

УДК 616.35-002-089: 616.672-002-089
DOI: 10.24061/1727-0847.18.3.2019.11

О.Є. Каніковський, А.В. Осадчий, О.А. Коцюра, А.В. Томашевський, О.І. Олексюк*
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; *Вінницьке обласне патологоанатомічне бюро

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ ТА НЕКРОТИЧНОГО ФАСЦИЇТУ

Резюме. Гострий парапроктит (ГП) – поширене захворювання, яке охоплює 1% пацієнтів хірургічного стаціонару. Некротичний фасциит (НФ) промежини, поширення некротичного процесу на зовнішні статеві органи, розвиток сепсису – одне з ускладнень параректальних абсцесів. Мета: аналіз сучасних підходів лікуванні важких форм ГП ускладнених НФ. Матеріал і методи дослідження: результати лікування 449 хворих ГП, з них у 41 (9,1 %) поширення процесу по фасціальних просторах. Лікування проводили в хірургічній клініці медичного факультету № 2 ВНМУ та МКЛ ШМД м. Вінниці з 2010 по 2018 рік. Локалізація: ішіоректальний 319 (71,2 %), ретроректальний 55 (12,2 %), пельвіоректальний 34 (7,5 %), НФ промежини (ГФ) 41 (9,1 %). Результати: загальна летальність 8 (1,8), а при ГФ 8 (19,5). Скорочено терміни лікування при використанні сучасних технологій до 12 діб.

Ключові слова: гострий парапроктит, гангрена Фурньє, некротичний фасциїт.

Гострий парапроктит (ГП) поширене захворювання, яке охоплює 1 % госпіталізованих пацієнтів у хірургічних стаціонарах, а 5 % досягає серед захворювань товстої кишки [1]. Захворюваність нараховує, за даними шведського когортного дослідження, 16,1 на 100 тисяч населення [2]. Майже 70 %, за літературними даними, припадає на чоловічу стать, що зумовлено анатомічними особливостями будови тазу та статевими відмінностями [3]. Основною причиною формування параректальних абсцесів є інфекція анальних залоз в 90 % випадків захворювання [4].

Некротичний фасциїт (НФ) промежини, поширення гнійно-некротичного процесу на зовнішні статеві органи і формування гангрені Фурньє (ГФ), розвиток сепсису – це одне із грізних ускладнень параректальних абсцесів. НФ – тяжкий варіант перебігу неспецифічної інфекції, що характеризується прогресуючим некрозом тканин, міо-некрозом, вираженою інтоксикацією та високою летальністю, яка досягає 76 % [5, 6].

Боротьба з прогресуванням гнійно-некротичного враження в клітковинних просторах таза впливає як на результат лікування, так і на розвиток ускладнень [7]. В якості факторів, які зумовлюють розвиток НФ, автори виділяють такі: вік, старший за п'ятдесят років, наявна надлишкова вага, враження периферійних судин, імунодефіцит, хронічний алкоголізм, цукровий діабет, вживання кортикостероїдів, ін'єкція наркотиків й інфекційні ускладнення в післяопераційному пері-

оді [8].

Незважаючи на успіхи в лікуванні хворих на ГП, їх ускладнення залишають багато питань стосовно вибору тактики, ведення цієї категорії пацієнтів, що диктує необхідність продовження досліджень щодо розробки нових вискоєфективних та малотравматичних методів лікування даної патології [9].

Мета дослідження: аналіз сучасних підходів до лікування тяжких форм гострого парапроктиту, ускладнених некротичним фасциїтом.

Матеріал і методи. Провели аналіз результатів проведеного лікування 449 хворих на глибокі форми ГП, з них у 41 (9,1 %) виявлено поширення процесу та гнілісно-некротичне враження фасції промежини, стегон, передньої черевної стінки, уrogenітальної ділянки. Хворі знаходились на лікуванні в хірургічній клініці медичного факультету № 2 ВНМУ та МКЛ ШМД м. Вінниці в період з 2010 по 2018 роки. З них: чоловіків – 340 (75,7 %), жінок – 109 (24,3 %). Вік хворих коливався від 18 до 82 років (середній вік 50 років). Хворих з підшкірними, підслизовими та хронічними парапроктитами в дослідження не залучали.

Результати дослідження та їх обговорення: Усіх хворих госпіталізували у клініку в ургентному порядку з клінікою гнійного враження аноректальної та уrogenітальної ділянки, ознаками інтоксикаційного синдрому. Середня тривалість захворювання – від 3 до 7 діб. При огляді виявлені місцеві ознаки гнійного та гнійно-некротичного

враження: гіперемія, набряк, локальне підвищення температури, біль, некрози шкіри, гнійні виділення. Крепітація виявлена у 39 (8,7 %) пацієнтів, що вказувало на анаеробну або асоціацію аеробно-анаеробної флори. При госпіталізації проводили забір загально-клінічних та біохімічних лабораторних досліджень, електроліти крові та С-реактивний білок. Усім хворим проводили ультрасонографічне (УС) обстеження органів черевної порожнини, органів малого таза та м'яких тканин параректальної та урогенітальної ділянок для виявлення гнійного вогнища, визначення поширеності процесу. Активно використовуємо УС дослідження та інтраопераційно, що надає можливість досягти радикалізму у виконанні дренивання порожнин таза. Рентгенографію малого таза виконали у 27 (6,0 %), комп'ютерну томографію – у 14 (3,1 %) для визначення поширення процесу та підтвердження анаеробного враження, де визначалось повітряне розшарування м'яких тканин.

Локалізація парапроктиту:

- Ішіоректальний 319 (71,2 %)
- Ретроректальний 55 (12,2 %)
- Пельвіоректальний 34 (7,5 %)

- Некротичний фасциїт промежини на фоні гострого парапроктиту (Флегмона Фурньє) 41 (9,1 %)

Нетривалу, до 4 годин, та інтенсивну передопераційну підготовку проводили у максимально скорочені терміни до стабілізації показників гомеостазу.

Оперативні втручання виконували під спінальною 416 (92,6 %) або загальною 33 (7,4 %) анестезією. Для розкриття гнійного вогнища використовували дугоподібний розтин у проекції розм'якшення інфільтрату. Проводили адекватну некректомію та ревізію параректальних просторів, а при виявленні заплівів – додаткові розтини, де розсікали апоневроз та фасцію для декомпресії та профілактики компартмент синдрому.

При некректомії життєздатність тканин визначали на основі клінічних ознак: наявність видимої деструкції тканин, зміна їх кольору, просочування гноєм, відсутність блиску при скороченні м'яза, ступінь кровоточивості. Основою адекватного розкриття гнійника є візуалізація дна рани, тому розрізи мають бути достатніми для контролю. З метою покращення результатів проведення некректомії використовуємо апарат ультразвукової кавітації «Sonosca400» компанії «Soring» у 26 (5,8 %) випадків. Порожнини сановані у ретроспективному аналізі у 303 (67,4 %) H₂O₂ та декаметоксином, а у 146 (32,5 %) PulsaVac системою, пульсуючим струменем озонованого розчину з активною аспірацією. Одним із етапів радикаль-

ного оперативного втручання гострого парапроктиту є висічення внутрішнього отвору на крипті прямої кишки, що виконано у 401 (89,3 %), а у 48 (10,7 %) у зв'язку з тяжкістю стану хворих, запущених гнійно-некротичних процесах висічення не виконували. При ішіоректальному, ретроректальному та поширених гнійних процесах промежини впровадили дренивання порожнин системами активної аспірації апаратом «ActiVac» компанії «КСІ» що використано у 54 (12,0 %) пацієнтів. При пельвіоректальному парапроктиті та флегмоні таза, поширених процесах на передню черевну стінку, стегна, під контролем УС монтували проточно-промивну систему з антисептиками і активною аспірацією 11 (2,4 %). Операції завершували дрениванням та тампонуванням прямої кишки з газовідвідною трубкою. Рани промежини не ушивали.

Антибактеріальну терапію проводили з урахуванням результатів бактеріологічного дослідження та визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів і відповідно до рекомендацій «Sanford Guide». Адекватного знеболення досягали введенням наркотичних анальгетиків та комбінацій інфузії парацетамолу та в/м введенням декскетопрофену.

Перев'язки до 6 р/д, після знеболення, з ретельною ревізією рани та етапними щоденними некректоміями до зупинки прогресування патології. При об'ємних дефектах тканин використовували вакуум терапію рани з подальшою аутодермопластиком. Формування параректальних нориць виявлено у віддалених результатах у 51 (11,35 %). Недостатність сфінктера прямої кишки I-II ст. визначили у 27 (6,0 %), 8 (1,8 %) із яких провели оперативну корекцію сфінктеропластику та звуження анального каналу в холодний період.

Загальна летальність – 8 (1,8). Летальність при гангрені Фурньє – 8 (19,5). Варто відзначити скорочення термінів лікування на фоні використання сучасних технологій у період з 2016 року до 12 діб відносно загального показника в 15 діб.

Клінічний випадок: Хворий А., 60 років, госпіталізований у хірургічну клініку медичного факультету № 2 ВНМУ імені М.І. Пирогова 10.12.2018 року. Основні скарги на головний біль, головокружіння, виражену загальну слабкість, нудота, підвищення температури до 39,5-40°C, припухлість біля анального каналу, калитки, пахової ділянки, розпираючий біль по ходу інфільтрату, затримка сечовипускання, еритема зовнішніх статевих органів. З анамнезу відомо, що хворіє протягом 7 діб, коли відчув помірні болі в прямій кишці. Поступово з'явився набряк,

який за останні 12 годин поширився на промежину та зовнішні статеві органи. Підвищення температури впродовж 7 діб до 38.

З анамнезу життя: хворіє на цукровий діабет II типу протягом 5 років, інсулінонезалежний. Коригує цукор крові дієтою та сіофором. Нормостенік.

На момент огляду: зальний стан хворого важкий. АТ-90/60 мм.рт.ст. Ps- 110 в хвилину, ЧД – 26 в хвилину, SpO₂ – 97 %. Шкіра та видимі слизові бліді, сухі. Язик обкладений білим нашаруванням. Дихання везикулярне, тахіпноє. Тони серця ритмічні, тахікардія. Живіт м'який, болючий внизу, більше справа. Симптоми подразнення очеревини негативні. При пальпації – інфільтрат над лоном та в паховій ділянці справа. Затримка сечовипускання, встановлено уретральний катетер.

Status localis: Зовнішні статеві органи збільшені в об'ємі, напружена калитка, промежина, періанальна ділянка справа, гіперемія, при пальпації визначається крепітація, виражена болючість. Набряк поширюється в пахвинну ділянку та до анального каналу. Per rectum: справа від анального каналу пальпується інфільтрат на висоту пальця, тонус сфінктера підвищений, гнійні виділення з передньої крипти при дзеркальному огляді.

Враховуючи тахіпноє та артеріальну гіпотензію за критеріями шкали qSOFA 2 бали, хворий госпіталізований у палату інтенсивної терапії з діагнозом:

Основний: Гострий передній ішіоректальний абсцес.

Ускладнення: Некротичний фасциїт промежини. Гангрена Фурньє. Сепсис.

Супутній: Цукровий діабет II типу, важкий перебіг, ст., декомпенсації.

Проведено лабораторні дослідження: Загальний аналіз крові: Hb 100 г/л, Eг 3,42x10¹²/л, L 18,2x10⁹/л. Лейкоцитарна формула: еозинофіли – 2 %, палочкоядерні нейтрофіли – 13 %, сегментоядерні – 62 %, лімфоцити – 20 %, моноцити – 3 %, ШОЕ – 24 мм/год. Гематокрит – 48 %, Тромбоцити – 150 x10⁹/л. Біохімічний аналіз крові: креатинін – 150 ммоль/л., білірубін – 27,4 ммоль/л., Na – 140 ммоль/л., K – 5,4 ммоль/л., бікарбонати – 30 ммоль/л., цукор крові – 21 ммоль/л.

Після проведеної інтенсивної предопераційної підготовки: інфузійна терапія в об'ємі 2000 мл. кристалоїдів, призначена емпірична антибактеріальна терапія згідно з рекомендаціями «Sanford Guide» 2012 Клиндамицин в/в 900 мг. кожні 8 годин, бензилпеніцилін в/в 24 млн. од. на добу в 4 прийоми, метронідазол 500 мг., інсулінова корекція цукру, хворий взятий в операційну через 3 години після госпіталізації.

Анестезія – епідуральна. Хід операцій: обро-

бка операційного поля антисептиками, виконано розкриття параректального гнійника. Проведена проба Заремби для верифікації внутрішнього отвору парапроктиту, який був визначений на 12 годинах. Широке розкриття ішіоректального простору, виділилось до 200 мл. гнійного вмісту з прожилками крові, взято бакпосів. Внутрішній отвір парапроктиту висічено за Габріелем (гістологічне дослідження). Розкрито широкими «лампасними» розрізами промежина, калитка, права та ліва пахові ділянки, дорзальна поверхня статевого члена. Виконана фасціотомія, ультразвукова некректомія в межах здорових тканин (Гістологічне дослідження). Порожнини сановано системою Pulse lavage окисниками (H₂O₂) та озонованим розчином. Дренування ішіоректального простору, запливів промежини, паху та калитки резиновими випусниками, ПХВ спареними дренажами. Встановлена промивна система з окисниками. Асептична пов'язка. Результати мікробіологічного дослідження: E. Coli, St. Epidermidis.

Гістологічне заключення:

1. Гнійно-продуктивне запалення з тромбованою судиною. 2. Некротично-змінені тканини з розплавленою судиною.

Перев'язки виконували двічі на добу, під наркотичними знеболюючими (sol. Morphini), етапні некректомії упродовж трьох діб. На четверту добу встановлена система активної аспірації KCI Acti VAC на три доби. Після очищення ран від некротично-змінених тканин на 12-ту добу накладено вторинні шви.

За даними інтегральних шкал SOFA, у хворого при оцінці 2 бали, що відповідає розвитку сепсису у хворого з ГП ускладненим НФ, ГФ. За шкалою оцінки тяжкості гангрені Фурньє, ГФ=10 балів з прогнозованою летальністю 75 %. Хворий виписаний додому на 16 добу в задовільному стані під нагляд сімейного лікаря.

Висновки. 1. Гострий парапроктит, який ускладнений НФ промежини, ГФ, характеризується важкими перебігом та високою летальністю. 2. Інтегральні шкали qSOFA, SOFA дають змогу запідозрити, в подальшому верифікувати сепсис та септичний шок, що надає можливість вчасно розпочати адекватну терапію. 3. Шкала оцінки тяжкості ГФ дає підставу спрогнозувати перебіг та результат лікування некротичного враження фасціальних просторів промежини. 4. Раннє оперативне лікування, адекватна некректомія, фасціотомія та антибактеріальна терапія забезпечує зупинку некротичного процесу. 5. Використання активної аспірації скорочує терміни очищення ран та в подальшому забезпечує прискорене проведення

реконструктивних оперативних втручань.

Перспективи подальших досліджень. Проведене дослідження вказує на перспективність застосування VAS-терапії, ультразвукової кавітації при некротичному враженні промежини, що прискорює процеси очищення рани та репарації та на-

дає можливість раннього проведення пластичних відновних операцій у комплексному лікуванні тяжких форм гострого парапроктиту, ускладненого гангреною Фурньє, а також спонукає до проведення подальшого вивчення безпосередніх та віддалених наслідків цих методів лікування.

Список використаної літератури

1. Севостьянов, СИ. Клиническое течение острого парапроктита у лиц пожилого и старческого возраста. Материалы I съезда колопроктологов СНГ. Ташкент, 2009:233 с.
2. Adamo K, Sandblom G, Brännström F, Strigård K. Prevalence and recurrence rate of perianal abscess--a population-based study, Sweden. 1997-2009. *Int J Colorectal Dis* 2016;356:669-73. doi:10.1007/s00384-015-2500-7 pmid:26768004
3. Алексеевнина ВВ, Лебедь АА, Олифинова ОС, Брегадзе АА. Применение электроактивированных растворов в хирургической практике. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2011;4:18.
4. Ommer A, Herold A, Berg E, et al. Cryptoglandular anal fistulas. *Dtsch Arztebl Int.* 2011 Oct;108 (42):707-13. doi: 10.3238/arztebl.2011.0707. Epub 2011 Oct 21.
5. Привольнев ВВ, Плешков ВГ, Козлов РС, Савкин ВА, Голуб АВ. Диагностика и лечение некротических инфекций кожи и мягких тканей на примере гангрены Фурньє. Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2015;3-4:50-7.
6. Goh T, Goh LG, Ang CH, Wong CH. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. *Br J Surg.* 2014;101:119-25.
7. Борсова ФЗ, Мун МН, Дудник ВЮ, Опенько ВГ. Комбинированное применение озона и эритроцитарных фармакоцитов при лечении острого парапроктита. Проблемы колопроктологии: сборник статей. Москва. ИД «Медпрактика-М», 2006;19:34-8.
8. Adrienne J, Headley MD. Necrotizing soft tissue infections: a primary care review. *American family physician.* 2003;68(2):323-8.
9. Демьянов АВ, Андреев АА. Острый парапроктит. Обзор литературы. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2013;VI(4):526-34.

References

1. Sevost'janov SI, Sharmazanashvili DO. Klinicheskoe techenie ostrogo paraproktita u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta [The clinical course of acute paraproctitis in the elderly]. *Proceedings of the I I Congress of Coloproctologists of the CIS. Tashkent; 2009. 233 p. (in Russian).*
2. Adamo K, Sandblom G, Brännström F, Strigård K. Prevalence and recurrence rate of perianal abscess--a population-based study, Sweden 1997-2009. *Int J Colorectal Dis* 2016;356:669-73. doi:10.1007/s00384-015-2500-7 pmid:26768004.
3. Alekseevnina VV, Lebed' AA, Olifirova OS, Bregadze AA. Primenenie jelektroaktivirovannyh rastvorov v hirurgicheskoy praktike [The use of electroactivated solutions in surgical practice]. *Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo centra SO RAMN.* 2011;4:18. (in Russian).
4. Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Sailer M, Schiedeck T. Cryptoglandular anal fistulas. *Dtsch Arztebl Int.* 2011 Oct;108(42):707-13. doi: 10.3238/arztebl.2011.0707.
5. Privolnev VV, Pleshkov VG, Kozlov RS, Savkin VA, Golub AV. Diagnostika i lechenie nekroticheskikh infekcij kozhi i mjagkih tkanej na primere gangreny Furn'e [Diagnosis and treatment of necrotic infections of the skin and soft tissues by the example of Fournier gangrene.]. *Stacionarozameshshajushhie Tehnologii: Ambulatornaya hirurgija.* 2015;3-4:50-7. (in Russian).
6. Goh T, Goh LG, Ang CH, Wong CH. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. *Br J Surg.* 2014 Jan;101(1):e119-25. doi: 10.1002/bjs.9371.
7. Borsova FZ, Mun MN, Dudnik VJu, Openko VG. Kombinirovannoe primenenie ozona i jeritrocitarnyh farmakocitov pri lechenii ostrogo paraproktita [The combined use of ozone and red blood cell pharmacocytes in the treatment of acute paraproctitis]. *Problemy koloproktologii.* 2006;19:34-8. (in Russian).
8. Headley AJ. Necrotizing soft tissue infections: a primary care review. *American family physician.* 2003;68(2):323-8.
9. Dem'janov AV, Andreev AA. Ostryj paraproktit. Obzor literatury [Acute paraproctitis. Literature review]. *Vestnik jeksperimental'noj i klinicheskoy hirurgii.* 2013;6(4):526-34. (in Russian).

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА И НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАСЦИИТА

Резюме. Острый парапроктит (ОП) – распространенное заболевание, которое охватывает 1 % пациентов хирургического стационара. Некротический фасциит (НФ) промежности, распространение некротического процесса на наружные половые органы, развитие сепсиса – одно из осложнений параректальных абсцессов. Цель: анализ современных подходов к лечению тяжелых форм ОП осложненных НФ. Материал и методы исследования: Результаты лечения 449 больных ОП, из них у 41 (9,1 %) распространение процесса по фасциальным просторам. Лечение проводили в хирургической клинике медицинского факультета № 2 ВНМУ и ГКБ СМП г. Виннице с 2010 по 2018 годы. Локализация: ишиоректальный 319 (71,2 %), ретроректальный 55 (12,2 %), пельвиоректальный 34 (7,5 %), НФ промежности (ГФ) 41 (9,1 %). Результаты: Общая летальность 8 (1,8), а при ГФ 8 (19,5). Сокращены сроки лечения при использовании современных технологий до 12 суток.

Ключевые слова: острый парапроктит, гангрена Фурнье, некротический фасциит.

PECULIARITIES OF TREATMENT OF SEVERE FORMS OF ACUTE PARAPROCTITIS AND NECROTIC FASCIITIS

Abstract. Acute paraproctitis is a common disease that covers 1 % patients in surgical hospitals. Necrotic fasciitis of the perineum, the spread of necrotic process on the external genital organs and the formation of Fournier's gangrene, the development of sepsis – is one of the terrible complications of pararectal abscesses. Objective: the analysis of modern approaches to the treatment of severe forms of acute paraproctitis complicated by necrotic fasciitis. Material and methods of research: analysis of the results of treatment of 449 patients with severe forms of acute paraproctitis, including those 41 (9.1 %) with the process spread to the facial spaces. The treatment was carried out at the surgical clinic of the Medical Faculty № 2 of N.I. Pirogov Vinnitsa National Medical University and Vinnytsia Clinical Hospital of Emergency Medical Aid in the period from 2010 to 2018. Localization of abscesses: ischioanal – 319 (71.2 %), retroanal 55 (12.2 %), pelvirectal 34 (7.5 %), necrotic fasciitis of the perineum (Fournier's gangrene) 41 (9.1 %). Results: Total lethality is 8 (1.8), and in case of Fournier's gangrene 8 (19.5). The terms of treatment with the use of modern technologies was reduced to 12 days in comparison with the overall rate of 15 days. Conclusion: Early operative treatment, adequate necrectomy, fasciotomy and antibacterial therapy promote elimination of necrotic process. The use of active aspiration reduces the time of wound healing and further ensures accelerated conduction of reconstructive surgery.

Keywords: acute paraproctitis, necrotic fasciitis, Fournier's gangrene, sepsis.

Відомості про авторів:

Каніковський Олег Євгенійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

Осадчий Андрій Васильович – аспірант кафедри хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

Коцюра Олександр Андрійович – асистент кафедри хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

Томашевський Анатолій Віталійович – асистент кафедри хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

Олексюк Олександр Ігорович – лікар-патологоанатом відділення загальної патології з гістологічними та імунологічними хімічними дослідженнями № 1 Вінницького обласного бюро патології та анатомії.

Information about authors:

Kanikovskiy Oleh E. – MD, PhD, professor, Department of surgery of medical faculty 2 National Pirogov memorial Medical University, Vinnytsya;

Osadchyi Andrii V. – Postgraduate Student at the Department of surgery of medical faculty 2 National Pirogov memorial Medical University, Vinnytsya;

Kotsyura Olexandr A. – Lecturer at the Department of surgery of medical faculty 2 National Pirogov memorial Medical University, Vinnytsya;

Tomashevskiy Anatolii V. – Department of surgery of medical faculty 2 National Pirogov memorial Medical University, Vinnytsya;

Oleksiuk Olexandr I. – Pathologist-general of the department of general pathology with histological and immunologist chemical studies № 1 Vinnitsa oblast pathology and anatomy bureau.

Надійшла 13.05.2019 р.

Рецензент – проф. Шевчук І.М. (Івано-Франківськ)