

дітей РГ до 2,8 % проти 15,5 % у дітей КГ; скорочення терміну перебування хворих ОГ у стаціонарі майже на 5–6 діб.

Підсумовуючи вищенаведене, вважаємо за необхідне наголосити, що диференційоване комплексне відновлювальне лікування МАП у дітей дозволяє поліпшити результати лікування, уникнути ускладнень, зменшити термін перебування хворих у стаціонарі і тим самим сприяє реалізації головного принципу педіатричної хірургії – ощадливого ставлення до зростаючого організму.

#### Література

1. Карасева О. В., Рошаль Л. М., Брянцев А. В. и др. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия. — 2007. — № 3. — С. 23-27.
2. Ніколаєва Н. Г. Використання природних та преформованих фізичних чинників у відновлювальному лікуванні дітей з

перитонітами / Н. Г. Ніколаєва, М. Г. Мельниченко // Методичні рекомендації МОЗ України, Київ. — 2008. — 28 с.

3. Перитонит: Практическое руководство // Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова — М.: Литтерра. - 2006. - 208 с.

4. Шамсиев А. М. Прогнозирование послеоперационных спаечных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии у детей / А. М. Шамсиев, Э. Э. Кобилов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2006. — № 2. — С. 23-25.

5. Bakkaloglu S.A. Prevention of peritonitis in children: emerging concepts Perit. Dial. Int. 2009, Feb. Vol. 29, Suppl. 2, P. 186-189.

6. Spalding D.R., Williamson R.C. Peritonitis Br. J. Hosp. Med. (Lond). 2008, Jan. Vol. 69 (1), P. 12-15.

7. Teitelbaum I. The International Pediatric Peritonitis Registry: starting to walk. Kidney Int. 2007, Dec. Vol. 72 (11), P. 1305-1307.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616-071+616.352-007.253

## ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГЛИБОКИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

О. В. Новицький

Івано-Франківський національний медичний університет

## ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ГЛУБОКИХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

О. В. Новицкий

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

## IMPROVING THE QUALITY OF ACUTE PARAPROCTITIS DEEP FORMS DIAGNOSIS

O.V. Novytsky

Ivano-Frankivsk Nacional Medical University

**Резюме. Мета:** проаналізувати ефективність ультразвукографії і магнітно-резонансної томографії у діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту. **Матеріал і методи.** Проаналізовано результати застосування ультразвукографії та магнітно-резонансної томографії для діагностики глибоких форм гострого парапроктиту у 57 хворих. Серед них – 39 (68,4 %) чоловіків, 18 (31,6 %) жінок. Вік хворих коливався від 20 до 76 років. Ішіоректальна форма виявлена у 23 (40,4 %) хворих, пельвіоректальна – у 10 (17,5 %), ретроректальна – у 8 (14,03 %), підковоподібна – у 12 (21,05 %) хворих, у 4 (7,02 %) хворих – діагностовано флегмону параректальної клітковини. **Результати:** за допомогою ультразвукографії та магнітно-резонансної томографії підтверджено наявність гнійних осередків в параректальній клітковині, уточнено їхню локалізацію і поширеність, що дало можливість обґрунтувати вибір раціонального способу оперативного втручання. **Висновки.** Застосування ультразвукографії та магнітно-резонансної томографії перед проведенням оперативного втручання у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту дало можливість виявити топографічне розміщення гнійника, його розміри, форму та напрям первинного гнійного ходу.

**Ключові слова:** гострий парапроктит, ультразвукографія, магнітно-резонансна томографія

**Резюме. Цель:** проанализировать эффективность ультразвукографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике глубоких форм острого парапроктита. **Материал и методы.** Проанализированы результаты применения ультразвукографии и магнитно-резонансной томографии для диагностики глубоких форм острого парапроктита в 57 больных. Среди них - 39 (68,4 %) мужчин, 18 (31,6 %) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 76 лет. Ишиоректальная форма выявлена у 23 (40,4 %) больных, пельвиоректальная - у 10 (17,5 %), ретроректальная - у 8 (14,03 %), подковообразная - у 12 (21,05 %) больных, у 4 (7,02 %) больных - диагностирована флегмона параректальной клетчатки. **Результаты:** с помощью ультразвукографии и магнитно-резонансной томографии подтверждено наличие гнойных очагов в параректальной клетчатке, уточнено их локализацию и распространенность, что позволило обосновать выбор рационального способа оперативного вмешательства. **Выводы.** Применение ультразвукографии и магнитно-резонансной томографии перед проведением оперативного вмешательства у больных на глубокие формы острого парапроктита позволило выявить топографическое размещение гнойника, его размеры, форму и направление первичного гнойного хода.

**Ключевые слова:** острый парапроктит, ультразвукография, магнитно-резонансная томография.

**Abstract. Objective:** To assess the effectiveness of ultrasonography and magnetic-resonance tomography in the diagnosis of deep forms acute paraproctitis. **Material and Methods.** There were analyzed the results of using ultrasonography and magnetic-resonance tomography for the diagnosis of deep forms of acute paraproctitis in 57 patients. Among them were 39 (68.4%) men and 18 (31.6%) women. The age of patients ranged from 20 to 76 years. Ischiorectal form was found in 23 (40.4%) patients, pelviorectal in 10 (17.5%), retrorectal in 8 (14.03%), acute paraproctitis in the form of a horseshoe in 12 (21.05%) patients, 4 (7.02%) patients were diagnosed phlegmon of pararectal cellulose. **Results.** By using ultrasound and magnetic-resonance tomography was confirmed the presence of pus cells in pararectal cellulose, refined their localization and spread, making it possible to justify the choice of a rational method of surgery. **Conclusions.** The use of ultrasonogra-

phy and magnetic resonance tomography prior to surgery in patients with deep form acute paraproctitis made it possible to identify the topographical location of abscess, its size, shape and direction of the primary purulent course.

**Keywords:** acute paraproctitis, ultrasonography, magnetic-resonance tomography.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Головним завданням в діагностиці гострого парапроктиту (ГП) є своєчасне і точне визначення розміщення гнійника в параректальних клітковинних просторах. Топічна діагностика параректальних абсцесів традиційними методами обстеження (огляд, пальпація, пальцеве ректальне дослідження, бімануальне обстеження) не при всіх формах ГП несуть достовірну інформативність. Часто труднощі в діагностиці виникають у хворих з глибокими формами ГП [2].

Тому, поряд з клінічними даними і об'єктивним обстеженням, застосування у діагностиці глибоких форм ГП променевих методів діагностики, таких як ультрасонографія (УСГ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) ми вважаємо цінними для визначення раціональної хірургічної тактики і підвищення радикалізму оперативних втручань [3].

**Мета.** Проаналізувати ефективність ультрасонографії і магнітно-резонансної томографії у діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту.

### Матеріал і методи

Проаналізовано результати застосування ультрасонографії та магнітно-резонансної томографії для діагностики глибоких форм ГП у 57 хворих. Серед них – 39 (68,4 %) чоловіків, 18 (31,6 %) жінок. Вік хворих коливався від 20 до 76 років. Ішіоректальна форма виявлена у 23 (40,4 %) хворих, пельвіоректальна – у 10 (17,5 %), ретроректальна – у 8 (14,03 %), підковоподібна – у 12 (21,05 %) хворих, у 4 (7,02 %) хворих – діагностовано флегмону параректальної клітковини.

Ультразвукове обстеження промежини та малого тазу проводили з допомогою апарату Siemens – Sonoline – “Elegra” (черезшкірний конвексний датчик 2,7-5,5 МГц, лінійні датчики 5,5-9,0 МГц, а також лінійний ректальний датчик 3,5-5,5 МГц). Конвексний і лінійний датчики використовували для огляду органів малого тазу зі сторони живота та промежини, лінійний ректальний датчик – для ендоректального ультрасонографічного обстеження параректальної клітковини та прямої кишки. 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. Нами була удосконалена методика проведення МРТ для діагностики глибоких форм ГП, яка передбачала контрастне підсилення прямої кишки (патент України на корисну модель № 54202).

Діагностичну цінність УСГ проаналізовано у 42 (73,7 %) хворих. УСГ з використанням черезшкірного конвексного датчика проведено у 35 (83,3 %), ендоректального датчика – у 7 (16,7 %) хворих. Діагностична інформативність МРТ досліджена у 15 (26,3 %) хворих.

### Результати та їх обговорення

У результаті УСГ у обстежених хворих візуалізували гіпоехогенне утворення різної форми з нечіткими контурами. Навколо нього виявляли ділянки підвищеної ехогенності, що свідчило про наявність інфільтрату. Так, у 15 (26,3 %) хворих абсцес локалізувався по правому півколі анального кільця, у 11 (19,3 %) – по лівому, у 12 (21,05 %) хворих – з обох боків. При підковоподібному ГП у 5 (8,8 %) хворих вдалося виявити

«дугу підкови» в різних клітковинних просторах по обидва боки від прямої кишки. У 4 (7,02 %) хворих з поширеною флегмоною параректальної клітковини УСГ дало можливість оцінити ступінь поширення гнійного процесу на сусідні, а також протилежні параректальні простори, гнійні запливи в міжфасціальні простори кореня калитки та стегна. Це дозволило визначити правильний оперативний доступ і адекватно виконати дренування відповідних клітковинних просторів.

При застосуванні ендоректального датчика більш точно вдалося оцінити ступінь втягнення в патологічний процес стінки прямої кишки. Це дослідження не можливо було застосувати у хворих з вираженим болевим синдромом. Отже, у хворих з глибокими формами ГП при відсутності зовнішніх проявів запального процесу в області заднього проходу ультрасонографія була ключовим діагностичним методом в порівнянні з неефективністю клінічних методів дослідження.

МРТ з контрастуванням прямої кишки проведено у 12 (21,05 %) хворих на глибокі форми ГП та у трьох хворих без контрастування прямої кишки. Крім того, застосування МРТ дозволяло краще візуалізувати 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±6,97 % хворих, а первинний гнійний хід у 21,4±6,33 % хворих. Діагностична інформативність МРТ у виявленні гнійного вогнища у хворих із глибокими формами ГП склала 91,67±7,98 %, у виявленні первинного гнійного ходу – 83,3±10,76 % (P<0,05). Це суттєво покращило доопераційну діагностику глибоких форм ГП та відповідно дало провести радикальні одномоментні оперативні втручання у 21 (36,8 %) хворих.

### Висновки

Застосування ультрасонографії та магнітно-резонансної томографії перед проведенням оперативного втручання у хворих на глибокі 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.

### Перспективи подальших досліджень

Удосконалення методів хірургічного лікування хворих з глибокими формами гострого парапроктиту.

### Література

1. Лечение острого парапроктита / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, В. Б. Козлов [и др.] // Клінічна хірургія. – 2008. – № 10. – С. 37–39.
2. Глубокие парапроктиты в экстренной медицине / Е. М. Трунин, О. Б. Бегишев, А. А. Лойт [и др.] // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие 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.

Надійшла 23.06.2014 року.