

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПАРАПРОКТИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ш.А. ЮСУПОВ, Н.С. БОЙМУРАДОВ, С.У. ШАВКИЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Ш.А. ЮСУПОВ, Н.С. БОЙМУРАДОВ, С.У. ШАВКИЕВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE ABSCESS IN CHILDREN EARLY AGE

SH.A. YUSUPOV, N.S. BOYMURADOV, S.U. SHAWKIYEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Мақолада кўрсатиб ўтилишича, илк ва кўрак ёшидаги болаларда мумкин қадар кўпроқ учрайдиган ўткир парапроктит бошқа ёшдаги гуруҳ болаларига нисбатан болалар ҳаётининг биринчи ойларида 50% дан кўпроғини ташкил қилади. Йирингли яллиғланиш касалликларида эмизикли ёшдаги болаларда ўткир парапроктит частотаси, 1 ёшдан ошган болаларга нисбатан 1,9 марта кўпроқ ташкил этади ва унинг 42,5% ҳаётининг дастлабки 3 ойига тўғри келади. Бошқа тадқиқотчиларнинг кузатувларига қараганда, барча ёшдаги болалар ўртасида ўткир парапроктит, болалар ҳаётининг биринчи йилида 60% ҳолатларда кузатилади.

Калит сўзлар: *Ўткир парапроктит, болалар.*

The article deals with an acute abscess (OP) in infancy and infancy, which occurs much more frequently than in other age groups, the children of the first months of life constitute more than 50%. When purulent-inflammatory diseases of the frequency of the OP in infants is 1.9 times higher than in children older than 1 year and the largest number (42.5%) are in the first 3 months of life Other researchers have noted that the first year of the child OP life is observed in 60% of cases among children of all age groups.

Keywords: *Acute abscess, children.*

Введение. Острый парапроктит (ОП) в младенческом и грудном возрасте встречается значительно чаще, чем в других возрастных группах, дети первых месяцев жизни составляют более 50% [1, 2, 3]. При гнойно-воспалительных заболеваниях частота ОП у детей грудного возраста в 1,9 раза выше, чем у детей старше 1-го года и наибольшее число (42,5%) приходится на первые 3 месяца жизни [4, 6, 7, 8].

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленных задач нами проведен анализ клинических результатов диагностики и лечения 152 историй болезни детей грудного возраста с ОП, находившихся на стационарном лечении во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института за период с 2008 по 2015 гг. Из них мальчиков было 149 (98,0 %), девочек 3 (2,0 %). Проведено изучение особенностей проявления клинического течения ОП у детей раннего возраста и проведена оценка различных методов диагностики ОП. С целью дифференцировки диагноза изучены лаборатор-

ные методы исследования крови, мочи у детей с ОП. На основании собранного материала проведено выявление характера течения ОП у детей раннего возраста с ОП (диаграмма 1.). Из диаграмм видно, что среди больных преобладали дети в возрасте 1-3 мес – 86 (56,6%). Младенцы до 29 дней – 38 (25%) и дети 3-5 мес – 28 (18,4%). По половому распределению больных, острый парапроктит чаще встречается среди мальчиков – 149 (98,0%) детей, чем среди девочек 3 (2,0%). Это объясняется нарушением эмбрионального развития первичной промежности, при котором у эмбриона мужского пола возникает трубковидный свищ прямой кишки, открывающийся на коже промежности. По отношению к часовому циферблату ОП встречался одиночный - 145 больных (на 3-х часах по циферблату у 54 (35,5%), на 9 часах у 72 (47,4%), на 12 часах у 14 (9,2%), и на 6 часах у 5 (3,3%)), множественный – 7 больных (на 3-х и 9 часах по циферблату у 5 (3,3%) и у 2-х (1,3%) на 9 и 6 часах).

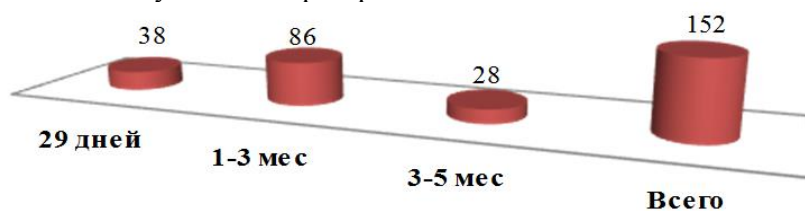


Диаграмма 1. Распределение больных с острым парапроктитом по возрасту.

В развитии ОП у детей раннего возраста первостепенную роль играл диарейный синдром 83 (54,6%), замедленное формирование нормального кишечного биоценоза и его основных компонентов: бифидо и лактобактерий, снижение гуморального и местного иммунитета на фоне ОРВИ у 30 (19,7%), диспепсические расстройства у 24 (15,8%), гнойничковые поражения, опрелости и мацерации кожи промежности у 15 (9,9%). Клиническими проявлениями ОП у детей раннего возраста являются припухлость, отечность и покраснение перианальной области, а также беспокойство, плачь и вялость были отмечены у 152 (100%) пациентов. Острый гнойный подкожный парапроктит (ОГПП) отмечался у 119 (78,3 %) детей, самопроизвольно вскрывшийся острый гнойный подкожный парапроктит (состояние после вскрытия ОГПП) – у 24 (15,8 %), у 9 (5,9 %) – рецидивный острый гнойный подкожный парапроктит. Для установления диагноза учитывались жалобы больных, анамнез (семейный, наследственные заболевания), данные объективного осмотра, ультразвуковое исследование (УЗИ) в зависимости от проведенного лечения они были разделены на 2 группы. Первая группа, которая получала традиционное лечение и вторая группа – традиционное лечение (оперативное) + в послеоперационном периоде с использованием раствора Декасан + Бетадин.

Бактериологическое исследование микрофлоры из очага воспаления и кишечника проводилось общепринятыми методами путем посева гноя и фекалий на разные среды с подсчетом количества аэробных и анаэробных бактерий. В ходе бактериологического исследования определяли также чувствительность микробных штаммов к антибактериальным препаратам. При традиционном варианте лечения у 74 детей контрольной группы принцип оперативного вмешательства заключался в разных вариантах (радиарный, полулунный) вскрытия подкожного гнойника (ПГ), его дренирования и криптоэктомии (криптотомии). Под общим обезболиванием ПГ вскрывали радиальным разрезом кожи промежности на месте наибольшего выбухания гнойника. После создания условий для оттока гноя, образовавшуюся полость раны обрабатывали растворами антисептиков (3% раствором перекиси водорода, затем 1:5000 раствором фурацилина), оставляли резиновый выпускник, на рану накладывали повязку, пропитанную 10% раствором натрия хлорида. Туалет раны проводили каждые 12 часов. После очищения раны от гноя накладывали мазевую повязку, назначали местно УВЧ, назначали антибиотики, витамины и синдромную терапию. При этом в послеоперационном периоде, на фоне общего и местного

лечения параректальной раны, внутреннее и наружное отверстие свищевого хода заживает вторично. После проведенного традиционного комплексного лечения 74 больных (группа контроля) у 18 (24,3%) детей развился острый рецидивный парапроктит (ОРП), и они потом были повторно оперированы. Вторую группу составляли 78 детей, которым оперативное вмешательство проводилось радиарным разрезом с устранением внутреннего отверстия свища и для обработки и промывания гнойных ран использовали раствор Декосана с последующей обработкой Бетадином.

Вывод. Отдаленные результаты хирургического лечения острых парапроктитов у детей с ликвидацией внутреннего отверстия свища зависят от срока и метода хирургического вмешательства.

Литература:

1. Егоркин М.А., Жидких С.Ю. Влияние вакуум-терапии на результаты лечения анаэробного парапроктита и гангрены Фурнье // Вакуумная терапия ран у детей и взрослых: материалы международной научно-практической конференции. - М., 2013. - С. 28-29.
2. Егоркин М.А. Современные подходы к лечению острого анаэробного парапроктита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2011. - № 3. - С. 74-79.
3. Сергацкий К.И., Никольский В.И., Ковешникова Т.М., Коновалова И.М. Особенности микробного пейзажа у пациентов с острыми гнойными парапроктитами // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. - 2014. - № 4(32). - С. 95-102.
4. Atik B., Tan O., Ceylan K. et al. Reconstruction of wide scrotal defects using superthin groin flap // Urology. - 2006. - Vol. 68. - P. 419-422.
5. Abdullaev M.Sh., Mansurova A.B. Ostryj paraproktit u bol'nyh saharnym diabetom (obzor literatury) // Koloproktologija. 2012. no. 1(39). pp. 46-51.
6. Egorkin M.A., Zhidkih S.Ju. Vlijanie vakuum-terapii na rezul'taty lechenija anajerobnogo paraproktita i gangreny Furn'e. Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Vakuumnaja terapija ran u detej i vzroslyh». M., 2013. pp. 28-29.
7. Egorkin M.A. Sovremennye podhody k lecheniju os-trogo anajerobnogo paraproktita // Rossijskij zhurnal gas-trojenterologii, gepatologii i koloproktologii. 2011. no. 3. pp. 74-79.
8. Kancaliev L.B., Kairov G.B., Teuvov A.A. Taktika i rezul'taty lechenija ostrogo paraproktita // Pervyj sezhd hirurгов Juzhnogo federal'nogo okruga. Materialy sezda. Rostov-na-Donu, 2007. pp. 143-144.