

УДК 616.34-002.3+616-002.3

© Ю. С. ЛОЗИНСЬКИЙ, М. Б. ПРОКОПОВИЧ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького
КЗ ТОР "Тернопільська університетська лікарня"

Періанальний абсцес у пацієнтів із хворобою Крона

Yu. S. LOZYNSKYI, M. B. PROKOPOVYCH

Lviv State Medical University by Danylo Halytsky
MI TRC "Ternopil University Hospital"

PERIANAL ABSCESS IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE

Оцінено фактори, що впливають на виникнення і рецидивування періанального абсцесу (ПА). Із 144 пацієнтів з хворобою Крона (ХК) з ураженням промежини, ознаками якої були тріщини, нориці, дерматит, у 61 спостерігали принаймні один параректальний абсцес. На виникнення первинного ПА впливав тип нориці прямої кишки (ішіоректальна – у 73 %, черезсфінктерна – у 50 %, підшкірна – у 25 % хворих, $P=0,02$) і наявність глибокої тріщини. Частота рецидивування у строки спостереження до 2 років становила 54 %, 3 років – 70 %. Рецидивування ПА рідше спостерігали у пацієнтів із стомою, ніж без такої (відповідно, у 13 та 75 % через 3 роки), та з підшкірним парапроктитом (у 56 %). Нетримання випорожнення і погіршення якості життя пацієнтів при ХК з ураженням промежини в основному є наслідками агресивного місцевого лікування.

Estimated factors that influence the occurrence of perianal abscess. Between the 144 patients with Crohn's disease with lesions of the perineum, the signs of which were fissure, fistulas, dermatitis, in at least 61 we observed pararectal abscess. On the occurrence of perianal abscess affect primary the type of fistula (ishiorectal – 73 %, transsfincter – 50 %, subcutaneous – 25 %, $P=0.02$) and the presens of deep fissure. The frequense of recurrence in the period of up to 2 years was 54 %, 3 years – 70 %. The recurrens of perianal abscess rarely observed in patients with a stoma than without it (respectively 13 % and 75 % after 3 years) and subcutaneous paraproctitis (56 %). The emptying insufficiency and quality of life of patients with Crohn's disease with the perineal lesions are mainly consequences of aggressive local treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Періанальні ускладнення виявляють у 40–80 % пацієнтів із ХК. Частота періанальних змін залежить від локалізації хвороби (при ураженні прямої кишки вона значно більша), тяжкості захворювання, активності процесу. ПА тісно пов'язаний із норицею прямої кишки [2, 4, 8, 11]. Абсцедування – це активний, болісний період норицевої хвороби, завжди вимагає певного хірургічного лікування. Частота виникнення ПА, за даними різних авторів, становить 44–61 % [9]. Методи хірургічного лікування ПА та нориці при ХК обговорюються протягом багатьох років [21, 13]. Сьогодні більшість лікарів рекомендує консервативний хірургічний підхід, який уникає агресивного втручання, з використанням простих дренажних процедур [4, 5, 14].

Доведено, що хірургічні втручання, а не сама ХК з ураженням промежини, найбільше спричиняють пошкодження зовнішнього сфінктера анального каналу. Після дренивання частота рецидивування ПА при ХК перевищувала 50 %, на відміну від якого, рецидивний парапроктит виникає менш ніж

у 5 % без ХК. У пацієнтів із рецидивним періанальним сепсисом частіше потрібне накладання стоми [3]. Проктектомія може бути останнім варіантом лікування хронічної ХК з ураженням промежини. Незважаючи на значну кількість публікацій з тривалого спостереження за такими хворими, фактори, що впливають на поліпшення якості їх життя, не визначені [21].

Мета роботи: проаналізувати досвід роботи клініки протягом 20 років і розробити алгоритм діагностики і лікувальної тактики у пацієнтів із ПА на ґрунті ХК.

Матеріали і методи. Протягом 20 років обстежено 310 пацієнтів із ХК. Чоловіків було – 152, жінок 158. Тяжку форму захворювання діагностовано у 49 (15 %) пацієнтів, середньої тяжкості – у 121 (39 %) хворого, легку в 142 (45,1 %) осіб. Ураження прямої кишки виявлено у 34 хворих, прямої та тонкої кишки – у 45 осіб, прямої та ободової кишки – у 58 пацієнтів, ободової і тонкої кишок – у 71 хворого, тонкої кишки – у 39 осіб, ободової кишки

– у 61 хворого, ротової порожнини, шлунка, тонкої, товстої кишки – у 2 осіб.

У 60 пацієнтів спостерігали тріщину анального каналу, у 52 – повну параректальну норицю, у 12 – неповну внутрішню норицю, у 20 – мацерацію шкіри у навколоанальній ділянці з численними поверхневими тріщинами, не зв'язаними з анальним каналом. Із 144 хворих на ХК з ураженням промежини (тріщини, нориці, мацерація шкіри) під час обстеження у 61 (42,4 %) пацієнта виявлено принаймні один ПА. Тривалість спостереження за цими пацієнтами становила у середньому (32 ± 17) міс., здійснювали у середньому 10,6 оглядів кожного пацієнта. Вік 61 пацієнта на початку дослідження становив у середньому $(32 \pm 8,3)$ року, з них 30 (49 %) були жінки. Тривалість існування ХК була $(9,9 \pm 5,3)$ року. У 6 (9,8 %) пацієнтів з абсцесом ХК обмежувалася ураженням клубової кишки, у 26 (42,6 %) спостерігали коліт Крона з ураженням прямої кишки, у 29 (47,5 %) – ілеоколіт. ХК з ураженням тільки прямої кишки діагностовано у 34 (55,7%) пацієнтів. Тривалість існування ХК становила у середньому $(5,9 \pm 5,4)$ року. У 3 хворих ураження промежини було першим проявом ХК. У 12 (19,6 %) пацієнтів попередньо не було встановлено діагноз ХК. У 48 (79 %) пацієнтів до початку дослідження були здійснені операції на ділянці промежини.

Хірургічне лікування ПА проводили під загальною анестезією в гінекологічному положенні, перед операцією внутрішньовенно вводили антибіотики (ципрофлоксацин).

Пельвіоректальний та ішіоректальний абсцес після евакуації гною і ретельної ревізії порожнини промивали за допомогою грибоподібного катетера розчином бетадіну. При кров'янистих виділеннях із порожнини абсцесу додатково вводили тампон із бетадіном. При досягненні гемостазу катетер фіксували до шкіри. Проводили ревізію анального каналу, ендоскопію з метою встановлення активності ХК.

У деяких хворих, коли доопераційна верифікація гнояка (тільки під сакральною або загальною анестезією) була складною, проводили ректальне ультразвукове дослідження (УЗД) та черезшкірну пункцію гнояка. Це давало можливість менш травматично та більш ефективно розкрити всі гнійні запливи. У 3 спостереженнях через пункційну голку проведено абсцесографію з використанням водорозчинної контрастної речовини для виключення з'єднання абсцесу з прямою кишкою (за наявності пельвіоректального абсцесу). Якщо ендоскопічне УЗД неможливе, доцільно використовувати магнітно-резонансну томографію (МРТ), яка дозволяє не тільки надійно діагностувати глибоко розташо-

ваний абсцес, а й визначити його співвідношення з анатомічними структурами dna таза (зв'язок із зовнішнім сфінктером анального каналу та м'язом, що піднімає задній прохід). До того ж МРТ не болісний і доволі доступний метод.

На початку дослідження у 5 пацієнтів виявлено стому. Під час обстеження за наявності виражених змін у ділянці промежини у 8 пацієнтів накладено стому, у 3 – стому ліквідовано на фоні повної ремісії хвороби. Ми відпрацювали алгоритм лікування хворих із ПА (табл. 1).

Результати досліджень та їх обговорення. Протягом періоду дослідження у 61 зі 144 пацієнтів виникли 110 періанальних абсцесів.

Під час періоду спостереження у 2 пацієнтів абсцес виникав 5 разів, у 3 – 4 рази, у 6 – тричі, у 20 – двічі. Абсцес у формі підкови діагностовано у 18 спостереженнях. Лише 6 (6,4 %) абсцесів утворилися за наявності у пацієнтів стоми, 104 (93,6 %) абсцеси – у пацієнтів без стоми.

Підшкірний ПА відзначено у 48 (43,6 %) спостереженнях, міжсфінктерний – у 18 (16,4 %), з них у 4 – у формі підкови, ішіоректальний – у 62 (56,4 %), з них 14 – у формі підкови, пельвіоректальний – у 13 (11,8 %), ретроректальний – у 4 (3,6 %).

Абсцес розкривали дугоподібним розрізом (з одного або обох боків), відступивши 4 см від ануса. Підшкірний ПА розкривали за методом Бобрової без пошкодження сфінктера прямої кишки. Основні принципи розкриття ішіо- і пельвіоректального ПА: адекватне знеболювання, широкий розріз без пошкодження зовнішнього сфінктера; ревізія гнояка, промивання його порожнини через грибоподібний катетер; тривале дренивання гнояка через грибоподібний катетер; виявлення внутрішнього отвору гнояка; лікування ХК. Тривалість дренивання через катетер у середньому 28 діб.

Біль у спокої у ділянці промежини відзначали 54 (89,1 %) із 61 пацієнта з ПА, 48 (78,2 %) скаржилися на біль під час випорожнення.

На початку дослідження 8 (13 %) пацієнтів повідомили про часткове нетримання рідких випорожнень, у 5 з них воно було пов'язане з наявністю ПА і зникло після його усунення. Під час останнього огляду нетримання випорожнень відзначено у 5 пацієнтів (у 4 – повітря, в 1 – рідкого калу).

Рецидив ПА виявлено у 58 пацієнтів. Абсцес рецидивував у 31 (51 %) із 61 пацієнта у строки в середньому 14,2 міс.

Індекс активності (ІА) ХК під час існування ПА становив 168 ± 101 . У 16 з 61 пацієнта (ІАХК понад 250) застосовано високі дози стероїдів у поєднанні з сульфасалазопрепаратами та антибіотиками. У

Таблиця 1. Клінічний підхід до лікування ПА у пацієнтів з ЖК

Етапи лікування	Методи лікування	Препарати та їх дози
I	Операція (накладання стоми, розкриття гнояка)	Промивання порожнини гнояка розчином бетадину; свічка з бетадином (в пряму кишку), мазь раностоп в рану
II	Загальний	Преднізолон 40–60 мг всередину Будесонід 9 мг усередину Салофальк 2–4 г усередину Метронідазол 2 г усередину Азатиоприн 100 мг усередину Ентерол 500 мг усередину Адалімумаб 160/80/40 мг з інтервалом у 2 тижні
	Консервативний	Промивання порожнини гнояка розчином бетадину; свічка з бетадином в пряму кишку, мазь раностоп в рану (ранком під час перев'язки). Салофальк-500 свічка (ранком під час перев'язки) салофальк клізма (2 г – 30 мл ввечері). Мазі (левосін, левоміколь, кортонітол на свічку). Гель метронідазолу
III	Операція (закриття стоми, усунення нориці, екстирпація прямої кишки)	Протирецидивна терапія; сульфасалазопрепарати, імунодепресанти, ентерол. Інфліксімаб, адалімумаб

решти пацієнтів перебіг захворювання був легким і середньої тяжкості. ІАХК був значно вищим під час абсцедування – 168 ± 101 , ніж після усунення гнояка – (106 ± 67) .

У 5 пацієнтів абсцедування спричинило хронічний септичний стан, тому їм виконано екстирпацію прямої кишки з формуванням сигмостоми.

Висновки. 1. Параректальний абсцес при хворобі Крона може бути першим проявом цього за-

хворювання, і його слід диференціювати з банальним криптогландулярним гнояком.

2. Діагностика абсцесу повинна проводитися під сакральною або загальною анестезією.

3. Розкриття парапроктиту проводиться під загальною анестезією, забезпечуючи адекватне дренажування гнійних порожнин без пошкодження сфінктера прямої кишки.

4. Після розкриття парапроктиту проводиться інтенсивна місцева і загальна терапія хвороби Крона.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Course and treatment of perianal disease in children newly diagnosed with Crohn's disease / D. Keljo, J. Markowitz, C. Langton [et al.] // *Inflamm. Bowel Dis.* – 2009. – № 15. – P. 383–387.
2. Vermeire S. Perianal Crohn's disease: classification and clinical evaluation / S. Vermeire, G. Van Assche, P. Rutgeerts // *Dig. Liver Dis.* – 2007. – № 39. – P. 959–962.
3. Judge T. Treatment of fistulizing Crohn's disease / T. A. Judge, G. R. Lichtenstein // *Gastroenterol Clin. North Am.* – 2004. – № 33. – P. 421–454.
4. Prospective evaluation of antitumor necrosis factor therapy guided by magnetic resonance imaging for Crohn's perineal fistulas / S. C. Ng, S. Plamondon, A. Gupta [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2009. – № 104. – P. 2973–2986.
5. Ciprofloxacin or metronidazole for the treatment of perianal fistulas in patients with Crohn's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study / K. T. Thia, U. Mahadevan, B. G. Feagan [et al.] // *Inflamm. Bowel Dis.* – 2009. – № 15. – P. 17–24.
6. Transperineal ultrasonography: new method to image the anorectal region / H. J. Kleinubing, J. F. Jannini, O. Malafaia [et al.] // *Dis. Colon. Rectum.* – 2000. – № 43. – P. 1572–1574.
7. AGA technical review on perianal Crohn's disease / W. J. Sandborn, V. W. Fazio, B. G. Feagan, S. B. Hanauer // *Gastroenterology.* – 2003. – № 125. – P. 1508–1530.
8. Vermeire S. Perianal Crohn's disease: classification and clinical evaluation / S. Vermeire, G. Van Assche, P. Rutgeerts // *Dig. Liver Dis.* – 2007. – № 39. – P. 959–962.
9. Diagnosis and management of fistulizing Crohn's disease / O. H. Nielsen, G. Rogler, D. Hahnloser, O. O. Thomsen // *Nat. Clin. Pract. Gastroenterol Hepatol.* – 2009. – № 6. – P. 92–106.
10. Ingle S. The natural history of perianal Crohn's disease / S. B. Ingle, E. V. Loftus Jr. // *Dig. Liver Dis.* – 2007. – № 39. – P. 963–969.
11. Taxonera C. Emerging treatments for complex perianal fistula in Crohn's disease / C. Taxonera, D. A. Schwartz, D. Garcia-Olmo // *World J. Gastroenterol.* – 2009. – № 15. – P. 4263–4272.
12. Ciprofloxacin or metronidazole for the treatment of perianal fistulas in patients with Crohn's disease: a randomized, double-blind,

placebocontrolled pilot study / K. T. Thia, U. Mahadevan, B. G. Feagan [et al.] // *Inflamm. Bowel Dis.* – 2009. – № 15. – P. 17–24.

13. Antibiotics and azathioprine for the treatment of perianal fistulas in Crohn's disease / C. DeJaco, M. Harrer, T. Waldhoer [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2003. – № 18. – P. 1113–1120.

14. Clinical and endosonographic effect of ciprofloxacin on the treatment of perianal fistulae in Crohn's disease with infliximab: a doubleblind placebo-controlled study / R. L. West, C. J. Van Der Woude, B. E. Hansen [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2004. – P. 243–247.

15. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease / B. E. Sands, F. H. Anderson, C. N. Bernstein [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – № 350. – P. 876–885.

16. Human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody (adalimumab) in Crohn's disease: the CLASSIC-I trial / S. B. Hanauer, W. J. Sandborn, P. Rutgeerts [et al.] // *Gastroenterology.* – 2006. – № 130. – P. 323–333.

17. Adalimumab induction therapy for Crohn disease previously treated with infliximab: a randomized trial / W. J. Sandborn, P. Rutgeerts, R. Enns [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2007. – № 146. – P. 829–838.

18. Fichera A. Surgical treatment of Crohn's disease / A. Fichera, F. Michelassi, J. Surgical // *Gastrointest Surg.* – 2007. – № 11. – P. 791–803.

19. Long-term outcome following loose-seton technique for external sphincter preservation in complex anal fistula / G. N. Buchanan, H. A. Owen, J. Torkington [et al.] // *Br. J. Surg.* – 2004. – № 91. – P. 476–480.

20. Risk of fecal diversion in complicated perianal Crohn's disease / M. H. Mueller, M. Geis, J. Glatzle [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* – 2007. – № 11. – P. 529–537.

21. Myocutaneous flaps and proctocolectomy in severe perianal Crohn's disease single stage procedure / D. Schaden, G. Schauer, F. Haas, A. Berger // *Int. J. Colorectal. Dis.* – 2007. – № 22. – P. 1453–1457.

Отримано 10.12.13