

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Радикально пролечен 191 больной с разными формами ОП. Основную группу составили 94 (49,2%) пациента, у которых при лечении ран промежности применяли мазь Стелланин ПЭГ, у 97 (50,8%) больных контрольной группы – традиционные средства антисептики. У пациентов основной группы в мазках-отпечатках к 3-м суткам значительно уменьшалось количество флоры, увеличивалось количество макрофагов, гистиоцитов. На 5-е сутки микрофлора определялась в незначительном количестве, увеличивается количество полибластов, фибробластов. В контрольной группе эти изменения наступали на 6-7 сутки. Полное очищение раны у больных контрольной группы наступало на 7 сутки, грануляции появлялись к 5-6 суткам, эпителизация – к 8-9 суткам. В основной группе: очищение – на 4-5 сутки, грануляция – на 4 сутки, эпителизация – на 7 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Явления дискомфорта в области ануса возникли у 20 (16,6%) пациентов контрольной группы и у 15 (7%) – основной.

ВЫВОД. При лечении ран промежности с применением мази Стелланин ПЭГ сокращены сроки их заживления, за счет формирования нежного послеоперационного рубца получены лучшие функциональные результаты.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Ляхин А.В., Ляхин А.А.

ЛОКБ, Липецк, Россия

Острый парапроктит – гнойное воспаление параректальных клетчаточных пространств: (по нашим данным)

- подкожный и подслизистый парапроктиты (57%),
- ишиоректальный (40%),
- пельвиоректальный (1,8%),
- ретроректальный (1,2%),
- межфимктерный (0,001%).

> Воспалительный процесс может возникать в любой, а в более тяжелых случаях даже в нескольких из этих областей, что осложняет как диагностику, так и оперативное лечение.

> Парапроктит может иметь разные причины, но основную роль в возникновении заболевания играет инфекция. Обычно это сразу несколько возбудителей (микст): стафилококки, стрептококки, анаэробная флора, протей и обязательно – кишечная палочка.

> Микробный возбудитель может попадать в клетчаточные пространства не только из прямой кишки, но и из любого очага хронической инфекции (кариес, тонзиллит, синусит и т.д.) гематогенным или лимфогенным путём. Это крайне редкие случаи, в нашем отделении таких случаев не зарегистрировано.

> Единственный метод лечения, позволяющий устранить острый парапроктит – операция.

> Операция проводится под внутривенной, спинномозговой анестезией или с использованием масочного наркоза, ЭТН.

> Операция должна выполняться сразу же после установления диагноза.

Отделение колопроктологии Липецкой областной клинической больницы с 1989 года оказывает круглосуточную специализированную помощь.

За период с 2001 по 2016 гг. в отделение колопроктологии ГУЗ ЛОКБ поступило 1913 пациентов с диагнозом: Острый парапроктит.

Распределение по полу: мужчины – 64%, женщины – 36%.

Преобладающая возрастная группа – 35-45 лет (~80%).

По микробиологическому пейзажу: гнилостно-некротический парапроктит выявлялся в 5,6%, в том числе,

с преобладанием анаэробной микрофлоры (0,9%).

За анализируемый период умерло 5 пациентов, что составило 0,26%. Летальность отмечена только в группе пациентов с диагнозом: гнилостно-некротический парапроктит и составила 4,6% от общего числа пациентов в этой группе. Все пациенты имели тяжелый общесоматический статус.

ВЫВОДЫ. Острый парапроктит – это очень серьёзное хирургическое заболевание, которое должен лечить только квалифицированный врач-колопроктолог.

МАРСУПИАЛИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНЫМ ШВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ

Личман Л.А., Каторкин С.Е., Андреев П.С., Давыдова О.Е.

ФГБОУ ВВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Эпителиальная копчиковая киста – заболевание, поражающее людей молодого трудоспособного возраста, составляет около 1-2% всей хирургической патологии.

Радикальный способ лечения – это полное иссечение эпителиальной копчиковой кисты. Учитывая локализацию патологического образования и наличие обширного дефекта после удаления эпителиальной копчиковой кисты, о способах закрытия образовавшейся раны ведется множество дискуссий. Предложено множество оперативных методик закрытия послеоперационной раны, но частота рецидивов и послеоперационных осложнений остаются достаточно высокими.

В проспективном сравнительном исследовании, проведенном в клинике госпитальной хирургии Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ в период с 2016 по 2018 гг. приняли участие 112 пациентов с эпителиальной копчиковой кистой. Пациенты методом случайной выборки были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и анамнезу. Пациентам основной группы (n=44) было выполнено разработанное оперативное лечение – иссечение эпителиальной копчиковой кисты с марсупиализацией непрерывным швом. Пациентам контрольной группы (n=68) было выполнено иссечение эпителиальной копчиковой кисты со швами по Мошковичу.

Длительность операции в основной и контрольной группе, соответственно, 21,9±4,3 мин. и 30,9±5,4 мин. В послеоперационном периоде на пятые сутки проводили УЗИ мягких тканей области послеоперационной раны для оценки зоны инфильтрации, которые составили 5,3±1,0 и 10,7±0,92 мм, соответственно. Проводилась динамика болевого синдрома в послеоперационном периоде в обеих группах с помощью визуально-аналоговых шкал боли (VAS). Отмечается снижение болевого синдрома у пациентов основной группы. Отмечено снижение сроков стационарного лечения: основная группа 7,08±1,5 и контрольная группа 9,2±1,5 дня. Сроки реабилитации в основной и контрольной группах, соответственно, 21,8±3,1 и 31,5±4,1 дня. Несостоятельность кожных швов отмечено у 2 (4,7%) пациентов основной группы и у 16 (23,5%) пациентов контрольной группы.

Все полученные данные свидетельствуют об эффективности предложенной оперативной методики как способа оперативного лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой.