

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПАРАПРОКТИТАМИ

Кузьмин А.И.², Мунин А.Г.¹, Барская М.А.², Завьялкин В.А.², Терехина М.И.²,
Голосов А.Б.¹, Маркова М.Н.¹, Серегина Т.Н.¹, Скрипичин Н.А.¹, Скрипичина С.Ю.¹,
Росляков А.В.¹, Алифина Л.Ю.¹

¹ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара;

²ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара, e-mail: al.kuzmin55@yandex.ru

Проведен анализ лечения 58 детей с острыми и хроническими парапроктитами. Были выполнены микробиологические исследования по идентификации возбудителя из очага парапроктита, исследование кала на условно-патогенную флору (УПФ), исследование грудного молока на стерильность, ультразвуковое исследование перианальной области и промежности, интероперационное контрастирование очага, гистологическое исследование, использование интерактивных альгинатных повязок, имплантация коллостом при хроническом парапроктите с наличием хронических перианальных раневых дефектов. Дисбиоз кишечника у детей являлся одним из провоцирующих факторов развитие парапроктита. Острый процесс связан с причинной анальной криптой и аномальными протоками анальных желез. Избранным оперативным вмешательством являлась операция Габриэля, основными задачами которой являлись вскрытие и дренирование гнояника, а также ликвидация внутреннего отверстия свища, сообщающего полость гнояника с прямой кишкой.

Ключевые слова: дети, парапроктит, дисбиоз, операция Габриэля

THE ANALYSIS OF TREATMENT RESULTS AND TREATMENT OPTIMISATION IN CHILDREN WITH PARAPROCTITIS

Kuzmin A.I.², Munin A.G.¹, Barskaya M.A.², Zavyalkin V.A.², Teryokhina M.I.²,
Golosov A.B.¹, Markova M.N.¹, Seryogina T.N.¹, Skripitsyn N.A.¹, Skripitsyna S.Y.¹,
Roslyakov A.V.¹, Alifina L.Y.¹

¹Samara State Medical University, Samara;

²Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin, Samara, e-mail: al.kuzmin55@yandex.ru

The abstract goes about the analysis of treatment of 58 children with acute and chronicle paraproctitis. As for the examination the following procedures were made: microbiological invesigations from the disease focus areas for identification of the agent, investigation of the excrements for the conditionally pathogenic microorganisms, breast milk investigation for sterility, ultrasound examination of the perianal region and perineum, intraoperative focus areas contrast examination, histological investigation, the use of interactive alginate bandages, the use of collost in cases of chronicle paraproctitis with chronicle perianal wound defects. Intestinal dysbiosis in children was one of the provoking factors of paraproctitis development. The acute process is connected with the causative anal crypt and abnormal anal glands' ducts. The chosen operative treatment method was Gabriel surgery.

Keywords: children, paraproctitis, dysbiosis, Gabriel surgery

Актуальность. От 1 до 3% от общего количества стационарных больных с гнойной хирургической инфекцией составляют дети с парапроктитами. Быстрое прогрессирование воспалительного процесса при парапроктите у детей создает благоприятные условия для распространения инфекции. Чаще болеют парапроктитом дети первого года жизни – до 60% и выше, отмечается высокий риск хронизации процесса - от 8 до 20%[7]. При этом недостаточно освещены некоторые аспекты этиологии и патогенеза парапроктита у детей. По мнению А.В. Гераськина с соавторами (2012 г.) [1] хорошие исходы лечения острого

парапроктита получены при использовании в качестве хирургического вмешательства операции Габриэля.

Цель работы – анализ результатов лечения парапроктита у детей и определение оптимальных лечебных мероприятий, сводящих к минимуму послеоперационные осложнения в остром периоде и хронизацию процесса в отдаленном.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 58 детей с парапроктитами, находившимися на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии Самарской областной клинической больницы за 2013-2015 годы. Проводились микробиологические исследования по идентификации возбудителя из очага парапроктита, исследование кала на условно-патогенную флору (УПФ), исследование грудного молока на стерильность, УЗИ перианальной области и промежности[2], интероперационное контрастирование очага, гистологическое исследование, использование интерактивных альгинатных повязок, имплантация коллоста при хроническом парапроктите с наличием хронических перианальных раневых дефектов.

Результаты исследования. Пациентов с острым парапроктитом было 43, с хроническим – 15. Из них новорожденных и детей грудного возраста – 45, от 1 года до 3 лет – 8, старше 3 лет – 5. Из 43 детей, поступивших с острым парапроктитом, у 42 пациентов наблюдался подкожный и подкожно-подслизистый, у 1 – ишиоректальный. У 1 больного течение процесса до госпитализации было осложнено флегмоной промежности. Локализация свища при хроническом парапроктите по отношению к волокнам сфинктера была следующей: у 12 пациентов - интрасфинктерная, у 3 - трансфинктерная и экстрасфинктерная.

При микробиологическом исследовании из очага у детей с острым парапроктитом выделены *E.coli* у 21 пациента(48,4%), *Klebsiella pneumoniae*- у 8(18,6%), *Staph. aureus* - у 6(14,0%), *Staph. epidermidis*- у 3(7,1%), *Pseudomonas aeruginosa*- у 1 пациента(2,5%). У 4 пациентов (9,4%) в посевах из очага роста не было.

При микробиологическом исследовании из очага у детей с хроническим парапроктитом выделены *E.coli* у 7 пациентов (46,6%), *Klebsiella pneumoniae* - у 5(33,4%), *Staph. aureus* - у 3(20,0%).

Проведено исследование кала на УПФ у 38 детей, дисбиоз выявлен у 23 пациентов. При этом *E.coli haemolit.* выделена в 5(17,8%) наблюдений, *Klebsiella pneumoniae* - в 17(61,0%), *Pseudomonas* – в 2(7,0%), *Staphylococcus aureus* - в 4(14,2%). Сочетание *E.coli haemolit.* и *Klebsiella pneumoniae* отмечено у 3 пациентов, *Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa* у 2 пациентов.

Из молока 31 кормящей матери детей с парапроктитом при посеве на стерильность *Staph. aureus* выделен у 4(12,9%), *Staph. epidermidis* у 9(28,9%), *Streptococcus* у 1(3,3%), *E. coli* у 2(6,5%), *Klebsiella pneumoniae* у 3(9,7%), *Pseudomonas* у 1(3,3%), у 11(35,4%) посев был стерил.

При осмотре в перианальной области выявлялся инфильтрат с гиперемией и флюктуацией, болезненный при пальпации. При УЗИ перианальной области и промежности у детей с острыми парапроктитами обычно выявлялось пониженной эхогенности округлое или овальное образование неоднородной структуры без кровотока с наличием мелкодисперсной взвеси. Достаточно часто (у более 60% детей) от этого образования визуализировался свищевой ход, идущий к причинной крипте. Комплекс осмотра и выполнения УЗИ перианальной области достаточен для определения локализации гнойника и внутреннего свища при остром парапроктите, а также локализации полного свища при хроническом.

При проведении гистологического исследования выявлено, что острый процесс начинался с поражения анальной крипты и анальных желез (рис. 1) с дальнейшим распространением воспалительного процесса по аномальным протокам анальных желез, имеющим многочисленные каналы и разветвления с последующим распространением на клетчатку околопрямокишечной зоны с образованием абсцесса (рис. 2).

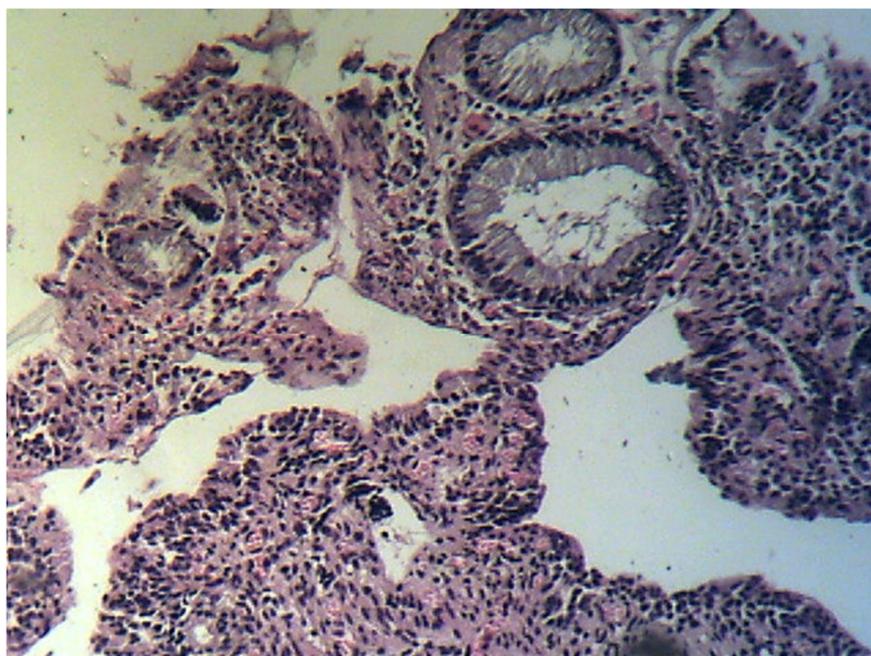


Рис. 1. Изменённая анальная крипта у ребенка с острым парапроктитом

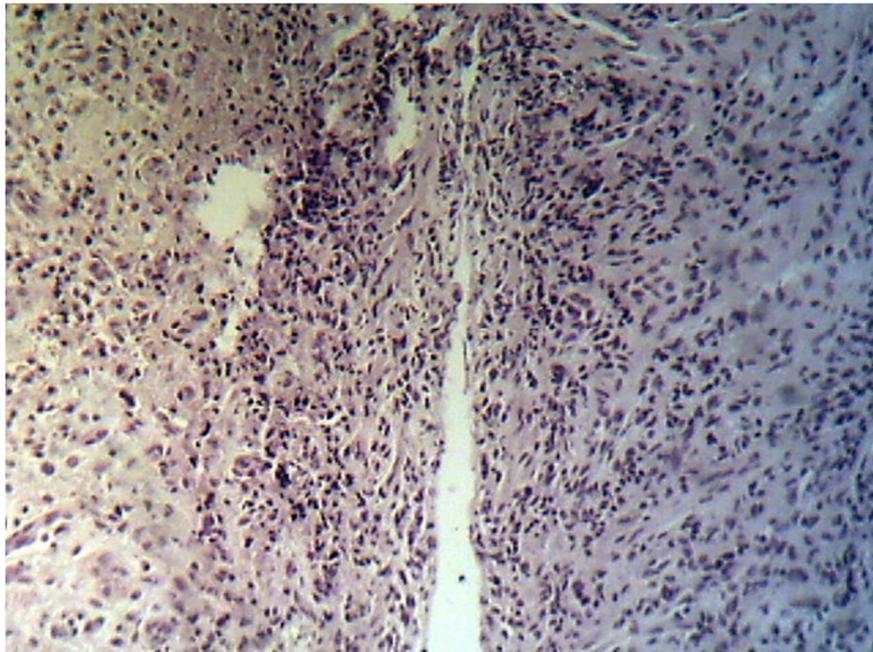


Рис. 2. Формирование свища с абсцедированием в параректальной клетчатке у ребенка с острым парапроктитом

Если не было произведено своевременное адекватное лечение, гнойник чаще всего самопроизвольно вскрывался наружу на кожу.

Избранным оперативным вмешательством у детей с острым парапроктитом являлась операция Габриэля[4,5,6]. Основные задачи операции: 1) вскрытие и дренирование гнойника; 2) ликвидация внутреннего отверстия свища, сообщающего полость гнойника с прямой кишкой. Важно четко соблюдать последовательность этапов оперативного вмешательства. В полость гнойника вводили 0,5— 1 % раствор метиленовой сини (рис. 3).



Рис. 3. Контрастирование полости гнояника у ребенка с острым парапроктитом с выявлением внутреннего отверстия свища в области анальной крипты

При осмотре ректальным зеркалом из пораженной крипты (внутреннего отверстия свища) выделялся гной с раствором метиленовой сини. Пораженную крипту брали на зажим, иссекали вместе с кожей в форме треугольника, вершиной расположенной к внутреннему свищевому отверстию, а основанием на перианальную кожу – иссекалась передняя стенка абсцесса с причинной криптой (рис. 4).



Рис. 4. Иссечение передней стенки абсцесса с причинной анальной криптой у ребенка с острым парапроктитом

Производили санацию раны с тампонированием альгинатным покрытием (сорбалгон, мелгисорб - содержат альгинат кальция, который быстро очищает рану и препятствует размножению микроорганизмов) (рис. 5), а в задний проход вводили турунду с антисептической мазью [3]. Тампонада раны интерактивными повязками с альгинатом кальция не превышала 2 - 4 дней.



Рис. 5. Тампонирование раны альгинатным покрытием

В последующем с 5 дня послеоперационного периода проводилось бужирование анального канала в течение 10 – 12 дней с применением антисептических мазевых

аппликаций на рану. Заживление раны происходило вторичным натяжением от дна, что предотвращало развитие свищей.

Пациенты получали направленную эмпирическую антибактериальную терапию с последующей коррекцией после получения результатов микробиологических исследований из очага, кала, грудного молока. Проводилось купирование болевого синдрома и гипертермии, лечение имеющегося дисбиоза кишечника. Рецидив заболевания в виде образования параректального свища отмечался у 3 пациентов. У 12 детей с хроническим парапроктитом оперативное лечение в остром периоде не проводилось (родители детей не обращались за медицинской помощью), поступили со сформированными свищами. 11 детям выполнялось иссечение параректальных свищей. У 2 пациентов оперативное вмешательство дополнялось имплантацией коллоста с целью активизации пролиферации и эпителизации в ране. Два пациента с хроническим парапроктитом не оперированы, проводилось активное консервативное лечение – санация свища, склерозирующая терапия. Средний к/день с острым парапроктитом составил 7,3, с хроническим – 8,3. Летальных исходов не было.

Выводы:

1. Наиболее часто парапроктит встречается у новорожденных и детей грудного возраста и протекает по типу подкожного или подкожно-подслизистого.
2. Инфицированное грудное молоко и возникший дисбиоз кишечника – факторы, провоцирующие развитие парапроктита у детей, что требует незамедлительной коррекции.
3. Острый процесс при парапроктите у детей связан с причинной анальной криптой и аномальными протоками анальных желез.
4. Операция Габриэля является операцией выбора при остром подкожном и подкожно-подслизистом парапроктите, так как при этом исключается одно из звеньев патогенеза – развитие параректального свища.
5. При сложных параректальных свищах для закрытия раневых дефектов эффективно использование коллоста.

Список литературы

1. Акопян А.С., Эксюзян Г.Э., Манукян Э.В., Курбанян А.Л., Багдасарян Т.Т., Агамалян С.С. Улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом. //Проблемы колопроктологии. – М., 2002. – Выпуск 18. – С.24-28.

2. Барская М.А. Кузьмин А.И., Мунин А.Г. Радикальное лечение острого гнойного парапроктита у детей. Актуальные вопросы хирургической инфекции у детей. – Воронеж, 2004. - С.41-42.
3. Барская М.А. Кузьмин А.И., Мунин А.Г. Диагностика и тактика при остром гнойном парапроктите у детей. Материалы 4 Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2005. – С. 315-316.
4. Детская колопроктология: Руководство для врачей / Под общ.ред. Гераськина А.В., Дронова А.Ф., Смирнова А.Н. – М.: Издательская группа «Контэнт», 2012. – С. 549 –560.
5. Мунин А. Г., Кузьмин А. И., Леонтьев А В., Т. Н. Серегина. Значение радикального оперативного лечения острого гнойного парапроктита у детей // Сборник трудов XVII межрегиональной научно-практической конференции памяти академика Н.Н. Бурденко «Актуальные проблемы современного практического здравоохранения». – Пенза, 2010. - С. 238-239.
6. Хамраев А.Ж. Тактика лечения острого парапроктита у детей раннего возраста и эффективность лазеротерапии // Детская хирургия. – 1997. –№ 2. – С. 49-51.
7. Хирургия живота и промежности у детей: Атлас / Под ред. А.В. Гераськина, А.Ф. Дронова, А.Н. Смирнова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. –С. 485-500.