

ляет статистически значимое различие, а коэффициент корреляции Спирмена 0.132 — свидетельствует о прямой корреляционной зависимости данного признака. В то же самое время наше исследование не выявило статистически значимого различия в частоте рецидивирования воспалительного процесса. В первой группе данное осложнение встретилось у 27%, во второй — у 52% пациентов. Также наши исследования не выявили зависимости возникновения стенозов анастомоза в зависимости от формы порока. Так, в первой группе стеноз анастомоза выявлен у 18%, во второй — у 30% пациентов. Важным компонентом качества жизни является возможность получать возрастной рацион нутритивной поддержки. В нашей серии исследований пациенты первой группы после тотальной колэктомии длительное время вынуждены получать специальную диету.

Закключение. Лечение пациентов с протяженной формой аганглиоза должно проводиться совместно детскими хирургами и гастроэнтерологами, что обеспечит хорошее долгосрочное качество жизни пациентов.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ У БОЛЬНЫХ С ЛЕЙКОЗОМ

РАВИЧ Л.Д., ХМЫЛОВ Л.М., ЧЕРНЫШ С.Н.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

L.D.Ravich@gmail.com

Актуальность проблемы. Острый парапроктит — одно из инфекционных осложнений, сопровождающих химиотерапию лейкозов. По данным разных авторов, частота инфекционных осложнений достигает до 75%. Инфекционные осложнения при лейкозах являются одной из основных причин смерти больных. Наиболее часто течение лейкоза осложняется пневмонией, поражением пищеварительного тракта, гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Отличительной особенностью течения данных осложнений при лейкозах является склонность к диссеминации инфекции. Основным патогенетическим механизмом, способствующим развитию инфекционных осложнений, являются гранулоцитопения, обусловленная опухолевым процессом и действием цитостатических препаратов. Доля острого парапроктита среди инфекционных осложнений, по данным разных авторов, колеблется от 3,5% до 10,8%. При этом бактериемия регистрируется у 22% больных. Летальность из-за развития сепсиса достигает 30%.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнуто 1102 истории болезни пациентов острым лейкозом, находившихся на лечении в ГКБ имени С.П. Боткина в 2007–2017 гг. У 853 пациентов имелся острый миелобластный лейкоз, у 249 — острый лимфобластный лейкоз. У 59 (6,9%) имелся острый миелобластный лейкоз, а у 15 (6,0%) больных — острый лимфобластный лейкоз. Таким образом, в исследование включено 74 (6,7%) больных, среди которых было 57 мужчин и 17 женщин со средним возрастом 43 года (в диапазоне от 18 до 80 лет).

Следует отметить, что у 70 (94,6%) пациентов возникло как инфекционное осложнение на фоне химиотерапии,

а у 4 (5,4%) больных острое воспаление в параректальной клетчатке предшествовало манифестации острого лейкоза. Хронические заболевания анального канала (анальные трещины, неполные внутренние свищи) послужили причиной инфицирования параректальной клетчатки у 56 (75,6%) больных.

Парапроктит был представлен следующими клиническими группами: абсцессом у 12 (16%) больных, воспалительным инфильтратом у 50 (68%), единичными или множественными изъязвлениями стенок анального канала и перианальной кожи — у 12 (16%). Следует отметить, что у 65 (87,8%) больных развитие острого парапроктита происходило на фоне нейтропении. Нормальные показатели гемограммы имелись лишь у 9 (12,2%) больных с параректальными абсцессами. Для больных с параректальными инфильтратами и язвенным поражением анального канала характерно состояние нейтропении различной степени выраженности. У 25 (33,8%) больных на фоне лейкопении развивалась бактериемия. Монокультура бактерий определялась в 17 наблюдениях, в 8 случаях — в виде ассоциаций. Пациентам с поверхностными дефектами стенок заднепроектального канала или слизистой оболочки, эпителизирующимися в межкурсовых перерывах, проводилось местное консервативное лечение. Кроме того, консервативная антибактериальная терапия применялась при воспалительном процессе, протекавшем на фоне гранулоцитопении. Показанием к операции служило наличие параректального абсцесса с наличием флюктуирующей гнойной полости. У 40 пациентов (80%) с параректальными инфильтратами удалось добиться их резорбции на фоне консервативного лечения.

Результаты. У 40 из 50 больных с параректальными инфильтратами (80%) на фоне лечения отмечена резорбция инфильтрата. У 8 (10,8%) больных в процессе лечения развился рецидив парапроктита. У всех этих больных рецидив развился на фоне нейтропении, а причиной рецидива парапроктита во всех случаях явились хронические заболевания анального канала. Всего умерло 7 больных (9,5%).

Из них:

4 больных (5,4%) умерло от септического шока.

1 больной (1,35) умер псевдомембранозного колита.

1 пациент умер от кровоизлияния в мозг и 1 от желудочно-кишечного кровотечения.

Выводы:

1. Острый парапроктит при остром лейкозе встречается с частотой 6,7%, при остром лимфобластном лейкозе (6%) при миелобластном лейкозе (6,9%).

2. Характер воспалительной реакции в параректальной клетчатке у больных с острым лейкозом обусловлен гранулоцитопенией.

3. Тактика лечения больных с острым лейкозом должна учитывать клиническую форму воспаления. Язвы перианальной области и анального канала подлежат местному лечению и наблюдению. Инфильтрат служит показанием к консервативному лечению антибиотиками. При наличии жидкостных скоплений и абсцедировании инфильтрата показано хирургическое лечение.