



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 3(13) 2005



Ассоциация
колопроктологов
России



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 3 (13) 2005

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

123154, Москва
ул. Саляма Адила, д. 2
Тел.: (095) 199-95-58
Факс: (095) 199-04-09
E-mail: gnck@tsr.ru

Ответственный секретарь:

Обухов В.К.

Зав. редакцией:

Долгополова Е.В.
Тел.: (095) 937-07-00

Регистрационное удостоверение

ПИ № 77-14097

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Г.И. ВОРОБЬЕВ

С.И. АЧКАСОВ, Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ, П.В. ЕРОПКИН,
А.М. КУЗЬМИНОВ, А.М. КОПЛАТАДЗЕ, Т.С. ОДАРЮК,
Г.А. ПОКРОВСКИЙ, И.Л. ХАЛИФ (зам. гл. редактора),
П.В. ЦАРЬКОВ, Ю.А. ШЕЛЬГИН (зам. гл. редактора)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.В. ВАСИЛЬЕВ (Санкт-Петербург)
А.В. ВОРОБЕЙ (Минск)
Е.Г. ГРИГОРЬЕВ (Иркутск)
Б.М. ДАЦЕНКО (Харьков)
Б.Н. ЖУКОВ (Самара)
В.Р. ИСАЕВ (Самара)
В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ (Белгород)
И.А. ЛАЗАРЕВ (Ростов-на-Дону)
Ю.М. ПАНЦЫРЕВ (Москва)
В.П. ПЕТРОВ (Красногорск, Московская область)
В.В. ПЛОТНИКОВ (Курган)
Ю.П. САВЧЕНКО (Краснодар)
Ю.М. СТОЙКО (Москва)
В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО (Ростов-на-Дону)
В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ (Уфа)
В.З. ТОТИКОВ (Владикавказ)
В.Д. ФЕДОРОВ (Москва)
М.Ф. ЧЕРКАСОВ (Ростов-на-Дону)
В.И. ЧИССОВ (Москва)
Н.А. ЯИЦКИЙ (Санкт-Петербург)

Издается при поддержке Французской Фармацевтической компании "Сервье"



Распространяется бесплатно среди врачей-колопроктологов России

СОДЕРЖАНИЕ

1. Проф. Воробей А.В., проф. Римжа М.И., Денисенко В.Л.
«Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом».
2. Лягина И.А., к.м.н. Корнева Т.К.
«Прямая бактериоскопия биосубстратов как экспресс – метод идентификации микрофлоры у проктологических больных».
3. Д.м.н. Кузьминов А.М., проф. Веселов В.В., к.м.н. Обухов В.К., к.м.н. Чубаров Ю.Ю., Сачков И.Ю., Савельева Т.А.
«Роль эндоскопической полипэктомии в комплексном лечении семейного аденоматоза толстой кишки».
4. Д.м.н. Кузьминов А.М., к.м.н. Степанова Е.В., проф. Капуллер Л.Л., К.м.н. Обухов В.К., к.м.н. Чубаров Ю.Ю., Сачков И.Ю., Савельева Т.А.
«Иммуногистохимическое исследование молекулярных особенностей семейного аденоматоза толстой кишки».
5. Д.м.н. Фролов С.А., Сушков О.И., Лощинин К.В.
«Непосредственные результаты лапароскопически-ассистируемых операций у больных раком правой половины ободочной кишки».
6. Д.м.н. Еропкин П.В., к.м.н. Рыбаков Е.Г., Ревельский И.А., к.м.н. Расулов А.О., Пикунов Д.Ю.
«Результаты лечения местнораспространенного рака прямой кишки с использованием интраоперационной проточной внутритазовой химиотерапии и гипертермии».
7. Д.м.н. Севостьянов С.И., к.м.н. Кашников В.Н., Чернышов С.В.
«Показания и выбор вида превентивной стомы при плановых хирургических вмешательствах по поводу рака прямой кишки».
8. Макаров О.Г.
«Лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью».
9. Проф. Шельгин Ю.А., д.м.н. Титов А.Ю., к.м.н. Мудров А.А.
«Клиника, диагностика и лечение ректоцеле (обзор литературы)».
10. Юбилей к 80-летию Л.С. Рубинштейна.
11. Юбилей к 60-летию Т.Э. Данилова.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОГО ХОДА, ОСЛОЖНЕННОГО АБСЦЕССОМ

Проф. Воробей А.В., проф. Римжа М.И., Денисенко В.Л.

Белорусская медицинская академия последипломного образования (ректор – проф. Хулуп Г.Е.), Минск, Железнодорожная больница ст. Витебск (главный врач – Шваренко В.В.)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) имеет довольно широкое распространение. По данным В.К. Гостищева [5], больные с данной патологией составляют от 4 до 12,5% больных в специализированных проктологических отделениях, причем число ЭКХ, осложненных абсцессом от общего количества больных составило около 75%. Большое число больных с данной патологией среди молодых трудоспособных людей,

длительное лечение заболевания, безуспешность в ряде случаев неоднократных хирургических вмешательств, гнойно-септические осложнения и рецидивы заболевания в раннем послеоперационном периоде почти у каждого 5-го больного (16% и 20% соответственно), приводящие к потере трудоспособности, определяют актуальность проблемы лечения абсцедирующего ЭКХ [2,6,8,10,12,15].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положены результаты лечения 185 больных в возрасте от 14 до 60 лет, оперированных по поводу абсцедирующего ЭКХ за период с 1994 по 2004 годы в проктологическом отделении больницы станции Витебск.

Для оценки эффективности модифицированных способов двухэтапного лечения абсцедирующего ЭКХ больные были разделены на 2 группы. У всех 185 пациентов на первом этапе лечения вскрывали абсцесс, назначали антибиотики и проводили местное лечение раны. В первую (контрольную) группу вошли 32 пациента, леченных на втором этапе закрытым способом, включающим иссечение гнойной полости с ушиванием матрацными швами раны наглухо; и 43 больных, которые лечены полукрытым способом, заключающемся в иссечении гнойной полости с подшиванием краев раны к ее дну. Второй этап операции в контрольной группе начинали в среднем на восьмые сутки с момента вскрытия абсцесса на фоне эмпирически назначенной антибиотикотерапии. Во вторую (основную) группу вошли 90 пациентов, которым на втором этапе произведено иссечение гнойной полости с ушиванием раны матрацными швами и на-

ложением проточно-промывного дренирования и 20 больных, которым выполнено широкое иссечение гнойной полости с множественными гнойными затеками ромбовидным разрезом с закрытием раны перемещенным кожно-подкожным ягодичным лоскутом.

До начала операции пунктировали абсцесс. С целью определения динамики контаминации микроорганизмами раны и окружающих ее мягких тканей после вскрытия абсцесса и антибиотикотерапии стерильной стандартной бактериологической петлей брали соскоб с раневой поверхности в полости вскрытого абсцесса, затем иссекали участок кожи и подкожной клетчатки на удалении 0,5 см и 1,5 см от края раны в первые и шестые сутки после вскрытия гнойника. Выделение и идентификацию микроорганизмов проводили общепринятыми методиками. Кроме того, изучали состояние клеточного и гуморального иммунитета на фоне абсцедирования в день поступления больного и на 10-е сутки на фоне иммунотерапии нуклеатом натрия. Распределение больных в обеих группах не отличалось по срокам поступления в стационар, размерам абсцесса, полу и возрасту пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В контрольной группе больных уровень послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, зависел от выбора варианта второго этапа операции: 12,5% при глухом ушивании раны и 6,7% при подшивании краев раны к дну. В сроки наблюдения до пяти лет у 5 больных (8,6%) возникли рецидивы ЭКХ. Все осложнения и рецидивы появились у пациентов с выраженным оволосением межягодичной области и ягодиц (наблюдалось у 35 пациентов) и среди тучных больных с глубокой межягодичной складкой (46,7% наблюдений). Таким образом, традиционные хирургические подходы оказались не эффективными. Стало очевидным, что оценить оптимальные сроки выбора второго этапа операции при абсцедирующем ЭКХ,

объем иссекаемых патологических тканей в межягодичной области и способ укрытия образовавшегося раневого дефекта не возможно без знания: 1) современного микробного спектра в патологическом очаге и вокруг него; 2) чувствительности и резистентности штаммов к антибактериальной терапии; 3) состояния иммунитета пациентов. Как показали результаты бактериологических исследований, у всех 185 больных в гнойном содержимом обнаруживались бактерии. На расстоянии 0,5 и 1,5 см от края абсцесса они обнаружены у 108 больных (98,2%). Видовой состав микроорганизмов в гнойной полости и в перифокальных мягких тканях в день вскрытия абсцесса существенно не различался (табл.1).

Таблица 1. Микробный спектр в полости абсцесса ЭКХ и на расстоянии 0,5 и 1,5 см от края раны в день поступления

Вид бактерий	Видовой состав бактерий			P ₂₋₃	P ₂₋₄	P ₃₋₄
	в ране	в мягких тканях на расстоянии от краев раны				
		0,5 см	1,5 см			
1	2	3	4	5	6	7
St. epidermidis	25,5 ± 4,2	25,9 ± 4,2	25,9 ± 4,2	>0,05	>0,05	>0,05
E. coli	19,1 ± 3,8	19,4 ± 3,8	19,4 ± 3,8	>0,05	>0,05	>0,05
S. aureus	18,2 ± 3,7	18,5 ± 3,7	18,5 ± 3,7	>0,05	>0,05	>0,05
St. faecalis	17,3 ± 3,6	17,6 ± 3,7	17,6 ± 3,7	>0,05	>0,05	>0,05
Peptostreptococcus	7,3 ± 2,5	7,4 ± 2,5	7,4 ± 2,5	>0,05	>0,05	>0,05
Bacteroides spp.	6,4 ± 2,4	4,6 ± 2,0	4,6 ± 2,0	>0,2	>0,2	>0,05
Proteus spp	2,7 ± 1,6	2,8 ± 1,6	2,8 ± 1,6	>0,05	>0,05	>0,05
Pseudomonas spp.	1,8 ± 1,3	1,9 ± 1,3	1,9 ± 1,3	>0,05	>0,05	>0,05
Klebsiella	1,8 ± 1,3	1,9 ± 1,3	1,9 ± 1,3	>0,05	>0,05	>0,05

После вскрытия абсцесса, антибактериальной терапии и иммунной стимуляции организма в течение 5-6 суток частота обнаружения бактерий в ране и на расстоянии 0,5 и 1,5 см от края раны существенно снижалась: вместо 9 видов бактерий было выделено только 5, среди которых преобладали и с одинаковой частотой встречались St.epidermidis, E. Coli, St. Aureus, St. faecalis (19,5-27,7%). Количество всех видов стафилококков в гнойной полости существенно не изменилось (107-109). На расстоянии 1,5 см от края раны количество бактерий уменьшалось на 2-3 порядка, за исключением золотистого стафилококка, количество которого в первые и шестые сутки оставалось неизменным. Определение современной чувствительности четырех ведущих вышеперечисленных микроорганизмов и их резистентность к антибактериаль-

ной терапии позволят предложить наиболее адекватные схемы начальной антибиотикотерапии (до получения данных антибиотикограммы). В дальнейших бактериологических исследованиях выявлено следующее (табл.2).

Таким образом, наиболее этиотропными для всех стафилококков и кишечной палочки были ципрофлоксацин, гентамицин и рифампицин. К ним оказалась минимальная резистентность у ведущих штаммов (21,8-39,5%). Кроме того, и на 6-е сутки лечения они продолжали оставаться самыми эффективными. Эти три антибиотика наиболее предпочтительны для начальной антибиотикотерапии. В то же время, учитывая большую долю штаммов, резистентных к антибиотикам, ее необходимо корректировать и продолжать с учетом данных антибиотикограммы. При срав-

Таблица 2. Выбор начальной антибиотикотерапии, исходя из резистентности микробных штаммов

Микробный штамм	Наибольшая чувствительность к антибиотику			
	оксациллин	цефалексин	гентамицин	рифампицин
St. epidermidis	оксациллин	цефалексин	гентамицин	рифампицин
St. faecalis	фурадонин	ципрофлоксацин	ампициллин	рифампицин
St. aureus	оксациллин	ципрофлоксацин	гентамицин	рифампицин
E. coli	цефазолин	ципрофлоксацин	гентамицин	офлоксацин

нительном анализе состояния иммунного статуса до вскрытия гнойника и после 10-ти дневной иммунотерапии нуклеатом натрия установлено, что: 1) доля пациентов с ненарушенным в ответ на развитие абсцесса ЭКХ иммунным статусом незначительна (7,1%); 2) иммунотерапия существенно повышает (в 2,0-2,8 раза) уровень Т-лимфоцитов всех популяций ($p < 0,01-0,001$); 3) эффективность 10-дневного воздействия нуклеата натрия на гуморальный иммунитет несколько ниже: удалось в 1,2-2,6 раза уменьшить отклонения от нормы только трех из пяти компонентов – ЦИК, иммуноглобулины А и иммуноглобулины М ($p < 0,01-0,001$). Доказано, что иммунотерапия должна являться обязательным компонентом двухэтапного радикального лечения абсцедирующего ЭКХ. Её целесообразно продолжать и после выписки больного из стационара.

Закрывать метод радикальной операции в основной группе у 90 больных на 6-е сутки после вскрытия абсцесса заключался в иссечении раневой полости окаймляющими полулунными разрезами и ушивании раневого дефекта матрацными швами с постановкой проточного промывного дренирования дна ушитой раны через перфорированную трубку в течение 1-х суток (всего 800 мл 0,05% раствора хлоргексидина). На вторые сутки дренаж удаляли, швы снимали на 10-е сутки.

Под влиянием целенаправленной антибиотикотерапии, иммунокоррекции и суточной непрерывной перфузии ушитой раны антисептиком количество местных послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений было снижено до 0,9%. Определены клинические показания к ушиванию раневого дефекта матрацными швами с суточным проточно-промывным дренированием: а) диаметр абсцесса не более 1,5-2 см; б) отсутствие свищевых затеков; в) визуальная возможность сопоставления краев раны без натяжения после иссечения полулунными окаймляющими разрезами раневой полости и свищевых ходов; г) неглубокая межъягодичная складка; д) невыраженное оволосение ягодич.

У 20 больных основной группы с размерами гнойной полости более 2 см или обширными свищевыми затеками при рутинном иссечении патологического очага в межъягодичной складке образующуюся раневую полость невозможно ушить не только наглухо, но и подшиванием краев раны к дну.

Выход может быть найден в одном из вариантов кожной пластики. Последняя для успешного ис-

хода должна выполняться в неинфицированных тканях. Нашими бактериологическими исследованиями установлено, что уровень контаминации патогенной микрофлорой перифокальных абсцессу мягких тканей в 1,5 см от края раны на фоне этиотропной антибактериальной терапии снижалось до 10^4 на 1 г ткани. Такая степень инфицированности не опасна для развития местных послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений [1]. Преимущество кожной пластики перемещенным кожно-подкожным ягодичным лоскутом в том, что она позволяет укрыть достаточно большую раневую поверхность [4], т.е. мы можем иссечь патологический очаг в межъягодичной складке в пределах заведомо неинфицированных тканей (рис. 1,2).

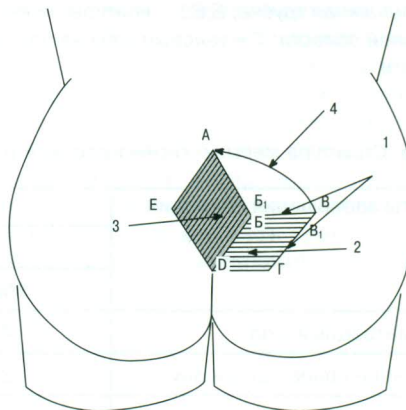


Рис. 1. Схема ромбовидной кожной пластики на втором этапе при лечении абсцедирующего ЭКХ (начало операции):

1 – линейные разрезы (2) для выкраивания ягодично-кожно-подкожного лоскута; 2 – ягодичный кожно-подкожный лоскут (горизонтально заштрихован); А, Б, Д, Е – линии иссечения ромбовидной раны в межъягодичной складке; 3 – ромбовидная рана после иссечения раневой полости и свищевых ходов в межъягодичной складке (косо заштрихована); Б₁, В, Г, Д – контуры ягодичного лоскута; 4 – направление перемещения ягодичного лоскута; В₁ – латеральный край будущей линейной раны ягодичной области после перемещения ягодичного лоскута.

На 6-е сутки после вскрытия абсцесса, адекватной антибиотикотерапии и иммунокоррекции

ромбовидным разрезом иссекали гнойную полость с затеками и укрывали образовавшуюся раневую поверхность конгруэнтным дефекту кожно-подкожным ягодичным лоскутом. На одни сутки под лоскут укладывали вакуум-дренаж, который позволял ликвидировать возможные ско-

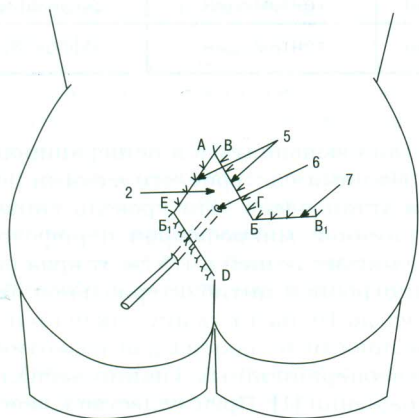


Рис. 2. Схема ромбовидной кожной пластики на втором этапе лечения абсцедирующего ЭКХ (завершение операции):

2 – ягодичный лоскут; А, В, Д, Е – контуры бывшей ромбовидной раны; В, Г, Д, В₁ – контуры вновь перемещенного ягодичного лоскута; 5 – узловые швы; 6 – перфорированная дренажная трубка; Б, В₁ – контуры линейной раны ягодичной области; 7 – узловые швы на ране ягодичной области.

пления раневого отделяемого. На основании анализа клинических наблюдений определены следующие показания к ромбовидной кожной пластике на втором этапе лечения абсцедирующего ЭКХ: 1) диаметр абсцесса более 2 см; 2) множественные свищевые затеки, увеличивающие площадь иссечения; 3) сохраняющаяся инфильтрация краев раневой полости на 6-7 сутки после вскрытия абсцесса; 4) тучные больные; 5) глубокая межъягодичная складка; 6) выраженное оволосение ягодич и межъягодичной складки.

Для сравнения эффективности предложенной нами целенаправленной антибактериальной и иммунокорректирующей терапии на втором этапе лечения в обеих группах больных оценивали воспалительную реакцию крови, уровень местных послеоперационных осложнений, длительность нетрудоспособности и число рецидивов. В основной группе больных после вскрытия абсцесса и на втором этапе операции уровень лейкоцитов крови нормализовался достоверно раньше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). В основной группе больных значительно меньше был уровень ранних местных гнойно-воспалительных осложнений (табл.3).

Анализ временной нетрудоспособности подтверждает экономическую эффективность предложенных нами методик лечения абсцедирующего ЭКХ (табл.4). В сроки наблюдения до 5-ти лет в контрольной группе имелось 8,6% рецидивов, в основной – 0,9% (в начале отработки методики при использовании матрацных швов и проточно-промывного дренирования).

Таблица 3. Структура местных гнойно-воспалительных осложнений после второго этапа операций

Варианты завершения операций	Группы больных			
	Контрольная		Основная	
	Абс.	%(M±m)	Абс.	%(M±m)
Глухой матрацный шов	4	12,5±2,9	–	–
Подшивание краев раны к дну	3	6,7±2,7	–	–
Матрацный шов с проточно-промывным дренированием	–	–	1	1,1±1,0
Ромбовидная кожная пластика	–	–	–	–
ИТОГО:	7	9,3±1,2	1	0,9±0,8

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмпирический подход к выбору второго этапа радикального хирургического лечения абсцедирующего ЭКХ на фоне бессистемной антибиотикотерапии обуславливал высокий уровень местных послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Доказан факт контаминации патогенной флорой из абсцесса перифокальных мягких тканей, и ее снижение на 6-е сутки антибактериального лече-

ния до 103-105 на 1 г ткани. Определение чувствительности и резистентности ведущих патогенных штаммов показало, что наиболее этиотропными для начальной антибактериальной терапии являются ципрофлоксацин, гентамицин и рифампицин. Целенаправленную антибиотикотерапию необходимо корректировать и продолжать на втором этапе лечения согласно антибиотикограммы.

