

*В.А. Гинюк, В.М. Русинович, Г.П. Рычагов, Е.В. Метельская, А.В. Родич*

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общей хирургии*

*Минский городской центр колопроктологии*

**Научный руководитель:** *д.м.н., профессор Г.П. Рычагов*

В статье представлен ретроспективный анализ 1101 истории болезни пациентов с острым парапроктитом, находившихся на лечении в отделении колопроктологии ЗГКБ г. Минска с 2006г. по 2008г.

Показано, что самой частой патологией в проктологической практике, потребовавшей экстренного хирургического вмешательства, остается острый парапроктит, заболеваемость которым не имеет тенденции к снижению. Острым парапроктитом преимущественно страдают лица трудоспособного возраста, среди которых чаще встречаются мужчины. В статье анализируются способы хирургического и комбинированного лечения данной патологии и бактериальный спектр высеваемой микрофлоры.

**Ключевые слова:** анализ, заболеваемость, острый парапроктит

*V.A. Giniuk, G.P. Rychagov, V.M. Rusinovich, E.V. Metelskaya, A.V. Rodich*

## **THE MORBIDITY ANALYSIS OF ACUTE PARAPROCTITIS**

*Department of General Surgery, The Belarussian State Medical University, Minsk*

*The Minsk Centre of Coloproctology, Minsk*

**The scientific supervisor:** *professor, doctor of medical sciences G.P. Rychagov*

1101 patients with the acute paraproctitis were cured in the Minsk centre of coloproctology (Minsk clinical hospital №3) from 2006 to 2008. The retrospective analysis of these patients is presented in the article.

It is shown that acute paraproctitis is the most common surgical emergency in the proctologic practice and its rate of morbidity has no tendency to depression. Able-bodied aged persons mainly suffer from an acute paraproctitis. Men prevail. The

article gives analysis of forms and ways of treatment of this pathology, and the basic structure of a sowed microflora also.

**Keywords:** analysis, morbidity, acute paraproctitis.

## **Введение**

Гнойно-воспалительные заболевания промежности и околопрямокишечной клетчатки занимают первое место среди пациентов с экстренной проктологической патологией. Одним из наиболее частых заболеваний, требующих экстренной операции, является острый парапроктит.

Известно, что заболеваемость парапроктитом составляет около 0,5 % всего населения [1, 2]. По данным литературы пациенты с острым парапроктитом составляют 0,5-4% среди пациентов с общехирургической патологией и 20-40% в структуре проктологических заболеваний. Пациенты с хроническим парапроктитом составляют 0,5-4% от общего числа стационарных хирургических больных и 30-35% среди пациентов с заболеваниями прямой кишки [3, 4, 5, 6, 7].

До настоящего времени вопросы диагностики и лечения данного заболевания полностью не решены. Это связано с рядом обстоятельств. Не решены организационные вопросы оказания специализированной проктологической помощи: большинство пациентов по-прежнему оперируются в общехирургических стационарах; появляются новые технические возможности диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний промежности и клетчаточных пространств таза. Можно утверждать, что данная патология имеет также социальное значение, так как количество пациентов, многие из которых лечатся многократно и нередко без должного успеха, постоянно увеличивается [8, 9, 10, 11].

По современным представлениям, острый парапроктит возникает вследствие воспаления анальных желез [5]. При их деструкции инфекция первоначально локализуется в подслизистом слое, в дальнейшем же, вызывая

воспаление клетчатки межсфинктерного, а затем параректального пространств, приводит к различным формам острого парапроктита [3].

Целью настоящего исследования явился анализ заболеваемости острым парапроктитом по данным медицинских карт пациентов, пролеченных в Минском городском центре колопроктологии на базе УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова» за период с 2006 по 2008 год. Центр является учреждением по оказанию высокоспециализированной помощи колопроктологическим больным. В нем концентрируются все жители г. Минска с острой хирургической патологией ано-копчиковой области, промежности, мягких тканей таза, прямой кишки.

### **Материалы и методы.**

Основу клинического материала по изучению структуры заболеваемости острым парапроктитом составили данные медицинских карт 1101 пациента, пролеченных на базе колопроктологического отделения УЗ «3-я ГКБ им. Е.В. Клумова» за период с января 2006 по декабрь 2008 года. Проведен анализ поступления пациентов в стационар, локализации процесса, возрастного и полового состава пациентов, анамнестических данных, характера проведенного лечения и длительности пребывания в стационаре. Изучен бактериальный спектр высеваемой микрофлоры.

Исследование носило ретроспективный характер. Выборка пациентов и историй болезней для исследования проводилась сплошным методом. Критерием отбора считали наличие у пациента острого парапроктита. При ретроспективном исследовании на первом этапе были использованы журналы регистрации пациентов, находившихся на стационарном лечении и истории болезни пациентов, страдающих острым парапроктитом. На втором этапе проводилась выкопировка информации на регистрационные карты с последующим формированием компьютерной базы данных, позволяющей провести математическую и графическую обработку. Были изучены общие тенденции в частоте и структуре заболеваемости острым парапроктитом.

### **Результаты и обсуждение.**

За изучаемый период в отделении колопроктологии пролечено 7765 пациентов. Выполнена 5831 операция. Оперативная активность за три года составила 75%. По экстренным показаниям выполнено 2036 оперативных вмешательств, что составило 35% от общего числа операций. По поводу острого парапроктита оперирован 1101 пациент, что составило 54% от экстренных оперативных вмешательств и 19% от всех операций в отделении за текущий период. Средняя продолжительность лечения в отделении пациентов с данной патологией составила 6,0 дней. Данные о количестве пролеченных пациентах, количестве операций и их структуре представлены в таблице 1.

Таблица 1- Показатели экстренной хирургической помощи

Показатель	Годы			
	2006	2007	2008	за 3 года
<b>Всего пролечено пациентов</b>	2454 (100%)	2573 (100%)	2738 (100%)	7765 (100%)
<b>Всего выполнено операций</b>	1806 (100%)	1950 (100%)	2075 (100%)	5831 (100%)
<i>Экстренные операции</i>	593 (34%)	731 (37%)	712 (34%)	2036 (35%)
<i>Плановые операции</i>	1213 (66%)	1219 (63%)	1363 (66%)	3795 (65%)
<b>Оперативная активность</b>	73,5%	75,8%	75,8%	75%
<b>Количество операций по поводу острого парапроктита</b>	325 (18%)	394 (20%)	382 (19%)	1101 (19%)
<b>Вскрытие пилонидальной кисты с абсцессом</b>	198 (11%)	266 (17%)	253 (12%)	717 (13,3%)
<b>Прочие экстренные операции</b>	70 (4%)	71 (3,6%)	77 (3,7%)	218 (3,8%)
<b>Средняя длительность лечения пациентов с острым парапроктитом</b>	6,0	5,5	6,5	6,0

Таким образом, самыми частыми проктологическими заболеваниями, потребовавшими экстренного хирургического вмешательства, были острый парапроктит и нагноение пилонидальной кисты.

Анализ заболеваемости по годам свидетельствует, что частота острого парапроктита из года в год остается стабильно высокой. На число всех жителей г. Минска она составляет 0,02%.

Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблицах 2 и 3.

Таблица 2 – Распределение пациентов с острым парапроктитом по возрасту

Возраст пациентов	Год			
	2006г.	2007г.	2008г.	всего
<b>15-30 лет</b>	61 (18.8%)	75 (19%)	76 (20%)	212 (19.3%)
<b>31-45 лет</b>	109 (32.6%)	117 (29.4%)	123 (32.1%)	349 (31.4%)
<b>46-60 лет</b>	126 (38.8%)	160 (40.6%)	157 (41%)	443 (40.1%)
<b>61-75 лет</b>	26 (8%)	34 (8.6%)	19 (5.1%)	79 (7.2%)
<b>76-90 лет</b>	3 (1.8%)	8 (2%)	7 (1.8%)	18 (2%)

Таблица 3 – Распределение пациентов с острым парапроктитом по полу

Пол	Год			
	2006г.	2007г.	2008г.	всего
<b>Мужчины</b>	257 (79%)	302 (76.6%)	298 (78%)	857 (77.9%)
<b>Женщины</b>	68 (21%)	92 (23.4%)	84 (22%)	244 (22.1%)

По данным нашего исследования острый парапроктит у мужчин встречается значительно чаще, чем у женщин. На наш взгляд, это обстоятельство можно объяснить более частым употреблением мужчинами крепких спиртных напитков, профессиональным и гигиеническим фактором, анатомическими и физиологическими особенностями мужского организма.

Среди пациентов преобладает молодой и средний возраст 31 – 60 лет. Это лица трудоспособного возраста, которые составили 71,5%. Это обстоятельство позволяет нам сделать акцент на данном заболевании, как социальной проблеме. Заболеваемость среди пациентов юношеского возраста составляет 19.3%. Лица старшей возрастной группы встречаются значительно реже (9,2 %) по сравнению с людьми, занимающимися активной трудовой деятельностью. Эта группа пациентов была наиболее проблематичной в лечении в силу

возрастных особенностей, тяжелой сопутствующей патологии и ограниченных репаративных возможностей организма. Гнойные процессы у них протекали более тяжело и длительно.

Данные о распределении пациентов с острым парапроктитом по локализации процесса представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Распределение пациентов с острым парапроктитом по локализации процесса

Локализация парапроктита	Год			
	2006г.	2007г.	2008г.	всего
<b>Подкожный</b>	274 (84.3%)	314 (79.7%)	292 (77.1%)	880 (80.4%)
<b>Подслизистый</b>	1 (0.3%)	1 (0.3%)	2 (0.4%)	4 (0.3%)
<b>Ишиоректальный</b>	46 (14.2%)	75 (19%)	80 (21%)	201 (18.1%)
<b>Пельвиоректальный</b>	4 (1.2%)	4 (1.0 %)	8 (1.5%)	16 (1.2%)

Согласно приведенным данным, гнойный очаг располагался в подкожной клетчатке в 80,4% случаев, в ишиоректальной области в 18,1% случаев, в пельвиоректальной области в 1,2% случаев. Наши результаты исследования согласуются с литературными данными (В.Дульцев, К.Н. Саламов).

Данные о структуре пути поступления пациентов с острым парапроктитом в стационар представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Распределение пациентов с острым парапроктитом по пути поступления в стационар

Путь поступления в стационар	Год			
	2006г.	2007г.	2008г.	всего
<b>Доставлены бригадой СМП</b>	64 (19.7%)	52 (13.2%)	47 (12.2%)	163 (15%)
<b>По направлению из поликлиники</b>	240 (73.8%)	308 (78.2%)	290 (76%)	838 (76%)
<b>Обратились самостоятельно</b>	0	3 (0.8%)	9 (2.6%)	12 (1.1%)
<b>Перевод из других лечебных учреждений</b>	13 (4%)	23 (5.8%)	24 (6.2%)	60 (5.3%)
<b>По направлению из медицинских центров</b>	8 (2.5%)	8 (2%)	12 (3%)	28 (2.6%)

По нашим данным структура пути поступления пациентов в проктологический стационар из года в год почти не изменялась. Основная масса пациентов поступила по направлению врачей поликлиники (76%), что свидетельствует о важной роли поликлинического звена в диагностике данной патологии на догоспитальном этапе. 15% пациентов доставлены бригадами скорой медицинской помощи. Это в основном поступления в вечернее и ночное время, а также поступления тяжелых пациентов, самостоятельное обращение которых либо обращение их в поликлинику не представлялось возможным. На долю иных путей поступления приходится 9%.

Данные о распределении пациентов по длительности болезни до госпитализации и по срокам госпитализации представлены в таблицах 6 и 7.

Таблица 6 – Распределение пациентов с острым парапроктитом по длительности болезни до госпитализации

Количество дней болезни до госпитализации	Год			
	2006г.	2007г.	2008г.	всего
<b>1-3 дня</b>	153 (47%)	229 (58%)	233 (61%)	615 (55.3%)
<b>4-6 дней</b>	92 (28.3%)	85 (21.6%)	90 (23.6%)	267 (24.5%)
<b>7-10 дней</b>	59 (18.2%)	58 (14.7%)	42 (11%)	159 (14.6%)
<b>11 и более дней</b>	21 (6.5%)	22 (5.6%)	17 (4.4%)	60 (5.6%)

Таблица 7 – Распределение пациентов с острым парапроктитом по длительности госпитализации

Количество дней, проведенных в стационаре	Год			
	2006г.	2007г.	2008г.	всего
<b>1-3 дня</b>	98 (30.2%)	120 (30.5%)	162 (42.4%)	380 (34.4%)
<b>4-6 дней</b>	139 (42.8%)	186 (47.2%)	129 (33.8%)	454 (41.3%)
<b>7-10 дней</b>	59 (18.2%)	56 (14.2%)	69 (18.1%)	184 (16.8%)
<b>11 и более дней</b>	29 (8.8%)	32 (8.1%)	22 (5.7%)	83 (7.5%)

Продолжительность болезни до госпитализации и сроки лечения пациентов в стационаре два взаимосвязанных показателя. Поздняя обращаемость удлинняет сроки лечения и заживления раны, что связано с распространением гнойно-воспалительного процесса. Время заболевания не влияет на радикальность проведенного оперативного вмешательства. Наблюдаемое увеличение поступления пациентов в первые трое суток от начала заболевания указывает на улучшение диагностики врачами поликлиник, однако количество пациентов, обратившихся за медицинской помощью через 7 и более дней от начала заболевания, остается высоким. Отсутствие положительной динамики данного показателя указывает на недостаточно высокий уровень санитарной культуры населения. Именно в этой группе пациентов были тяжелые формы гнойно-воспалительного процесса в параректальной клетчатке и более длительные сроки госпитализации.

Всем пациентам при поступлении в стационар проводился комплекс диагностических исследований, визуальное и пальпаторное определение локализации и размеров гнойного очага. После проведения предоперационной подготовки под сакральной или тотальной внутривенной анестезией проводилось хирургическое вмешательство. Выбор метода операции определялся локализацией гнойника и внутреннего свищевого отверстия, а также отношением свищевого хода к волокнам сфинктера. Во всех случаях производился забор материала для бактериологического исследования.

Вскрытие гнойника и санация его антисептиками проводились по общепринятой методике с обязательным дренированием гнойной полости марлевыми тампонами с мазями на гидрофильной основе. Для диагностики входных ворот гнойно-воспалительного очага использовалась проба с красителем. При наличии интрасфинктерного и трансфинктерного расположения первичного свищевого хода применялась операция Габриеля. При экстрасфинктерном расположении свища прямой кишки применялся лигатурный метод. Эта методика позволяла минимизировать риск развития анальной инконтиненции в послеоперационном периоде. В зависимости от



локализации и распространенности воспалительного процесса, общей реакции организма на болезнь и других привходящих факторов, определялась дальнейшая тактика ведения пациента после операции. По показаниям проводилась антибиотикотерапия, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия. Антибактериальная терапия была назначена в 87.8% случаев. В первые 4-5 дней в послеоперационном периоде использовались мази на гидрофильной основе (Левомеколь, Левасин). Со второго дня после операции пациенты принимали лечебные сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия. Со вторых суток на протяжении всего периода пребывания в стационаре им назначались физиотерапевтические процедуры (УВЧ, магнитотерапия). Данные о проведенном лечении представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Распределение пациентов с острым парапроктитом по методам лечения

Метод лечения	Год			
	2006г.	2007г.	2008г.	всего
<b>Хирургический</b>	24 (7.4%)	72 (18%)	54 (14.1%)	150 (12.2%)
<b>Хирургический и антибиотикотерапия</b>	301 (92.6%)	322 (82%)	328 (85.9%)	951 (87.8%)

При изучении микрофлоры, вызывающей острый парапроктит, нами установлено, что наиболее часто выявляется Гр<sup>-</sup> флора в виде энтеробактерий *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella oxytoca*. *Escherichia coli* встречалась в подавляющем большинстве случаев. На втором месте находились стафилококки, которые представлены *Staph. aureus* и *Staph. epidermidis*. В ряде случаев Гр<sup>-</sup> флора сочеталась с Гр<sup>+</sup> флорой.

Состав высеваемой микрофлоры представлен в таблице 9. Остальные микроорганизмы, представленные в таблице, были выявлены менее чем в 0,5% случаев.

Таблица 9 – Состав высеваемой микрофлоры

Высеваемая микрофлора	Год		
	2006г.	2007г.	2008г.
<b>Staphylococcus aureus</b>	33 (11.5%)	23 (6.7%)	22 (7.1%)
<b>Staphylococcus epidermidis</b>	+	19 (5.6%)	18 (5.8%)
<b>Escherichia coli</b>	183 (64%)	182 (53.2%)	180 (58.4%)
<b>Enterobacter cloacae</b>	+	44 (13%)	40 (13%)
<b>Klebsiella oxytoca</b>	20 (7%)	21 (6.1%)	20 (6.5%)
<b>Streptococcus viridans</b>	+	+	+
<b>Enterobacter faecalis</b>	+	+	+
<b>Klebsiella pneumonia</b>	+	+	+
<b>Actinetobacter baumannii</b>	+	+	+
<b>Proteus vulgaris</b>	+	+	+
<b>Proteus mirabilis</b>	+	+	+

*примечание: знаком «+» обозначены микроорганизмы, встречающиеся менее чем в 0,5% случаев*

### **Выводы.**

1. Самой частой патологией в проктологической практике, потребовавшей экстренного хирургического вмешательства, остается острый парапроктит, заболеваемость которым не имеет тенденции к снижению. Острым парапроктитом преимущественно страдают лица трудоспособного возраста, среди которых преобладают мужчины.
2. Большая часть пациентов имела подкожную локализацию гнойного процесса. На долю ранних обращений пришлось треть всех случаев заболеваемости, основная часть пациентов поступила в стационар по направлению поликлиник.
3. У большинства пациентов применено хирургическое лечение с антибиотикотерапией, средняя продолжительность лечения в стационаре составила 6,0 дней. Основной состав микрофлоры представлен E. coli, Staph. aureus и Staph. epidermidis.

## Литература

1. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев - М.: Медицина, 1984.-380 с.
2. Tang C.L. Prospective randomized trial of drainage alone vs. drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening / C.L. Tang, S.P. Chew, F. Seow-Choen // Dis. Colon. Rectum, 1996. -Vol. 39, № 12. - P. 1415-1417.
3. Аминев, А.М. Спорные вопросы лечения парапроктитов / А.М. Аминев, Н.С. Блинничев, М.А. Сагуев // Клинич. хирургия. - 1975. -№11.-С. 67-70.
4. Жакипбаев, К.А. Особенности диагностики и лечения сложных форм парапроктита/ К.А. Жакипбаев, А.К. Макишев, Н.В. Мун // Проблемы колопроктологии, - М., 1998, - Вып. 16. - С. 46-49.
5. Заремба, А.А. Клиническая проктология. - Рига: Звайгзне, 1988. - 359 с.
6. Заремба, А.А. Оперативная проктология: Атлас. - Рига: Звайгзне, 1982.- 216 с.
7. Федоров, В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин // М.: ГНЦ проктологии, 1994. -432 с.
8. Бородинец, А.Л.; Сравнительная характеристика современных методов лечения парапроктита: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.27/ А.Л. Бородинец; Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск, 2002. – 23 с.
9. Гошицкий, Л.Г. Лечение острого парапроктита в отделении неотложной проктологии / Л.Г. Гошицкий, С.Ю. Минчин, О.Б. Бегишев // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1991. - № 6. - С. 29-31.
10. Дульцев, Ю.В. Парапроктит./ Ю.В. Дульцев, Н.Н. Саламов.– М. Медицина, 1981–180с.
11. Смирнов, В.Е. Диагностика и лечение острого парапроктита /В.Е. Смирнов, П.М. Лаврешин, И.Е. Вартанов, В.К. Гобеджиашвили // Хирургия. – 1995. - № 2. – С. 21-23.

## ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

### **АВТОРЫ:**

**Гинюк Вадим Анатольевич**

Контактный телефон: +375297573849

Домашний адрес: г. Минск, ул. Солтыса 199, кв.109.

(почтовый индекс 210070)

**Подпись** \_\_\_\_\_

**Русинович Валерий Михайлович:**

Контактный телефон: + 375296615374

Домашний адрес: г. Минск, ул. Лобанка 81, кв. 9

(почтовый индекс 220110)

**Подпись** \_\_\_\_\_

**Рычагов Григорий Петрович**

Контактный телефон: +375296709935

Домашний адрес: г. Минск, пр-т. «Газеты Звезда» 48, кв. 340

(почтовый индекс 220117)

**Подпись** \_\_\_\_\_

**Метельская Екатерина Владимировна**

Контактный телефон: +375293835163

Домашний адрес: г. Минск, ул. Красная 19, 239

(почтовый индекс 210040)

**Подпись** \_\_\_\_\_

**Родич Антон Владимирович**

Контактный телефон: +375293816460

Домашний адрес: г. Минск, пр-т. Дзержинского 83/7, к. 124

(почтовый индекс 210056)

**Подпись** \_\_\_\_\_

## РЕЗЮМЕ

**Цель исследования:** анализ заболеваемости острым парапроктитом

**Материалы и методы:** данные медицинских карт 1101 пациента, пролеченных в Минском городском центре колопроктологии с 2006 по 2008 год.

**Результаты:** по поводу острого парапроктита прооперирован 1101 пациент, что составило 54% от экстренных оперативных вмешательств и 19% от всех операций в отделении за текущий период. Среди больных преобладали лица молодого и среднего возраста, что составило 71,5%. Заболеваемость среди пациентов юношеского возраста составила 19,3%. Лица старшей возрастной группы составили 9,2 %. Гнойный очаг располагался в подкожной клетчатке в 80,4% случаев, в ишиоректальной области в 18,1% случаев, в пельвиоректальной области в 1,2% случаев.

Из поликлиники поступило 76% пациентов, 15% доставлены бригадами скорой медицинской помощи, иные пути поступления составили 9%. Все пациенты оперированы. Метод операции определялся локализацией гнойника и внутреннего свищевого отверстия. Антибиотикотерапия в послеоперационном периоде была назначена в 87,8% случаев. Установлено, что *Escherichia coli* встречалась в большинстве случаев. На втором месте находились *Staph. aureus* и *Staph. epidermidis*.

**Заключение:** самой частой экстренной патологией в проктологии остается острый парапроктит. Им преимущественно страдают лица трудоспособного возраста с преобладанием мужчин. Большая часть пациентов имела подкожную локализацию гнойного процесса. На долю ранних обращений приходится треть всех случаев заболеваемости, основная часть пациентов поступила в стационар по направлению поликлиник. У большинства пациентов применено хирургическое лечение с антибиотикотерапией, средняя продолжительность лечения в стационаре составила 6,0 дней. Основной состав микрофлоры представлен *E. coli*, *Staph. aureus* и *Staph. epidermidis*.

**Ключевые слова:** анализ, заболеваемость, острый парапроктит