

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Проф. А. М. КОПЛАТАДЗЕ, д-р мед. наук В. М. ПРОЦЕНКО,
канд. мед. наук Э. Э. БОЛКВАДЗЕ, канд. мед. наук М. А. ЕГОРКИН

AN EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT FOR ANAEROBIC PARAPROCTITIS

A. M. KOPLATADZE, V. M. PROTSENKO, E. E. BOLKQADZE, M. A. YEGORKIN

Государственный научный центр колопроктологии Росздрав, Москва, Российская Федерация

Детально освещен 18-летний опыт комплексного лечения больных анаэробным парапроктитом. Описаны методы применявшегося хирургического вмешательства. Установлены статистически достоверные факты риска неблагоприятного течения заболевания.

Ключевые слова: анаэробный парапроктит, комплексное лечение, факторы риска.

A 18-year experience of complex treatment for anaerobic paraproctitis is featured. The methods of the intervention are described. Statistically significant risk factors of an unfavorable course of the disease were established.

Key words: anaerobic paraproctitis, complex treatment, risk factors.

Острый парапроктит (ОП) является самым частым заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии, и хотя его анаэробные формы (АП) встречаются всего в 3–5% [1, 2], они создают значительную группу больных.

Актуальность разработки вопросов лечения АП определяется тем, что это заболевание относится к числу жизнеопасных, о чем красноречиво свидетельствует уровень летальности — от 15 до 40%, а при генерализации процесса — до 80% [2–4].

Столь удручающие показатели связаны с тем, что этиологическим фактором АП являются комбинации условно-патогенной аутофлоры, в которых лидером-ассоциантом становятся анаэробы. Покидая «обжитые» биотопы, они обладают чрезвычайной инвазивностью и токсичностью, легко преодолевая отграничительные биологические барьеры и полностью разрушая гомеостатическую систему организма [5]. Это определяет быстрый переход процесса из локальной формы в генерализованную и обуславливает трудности диагностики и сложность комплексного послеоперационного лечения септических состояний.

В отделении неотложной проктологии ГНЦК за последние 18 лет накоплен опыт лечения 5085 больных ОП, среди которых у 187 (3,7%) пациентов имели место различные формы анаэробного поражения околопрямокишечной клетчатки.

Оценка традиционного распределения этой группы больных по полу и возрасту не только показала, что мужчины болеют в 4 раза чаще женщин, но и, что особенно важно, позволила считать АП заболеванием людей преимущественно «второй половины жизни». В возрасте до 40 лет были лишь два пациента, 62% больных были старше 50 лет, а каждый пятый — пожилого и старческого возраста (60 лет и выше). Неслучайно,

что у большинства из них определялись многочисленные сопутствующие заболевания, часть которых оказывала прямое негативное воздействие на течение и исходы лечения основного процесса. Так, 73 (39%) страдали ХИБС, осложненной у 32 (17,2%) легочно-сердечной недостаточностью, у 30 (16%) недостаточностью кровообращения II–III степеней; 66 (35,3%) были многолетними гипертониками, а 35 (18,7%) болели сахарным диабетом, причем треть из них — в декомпенсированной стадии.

На результаты лечения во многих случаях решающее влияние оказывает и темп развития гнойного процесса. По нашим данным, из трех его разновидностей, у подавляющего большинства — 171 (93,5%) больного — наблюдалась острая форма его течения, при которой пик интоксикации и локальные проявления манифестируют на 4–6-й день от начала заболевания. Многочисленные данные литературы о неклостридиальных поражениях мягких тканей, с которыми коррелирует и наш собственный опыт, показывают, что если в этот период «невольного ожидания» не предпринимаются радикальные лечебные меры, анаэробный процесс становится генерализованным — развившийся синдром системной реакции на воспаление (ССРВ, или SIRS) на фоне персистирующего гнойника вызывает сепсис [6]. В этих ситуациях благоприятный исход заболевания становится весьма проблематичным.

Анализ собственного клинического материала показал, что в приемлемые сроки были госпитализированы 140 (74,9%) пациентов, а остальные — спустя 6 дней и выше. При этом выявлена вполне ожидаемая связь между продолжительностью заболевания и тяжестью общего состояния больных при поступлении. Так, если из 115 (61,5%) пациентов, госпитализированных в 4–6-дневный

период, состояние легкой степени тяжести отмечалось у 82 (43,8%), средней — у 23 (12,3%), и тяжелое у 10 (5,4%) человек, то с увеличением догоспитального периода свыше 7 дней никто из больных не был в удовлетворительном состоянии, эволюция ухудшения состояния по нарастающей (средней тяжести — тяжелое — крайне тяжелое) наблюдалось у 7, 8 и 10 пациентов, а более 10 дней в последней стадии — у всех 17. Не случайно 42 (22,4%) госпитализированных в эти сроки больных нуждались в интенсивной предоперационной подготовке в течение 1–6 ч.

Таким образом, картина развития АП определяет необходимость первоочередной задачи — экстренной радикальной ликвидации гнойного очага с удалением всех некротических тканей и вскрытия затеков. Мы выполняем это на любой стадии анаэробного процесса, разделяя мнение J. Ledingham, С. McArdle (1978) о подобной тактике: не «больной слишком тяжел, чтобы вмешиваться», а «пациент слишком болен, чтобы откладывать такое вмешательство» [7].

Хирургическое воздействие является единственным эффективным способом эрадикации более или менее значительной части возбудителей, уменьшает возможности выброса инфекта и токсинов в кровяное русло, снижает эндотоксикацию, без чего любое консервативное лечение бесперспективно [8].

Операции осуществлялись широким разрезом по типу операционного доступа, что в подавляющем большинстве случаев позволяет установить диагноз и произвести полноценную ревизию. При этом чрезвычайно важно определить истинные границы поражения, так как они всегда больше видимых.

С этой целью мы разработали маркировку реальной зоны воспаления методом лазерной доплеровской флуометрии с использованием общедоступного отечественного аппарата «ЛАКК-01». Методика позволяет определить площадь вовлечения в процесс кожных сосудов по таким характеристикам, как показатель микроциркуляции (ПМ), сосудистый тонус (СТ) и эффективность микроциркуляции (ЭМ). Регистрация полученных данных и последующая математическая обработка проводились с помощью соответствующего программного обеспечения на базе IBM-совместимого персонального компьютера, и выражались в условных единицах (у. е.). При АП (22 больных), по сравнению с контрольной группой (22 здоровых человека) все эти показатели достоверно возрастают в зоне поражения и на расстоянии 3–5 см от ее видимых границ: ПМ — с $6,69 \pm 2,6$ до $10,1 \pm 2,16$ у. е.; СТ — с $0,24 \pm 0,2$ до $0,39 \pm 0,10$; ЭМ — с $1,25 \pm 0,1$ до $1,27 \pm 0,17$. После выполнения радикальной операции ПМ и СТ возвращались к норме на 3–5-й день, ЭМ в центре раны даже снижалась.

Операции выполнялись только под интубационным наркозом, что создавало возможности

полноценной интраоперационной ревизии при необходимости у значительной части больных сохранения режима искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в первые несколько дней послеоперационного периода. Вскрытие флегмоны еще более убеждало в правильности диагностики анаэробного поражения, обладающего рядом характерных признаков: зловонного гнилостного запаха, практически «сухого» целлюло-фасцио-миозита в виде «малинового желе» при кластридиальном процессе и значительного количества серо-черного выпота с пузырьками газа и жировыми капельками — при некластридиальном [6]. Дополнительную информацию дает и исследование мазков-отпечатков по Граму: большое количество крупных грамположительных палочек при отсутствии фагоцитоза [9].

После тщательного определения объема поражения и поиска возможных затеков выполнялась скрупулезная тотальная некрэктомия до появления отчетливой капиллярной кровоточивости без лимитирования хирургических действий размерами или конфигурацией образующейся при этом раны, вскрытие и дренирование затеков. Мы не проводили дополнительных операций, направленных на ликвидацию внутреннего свищевого отверстия, пропагандируемых некоторыми авторами [10, 11], а колостому накладывали в экстремных ситуациях при обширных повреждениях прямой кишки. Затем, после повторной ревизии, проводили послеоперационную обработку раневой поверхности орошением раствором перекиси водорода или различными антисептиками.

Чрезвычайное внимание уделяли ведению послеоперационных ран под повязкой. Подлинным прорывом в рутинном методе использования перекиси водорода или перманганата калия, при котором перевязки зачастую приходилось выполнять 2–3 раза в сутки, явилось внедрение в клиническую практику различных гидрофильных мазей на основе смесей полиэтиленгликолей ПЭГ-400 и ПЭГ-1500 [9]. Они значительно улучшают течение первой фазы раневого процесса, оказывают обезболивающее и антибактериальное действие, позволяя проводить перевязки один раз в сутки.

Учитывая длительность репаративных процессов послеоперационных ран, трудности имобилизации мазевых повязок в промежностной области и постоянную угрозу контаминации раневой поверхности с анаэробами через внутреннее отверстие в прямой кишке, мы разработали и запатентовали метод «открытого» ведения ран в условиях управляемой абактериальной среды (УАС) с использованием отечественного аппарата УБЛ-001. Для этого разработан оригинальный пластиковый изолятор в виде прозрачного целлофанового мешка в форме «бриджей» с уплотняющими кольцами в верхней и нижней его частях. В него вмонтирован многоканальный переходник. Изолятор надевается на операционном столе

и в дальнейшем создает условия течения первой фазы раневого процесса в гнобиологической среде и заживления раны под влажным струпом. При его использовании имеется возможность постоянного визуального контроля за состоянием раны, а специальный переходник позволяет проводить лечебное орошение, аспирацию отделяемого и дополнительную аэрацию в любое время.

Первый опыт сравнительной оценки результатов лечения обоими методами двух групп больных не выявил статистически достоверных преимуществ «открытого» способа, но клинически показал отчетливую тенденцию к ним по таким параметрам, как динамика уменьшения площади раны, ускорение темпа снижения числа микробных тел и сокращение сроков стационарного лечения. Более того, этот метод позволяет уменьшить нагрузки на персонал и обеспечивает значительную экономию перевязочных средств и медикаментов. Поэтому мы считаем его весьма перспективным в лечении больных с обширными послеоперационными ранами сложной конфигурации.

Среди видов выполненных оперативных вмешательств чаще всего (в 139 случаях (74,4%) у оперированных больных было произведено вскрытие флегмоны с тотальной некрэктомией. При этом следует отметить высокую локализацию гнойных очагов (пельвио- или ишеоректальное пространства) у 82,3% оперированных, распространенность поражения — подковообразный характер гнойника у 18 (9,6%) и флегмону таза у 15 (8,0%) больных, что играло определенную роль в трудностях диагностики и технических сложностях оперативного лечения. У 48 (25,7%) пациентов такие операции сочетались с вскрытием и дренированием затеков на бедро, нижнюю конечность, переднюю брюшную стенку, поясницу, иссечением некротизированных тканей мошонки.

Продолжающееся течение анаэробного процесса, несмотря на видимую радикальность выполненного вмешательства, но произведенного чаще всего на фоне генерализации процесса, вызвало необходимость повторных операций у 54 (28,9%) больных. У 16 из них было проведено вскрытие вновь образовавшихся затеков на бедро, нижнюю конечность, переднюю брюшную стенку, в полость малого таза, у корня мошонки, но чаще всего (у 38 больных) они носили характер повторных, порой неоднократных, локальных некрэктомий.

Таким образом, хирургическое лечение анаэробного парапроктита имеет свои особенности, определяемые развитием заболевания, а его исходы зависят в большей степени от объективных и в меньшей — от субъективных причин.

В течении самого заболевания мы выделяем два варианта — благоприятный и неблагоприятный, до определенного момента развивающиеся по одному «сценарию». Радикальная ликвидация гнойного очага в оптимальные сроки (3–6 дней от начала процесса), последующая комплексная противовоспалительная и дезинтоксикационная

терапия приводят к регрессии воспалительных проявлений и выздоровлению большинства больных. Если же радикальные лечебные действия происходят в более поздние сроки, больной и врач попадают в трудную ситуацию, поскольку хирургическое и послеоперационное лечение, хотя и проводятся в режиме интенсивной терапии, проходят уже на фоне сепсиса [12].

Как правило, послеоперационное лечение больных АП осуществлялось в специальных палатах отделения интенсивной терапии, у тяжелых больных — в режиме ИВЛ длительностью не менее 3 дней.

Основой лечебных мер при всех вариантах развития процесса служила антибиотикотерапия. За прошедшие годы препараты выбора постоянно меняются из-за распространения бета-лактамаз расширенного действия. Прошло время «золотого стандарта» (клиндамицин + гентамицин + метронидазол), многие анаэробно-аэробные комбинации устойчивы даже к воздействию цефалоспоринов II–III поколений. [13, 14]. Все больше авторов склоняются к монотерапии анаэробных инфекций, поэтому современный антибиотик, вынужденно назначаемый априорно, уже на операционном столе, должен быть активен в отношении как грамположительной, так и грамотрицательной флоры, аэробов и анаэробов; проникать внутрь микробной клетки, оказывая при этом бактерицидный эффект; ограничивать выброс токсинов в кровь; быть устойчивым к действию бета-лактамаз и сохранять активность при полиорганной недостаточности. В последние годы мы отдаем предпочтение производному карбопенемов — тиенаму (в дозировке до 3 г в сутки), первый опыт показывает высокую эффективность одного из современных препаратов пенициллинового ряда — амоксициллина/клавуланата (до 2,4 г в сутки), по-прежнему актуальна их комбинация с метронидазолом или его производными и диоксидином.

Приоритетным в проводимой лечебной программе мы считаем поддержание гемодинамики, и прежде всего сердечного выброса, инфузионной терапией. Ее эффективность обеспечивает адекватную тканевую перфузию, снижение уровня токсических метаболитов и концентрации цитокинов. Клиническими признаками этого должны служить: ЦВД на уровне 8–12 мм рт. ст., АД — не менее 70 мм рт. ст., диурез — 0,5 мл/кг/ч, гематокрит — более 30% [15]. С этой целью вводили 1–2 л кристаллоидных растворов (ацесоль, лактасол, мафусол), коллоидных растворов на основе крахмала (инфузол, рефортан) или желатины (гелофузин), причем их соотношение старались приблизить к 2:1. При отсутствии желаемого эффекта, что чаще всего наблюдалось у больных с тяжелым сепсисом или септическим шоком, необходима инотропная поддержка, осуществляемая допаминотропом в дозировке 10 мкг/кг/мин и/или норадrenalином в объеме 0,05 мкг/кг/мин, в ряде случаев эффективно применение добутамина —

6 мкг/кг/мин. С целью оптимизации микроциркуляции вводили декстраны (полиглюкин, реополиглюкин), эффект которых закреплялся периодическим внутривенным введением курантила, компламина, олифена.

Легкие — основная мишень при сепсисе [12]. При отсутствии показаний к ИВЛ, близкого к нормальному уровня кислорода в крови можно достигнуть его введением через носовой катетер или лицевые маски. Однако часто острую дыхательную недостаточность вызывает острое повреждение легких или, при его прогрессировании, — острый респираторный дистресс-синдром. Оба состояния, на наш взгляд, являются показаниями к ИВЛ, которая должна быть малоагрессивной: инспираторная фракция кислорода может быть около 60%, а дыхательный объем — около 6 мл/кг [16]. Большое значение придавали санации трахеобронхиального дерева с добавлением во вводимую смесь мукоцистеина или амбробене. При малой эффективности таких процедур 6 пациентам была произведена трахеостомия. Перспективным выглядит проведение ИВЛ на животе, что, по данным ряда авторов, позволяет улучшить оксигенацию на 60–70% [17].

Тяжелые септические состояния сопровождаются явлениями гиперметаболизма, при котором организм восполняет энергетические потребности за счет деструкции собственных, в первую очередь мышечных, тканей. Развивается «аутоканнибализм», усугубляющий органные нарушения и усиливающий эндотоксикоз. Поэтому в комплексе лечебных мер важное место занимала нутритивная поддержка, осуществляемая на уровне следующих показателей: обеспечение калоража в объеме 40–50 ккал/кг (80% составляли официальные питательные смеси); белок — 2 г/кг/сут; липиды — 15–20%, глюкоза с поддержанием гликемии ниже 6 ммоль/л, с контролем ее у больных сахарным диабетом каждые 4 ч. Эти показатели согласуются с данными литературы [18].

Нарушения центральной и периферической гемодинамики с повторяющимися циклами гипоперфузии, накопление токсических продуктов извращенного или незавершенного обмена приводят к органным нарушениям, обуславливающим полиорганную недостаточность. В профилактике и лечении нарушений функций печени применялись гепатопротекторы (эссенциале, парволекс), антиоксиданты (эрисод, унитиол, аскорбиновая кислота), почек — форсированный диурез, маннитол (500 мл 15% раствора) или сорбитол (до 1,5 г/кг один-два раза в день). Для снижения деструктивного влияния кишечной транслокации желудочно-кишечный тракт защищался применением нерезорбирующихся антибиотиков (канамицин, тобрамицин), введением активных энтеросорбентов (лигносорб, полисорб), имело значение и раннее начало энтерального питания.

Вторичный иммунодефицит мы предпочитали замещать внутривенным введением 600 мл пен-

таглобина в течение первых 8 ч и 300 мл — на 2–3-й день.

В оценке тяжести состояния больных *on line* и для контроля за эффективностью лечения наряду с клиническими данными мы использовали балльную оценку системой SAPS, а в последнее время — SOFA, которая проще в практическом применении и не уступает по информативности первой.

Общая летальность составила 24,6% — умерли 46 пациентов, причем 30 из них (65,2%) — в первые 5 дней послеоперационного периода, а «пик» летальности (20 пациентов) пришелся на его первый и второй дни. Это согласуется с данными литературы [7], согласно которым смерть на фоне сепсиса в первые сутки чаще всего наступает при клинических явлениях отека легких и прогрессирующего ослабления сердечной деятельности из-за выраженных гемодинамических нарушений, а на следующий день — от необратимых нарушений гомеостаза, вызванных полиорганной недостаточностью. Кроме того, у двух из умерших наблюдалась «молниеносная» форма АП, при которой необратимые изменения (полиорганная недостаточность, подтвержденная аутопсией) наступают на 2–3-й день от начала заболевания. У двух пациенток причиной смерти на 3-й день послужила диабетическая кома, которую не удалось купировать принятыми необходимыми мерами. 8 больных этой группы умерли в последующие дни вследствие патоморфологически подтвержденной полиорганной недостаточности. Эта же причина на разных стадиях сепсиса или декомпенсация тяжелых сопутствующих заболеваний привела к летальному исходу у остальных 22 больных. Двое умерли по причинам, напрямую не связанным с основным процессом, — от тромбоэмболии легочной артерии и профузного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Для детального анализа факторов риска при АП мы создали две группы по 46 больных, основную из которых составили выздоровевшие, а контрольную (группу сравнения) — умершие пациенты. Статистически достоверными оказались следующие показатели:

1. Взаимосвязь продолжительности заболевания с клиническим исходом. Так, если при госпитализации до 3 суток от начала заболевания в основной группе было 14 пациентов из 17, а в 4–6-дневный промежуток — 23 из 32, то среди госпитализированных в более поздние сроки картина резко меняется — в 7–12-дневный период преобладает число больных в контрольной группе — 19 из 27, а свыше 10-дневного — 15 из 16.

2. Зависимость частоты фатальных исходов от степени тяжести состояния больных при поступлении. Все госпитализированные с легкой степенью интоксикации вошли в основную группу, при состоянии средней тяжести в контрольной группе уже оказалось 8 больных из 32, на фоне

тяжелого состояния их число составило 21 из 25, а крайне тяжелого — 17 из 18 пациентов.

3. Возрастной фактор, в первую очередь в силу различных сочетаний таких сопутствующих заболеваний, как ХИБС, недостаточность кровообращения, легочно-сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Если в возрастных пределах от 50 до 70 лет наблюдается условный паритет в основной и контрольной группах, то в возрасте от 71 года до 80 лет умерло 10 из 15, а среди больных свыше 80 лет — 6 из 7 человек.

Литература

1. Долидзе Н. Г., Какошвили Г. А., Гвасалия Г. Н. Анаэробный парапроктит // Вестн. хир.— 1984.— № 3.— С. 74–78.
2. Тиммербулатов В. М. Оптимизация методов диагностики, комплексного лечения и медицинской реабилитации больных острым парапроктитом: Дис. ...д-ра. мед. наук.— Уфа, 1989.— 334 с.
3. Гошицкий Л. Г., Бегиев О. Б., Бечевая Л. Д. Анаэробная инфекция в неотложной проктологии // Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. Всерос. конф.— Нижний Новгород, 1995.— С. 247.
4. Исаев В. Р., Савинков А. И., Кудряшов С. И. Лечение анаэробного парапроктита, осложненного сепсисом // Экстренная проктология.— Самара, 1992.— С. 44–56.
5. Иммунология инфекционного процесса: Руководство / Под ред. В. И. Покровского, С. П. Гордиенко, В. И. Литвинова.— М.: 1994.— 305 с.
6. Кулешов С. Е. Диагностика и хирургическое лечение анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1989.— 44 с.
7. Костюченко А. Л., Бельских А. Н., Тулунов А. Н. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса.— СПб.: Фолиант.— 2000.— 445 с.
8. Светухин А. М., Жуков А. О., Ганжа П. Ф. Хирургический сепсис (обзор литературы).— М., 1995.— 62 с.
9. Даценко Б. М., Калинин Н. Ф., Белов С. Г. Клинические формы, течение и лечение острого анаэробного парапроктита // Хирургия.— 1984.— № 11.— С. 61–64.
10. Гончаров Ю. И., Цорионов Б. И., Камурзаев Т. Т. Хирургическая тактика при анаэробном парапроктите // Актуальные вопросы проктологии: Тез. докл.— Киев-Москва, 1989.— С. 69.
11. Саакян А. Б. Тактика лечения острого анаэробного парапроктита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Ереван, 1996.— 16 с.
12. Руднов В. А. Сепсис: современный взгляд на проблему // Клин. антимикр. химиотерапия.— 2000.— Т. 2, № 1.— С. 3–9.
13. Белобородов В. Б. Сепсис. М.— 2000.— 14 с.
14. Сидоренко С. В. Бета-лактамазы расширенного спектра // Антибиот. и химиотерап.— 2001.— Т. 46, № 12.— С. 27–35.
15. Vincent J-L. Intens. Care. Med.— 2001.— Vol. 27 (suppl.1).— P. 80–92.
16. Интенсивная терапия сепсиса / Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, Е. Б. Гельфанд и др. // Хирургия.— 2003.— № 2 (приложение).— С. 7–11.
17. Gattioni L., Togoni G. et al. N. Engl. J. Med.— 2001.— Vol. 345.— P. 568–573.
18. American Society of Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directions. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and paediatric patients // J. Parent. Enter. Nutr.— 1993.— Vol. 17.— P. 1SA–26SA.

Поступила 12.04.2006