

УДК 616-089:616-08

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ**Чарышкин А.Л., Дементьев И.Н.***ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»,
Ульяновск, e-mail: charyshkin@yandex.ru*

Проведено исследование по улучшению результатов хирургического лечения больных острым парапроктитом с использованием разработанного способа регионарной лимфотропной терапии. В работе описан разработанный способ регионарной лимфотропной терапии больных острым парапроктитом (заявка на изобретение № 2013103966). В работе представлены результаты обследования и лечения 190 больных с диагнозом «острый парапроктит» за период с 2005–2012 гг. В большинстве случаев заболевание встречается у лиц трудоспособного возраста от 21 до 50 лет (средний возраст больных в исследуемой группе у мужчин $40,2 \pm 8,4$ лет, у женщин $37,7 \pm 9,3$ лет). Проведена оценка предложенного способа регионарной лимфотропной терапии больных острым парапроктитом. При применении регионарной лимфотропной терапии у больных острым парапроктитом количество микробных тел снижается ниже критического уровня уже в первые сутки. Предложенный способ регионарной лимфотропной терапии больных острым парапроктитом позволяет уменьшить число рецидивов заболевания, обеспечивает нормализацию иммунной защиты.

Ключевые слова: острый парапроктит, послеоперационные осложнения**RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS SHARP PARAPROKSTITIS****Charyshkin A.L., Demytyev I.N.***Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, e-mail: charyshkin@yandex.ru*

Research on improvement of results of surgical treatment of patients sharp paraprostitis with use of the developed way of regionarny limfotropny therapy is conducted. In work the developed way of regionarny limfotropny therapy of patients sharp paraprostity (the demand for the invention № 2013103966) is described. In work results of inspection and treatment of 190 patients with the diagnosis sharp paraprostitis from 2005–2012 are presented. In most cases the disease meets at persons of able-bodied age from 21 to 50 years (average age of patients in studied group at men of $40,2 \pm 8,4$ years, at women of $37,7 \pm 9,3$ years). The assessment of the offered way of regionarny limfotropny therapy of patients sharp the paraprostity is carried out. At application of regionarny limfotropny therapy for patients sharp paraprostity the number of microbic bodies decreases below critical level in the first days. The offered way of regionarny limfotropny therapy of patients sharp the paraprostity allows to reduce number of recurrence of a disease, provides normalization of immune protection.

Keywords: sharp paraprostity, postoperative complications

Ведущим предрасполагающим фактором возникновения сложных форм острого парапроктита является ослабление местного и гуморального иммунитета [1, 2, 8].

В настоящее время накоплен значительный потенциал положительных результатов применения методов и средств клинической лимфологии в различных областях медицины [3, 4, 7]. Наиболее результативным и в тоже время простым методом доставки фармакологических препаратов в лимфатическую систему является регионарная лимфотропная терапия, обеспечивающая высокие и длительно сохраняющиеся концентрации лекарственных препаратов в патологическом очаге и регионарных лимфатических узлах [5, 6, 9, 10].

Многие авторы отмечают, что не прямое эндолимфатическое введение антибактериальных препаратов обладает убедительными преимуществами перед внутривенным и внутримышечным способами введения [5, 6, 8].

Целью нашего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных острым парапроктитом путем применения регионарной лимфотропной терапии.

Материал и методы исследования

В работе представлены результаты обследования и лечения 190 больных с диагнозом «острый парапроктит», находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница» г. Ульяновска в период с 2005 по 2012 год.

Распределение больных по характеру патологического процесса: подкожно-подслизистый парапроктит диагностирован у 119 (62,6%) пациентов, ишиоректальный парапроктит – у 68 (35,8%) больных, пельвиоректальный парапроктит – у 3 (1,6%).

Среди пациентов статистически значимо ($p < 0,05$) преобладали лица мужского пола (80%), женщины составляли 20%. В большинстве случаев заболевание встречалось у лиц трудоспособного возраста от 21 до 50 лет (средний возраст больных в исследуемой группе у мужчин – $40,2 \pm 8,4$ лет, у женщин $37,7 \pm 9,3$ лет).

Для решения поставленных задач были использованы клиничко-лабораторные, бактериологические, иммунологические, рентгенологические, эндоскопические, статистические методы исследования.

Все больные оперированы в первые сутки после поступления в стационар. Под внутривенным наркозом производили вскрытие гнойного очага, удаление некротизированных и нежизнеспособных тканей, очищение от гноя и секвестров, разрушение имеющихся перемычек, расщепление свищевой ход, иссекалась пораженная кривта. Полость промывалась антисептическим раствором (0,05% водный раствор хлоргексидина).

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от применяемого лечения в послеоперационном периоде. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии.

1 группа (сравнения) – 131 пациент, проводили базовое лечение. Местное лечение ран проводили в соответствии с фазами раневого процесса. Ежедневно выполняли перевязки с антисептиками (хлоргексидин, перекись водорода, йодопирон), мазями на гидрофильной основе (левомиколь) в фазу воспаления. В фазу регенерации накладывали водорастворимые мази, мази на жировой основе, стимулирующие вещества. В фазе эпителизации и рубцевания применяли стимулирующие мази. Больные получали обезболивающие (кеторол), антибактериальную терапию (цефотаксим).

2 группа (сравнения) – 15 пациентов, проводили базовое лечение, аналогичное 1 группе больных: обезболивающие (кеторол), антибактериальную терапию (цефотаксим) и дополнительно раствор дерината 5 мл 1 раз в двое суток 4 раза, который вводили подкожно в область плеча.

В 3-ю группу (основная) вошли 44 пациента, которым проводили базовое лечение, и по разработанной нами методике (заявка на изобретение № 2013103966) в послеоперационном периоде лекарственные препараты вводились подкожно, на границе средней и нижней трети голени. С предварительным введением лидазы 32 ед., разведенной в 2 мл 0,25% новокаина, затем через 5–10 минут вводили 1000 мг цефалоспорины третьего поколения (цефотаксим), разведенного в 5 мл 0,25% новокаина 1 раз в сутки в течение 5 дней, и раствор дерината 5 мл 1 раз в двое суток 4 раза.

Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Статистическая обработка данных проведена при помощи пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Мы провели исследование иммунного статуса у 55 пациентов (20 пациентов основной группы, 20 пациентов 1-й группы, 15 пациентов 2-й группы).

Таблица 1

Результаты исследования Т-клеточного звена иммунитета у больных острым парапроктитом до лечения

Показатели (единицы измерения)	Границы нормы	Здоровые доноры (n = 20)	Первая группа больных (n = 20)	Вторая группа больных (n = 15)	Третья группа больных (n = 20)
Лимфоциты (абс. ·10 ⁹ /л)	1,6–3,35	1,89 ± 0,03	1,73 ± 0,02*	1,69 ± 0,02*	1,68 ± 0,03*
CD3+ (абс. ·10 ⁹ /л)	0,7–2,25	1,23 ± 0,05	0,96 ± 0,03*	0,95 ± 0,05*	0,94 ± 0,04*
CD4+ (абс. ·10 ⁹ /л)	0,55–1,55	0,87 ± 0,11	0,58 ± 0,03*	0,60 ± 0,04*	0,63 ± 0,02*
CD8+ (абс. ·10 ⁹ /л)	0,25–0,75	0,39 ± 0,04	0,41 ± 0,02*	0,40 ± 0,05*	0,40 ± 0,03*
CD4+/CD8+ (абс.)	1,5–3	2,29 ± 0,03	1,46 ± 0,04*	1,49 ± 0,04*	1,52 ± 0,03*

Примечание. * – достоверность результатов по сравнению с нормальными показателями при $p < 0,05$.

В табл. 1 представлены результаты исследования Т-клеточного звена иммунитета у больных острым парапроктитом до начала лечения. Сравнивая результаты Т-клеточного звена иммунитета у больных острым парапроктитом до начала лечения с результатами исследования у здоровых лиц, видно, что абсолютное содержание лимфоцитов, Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+) в периферической крови у больных с острым парапроктитом было ниже нормы. Показатель соотношения клеток хелперов к клеткам супрессорам (CD4+/CD8+) также был ниже, чем у здоровых лиц.

Содержание в плазме крови иммуноглобулинов классов М и А достоверно не отличались от данных показателей здоровых лиц. В табл. 2 представлена характеристика нарушений гуморального звена иммунной системы больных острым парапроктитом.

В гуморальном звене иммунитета мы выявили следующие изменения (табл. 2).

Содержание CD20+ (В-лимфоцитов) увеличилось до 0,29 ± 0,02 абс. ·10⁹/л в первой группе, 0,28 ± 0,04 абс. ·10⁹/л во второй группе, 0,31 ± 0,03 абс. ·10⁹/л в третьей группе в сравнении со здоровыми лицами 0,19 ± 0,03 ($p < 0,05$). Выявлено повышение уровня Ig G до 15,64 ± 0,37 г/л в первой группе, 15,43 ± 0,31 г/л во второй группе, 15,37 ± 0,28 г/л в третьей группе в сравнении со здоровыми лицами 10,87 ± 0,41 ($p < 0,05$). Уровень ЦИК в первой группе составил 110,3 ± 5,13 усл. ед., во второй группе 113,4 ± 4,01 усл. ед., в третьей группе 114,1 ± 3,28 усл. ед., что убедительно выше, чем ЦИК у здоровых лиц 51,27 ± 1,93 ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные результаты иммунологического обследования показали, что при остром парапроктите нарушаются все звенья иммунной защиты и поэтому необходимо оптимизировать лечение данного заболевания путем включения иммуномодулятора дерината в регионарную лимфотропную терапию.

Таблица 2

Результаты исследования гуморального звена иммунитета у больных острым парапроктитом до лечения

Показатели (единицы измерения)	Границы нормы	Здоровые доноры (n = 20)	Первая группа больных (n = 20)	Вторая группа больных (n = 15)	Третья группа больных (n = 20)
CD20+ (абс. · 10 ⁹ /л)	0,15–0,5	0,19 ± 0,03	0,29 ± 0,02*	0,28 ± 0,04*	0,31 ± 0,03*
IgA(г/л)	1,6–3,0	1,93 ± 0,04	1,91 ± 0,05	1,90 ± 0,04	1,92 ± 0,03
IgG (г/л)	7,0–20,0	10,87 ± 0,41	15,64 ± 0,37*	15,43 ± 0,31*	15,37 ± 0,28*
IgM (г/л)	0,5–2,0	1,11 ± 0,02	1,08 ± 0,07	1,07 ± 0,06	1,09 ± 0,05
ЦИК (усл. ед.)	< 90	51,27 ± 1,93	110,3 ± 5,13*	113,4 ± 4,01*	114,1 ± 3,28*

Примечание: * – достоверность результатов по сравнению с нормальными показателями при $p < 0,05$.

Длительность инфильтрации мягких тканей в первой группе больных составила в среднем $6,2 \pm 1,4$ суток, во второй – $5,0 \pm 1,3$ суток, в третьей группе – $4,3 \pm 1,6$ суток. Различия сроков является статистически значимым ($p < 0,05$).

Анализ данных о сроках очищения ран среди исследуемых групп больных показал, что в первой группе с применением в послеоперационном периоде традиционных методов лечения очищение ран наступало лишь на $7,5 \pm 1,4$ сутки. Во второй группе очищение ран от гнойно-некротического отделяемого наступало на $5,0 \pm 1,5$ сутки. Лучший результат достигнут у больных третьей группы, что составило $4,2 \pm 1,8$ суток ($p < 0,05$).

Грануляции и краевая эпителизация появлялись в первой группе на $9,5 \pm 1,3$ сутки, во второй группе на $7,6 \pm 1,2$ сутки, а в третьей группе на $6,1 \pm 1,1$ сутки, что говорит о более выраженном клиническом эффекте в случае использования предложенного способа регионарной лимфотропной терапии ($p < 0,05$).

Таким образом, из полученных результатов видно, что наилучшие результаты наблюдаются в третьей группе больных, где исчезновение инфильтрации, очищение раны и появление грануляций, эпителизации наблюдается на ранних сроках, что способствует сокращению сроков заживления раны.

Наиболее частой причиной ранних послеоперационных осложнений было увеличение площади нагноения, в третьей группе данных осложнений не наблюдали. Кровотечение возникло у 5,3% больных первой группы, у 13,3% больных второй группы и 4,5% больных третьей группы. Задержка мочеиспускания возникла у 3% больных первой группы, у 4,5% больных третьей группы, во второй группе данных осложнений не наблюдалось, данное осложнение мы связываем с сопутствующей патологией

предстательной железы. При рассмотрении этих данных видно, что максимальное число ранних послеоперационных осложнений наблюдается в первой группе, а минимальное количество в третьей группе больных.

Средние сроки госпитализации в первой группе $9,2 \pm 6,0$ суток, во второй – $8,1 \pm 2,7$ суток, в третьей – $6,3 \pm 3,2$, что в среднем на 3 суток меньше, чем в первой группе ($p < 0,05$).

После традиционного лечения у больных первой группы мы наблюдали дальнейшее снижение показателей лимфоцитов $1,64 \pm 0,03$ абс. · 10⁹/л, CD3+ (Т-лимфоцитов) $0,89 \pm 0,04$ абс. · 10⁹/л, CD4+ (Т-хелперов) $0,53 \pm 0,02$ абс. · 10⁹/л, индекса нагрузки $1,32 \pm 0,03$. В гуморальном звене больных первой группы после лечения происходило снижение уровня CD20+ (В-лимфоцитов) $0,26 \pm 0,03$ абс. · 10⁹/л., увеличение уровня IgG $16,17 \pm 0,18$ г/л. Уровень ЦИК значительно уменьшился, но несколько выше, чем у здоровых лиц $91,3 \pm 2,19$ усл. ед.

У больных 2-й группы достоверно увеличилось количество лимфоцитов $1,71 \pm 0,03$ абс. · 10⁹/л, CD3+ (Т-лимфоцитов) $1,01 \pm 0,06$ абс. · 10⁹/л, CD4+ (Т-хелперов) $0,64 \pm 0,04$ абс. · 10⁹/л. Происходила нормализация индекса нагрузки (CD4+/CD8+) $1,59 \pm 0,03$, что говорит о возвращении к норме соотношений субпопуляций Т-лимфоцитов (Т-хелперов и Т-супрессоров). В гуморальном звене больных второй группы после лечения не происходило снижение уровня CD20+ (В-лимфоцитов) $0,28 \pm 0,02$ абс. · 10⁹/л., снижение уровня IgG $14,34 \pm 0,28$ г/л. Уровень ЦИК уменьшился до $84,5 \pm 2,31$ усл. ед., что соответствует границам нормы.

У больных 3-ей группы достоверно увеличилось количество лимфоцитов $1,79 \pm 0,02$ абс. · 10⁹/л, CD3+ (Т-лимфоцитов) $1,06 \pm 0,05$ абс. · 10⁹/л, CD4+ (Т-хелперов) $0,67 \pm 0,02$ абс. · 10⁹/л. Происходила нормализация индекса нагрузки (CD4+/CD8+)

1,63 ± 0,02, что говорит о возвращении к норме соотношений субпопуляций Т-лимфоцитов (Т-хелперов и Т-супрессоров). В гуморальном звене больных третьей группы после лечения происходило снижение уровня CD20+ (В-лимфоцитов) 0,27 ± 0,03 абс. · 10⁹/л., снижение уровня IgG 14,12 ± 0,31 г/л. Уровень ЦИК значительно уменьшился до 76,2 ± 3,22 усл. ед., что соответствует границам нормы.

Таким образом, результаты иммунологических исследований показали, что у пациентов первой группы в послеоперационном периоде происходит дальнейшее угнетение иммунологической реактивности, а во второй группе больных острым парапроктитом благодаря применению в послеоперационной терапии препарата дерината, происходила нормализация показателей иммунной защиты. Однако достоверно наибольший эффект выявлен в третьей группе больных при включении дерината в регионарную лимфотропную терапию.

Улучшение результатов лечения у больных острым парапроктитом, связано с высокой эффективностью предложенной лимфотропной терапии, которая позволяет уменьшить число рецидивов заболевания, обеспечивает нормализацию иммунной защиты.

Выводы

1. У больных с острым парапроктитом нарушается Т-клеточное и В-клеточное звено иммунной защиты, происходит снижение абсолютного содержания лимфоцитов, Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), увеличиваются В-лимфоциты (CD20+) и повышается уровень Ig G в сравнении со здоровыми донорами.

2. У больных острым парапроктитом, которым применяли разработанный способ регионарной лимфотропной терапии, наблюдается достоверная нормализация показателей иммунной защиты, а у больных после традиционного лечения происходит дальнейшее угнетение иммунологической реактивности.

Список литературы

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии – Куйбышев, 1973. – Т 3. – С. 517–555.
2. Коплатадзе А.М. Место латексной лигатуры в хирургии острого парапроктита / А.М. Коплатадзе, С.Д. Ким, Э.Э. Болквадзе // Проблемы колопроктологии: Республиканский сб. науч. тр., вып. 18/ГИЦ колопроктологии. – М., 2002. – С. 102–105.
3. Слесаренко С.С. Результаты хирургического лечения острого парапроктита/ С.С. Слесаренко, В.Э. Федоров // Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. 6-й Всероссийской конференции с международным участием. – М., 2005. – С. 125–126.
4. Чарышкин А.Л. Результаты хирургического лечения больных острым парапроктитом/ А.Л. Чарышкин, А.А. Сол-

датов, И.Н. Дементьев // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2011. – № 4. – С. 49–53.

5. Jain K.K. Drug Delivery Systems. – Humana Press, 2008. – 251 p.

6. Jain R.K., Padera T.P. Prevention and Treatment of Lymphatic Metastasis by Antilymphangiogenic Therapy // J. Natl. Cancer Inst. – 2002. – Vol. 94, № 11. – P. 785–787.

7. Moorthy K. Necrotising perineal infection: a fatal outcome of ischioanal fossa abscesses / K. Moorthy, P.P. Rao, A.N. Supe // J.R. Coll. Surg. Edinb. – 2000. – Vol. 45, № 5. – P. 281–284.

8. Nelson R. Anorectal abscess fistula: what do we know? // Surg Clin North Am. – 2002 Dec. – № 82(6)ю – P. 1139–1151.

9. Papisov M.I., Yurkovetskiy A., Syed S. et al. A Systemic Route for Drug Loading to Lymphatic Phagocytes. // Mol. Pharmaceutics. – 2005. – Vol. 2, № 1. – P. 47–56.

10. Pescatori M. Double flap technique to reconstruct the anal canal after concurrent surgery for fistulae, abscesses and haemorrhoids / M. Pescatori, A. Interisano, D. Mascagni et al. // Int. J. Colorectal. Dis. – 1995. – Vol. 10. – P. 19–21.

References

1. Aminев А.М. Руководство по проктологии Куйбышев, 1973., Т 3. pp. 517–555.
2. Koplataдзе А.М. Место латексной лигатуры в хирургии острого парапроктита / А.М. Koplataдзе, С.Д. Ким, Je. Je. Болквадзе // Problemy koloproktologii: Respublikanskiy sb. nauch. tr., vyp. 18/GIC koloproktologii. Moskva, 2002. pp. 102–105.
3. Slesarenko S.S. Rezul'taty hirurgicheskogo lecheniya ostrogo paraproktita/ S.S. Slesarenko, V. Je. Fedorov // Aktual'nye problemy koloproktologii: Tez. dokl. 6-j Vserossiyskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. Moskva, 2005. pp. 125–126.
4. Charyshkin A.L. Rezul'taty hirurgicheskogo lecheniya bol'nyh ostrym paraproktitom/ A.L. Charyshkin, A.A. Soldatov, I.N. Dement'ev // Ul'janovskiy mediko-biologicheskij zhurnal.-2011. no. 4. pp. 49–53.
5. Jain K.K. Drug Delivery Systems. Humana Press, 2008. 251 p.
6. Jain R.K., Padera T.P. Prevention and Treatment of Lymphatic Metastasis by Antilymphangiogenic Therapy // J. Natl. Cancer Inst. 2002. Vol. 94, no. 11. pp. 785–787.
7. Moorthy K. Necrotising perineal infection: a fatal outcome of ischioanal fossa abscesses / K. Moorthy, P.P. Rao, A.N. Supe // J.R. Coll. Surg. Edinb. 2000. Vol. 45, no. 5. pp. 281–284.
8. Nelson R. Anorectal abscess fistula: what do we know? // Surg Clin North Am. 2002 Dec. 82(6): 1139–1151.
9. Papisov M.I., Yurkovetskiy A., Syed S. et al. A Systemic Route for Drug Loading to Lymphatic Phagocytes. // Mol. Pharmaceutics 2005. Vol. 2, no. 1. pp. 47–56.
10. Pescatori M. Double flap technique to reconstruct the anal canal after concurrent surgery for fistulae, abscesses and haemorrhoids / M. Pescatori, A. Interisano, D. Mascagni et al. // Int. J. Colorectal. Dis. 1995. Vol. 10. pp. 19–21.

Рецензенты:

Белый Л.Е., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск;

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии, стоматологии, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Работа поступила в редакцию 21.06.2013.