

Підвищення ефективності діагностики та хірургічного лікування хворих із гострим парапроктитом

Мета роботи: проаналізувати ефективність ультразвукографії і магнітно-резонансної томографії в діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту та оцінити результати хірургічного лікування цих хворих.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 285 хворих із різними формами гострого парапроктиту. Серед них – 184 (64,6 %) чоловіки, 101 (35,4 %) жінка. Вік хворих коливався від 19 до 77 років. Підшкірно-підслизова форма гострого парапроктиту діагностована у 173 (60,7 %) хворих і у 112 (39,3 %) – глибокі форми (ішіоректальні, пельвіоректальні та ретроректальні). Віддалені результати лікування у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту проаналізовано в терміни від 3-х місяців до 2-х років за допомогою проктологічного обстеження, додаткових інструментальних методів діагностики, з врахуванням числа рецидивів, переходу процесу в хронічну форму (утворення параректальної нориці) і оцінки функціональних результатів, зокрема, недостатності анального сфінктера.

Результати досліджень та їх обговорення. Проаналізовано результати застосування ультразвукографії та магнітно-резонансної томографії в діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту у 57 хворих. Діагностичну цінність ультразвукографії проаналізовано у 42 (73,7 %) хворих. Ультрасонографію з використанням черезшкірного конвексного датчика проведено у 35 (83,3 %), ендоректального датчика – у 7 (16,7 %) хворих. Магнітно-резонансну томографію з контрастуванням прямої кишки проведено у 12 (10,7 %) хворих на глибокі форми гострого парапроктиту та у трьох хворих без контрастування прямої кишки, яким попередньо проведена ультрасонографія не дозволила встановити гнійне вогнище в параректальній клітковині. Віддалені результати лікування в строки до двох років вивчені в 65 хворих на глибокі форми гострого парапроктиту. Недостатність анального сфінктера II ступеня виявлено у трьох (2,7 %) хворих, III ступеня – у одного хворого. Рецидив захворювання виник у 7 (6,25 %) хворих, параректальна нориця утворилась у 8 (7,1 %) хворих.

Ключові слова: гострий парапроктит; ультрасонографія; магнітно-резонансна томографія; хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гострий парапроктит (ГП) – одне із найбільш частих проктологічних захворювань, яке потребує невідкладного оперативного втручання. Хворі із ГП складають 0,43–1 % від загальної кількості хірургічних хворих і 24–50 % від числа хворих із захворюваннями прямої кишки [1]. Діагностика параректальних гнійників за допомогою огляду, пальпації, пальцевого ректального дослідження, бімануального обстеження, не при всіх формах ГП має достатню інформативність. Труднощі частіше виникають у хворих із глибокими формами ГП. Розташування гнійника поблизу очеревини та за може симулювати симптоми гострого живота або динамічної кишкової непрохідності. При локалізації гнійника безпосередньо біля сечового міхура, передміхурової залози клінічні прояви можуть бути характерними для патології цих органів [2].

Радикальна операція з приводу ГП передбачає розкриття гнійника, всіх запливів, ліквідацію первинного гнійного ходу із врахуванням відношення його до волокон сфінктера заднього проходу та усунення внутрішнього отвору на крипті анального каналу [3]. При нерадикальному втручанні частота рецидиву може сягати

50–98,4 %, параректальні нориці утворюються у 47–50 %, недостатність анального сфінктера виникає у 2,3–33 % хворих [4].

Тому поряд з клінічними даними і об'єктивним обстеженням застосування в діагностиці глибоких форм ГП таких променевих методів діагностики, як ультрасонографія (УСГ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) ми вважаємо досить ефективними для визначення раціональної хірургічної тактики і підвищення радикалізму оперативних втручань.

Мета роботи: проаналізувати ефективність ультразвукографії і магнітно-резонансної томографії у діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту та оцінити результати хірургічного лікування цих хворих.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати хірургічного лікування 285 хворих з різними формами ГП, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2009 по 2017 рр. Серед них 184 (64,6 %) чоловіків, 101 (35,4 %) жінки, віком від 19 до 77 років. На 4–6 добу від початку захворювання були госпіталізовані 203 (71,2 %) хворих, на 7–12 добу за медичною допомогою звернулися 48 (16,8 %) хворих.

Підшкірно-підслизова форма ГП діагностована у 173 (60,7 %) хворих, ішіоректальний ГП діагностований у 60 (53,6 %) хворих, пельвіоректальний ГП – у 11 (9,8 %), ретроректальний ГП – у 16 (14,3 %), підковоподібний ГП – у 15 (13,4 %), панпарапроктит (флегмона таза) – у 10 (8,9 %).

УСГ промежини та малого таза проводили апаратом Siemens–Sonoline–“Elegra” (черезшкірний конвексний датчик 2,7–5,5 МГц, лінійний ректальний датчик 3,5–5,5 МГц). Конвексний і лінійний датчики використовували для огляду органів малого таза зі сторони живота, лінійний ректальний датчик – для ендоректального дослідження. Для МРТ використовували апарат фірми “Siemens” (Німеччина) при товщині зрізів 4–5 мм, з потужністю магнітного поля 1,0 Тл у стандартних проекціях при T1–, PD+T2- зважених зображеннях та в режимах STIR і FatSat. Ми удосконалили методику проведення МРТ для діагностики глибоких форм ГП, яка передбачала контрастне підсилення прямої кишки (патент України на корисну модель № 54202).

Віддалені результати лікування у хворих на глибокі форми ГП проаналізовано в терміни від 3-х місяців до 2-х років за допомогою проктологічного обстеження, додаткових інструментальних методів діагностики, з врахуванням числа рецидивів, переходу процесу в хронічну форму (утворення параректальної нориці) і оцінки функціональних результатів, зокрема, недостатності анального сфінктера.

Результати досліджень та їх обговорення.

Проаналізовано результати застосування УСГ і МРТ у діагностиці глибоких форм ГП у 57 хворих. Діагностичну цінність УСГ проаналізовано у 42 (73,7 %) хворих. УСГ з використанням черезшкірного конвексного датчика проведено у 35 (83,3 %) хворих, ендоректального датчика – у 7 (16,7 %) хворих.

У 42 (37,5 %) хворих з глибокими формами ГП при відсутності зовнішніх проявів запального процесу в ділянці заднього проходу УСГ була провідним діагностичним методом. Виявлене патологічне вогнище вимірювали, визначали його локалізацію відносно стінки прямої кишки, а також сполучення між абсцесами подвійної локалізації при підковоподібному ГП. При підковоподібному ГП вдалося виявити “дугу підкови” в різних клітковинних просторах. У 5 (11,9 %) хворих з поширеною флегмоною параректальної клітковини УСГ дала можливість оцінити ступінь поширення гнійного процесу на сусідні, а також протилежні параректальні простори, виявити гнійні запливи в міжфасціальні простори кореня калитки та стегна. Це дозволило визначити оптимальний оперативний доступ і

адекватно виконати дронування клітковинних просторів. При застосуванні ендоректального датчика у 7 (16,7 %) хворих більш точно вдалося оцінити ступінь втягнення в патологічний процес стінки прямої кишки та розташування глибоких гнійників. Це дослідження не застосовували у хворих з вираженим больовим синдромом.

МРТ з контрастуванням прямої кишки проведено у 12 (10,7 %) хворих на глибокі форми ГП та у трьох хворих без контрастування прямої кишки, яким попередньо проведена УСГ не дозволила виявити гнійне вогнище в параректальній клітковині. Крім того, застосування МРТ дозволило встановити наявність первинного гнійного ходу і локалізацію його внутрішнього отвору на ураженій крипті анального каналу.

Отже, при УСГ локалізацію глибокого гнійного вогнища в параректальній клітковині вдалося виявити у $71,4 \pm 6,97$ % хворих, а первинний гнійний хід у $21,4 \pm 6,33$ % хворих. Діагностична інформативність МРТ у виявленні гнійного вогнища у хворих із глибокими формами ГП склала $91,67 \pm 7,98$ %, у встановленні первинного гнійного ходу – $83,3 \pm 10,76$ %, що суттєво покращило доопераційну діагностику глибоких форм ГП.

Всі хворі були прооперовані в екстреному порядку. При виконанні операції у хворих частіше застосовували дугоподібний (півмісяцевий) розріз над місцем найбільшого шкірного інфільтрату та флюктуації на промежині, чи радіальний розріз при поверхневих формах ГП. Проводили дозовану некректомію, санацію порожнини гнійника розчином антисептика (діоксидин, фурагін), тупим та частково гострим шляхом роз’єднували гнійні кішні та запливи в параректальній клітковині.

При інтрасфінктерному і поверхневому трансфінктерному розташуванні гнійного ходу у 143 (50,2 %) хворих проведено розкриття і дронування порожнини гнійника з висіченням гнійного ходу в просвіт кишки. При глибокому трансфінктерному і екстрасфінктерному, при встановленні внутрішнього отвору у 81 (28,4 %) хворих проведено розкриття та дронування абсцесу в поєднанні з ізольованою криптектомією. У 23 (8,1 %) хворих з поширенням гнійного процесу на два і більше параректальні клітковинні простори, при глибокому ГП було виконано розкриття основним розрізом, який доповнили двома радіальними промежинними розрізами та ізольованою криптектомією. У 10 (3,5 %) хворих при панпарапроктиті (флегмоні таза) обмежились розкриттям гнійника декількома розрізами, некректомією і дронуванням порожнини. В 28 (9,8 %) хворих з глибоким ГП, коли внутрішній отвір на крипті слизової оболонки не

З ДОСВІДУ РОБОТИ

вдалося виявити та близькому його розташуванню (менше 2 см) до стінки прямої кишки, виконали розкриття гнійника і дренажування гнійної порожнини. Операцію завершували введенням в пряму кишку марлевої смужки з водорозчинною маззю (Левасин, Левомеколь). Рану на промежині не зашивали, а дренивали гумовими випускниками.

Віддалені результати лікування в строки до двох років вивчені в 65 хворих на глибокі форми ГП. Недостатність анального сфінктера II ступеня виявлено у трьох (2,7 %) хворих, III ступеня – у одного хворого. Рецидив захворювання виник у 7 (6,25 %) хворих, параректальна нориця утворилась у 8 (7,1 %) хворих.

Висновки. 1. Застосування ультрасонографії та магнітно-резонансної томографії перед проведенням оперативного втручання у хворих на гли-

бокі форми гострого парапроктиту дало можливість виявити топографічне розміщення гнійника, число порожнин, їх розміри, форму та напрям первинного гнійного ходу, що дозволило вибрати раціональний метод хірургічного лікування.

2. У хворих із складними формами гострого парапроктиту необхідно застосовувати диференційний підхід у виборі оперативних втручань, враховуючи локалізацію гнійника, його поширення та відношення первинного гнійного ходу до волокон анального сфінктера.

Перспективи подальших досліджень. Удосконалення методів хірургічного лікування хворих з глибокими формами гострого парапроктиту та застосування у місцевому лікуванні нових середників з метою покращення клінічних результатів лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Неотложная проктология / [В. К. Ан, В. Л. Ривкин]. – М. : ИД Мед. практика, 2003. – 144 с.
2. Глубокие парапроктиты в экстренной медицине / Е. М. Трунин, О. Б. Бегишев, А. А. Лойт [и др.] // Амбулаторная хирургия. Стационар замещающие технологии. – 2006. – № 3 (23). – С. 48–51.
3. Клиническая колопроктология: руководство для врачей / [ред. П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц, Ф. Э. Элин, Н. Л. Смирнов]. – Х. : Факт, 2006. – 385 с.
4. Лечение острого парапроктита / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, В. Б. Козлов [и др.] // Клиническая хирургия. – 2008. – № 10. – С. 37–39.

REFERENCES

1. An, V.K., & Rivkin, V.L. (2003). *Neotlozhnaya proktologiya [Emergency proctology]*. Moscow: ID Med. praktika [in Russian].
2. Trunin, E.M., Begishev, O.B., & Loyt, A.A. (2006). *Glubokie paraproktity v ekstremnoy meditsine [Deep paraproctitis in emergency medicine]*. *Ambulatornaya khirurgiya. Statsionar zameshchayushchie tekhnologii – Ambulatory Surgery. Hospital Replacing Technology*, 3 (23), 48-51 [in Russian].
3. Kondratenko, P.G., Gubergrits, N.B., Elin, F.E., & Smirnov, N.L. (2006). *Klinicheskaya koloproktologiya: rukovodstvo dlya vrachey [Clinical coloproctology: A guide for doctors]*. Kharkiv: Fakt [in Ukrainian].
4. Militsa, N.N., Toropov, Yu.D., & Kozlov, V.B. (2008). *Lechenie ostrogo paraproktita [Treatment of acute paraproctitis]*. *Klinichna khirurgiia – Clinical Surgery*, 10, 37-39 [in Ukrainian].

Отримано 31.10.2019

Електронна адреса для листування: onow@ukr.net

I. M. SHEVCHUK, O. V. NOVYTSKY, A. L. SHAPOVAL, I. YA. SADOVYI

Ivano-Frankivsk National Medical University

THE IMPROVING OF EFFICIENCY DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PARAPROCTITIS

The aim of the work: to analyze the effectiveness of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of deep forms of acute paraproctitis and evaluate the results of surgical treatment of these patients.

Materials and Methods. The results of surgical treatment of 285 patients with various forms of acute paraproctitis were analyzed. Among them – 184 (64.6 %) men, 101 (35.4 %) women. The age of patients ranged from 19 to 77 years. Subcutaneous- submucosal form of acute paraproctitis was diagnosed in 173 (60.7 %) patients and in 112 (39.3 %) – deep forms (ischioanal, pelviorectal and retroanal). Long-term results of treatment in patients with deep forms of acute paraproctitis were analyzed in terms of 3 months to 2 years with the help of proctological examination, additional instrumental methods of diagnosis, taking into account the number of relapses, the transition to the chronic form (formation of pararectal fistula) and evaluation functional results, in particular, insufficiency of the anal sphincter.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Results and Discussion. The results of the use of ultrasonography and magnetic-resonance imaging in the diagnosis of deep forms of acute paraproctitis in 57 patients were analyzed. The diagnostic value of ultrasonography was analyzed in 42 (73.7 %) patients. Ultrasonography using a transdermal convex sensor was performed in 35 (83.3 %) patients, endorectal sensor in 7 (16.7 %) patients. Magnetic-resonance imaging with contrast of the rectum was performed in 12 (10.7 %) patients with deep forms of acute paraproctitis and in three patients without contrasting the rectum, whom ultrasonography had not previously allowed to establish purulent foci in pararectal cellulose. Long-term results of treatment up to two years were studied in 65 patients with deep forms of acute paraproctitis. Insufficiency of anal sphincter of degree II was found in three (2.7 %) patients, degree III – in one patient. Disease recurrence occurred in 7 (6.25 %) patients, pararectal fistula was formed in 8 (7.1 %) patients.

Key words: acute paraproctitis; ultrasonography; magnetic-resonance tomography; surgical treatment.

И. М. ШЕВЧУК, О. В. НОВИЦКИЙ, А. Л. ШАПОВАЛ, И. Я. САДОВЫЙ

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Цель работы: проанализировать эффективность ультразвуковой и магнитно-резонансной томографии в диагностике глубоких форм острого парапроктита и оценить результаты хирургического лечения этих больных.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 285 больных с различными формами острого парапроктита. Среди них – 184 (64,6 %) мужчин, 101 (35,4 %) женщин. Возраст больных колебался от 19 до 77 лет. Подкожно-подслизистая форма острого парапроктита диагностирована у 173 (60,7 %) больных и у 112 (39,3 %) – глубокие формы (ишиоректальные, пельвиоректальные и ретроанальные). Отдаленные результаты лечения у больных на глубокие формы острого парапроктита проанализированы в сроки от 3-х месяцев до 2-х лет с помощью проктологического обследования, дополнительных инструментальных методов диагностики, с учетом числа рецидивов, перехода процесса в хроническую форму (образование параректального свища) и оценки функциональных результатов, в частности, недостаточности анального сфинктера.

Результаты исследований и их обсуждение. Проанализированы результаты применения ультразвуковой и магнитно-резонансной томографии в диагностике глубоких форм острого парапроктита в 57 больных. Диагностическую ценность ультразвуковой томографии проанализировано в 42 (73,7 %) больных. Ультрасонографию с использованием чрескожного конвексного датчика проведено у 35 (83,3 %), эндоректального датчика – в 7 (16,7 %) больных. Магнитно-резонансную томографию с контрастированием прямой кишки проведено у 12 (10,7 %) больных на глубокие формы острого парапроктита и у трех больных без контрастирования прямой кишки, которым предварительно проведенная ультразвуковая томография не позволила установить гнойный очаг в параректальной клетчатке. Отдаленные результаты лечения в сроки до двух лет изучены в 65 больных на глубокие формы острого парапроктита. Недостаточность анального сфинктера II степени выявлено в трех (2,7 %) больных, III степени – у одного больного. Рецидив заболевания возник у 7 (6,25 %) больных, параректальный свищ образовался у 8 (7,1 %) больных.

Ключевые слова: острый парапроктит; ультразвуковая томография; магнитно-резонансная томография; хирургическое лечение.