесу. Після розтину гнійника всі некротизовані тканини повинні бути висічені, рани широко розкриті, глибокі простори піддані ревізії і дреновані. Проводили мікробіологічне та гістологічне дослідження зразка тканин. До термінів ліквідації внутрішнього отвору підходили індивідуально.

Антибактеріальна терапія ініціювалася відразу після постановки діагнозу одночасно з підготовкою хворого до операції і тривала в після-

операційному періоді. Перевага віддавалася використанню антибіотиків широкого спектру дії з антианаеробною активністю. При отриманні результатів мікробіологічного дослідження проводилася корекція антибактеріальної терапії.

В післяопераційному періоді, крім традиційних дворазових перев'язок, показано моніторинг рівня глікемії, корекцію глікемічних препаратів, імунотерапію, обов'язкове використання нестероїдних протизапальних препаратів, що нормалізують цитокіновий статус.

Добре зарекомендувало себе використання клізм з салофальком, який дозволяє поліпшити загоєння, ліквідувати місцевий запальний процес.

Післяопераційне лікування хворих з важкими формами ГП здійснювали в палатах відділення інтенсивної терапії.

Після виписки для відновлення утримуючої функції анального жому хворим призначали комплекс вправ, спрямованих на поліпшення скорочувальної активності м'язів сфінктера.

Аналіз віддалених результатів показав, що частота рецидивів приішио- і пельвіоректальних парапроктитих на тлі ЦД складала 4%, летальність – 9% (8 хворих).

ВИСНОВКИ

Диференційований підхід до операцій при гострому парапроктиті на тлі ЦД дозволяє достовірно поліпшити результати хірургічного лікування.

Критерії вибору способу операції засновані на локалізації гнійника і основного гнійного ходу, його відношення до елементів зовнішнього анального сфінктера, характеру рубцевого процесу в зоні внутрішнього отвору і функції замикального апарату прямої кишки.

У складних випадках хірургічне лікування повинно бути двоетапним і органозберігаючим. До можливості і термінів ліквідації внутрішнього отвору слід підходити індивідуально.

ЛІТЕРАТУРА

1. Abdullaev MS, Mansurova AB. Acute paraproctitis in patients with diabetes mellitus (review). *Koloproktologiya*. 2012; 1 (39): 46–51.
2. Kaiser AM. *Colorectal surgery*. Moscow: BINOM; 2011, 473–477.
3. Yanchuk MA, Balitsky VV. Radical surgical treatment of various forms of acute paraproctitis. *Materials of the 2nd Congress of the Proctologists of Ukraine with International Participation (Lviv, 1–2 November 2006)*. Kyiv: Medytsyna; 2006, 237–239.
4. Barovikova OP. Features of the course and surgical treatment of various forms of deep paraproctitis, depending on the gender of the patient. PhD. 2007. Moscow. Russian Federation.
5. Kikhtyak OP. Mechanisms of development of insulin resistance and its target. *Ukrayinskyy Medychnyy Chasopys*. 2013; 97 (5): 99–102.
6. Bolkvadze EE. Complicated forms of acute paraproctitis (review). *Koloproktologiya*. 2009; 27 (1): 38–45.

Стаття надійшла до редакції 18.04.2019