

УДК: 616 – 07 + 616 – 089 + 616.352 – 007.253

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ГОСТРИМ ПАРАПРОКТИТОМ

І.М. Шевчук, О.В. Новицький

Івано-Франківський національний медичний університет

Реферат. Проаналізовані результати хірургічного лікування 122 хворих з різними формами гострого парапроктиту. Серед них – 78 (63,9 %) чоловіків, 44 (36,1 %) жінок. Вік хворих коливався від 19 до 78 років. Підшкірно-підслизова форма гострого парапроктиту діагностована у 26 (21,3 %) хворих, піiorectalна форма виявлена у 50 (40,9 %) хворих, пельвіоректальна – у 21 (17,2 %), ретроректальна – у 8 (6,6 %), підковоподібна – у 12 (9,8 %) хворих, у 5 (4,2 %) хворих діагностовано гангренозно-гнилісну форму парапроктиту. Проведено аналіз ефективності застосування ультразвукової діагностики у 42 (34,4 %) хворих. Застосування методу дозволило підтвердити наявність гнійних утворень в параректальній клітковині, уточнити їх локалізацію і поширеність, що дало можливість обрати оптимальний спосіб оперативного втручання. Результати хірургічного лікування до трьох років вивчені в 73 (59,8 %) хворих. Рецидив захворювання виник у 5 (6,8 %) хворих, параректальна нориця утворилась у 3 (4,1 %) хворих.

Ключові слова: гострий парапроктит, ультразвукове дослідження, гнійний натічник, хірургічне лікування.

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 [4].

Головним завданням в діагностиці ГП є своєчасне і точне визначення розміщення гнійника в параректальних клітковинних просторах [1]. Топічна діагностика параректальних абсцесів традиційними методами обстеження (огляд, пальпація, пальцеве ректальне дослідження, бімануальне обстеження) не при всіх формах ГП мають достатню інформативність. Частіше діагностичні труднощі виникають у хворих із глибокими формами ГП. Розташування такого гнійника в безпосередній близькості до діафрагми тазу можуть симулювати симптоми гострого живота або динамічної кишкової непрохідності. При локалізації гнійника в безпосередній близькості до сечового міхура, сечовивідних шляхів і передміхурової залози клінічні прояви можуть нагадувати ознаки захворювань сечовивідної системи [3]. Тому, поряд з клінічними даними і об'єктивним обстеженням, ультразвукове дослідження (УЗД) ми вважаємо високоінформативним методом в діаг-

ностиці глибоких форм ГП, що допомагає у визначенні раціональної хірургічної тактики.

Радикальна операція з приводу ГП передбачає розкриття параректального абсцесу і всіх натічників, із врахуванням відношення первинного гнійного ходу до волокон сфінктера заднього проходу, та необхідність ліквідації внутрішнього отвору на крипті прямої кишки [6]. При нерадикальному втручання з приводу ГП частота рецидивів захворювання у хворих складає 50–98,4 %, утворення параректальних нориць – у 47–50 %, недостатність анального сфінктера виникає у 2,3–33 % хворих [2, 5]. Частота виникнення рецидиву ГП і його ускладнень, навіть після виконання радикальної операції, сягає 30 % і не має тенденції до зниження [1, 4]. При застосуванні адекватних радикальних операцій при ГП в останні роки частота цих ускладнень знизилась вдвічі [7].

Метод нашого дослідження був аналіз ефективності застосування УЗД та різних видів оперативних втручань у хірургічному лікуванні хворих із гострим парапроктитом.

Матеріал та методи

Проаналізовані результати хірургічного лікування 122 хворих з різними формами ГП, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з 2005 по 2008 рр. в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Серед них – 78 (63,9 %) чоловіків, 44 (36,1 %) жінки. Вік хворих від 19 до 78 років. На протязі 3–4 діб із часу захворювання були госпіталізовані 96 (78,7 %) хворих, на 6–7 добу – 26 (21,3 %) хворих.

УЗД промежини та малого тазу проводили з допомогою апарату Simens – 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 тазу зі сторони живота, лінійний ректальний датчик – для ендоректального дослідження.

Діагностичну цінність УЗД при ГП в визначенні і уточненні локалізації гнійника проаналізовано у 42 (34,4 %) хворих. УЗД з використанням черезшкірного конвексного датчика було проведено у 35 (36,5 %) хворих, ендоректального датчика – у 7 (7,3 %) хворих..

Підшкірно-підслизова форма ГП діагнос-

тована у 26 (21,3 %) хворих, ішіоректальна форма - у 50 (40,9 %) хворих, пельвіоректальна - у 21 (17,2 %), ретроректальна - у 8 (6,6 %), підковоподібна - у 12 (9,8 %) хворих, у 5 (4,2 %) хворих - діагностовано гангренозно-гнилісну форму парапроктиту.

Ідентифікацію внутрішнього отвору гнійного ходу виконували під час оперативного втручання шляхом пункції гнійника і введення в його порожнину розчину метиленового синього і 3 %-ного розчину перекису водню. Таким способом внутрішній отвір на крипті прямої кишки вдалося виявити у 81 (66,4 %) із 122 хворих.

Результати та обговорення

Після госпіталізації хворих в стаціонар і встановлення попереднього діагнозу ГП одразу проводили УЗД. Починали дослідження в положенні хворого на спині через передню черевну стінку. У жінок визначали стан стінок піхви і прямої кишки, їхню рівномірність, товщину і безперервність, стан параректальної клітковини, у чоловіків - оцінювали стан стінок прямої кишки, параректальної клітковини, передміхурової залози, сім'яних міхурців.

Промежину оглядали в лежачому положенні хворого на лівому боці. Анатомічні структури та патологічні утворення візуалізували по секторах в відповідності до циферблату годинника. Виявлене патологічне вогнище вимірювали, визначали його локалізацію по відношенню до стінки прямої кишки, а також ступінь втягнення її в патологічний процес. Важливим етапом при УЗД вважали визначення відстані від шкіри до нижнього краю гнійника, а також сполучення між абсцесами подвійної локалізації, при підковоподібному ГП. У 42 (34,4 %) хворих з глибокими формами ГП при відсутності зовнішніх проявів запального процесу в області заднього проходу УЗД була ведучим діагностичним методом в порівнянні з пальцевим ректальним і бімануальним дослідженням. У обстежених хворих при УЗД візуалізували гіпоехогенне утворення різноманітної форми з нечіткими контурами. Навколо утворення виявляли ділянки підвищеної ехогенності, що свідчило про наявність запального інфільтрату. Так, у 14 (33,3 %) хворих абсцес локалізувався по правому півколі анального кільця, у 11 (26,2 %) - по лівому, у 12 (28,6 %) - з обоз боків. При підковоподібному ГП у 4 хворих вдалося виявити „дуги підкови” в різних клітковинних просторах. У 5 (11,9 %) хворих з поширеною флегмоною параректальної клітковини УЗД дало можливість оцінити ступінь поширення гнійного процесу на сусідні, а також протилежні параректальні простори, виявити гнійні натічки в міжфасціальні простори кореня калитки та стегна. Це

дозволило визначити правильний оперативний доступ і адекватно виконати дренивання клітковинних просторів.

При застосуванні ендоректального датчика у 7 (7,3 %) хворих зміни в основному відповідали даним, знайденим при застосуванні проміжного датчика, проте більш точно вдалося оцінити ступінь втягнення в патологічний процес стінки прямої кишки. Це дослідження неможливо було застосувати у хворих з вираженим болевим синдромом.

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 кишені та натічки в параректальній клітковині.

Важливим етапом в проведенні радикальної операції з приводу ГП є ліквідація внутрішнього отвору на крипті прямої кишки та первинного гнійного ходу між порожниною параректального гнійника та просвітом прямої кишки. При інтрасфінктерному і поверхневому трансфінктерному розташуванні гнійного ходу у 43 (35,2 %) хворих проведено розкриття і дренивання порожнини гнійника з висіченням гнійного ходу в просвіт кишки. При глибокому трансфінктерному і екстрасфінктерному при встановленні внутрішнього отвору у 27 (22,1 %) хворих проведено розкриття та дренивання абсцесу в поєднанні з криптектомією. У 11 (9 %) хворих з поширенням гнійного процесу на два і більше параректальні клітковинні простори при глибокому ГП було виконано розкриття основним розрізом, який доповнили двома радіальними проміжними розрізами та ізольованою криптектомією. У 5 (4,2 %) хворих при поширеному гангренозно-гнилісному парапроктіті обмежились розкриттям гнійників декількома розрізами, некректомією і дрениванням порожнин. В 36 (29,5 %) хворих з глибоким ГП, коли внутрішній отвір на крипті слизової оболонки не вдалося виявити та близькому його розташуванні (менше 2 см) до стінки прямої кишки, виконували розкриття гнійника і дренивання гнійної порожнини. Операцію завершували введенням в пряму кишку марлевої смужки з водорозчинною маззю (Левасин, Левомеколь). Рану на промежині не зашивали, а дренивали гумовими випускниками.

За результатами бактеріологічного дослідження гною, взятого безпосередньо перед оперативним втручанням шляхом пункції гнійни-

ка, *E. coli* висіяна у 51 (41,8 %), *St. aureus* у 29 (23,8 %) хворих, *Pr. vulgaris* у 15 (12,3 %) хворих; асоціації *St. aureus* і *E. coli* встановлено у 17 (13,9 %) хворих, *E. coli* та *Pr. vulgaris* у 10 (8,2 %) хворих. Таким чином, частіше всього збудником ГП була кишкова паличка самостійно, чи в асоціаціях з іншими мікроорганізмами.

У 11 (9,01 %) хворих з поширеною флегмоновою параректальною клітковиною, та при гангренозно-гнилісному парапроктиті у 5 (4,2 %) хворих проводили курс антибактеріальної терапії. Для цього застосовували левофлоксацин по 250 мг внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу з метронідазолом (метрогілом) – по 500 мг (100 мл) 3 рази на добу внутрішньовенно крапельно. За результатами бактеріологічного дослідження та антибіограми така комбінація препаратів охоплювала найбільшу кількість мікроорганізмів. Після отримання даних антибіограм на 3-4 добу при потребі проводили заміну антибактеріальних препаратів. За нашими спостереженнями по відношенню до стафілококів, ентерококів найбільшу чутливість мали цефоперазон, ципрофлоксацин; по відношенню до кишкової палички та протей – амікацин, ципрофлоксацин, цефтазидим.

В ранньому післяопераційному періоді у одного хворого з флегмоновою параректальною клітковиною був діагностований гнійний натічник, який був ліквідований додатковим розширенням рани промежини та дренажуванням. Віддалені результати лікування в строки до трьох років вивчені в 73 (59,8 %) хворих. Рецидив захворювання виник у 5 (6,8 %) хворих, параректальна нориця утворилась у 3 (4,1 %) хворих.

Висновки

1. Застосування УЗД до проведення оперативного втручання у хворих гострим парапроктитом дало можливість виявити топографічне розміщення гнійника, число порожнин, їх розміри, форму та напрям первинного гнійного ходу.

2. Застосування УЗД дозволяє вибрати раціональну тактику хірургічного лікування у хворих з глибокими формами гострого парапроктиту.

3. У хворих із складними формами гострого парапроктиту необхідно застосовувати диференційований підхід в виборі хірургічної тактики.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

И.М. Шевчук, О.В. Новицкий

Реферат. Проведен анализ результатов хирургического лечения 122 больных с разными формами острого

парапроктита. Среди них – 78 (63,9 %) мужчин, 44 (36,1 %) женщины. Возраст больных колебался от 19 до 78 лет. Подкожно-подслизистая форма острого парапроктита диагностирована у 26 (21,3 %) больных, ишиоректальная форма выявлена у 50 (40,9 %) больных, пельвиоректальная – у 21 (17,2 %), ретро-ректальная – у 8 (6,6 %), подковообразная – у 12 (9,8 %) больных, у 5 (4,2 %) больных диагностирована гангренозно-гнилостная форма парапроктита. Проведено изучение эффективности применения ультразвукового исследования у 42 (34,4 %) больных. Применение метода разрешило подтвердить наличие гнойных образований в параректальной клетчатке, уточнить их локализацию и распространенность, что дало возможность выбрать оптимальный способ оперативного вмешательства. Результаты хирургического лечения до трех лет изучены в 73 (59,8 %) больных. Рецидив заболевания возник у 5 (6,8 %) больных, параректальный свищ образовался у 3 (4,1 %) больных.

Ключевые слова: острый парапроктит, ультразвуковое исследование, гнойный затек, хирургическое лечение.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TACTICS WITH TREATMENT OF PATIENTS ON ACUTE PARAPROCTITIS

I.M. Shevchuk, O.V. Novytsky

Abstract. The analyzed results of surgical treatment are 122 patients with different forms of acute paraproctitis. Among them - 78(63,9%) - men,44(36,1%) - women. The age of patients is between 19 till 78 years. Subcutaneous-submucosal form of acute paraproctitis is diagnosed in 26 (21.3%) patients, ischio-rectal form is in 50 (40,9%) patients, pelviorectal - in 21 (17,2%), retrorectal - in 8 (6,6%), acute paraproctitis in the form of a horseshoe in 12 (9,8%) patients, in 5 (4,2%) patients is diagnosed gangrene-purulent form of paraproctitis. There is made analysis of effective usage of ultrasonic investigation in 42 (34,4%) patients. The usage of this method allowed us to say that the existence of purulent leaks in pararectal cellular tissue, the exact place of their localization and spread, which gave possibility to take the optimal choice of operative treatment. The results of surgical treatment till 3 years are studied in 73(59,8%) patients. The recurrence of disease is appeared in 5(6,8%) patients, pararectal fistula is appeared in 3 (4,1%) patients.

Key words: acute paraproctitis, ultrasonic investigation, purulent contained leak, surgical treatment

ЛІТЕРАТУРА

1. Альф И.А., Ан В.К., Николина Е.И. Острый парапроктит: выбор метода хирургического лечения // Хирургия. – 1994. – № 10. – С. 10–12.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 2001. 413 с.
3. Воробьев Г.И., Зайцев В.Г. Объем лечебно-диагностических мероприятий при неопухольных заболеваниях дистального отдела прямой кишки и аноскопической области. – Метод. материалы. – М.: Медицина, 2000. – 122 с.
4. Воробьев Г.И., Колатадзе А.М., Бондарев Ю.А. Современные тенденции неотложной проктологии // Хирургия. – 1993. – № 2. – С. 93–95.
5. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. – М.: Медицина, 1981. – 208 с.
6. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
7. Wolf W., Hales J., Kundle F. Anorektale Abszesse und fistula // Akt. Chir. –1998. – Bd 9. – S. 20 – 25.