

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Медведев В.Є., Яцишин М.В., Тараненко А.О., Злобенец С.О.,
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ, Україна

Хронический парапроктит — это хронический воспалительный процесс с поражением анальной крипты, межсфинктерного пространства и параректальной клетчатки с формированием свищевого хода.

Хронический парапроктит занимает 4 место среди проктологических заболеваний (15.1%), после геморроя, анальной трещины и колита [1,2]. В 95 % случаев хронический парапроктит развивается после перенесенного острого парапроктита.

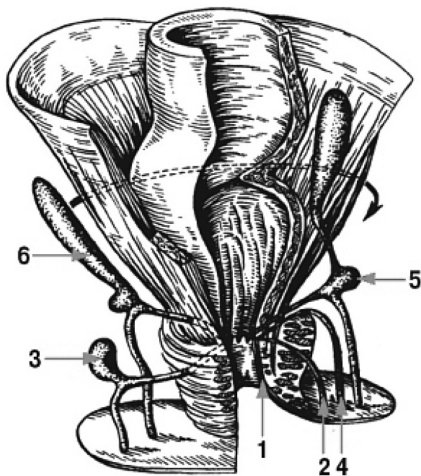
Этим заболеванием болеет около 0.5% населения в возрасте преимущественно 30-50 лет [3,4]. Мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины.

Частота возникновения послеоперационных рецидивов по данным разных авторов колеблется от 2 до 30% [1-5].

Среди главных причин возникновения рецидива заболевания следует отметить не ликвидированное внутреннее отверстие, наличие остатков стенки свища или его разветвления в параректальной клетчатке.

Схема вариантов отношения хода свища к волокнам сфинктера:

- 1 — Интрасфинктерный
- 2 — Транссфинктерный
- 3 — Транссфинктерный с ишиоректальным затеком
- 4 — Экстрасфинктерный
- 5, 6 — Экстрасфинктерные с затеками в пельвиоректальное пространство



Классификация свищей при хроническом парапроктите

1. По анатомическому признаку: полные, неполные, наружные, внутренние.

2. По расположению внутреннего отверстия свища: передний, задний, боковой.
3. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера: интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрасфинктерный (I-IV степени сложности).

I степень сложности — свищ с узким внутренним отверстием без окружающего рубцового процесса, гнойников и инфильтратов в параректальной клетчатке.

II степень сложности — свищ с узким или широким внутренним отверстием, рубцами вокруг него, но без воспалительных изменений в параректальной клетчатке.

III степень сложности — свищ с узким внутренним отверстием без рубцового процесса вокруг него, но с наличием гнойно-воспалительных изменений в параректальной клетчатке.

IV степени сложности — свищ с широким внутренним отверстием, окруженным рубцами и с воспалительными инфильтратами или гнойными полостями в параректальной клетчатке.

Для диагностики хронического парапроктита применяют следующие методы исследования:

1. пальцевое,
2. с помощью пуговчатого зонда,
3. проба с красителем,
4. фистулография,
5. трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ).

Пальцевое исследование анального канала в большинстве дает возможность предположительно определить локализацию внутреннего свищевого отверстия (пораженной анальной крипты).

Исследование с помощью пуговчатого зонда может дать достоверную информацию о расположении внутреннего отверстия и ходе свища. Недостатками метода является невозможность проследить направленность свища при извилистом канале, наличии гнойных полостей по ходу, а также невозможность судить о наличии распространенности воспалительного процесса в параректальной клетчатке.

Проба с красителем выполняется во время проведения операции. Она позволяет выявить как внутреннее отверстие, так ход и разветвление свища. Недостатком метода является невозможность судить о расположении внутреннего отверстия и разветвлении свища при рубцовом процессе в стенке, невозможность выполнения исследования при неполном параректальном свище.

Фистулография — предоставляет данные о наличии и характере разветвлений и гнойников. К недостатку данного метода следует отнести невозможность оценки расположения внутреннего отверстия и разветвления свища при рубцовых процессах в стенке, невозможность выполнения процедуры при неполном параректальном свище. При использовании этого метода невозможно определить направление свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру. Кроме того, данное исследование сопряжено с лучевой нагрузкой.

Все вышеперечисленные методы исследования дают крайне мало информации о т.н. неполных внутренних свищах, при которых отсутствует наружное свищевое отверстие.

ТРУЗИ — является неинвазивным методом исследования анального канала, а также может предоставить информацию о расположении внутреннего отверстия, ходе свищевого канала и его разветвлений, наличии воспалительных изменений по ходу свища.

Целью нашей работы было определить эффективность ТРУЗИ в диагностике и выборе тактики хирургического лечения хронического парапроктита.

Материалы и методы:

В отделении УЗ диагностики центра лучевой диагностики КОКЛ за 2009-2010 год обследовано 125 больных с хроническим парапроктитом. Среди них мужчин было 81 (средний возраст 44 года), женщин — 44 (средний возраст 42 года).

Исследование проводили с помощью ультразвукового сканера Pro Focus 2202 производства ВК-Medical (Дания).

Интрасфинктерный парапроктит был диагностирован у 36 больных, трансфинктерный — у 64 (3 — неполные параректальные свищи) и экстрасфинктерный — у 25 больных (12 — I ст. сложности, 7 — II ст. сложности, 4 — III ст. сложности, 2 — IV ст. сложности).

ТРУЗИ проводили после очистки прямой кишки от твердых каловых масс.

На ультразвуковой датчик одевался презерватив, заполненный ультразвуковым гелем. Выполнялась дивульсия сфинктера. Ультразвуковое сканирование проводилось в поперечной и сагиттальной плоскостях.

У 108 больных исследование проводили без контрастирования, у 17 — с контрастированием свищевого хода 3% раствором перекиси водорода. Перед процедурой контрастирования под местной анестезией в наружное свищевое отверстие вводился силиконовый дренаж соответствующего диаметра, отверстие герметизировалось наложением Z-образного или кيسетного швов.

Результаты:

В стенке анального канала с помощью ТРУЗИ дифференцировали 4 слоя [6,7]: (рис.1)

- Слизистая оболочка
- Подслизистый слой
- Внутренний сфинктер
- Наружный сфинктер

При хроническом парапроктите внутреннее отверстие свища визуализируется как дефект сли-

зистой оболочки и подслизистого слоя в анальном канале (рис. 2), сам же свищевой ход определяется в виде тубулярной гипоэхогенной структуры, которая отходит от внутреннего отверстия. (рис. 3).



Рис. 1. Нормальная анатомия анального канала.

Поперечный срез

1. Слизистая оболочка
2. Подслизистый слой
3. Внутренний сфинктер
4. Наружный сфинктер



Рис. 2. Внутреннее отверстие свища, поперечный срез, визуализируется как очаг гипоэхогенности в слизистой оболочке, подслизистом слое.



Рис. 3. Свищевой ход, продольный срез, визуализируется как тубулярная гипоэхогенная тень

Интрасфинктерный парапроктит характеризуется наличием внутреннего отверстия и свищевого хода дистальнее наружного анального сфинктера.(рис. 4).



Рис. 4. Интрасфинктерный свищ, поперечный срез, визуализируется как округлое образование идущее кнутри от наружного анального сфинктера

Транссфинктерный парапроктит характеризуется наличием внутреннего свищевого отверстия, свищевым ходом сквозь толщу сфинктера. При этом оценивается поражение 1/3, 2/3 порции сфинктера (рис. 5).

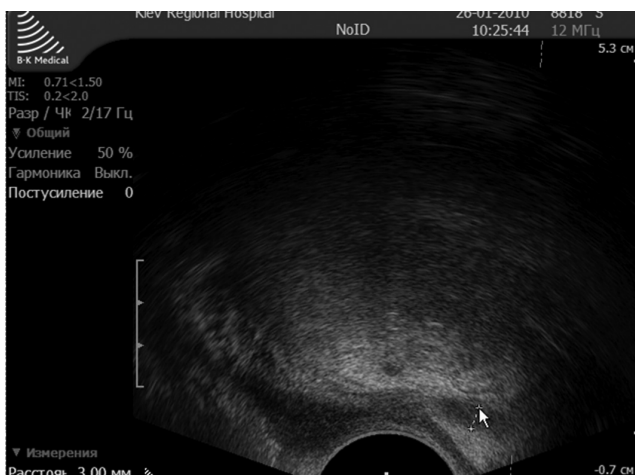


Рис. 5. Транссфинктерный свищ, продольный срез, визуализируется как тубулярное образование, идущее сквозь толщу наружного анального сфинктера (на 1/2 порции)

При экстрасфинктерном парапроктите свищевой ход проходит проксимальнее наружного анального сфинктера.

При I степени сложности внутреннее отверстие до 2 мм в диаметре, свищевой ход без разветвлений, абсцессов (рис. 6).

При II степени сложности внутреннее отверстие более 2 мм в диаметре, разветвления и абсцессы по ходу свища отсутствуют (рис.7).

При III степени сложности внутреннее отверстие до 2 мм в диаметре, стенки свищевых ходов около 1 см толщиной (рис.8).



Рис. 6. Экстрасфинктерный свищ I степени сложности, продольный срез, визуализируется как тубулярное образование идущее кнаружи от наружного анального сфинктера



Рис. 7. Экстрасфинктерный свищ II степени сложности, поперечный срез, визуализируется как тубулярное образование, с хорошо выраженными стенками, идущее кнаружи от анального сфинктера



Рис. 8. Экстрасфинктерный свищ III степени сложности, продольный срез, визуализируется как тубулярное образование с нечеткими контурами и инфильтрированными стенками, идущее кнаружи от анального сфинктера

При IV степени сложности внутреннее отверстие более 2 мм в диаметре, по ходу свищевого канала имеются разветвления, абсцессы (рис.9).



Рис. 9. Экстрасфинктерный свищ IV степени сложности, поперечный срез, визуализируется как тубулярное образование с нечеткими контурами, инфильтрованными стенками, наличием разветвлений и полостей по ходу свища и идущее наружу от анального сфинктера

Данные ТРУЗИ сопоставлялись с результатами интраоперационной ревизии:

- при интрасфинктерном расположении совпадение результатов отмечено в 100% случаях,
- при трансфинктерном расположении свища соответствие результатов составило 98.5 % (у одного больного во время операции было установлено экстрасфинктерное расположение свища),
- при экстрасфинктерном расположении результаты ТРУЗИ в 100% случаев совпали с данными интраоперационной ревизии относительно расположения по отношению к наружному сфинктеру и в 92% случаев относительно степени сложности свища (у 2 больных было выставлено ошибочное заключение ТРУЗИ),
- при контрастировании свищевого хода (14 больных с трансфинктерным и 3 — с экстрасфинктерным свищем) результаты ТРУЗИ были идентичны результатам интраоперационной ревизии во всех случаях.

Особую группу составляли больные с неполными внутренними свищами, при которых наружное отверстие отсутствует, а свищевой ход заканчивается небольшой полостью со слизисто-гнойным содержимым, которая при ультразвуковом сканировании визуализировалась в виде гипоэхогенного образования со стенкой 1-2 мм и дисперсным содержимым в виде гиперэхогенных включений (рис.10).

В 13 % случаев с помощью ТРУЗИ удалось выявить разветвления, которые не идентифицировались при пробе с красителем.

С учетом полученных с помощью ТРУЗИ данных при интрасфинктерных свищах 36 больным выполняли операцию Габриеля (иссечение свищевого



Рис. 10. Неполный свищ, продольный срез, визуализируется как очаг гипоэхогенности в толще наружного анального сфинктера и наличие свищевого хода к внутреннему свищевому отверстию

хода по зонду), при трансфинктерных свищах — иссечение свищевого хода по зонду; при этом при поражении 2/3 порции наружного сфинктера 27 больным выполняли сфинктеропластику.

При экстрасфинктерных свищах 21 больному иссекали свищевой ход с последующим заведением лигатуры по Гиппократу, 4 больным — выполнили операцию с помощью obturator Fistula Plug.

Выводы:

Трансректальное исследование прямой кишки позволяет значительно улучшить диагностику хронического парапроктита (выявить внутреннее отверстие, определить отношение свищевого хода к волокнам сфинктера), обосновать выбор тактики оперативного вмешательства, определить возможность применения малоинвазивных методов лечения (Fistula Plug), провести мероприятия направленные на снижение числа рецидивов заболевания (устранение характера и локализации разветвлений, отшнурованных участков, которые не фиксируются другими методами исследования).

ЛИТЕРАТУРА

1. Заремба А.А. Клиническая проктология. — Рига, 1988
2. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит. М., Медицина, 1987
3. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. М., Медицина, 1984.
4. Tang C. L. // Dis. Colon. Rectum.-1996. — Vol. 39, . 12. — P. 1415-1417
5. Федоров В.Г., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. — М., 1994.
6. Анатомия сфинктера заднего прохода и тазового дна. Патофизиология и лечение. Медицина, Москва, 1988
7. Первый опыт применения ультрасонографии в диагностике острого парапроктита. "Ультразвуковая диагностика", 1998, № 2, с. 39-43, 105.

РЕЗЮМЕ. В роботі наведені результати аналізу ефективності трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗД) в діагностиці та виборі методу лікування хворих на

хронічний парапроктит. Доведено високе діагностичне значення методу в виявленні внутрішнього отвору нориці, визначенні співвідношення ходу нориці до волокон сфінктерів прямої кишки, обґрунтуванні можливості застосування малоінвазивних методів лікування та проведення заходів, спрямованих на зменшення частоти рецидивів захворювання.

Ключові слова: трансректальне ультразвукове дослідження, хронічний парапроктит

SUMMARY. The results of transrectal US-investigation efficiency in diagnostics and therapeutic decision in patients with chronic paraproctitis are represented in the present work. It is proved that this method possesses high diagnostic value in the detection of internal fistulous opening; in the estimation of fistula track to rectum sphincter fibers; in the substantiation of low-invasive treatment methods and methods for recurrences decrease.

Key words: transrectal US-investigation, chronic paraproctitis.