

УДК: 616-08+616-001.4+616.353+616.351+616.352-008.253

Новицький О.В., Шевчук І.М., Шаповал А.Л., Петрина О.М., Петрина П.О.

Проблеми діагностики та підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на гострий парапроктит

Кафедра хірургії № 2 (зав. каф. - проф. І.М.Шевчук)

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 285 хворих з різними формами гострого парапроктиту. Проаналізовано результати застосування ультрасонографії та МРТ для діагностики глибоких форм гострого парапроктиту у 57 хворих. Віддалені результати лікування в терміни до двох років вивчені у 65 хворих на глибокі форми ГП.

Ключові слова: гострий парапроктит, ультрасонографія, МРТ, хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

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 глибоких форм параректальних гнійників викликає певні труднощі і симуляцію клініки «гострого живота» [2].

Радикальна операція з приводу ГП передбачає розкриття гнійника, всіх заплівів, ліквідацію первинного гнійного ходу із врахуванням відношення його до волокон сфінктера заднього проходу та усунення внутрішнього отвору на крипті анального каналу [3,4].

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність ультрасонографії і МРТ у діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту.

Матеріал і методи дослідження

Проаналізовані результати хірургічного лікування 285 хворих з різними формами ГП, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2005 по 2011 рр. Серед них 184 (64,6%) чоловіків, 101 (35,4%) жінок, віком від 18 до 78 років. На 4-6 добу від початку захворювання були госпіталізовані 203 (71,2%) хворих, на 7-12 доби 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 тазу) – у 10 (8,9%)

УСГ промежини та малого тазу проводили з допомогою апарату 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 тазу 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 проєкціях 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).

Віддалені результати лікування у хворих на глибокі форми ГП проаналізували в терміни від 3-х місяців до 2-х років.

Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізовано результати застосування УСГ і МРТ для діагностики 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%), ендоректального датчика – у 7 (16,7%) хворих.

У 42 (37,5%) хворих з глибокими формами ГП при відсутності зовнішніх проявів запального процесу в області заднього проходу УСГ була основним діагностичним методом. Виявлене патологічне вогнище вимірювали, визначали його локалізацію по відношенню до 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 дренування 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 12 (10,7%) хворим на глибокі форми ГП та у трьох хворих без контрастування прямої кишки, яким попередньо проведена УСГ не дозволила встановити гнійне вогнище в параректальній клітковині. Крім того, застосування МРТ дозволяло 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±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%, що суттєво покращило доопераційну діагностику глибоких форм ГП.

Всі хворі були прооперовані в екстремному 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), тулим та частково гострим шляхом роз'єднували гнійні кишені та запливи в параректальній клітковині.

При інтрасфінктерному і поверхневому трансфінктерному розташуванні гнійного ходу у 143 (50,2%) хворих проведено розкриття і дренування 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 дренування 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 панпарапроктіті (флегмоні тазу) обмежились розкриттям гнійників декількома розрізами, некректомією і дренуванням порожнин. У 28 (9,8%) 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, виконали розкриття гнійника і дренування гнійної порожнини. Операцію завершували введенням в пряму кишку марлевої смужки з водорозчинною маззю (Левасин, Левомеколь). Рану на промежині не зашивали, а дренували 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%) хворого, III ступеня – у одного хворого. Рецидив захворювання виник у 7 (6,25%) хворих, параректальна нориця утворилась у 8 (7,1%)

хворих.

Висновки

1. Застосування ультразвуографії 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.

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.

Література

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. 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.

4. Лечение острого парапроктита / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, В. Б. Козлов [и др.] // Клиническая хирургия. – 2008. – № 10. – С. 37–39.

Новицький А.В., Шевчук І.М., Шаповал А.Л., Петрина А.Н., Петрина П.А.

Проблеми діагностики і підвищення ефективності хірургічного лікування больних с острым парапроктитом

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 285 больных с различными формами острого парапроктита. Проанализированы результаты применения ультразвуковой и МРТ для диагностики глубоких форм острого парапроктита у 57 больных. Отдаленные результаты лечения в сроки до двух лет изучены у 65 больных глубокие формы ГП.

Ключевые слова: острый парапроктит, ультразвуография, МРТ, хирургическое лечение.

Novytsky O.V., Shevchuk I.M., Shapoval A.L., Petryna O.M., Petryna P.O.

The Problems of Diagnostics and Increase of Efficiency of Surgical Treatment of Patients are with a Acute Paraproctitis

Summary. The results with different forms acute paraproctitis surgical treatment of 285 patients were analyzed. The results application ultrasonography and magnetic-resonance tomography for diagnostics deep forms acute paraproctitis in 57 patient were analyzed.

Keywords: acute paraproctitis, ultrasonography, magnetic-resonance tomography, surgical treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК. 616.5 – 002.82 + 616-035.7

Питтюк О.В., Богуш А.С., Кач В.С., Мотуляк А.П., Гафійчук С.М., Нагірняк Д.С., Богуш Н.А., Горбаль Б.Г.

Комплексне хірургічне лікування глибокого мікозу

Івано-Франківський національний медичний університет
Центральна міська лікарня Івано-Франківська

Резюме. Представлено випадок комплексного хірургічного лікування генералізованого вузлувато-гранульоматозного рубромікозу.

Ключові слова. генералізований вузлувато-гранульоматозний рубромікоз.

Глибокі мікози в Україні реєструються рідко. Як спорадичні випадки в практиці лікаря зустрічаються актиномікоз, споротріхоз, глибокий бластомікоз. Одним із відносно “молодих” у світі мікозів є рубромікоз. Він вперше описаний японським дерматологом Ота, в 1922 році і тривалий час вважався ендемічною інфекцією Сходу. Перші повідомлення про рубромікоз в Європі припадають на середину минулого століття. Нині збудник рубромікозу – найбільш розповсюджений патогенний гриб у світі (2,3). Впродовж останніх років рубромікоз став агресивним, почастішали генералізовані форми, спорадично появляються рідкісні вузлова та -грануломатозні (глибокі) форми (1,6), цьому сприяє - збільшення кількості людей із хронічною патологією внутрішніх органів, порушеннями, обміну речовин, ендокринопатіями, імунodefіцитними станами; Техногенне забруднення довкілля; Широке застосування новітніх антибіотиків, гормонів, імунодепресантів (5,7). Є тільки одне повідомлення Вільсон, Планкет та Грегерсен про глибокі ураження рубромікозом шкіри довкола волосяних фолікулів (згрупований перифолікуліт) (4).

Наводимо випадок генералізованого вузлувато-гранульоматозного рубромікозу. Хвора К., 53 роки, понад три роки поспіль була під наглядом у дерматологів з приводу висипань по тілу, плям, які луцяться, свербіж. Хворіє понад 10 років на рубромікоз. Діагноз підтверджено лабораторно (мікроскопія і посів)

у провідних клініках України і Польщі. Системне і місцеве застосування антимікотиків давало тимчасовий ефект.

На фоні вітаміно - і неспецифічної імунотерапії проведено курс лікування амфотерицином Б (внутрішньовенно крапельно, у дозі 1,5 мг на добу, впродовж 8 діб). Стан хворої незначно покращився, висипання на шкірі регресували, пухлиноподібні утвори зменшилися, гнійно-кров'янисті виділення зникли, помітне формування рубців. Через 3-4 тижні процес на шкірі активізувався, “ожили” пухлинні утвори. Хворій запропоновано повторний курс лікування, від якого вона відмовилася. Хвора звернулася в хірургічну клініку. При огляді у хворої рясні плямисто-папульозні висипання на тулубі, кінцівках згруповані, по краю вогнищ переривчатий вінчик з папул і везикул. У вогнищах помітне дрібнопластинчасте лушення. На цьому фоні вузли різних розмірів від 5 до 15 см. в діаметрі, розміщені в правій аксілярній впадині, на шії, спині. Новоутвори синьо-багрового кольору, щільної консистенції, чутливі. При надавленні з норичь виділяється гнійно-кров'янисті виділення. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Дані обстеження: Загальний аналіз крові – Нв – 103 г/л., ер. – 3.19x10¹² /л., Le – 4.7x10⁹ /л., с. – 68%, е. – 0%, п. – 8%, м. – 3%, лімф. – 21%, ШОЕ – 42 мм/год; цукор крові – 5.1 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові – загальний білок – 59 г/л., альбумін – 31%, креатинін 85 мкмоль/л, сечовина – 5.04 ммоль/л., загальний білірубін 4 ммоль/л., АлАТ – 0.33, АсАТ – 0.3. Коагулограма – ПІ – 100%, фібриноген – 3.34 г/л., гематокрит – 0.25; CD 3 – 67%, CD 4 – 39%, CD 8 – 28%, CD 22 – 23%, CD 16 – 10%, ЦІК – 3%, 4% - 7 од, 5.5% - 75 од, Ig A – 1,99 г/л., Ig M – 1,62 г/л., Ig I – 13.4 г/л., Ig E – 1102.2.