

УДК: 616.351-089-053.3/4

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПРОКТИТА  
У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ  
РАННЕГО ВОЗРАСТА

*О. В. Спахи, О. В. Лятуринская,  
М. А. Макарова, О. В. Довбыш*

Запорожский государственный медицинский  
университет  
(г. Запорожье, Украина)

**Резюме.** В статье приведен опыт лечения парапроктита у 110 детей в возрасте от 8 дней до 12 месяцев, находившихся в хирургическом отделении Запорожской городской детской многопрофильной больницы №5. Показано, что в 95% случаев эффективно консервативное лечение с использованием местных антисептиков и комбинированной антибактериальной терапии.

При исследовании причинно-значимой микрофлоры выявлено, что на первом месте по частоте встречаемости были стафилококки. У новорожденных детей преобладал гемолитический стафилококк (50% случаев), а у детей старше 1-го месяца – золотистый стафилококк (40%); на втором месте была клебсиелла пневмонии (23,6%), затем кишечная палочка (11,8%), микроорганизмы семейства акинетобактер (7,2%), энтерококки (7,2%), реже – псевдомонады (1,8%). В итоге грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы встречались практически с одинаковой частотой (48% и 52% соответственно).

У 18% детей причинно-значимый микроорганизм выделен не был, причем как правило, отрицательные посеы наблюдались у детей первой группы (в 75% случаев, среди недоношенных – в 80% случаев). У 27% детей отмечались ассоциации с грибковой флорой (*Candida albicans*).

При назначении консервативного лечения особое внимание уделялось антибактериальной терапии с учетом результатов микробиологического мониторинга. Катамнестическое исследование выявило отсутствие рецидивов в течение 5 лет.

**Ключевые слова:** новорожденные; дети раннего возраста; парапроктит; консервативное лечение.

### Введение

Актуальность проблемы острого парапроктита у детей раннего возраста обусловлена частыми рецидивами заболевания, необходимостью повторного, иногда длительного, лечения, а также возможной хронизацией [1, 5, 8]. Так, по данным А. Намгаев et al. (2010), у грудных детей рецидивы парапроктита после хирургического лечения встречаются в 19-27,7 % случаев, а хронизация процесса - в 10-19%, причем чем младше ребенок, тем больше вероятность рецидива [5]. Другой проблемой терапии острого парапроктита, как и любой другой хирургической инфекции, является рост резистентности причинно-значимых микроорганизмов к антибактериальным препаратам и антисептикам [2]. Так, по данным Ю. К. Абаева с соавторами (2006), сравнительная оценка антибактериальной активности антисептиков позволяет судить о темпах нарастания устойчивых возбудителей хирургических инфекций у детей. Такие антисептики, как борная кислота, резорцин, перекись водорода, широко применявшиеся в медицинской практике десятки лет, сохраняют свою эффективность, в то время как появление штаммов микроорганизмов, устойчивых к нитрофуранам, указывает на необходимость исключения данных препаратов из клинической практики [2].

В этиологии парапроктитов ведущими патогенами считаются золотистые стафилококки, кишечная палочка, реже встречаются другие энтеробактерии (клебсиелла, протей), стрептококки и псевдомонады [2, 3]. Предрасполагающими факторами развития этого заболевания в раннем детском возрасте считают дисбиотические нару-

шения кишечника, транзиторные кишечные расстройства и ОРВИ, нарушения иммунной системы (лимфоцитопения, снижение функциональной активности нейтрофилов и лимфоцитов) в периоде новорожденности и в 3-6 месяцев, что обусловлено возрастными особенностями становления иммунной системы [2]. Парапроктиты также являются характерным осложнением врожденных параректальных свищей. Последние характеризуются хроническим рецидивирующим воспалением стенки свища и окружающей его параректальной клетчатки [3].

Для парапроктита характерно повышение температуры тела, беспокойство, снижение аппетита, усиление беспокойства при физиологических отправлениях, туалете промежности. Через 2-3 суток от начала заболевания в перианальной области выявляется болезненный инфильтрат без четких границ и сглаженность кожных складок в этом месте. Диагноз устанавливается на основании клинической картины и данных пальцевого ректального исследования [2]. Диагностика заболевания, как правило, не представляет трудностей, однако, если абсцесс или канал свища расположены глубоко, наружное исследование может быть недостаточно эффективным для установления диагноза. В этом случае зарубежные исследователи рекомендуют проведение компьютерной томографии [6].

В тактике ведения острого парапроктита большинство исследователей во главу угла ставят хирургическое лечение [2, 3, 4, 5, 7]. Как правило, рекомендуется двухэтапная терапия: по неотложным показаниям производится вскрытие гнойника, его

санация и дренирование, антибактериальная терапия. Через несколько суток или недель производится радикальная операция – закрытие свища с рассечением соответствующей анальной крипты [2, 5, 7, 8]. В качестве антибактериальной терапии авторы рекомендуют пенициллины в комбинации с аминогликозидами, цефалоспорины, а также метронидазол [2, 7]. Показано, что результаты лечения улучшает предоперационное применение ферментных препаратов (имозимаза, дистрептаза) [7], активная терапия дисбиотических нарушений, использование местных ранозаживляющих препаратов (альгимаф, альгипор, дигиспон, комбутек), панкреатических ферментов, витаминов группы В [2].

Причинами неудовлетворительных результатов лечения считаются позднее обращение к врачу и неадекватное ведение пациента амбулаторно, неправильная диагностика заболевания и выбор хирургической тактики, переоценка соматического состояния организма ребенка [5].

**Цель исследования** – оптимизация тактики лечения парапроктитов у новорожденных и детей раннего возраста.

#### Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 110 детей в возрасте от 8 дней до 12 месяцев, госпитализированных в хирургическое отделение Запорожской городской детской многопрофильной больницы №5 по поводу острого парапроктита с 2010 по 2015 гг. Первую группу составили 27 новорожденных детей, среди которых было 12 (44%) недоношенных. Дети от 29 дней до года составили вторую группу. Родители детей предъявляли жалобы на повышение температуры тела у ребенка, беспокойство, отек и покраснение кожи в области ануса. Среди пациентов было 82 мальчика (75%), что соответствует литературным данным о гендерной особенности этой патологии, связанной с большей глубиной крипт и синусов у мальчиков [2, 3, 4, 6, 7]. Всем детям при поступлении проводились общеклинические исследования, микробиологическое исследование отделяемого из раны, по показаниям – биохимические и иммунологические исследования. Статистическая обработка данных производилась с использованием пакета программ «Microsoft Excel» и «StatSoft-6».

#### Результаты и их обсуждение

При изучении перинатального анамнеза выявлено, что у 54% матерей детей первой группы отмечались вирусные, паразитарные или бактериальные инфекции во время беременности, при этом проявления внутриутробной инфекции диагностированы у 74% новорожденных. Во второй группе эти показатели составили 48% и 53% соответственно. Вероятно, перенесенная внутриутробно инфекция способствовала нарушению

формирования защитных механизмов, что predisposed к присоединению постнатальной бактериальной инфекции. Среди других сопутствующих заболеваний у детей первой группы в 7% случаев наблюдались врожденные аномалии развития, в 22% - перинатальные поражения центральной нервной системы, у 50% недоношенных отмечался синдром дыхательных расстройств первого типа. У 7% детей первой группы в анамнезе проводились реанимационные мероприятия в родильном зале с последующей искусственной вентиляцией легких, наблюдался тяжелый синдром дыхательных расстройств. У 11% новорожденных отмечено длительное стояние пупочного венозного катетера. У детей 2-й группы проявления рахита отмечались в 41% случаев, анемия была диагностирована в 13% случаев, латентный дефицит железа – в 19% случаев, гипотрофия первой степени наблюдалась у 12% пациентов. Кроме того, у 50 детей второй группы (45%) при сборе анамнеза родители отмечали трудности с подбором молочных смесей в связи с разжиженным стулом или диареей, возможно, в связи с нарушением микробиоценоза кишечника.

При исследовании причинно-значимой микрофлоры выявлено, что на первом месте по частоте встречаемости были стафилококки, причем у новорожденных детей преобладал гемолитический стафилококк (50% случаев), а у детей старше 1-го месяца – золотистый стафилококк (40%); на втором месте была клебсиелла пневмонии (23,6%), затем кишечная палочка (11,8%), микроорганизмы семейства акинетобактер (7,2%), энтерококки (7,2%), реже – псевдомонады (1,8%). В результате грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы встречались с одинаковой частотой (48% и 52% соответственно). У 18% детей причинно-значимый микроорганизм выделен не был, причем как правило отрицательные посевы наблюдались у детей первой группы (в 75% случаев, среди недоношенных – в 80% случаев). У 27% детей отмечались ассоциации с грибковой флорой (*Candida albicans*).

При исследовании чувствительности выделенных микроорганизмов было выявлено, что в большинстве случаев микрофлора была чувствительна к ванкомицину и линезолиду (все грамположительные штаммы), амоксициллину/клавуланату (86%). Чувствительность к цефалоспорином составила 88% для цефтриаксона, 70% для цефтазидима, 96% - для цефоперазона и 50% - для цефепима. Чувствительность к препаратам резерва была достаточно высокой и составила 96% к аминогликозидам и карбапенемам и 80% к фторхинолонам, чувствительность к коломицину составила 100% для грамотрицательной флоры. К пиперациллину/тазобактаму было чувствительно 88% микроорганизмов. Чувствительность к клиндамицину была около 43%, линкомицину - 46%, макролидам - 41%. Чувствительность флоры к незащищенным пенициллинам не превышала

24%, к цефалоспорином первого поколения – 20%.

При назначении консервативного лечения особое внимание уделялось антибактериальной терапии, в частности, в группе новорожденных и недоношенных детей. Исходя из результатов микробиологического мониторинга, в качестве стартовой комбинации использовали цефтриаксон (75-100 мг/кг в 1 введение в сутки) и амикацин (10-15 мг/кг в сутки в 2 введения) в течение 7-10 дней. У новорожденных в качестве препаратов резерва вторым курсом назначалась комбинация ванкомицина (40 мг/кг в сутки в 4 введения внутривенно) и меропенема (60 мг/кг в сутки в 3-4 введения) в течение 10 дней; у 25% больных второй группы также применялся второй курс антибиотиков. Все антибактериальные препараты вводились внутримышечно или внутривенно, пероральные препараты нами не использовались. При выделении грибов рода *Candida* использовались флуконазол или микосист в возрастных дозировках. В первой группе 18% детей получали внутривенные иммуноглобулины по поводу сопутствующей патологии (пневмонии или других проявлений внутриутробной инфекции).

Всем детям назначалось длительное местное лечение. Среди антисептиков использовался декасан или бетадин 2 раза в сутки для обработки раны (введение в раневую канал). Нами не получено достоверных различий в эффективности данных

препаратов, однако при использовании бетадина отмечалась тенденция к более ранней положительной динамике очищения раны. Кроме того, детям назначались ректальные свечи с амикацином официального производства (изготовленные по заказу), с кратностью введения 3 раза в сутки, суточная доза рассчитывалась как 10 мг/кг.

Проведенное консервативное лечение было эффективно у 95% детей. Только пятерым детям второй группы (4,5%) потребовалось радикальное оперативное вмешательство. Этим детям была проведена операция Габриэля в сроки 6-12 месяцев после консервативного лечения.

Катамнестическое исследование подтвердило эффективность проведенной терапии. Ни в первой, ни во второй группе больных рецидивов заболевания в течение 5 лет отмечено не было.

### Выводы

1. Предрасполагающими факторами в развитии парапроктитов у новорожденных и детей раннего возраста являются внутриутробные инфекции, дефицит кальция и нарушение микробиоценоза кишечника.

2. Консервативная терапия острых парапроктитов с использованием современных местных антисептиков в 95% случаев позволяет избежать радикального оперативного вмешательства у новорожденных и детей раннего возраста.

### Литература

1. Абаев Ю.К. Парапроктит у грудных детей: эпидемиология, патогенез, лечение // Детская хирургия.–2003.–№2.–С.9-12.
2. Возбудители хирургической инфекции у детей: устойчивость к антисептикам и ее динамика / Абаев Ю.К., Пудкова Е.И., Адарченко А.А. [и др.] // Детская хирургия.–2006.–№3.–С.30-3.
3. Никитина О.Н. Врожденные парапроктитные свищи у детей / О.Н.Никитина, А.О.Челак, А.О. Огородникова // Детская хирургия.–2004.–№4.–С.425.
4. Ривкин В. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, С.Н. Файн, А.С. Бронштейн –М.: Мед-практика, 2004.
5. Namraev A. Minimally invasive method of fistulectomy in acute paraproctitis treatment of infants / A. Namraev, I. Karimov // Medical and Health Science Journal.– 2010.–№2.–P.73.
6. CT of acute perianal abscesses and infected fistulae: a pictorial essay / N. J. Khati, N. Sondel Lewis, A. A. Frazier [et al.] // Emerg Radiol.– 2015.–№22(3).–P.329-35.
7. Mamedov M. M. New approaches in surgical treatment of acute paraproctitis / M. M. Mamedov, M.F. Mustafayeva // Clin Surg.– 2015.–№2.–P.20-1.
8. Radionov M. Crypto-glandular fistulous paraproctites - is the surgical prophylaxis of recurrences imperative? // M. Radionov, D.D. Ziya, I. Sechanov // Khirurgiia (Sofia).– 2013.–№1.–P.18-22.

**ЛІКУВАННЯ ПАРАПРОКТИТУ  
У НОВОНАРОДЖЕНИХ  
ТА ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

*О. В. Спакхі, О. В. Лятуринська,  
М. О. Макарова, О. В. Довбиш*

**Запорізький державний медичний університет  
(м. Запоріжжя, Україна)**

**Резюме.** У статті наведений досвід лікування парапроктиту у 110 дітей у віці від 8 днів до 12 місяців, що знаходилися в хірургічному відділенні Запорізької міської дитячої багатопрофільної лікарні №5. Показано, що в 95% випадків ефективне консервативне лікування з використанням місцевих антисептиків і комбінованої антибактеріальної терапії.

При дослідженні причинно-значущої мікрофлори виявлено, що на першому місці по частоті тієї, що зустрічається, були стафілококи. У новонароджених дітей переважав гемолітичний стафілокок (50% випадків), а у дітей старше за 1-й місяць - золотистий стафілокок (40%); на другому місці була клебсієлла пневмонії (23,6%), потім кишкова паличка (11,8%), мікроорганізми сімейства акінетобактер (7,2%), ентерококи (7,2%), рідше - псевдомонади (1,8%). У цілому, грампозитивні і грамнегативні мікроорганізми зустрічалися практично з однаковою частотою (48% і 52% відповідно).

У 18% дітей причинно-значущий мікроорганізм виділений не був, причому як правило негативні посіви спостерігалися у дітей першої групи (у 75% випадків, серед недоношених - в 80% випадків). У 27% дітей відзначалися асоціації з грибковою флорою (*Candida albicans*).

При призначенні консервативного лікування особлива увага приділялася антибактеріальній терапії, с урахуванням результатів мікробіологічного моніторингу. Катамнестичні дослідження виявило відсутність рецидивів впродовж 5 років.

**Ключові слова:** новонароджені; діти раннього віку; парапроктит; консервативне лікування.

**THERAPY OF PARAPROCTITIS  
IN NEWBORN  
AND INFANTS**

*O. V. Spakhi, O. V. Lyaturinskaya,  
M. A. Makarova O.V. Dovbysh*

**Zaporozhye State Medical University  
(Zaporozhye, Ukraine)**

**Summary.** The paper presents the experience of paraproctitis treatment in 110 children from the age of 8 days to 12 months who were in the surgical department of Zaporozhye City Children's multifield Hospital №5. It is shown that in 95 % cases the conservative treatment using topical anti-infective agents and antibacterial combined therapy is effective.

Researching the cause-significant microflora it was found that staphylococcus was most frequently encountered. For newborn infants, hemolytic staphylococcus was predominant (50 % cases) while for children older than 1 month - Staphylococcus aureus (40 %); the second place went to Klebsiella pneumonia (23.6 %), followed by Escherichia coli (11.8 %), microorganisms of akinetobakter family (7.2 %), enterococcus (7.2 %), the most rare were pseudomonades (1.8 %). Eventually the gram-positive and the gram-negative microorganisms were found with almost equal frequency (48 % and 52 %, respectively).

For 18 % of children cause-significant organism was not identified, and usually negative crops were observed for children of the first group (in general - in 75 % of cases, while among premature - in 80% of cases). 27 % of children had shown associations with fungal flora (*Candida albicans*).

When assigning the conservative treatment, particular attention was paid on the antibacterial therapy, considering the results of microbiological monitoring. Catamnesis monitoring found no recurrences within 5 years.

**Keywords:** newborn infants; young children; paraproctitis; conservative treatment.