

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО»**

НОВИЦЬКИЙ ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ

УДК: 616-089+616.352-007.253+616-06

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ІШО-, РЕТРО- І ПЕЛЬВІОРЕКТАЛЬНОГО ГОСТРОГО
ПАРАПРОКТИТУ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ**

14.01.03 – хірургія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Тернопіль – 2011

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в державному вищому навчальному закладі «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Шевчук Ігор Михайлович**, державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, завідувач кафедри хірургії № 2.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Милиця Микола Миколайович**, Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України, завідувач кафедри хірургії та проктології;

доктор медичних наук, професор **Желіба Микола Дмитрович**, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри загальної хірургії з доглядом за хворими.

Захист відбудеться 28 квітня 2011 року о 14 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у державному вищому навчальному закладі «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Січових Стрільців, 8).

Автореферат розісланий 24 березня 2011 року.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01,

доктор біологічних наук, професор

І.М. Кліщ

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В останні роки відзначають ріст хірургічних захворювань прямої кишки. З кожної тисячі дорослих осіб 287 страждають на ті чи інші проктологічні захворювання (Захараш М.П., 2003). Одним із найбільш поширених захворювань у невідкладній проктології залишається гострий парапроктит, який діагностують приблизно у 20 % проктологічних хворих, з яких близько 75 % складають особи працездатного віку (Милица Н.Н. і соавт., 2003; Желіба М.Д. та співавт., 2003).

Ішіоректальний, пельвіоректальний, ретроректальний гострий парапроктит відносять до глибоких чи складних форм захворювання (Трунин Е.М. і соавт., 2006, Шапринський В.О., 2006). Через відсутність характерних клінічних симптомів в ранній період захворювання хворі із глибокими формами гострого парапроктиту частіше звертаються за медичною допомогою з обширними параректальними гнійниками, у тяжкому стані з проявами синдрому системної запальної відповіді (Ривкин В.Л. і соавт., 2001). За даними ряду авторів, частота запущених флегмонозних та гангренозно-гнійних форм гострого парапроктиту коливається в межах від 1,27 до 8,6 % (Тренин С.О. і соавт., 2002; Милица Н.Н. і соавт., 2008).

Методи хірургічного лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту залежать від розташування внутрішнього отвору на крипті слизової оболонки анального каналу, співвідношень гнійника та первинного гнійного ходу з зовнішнім анальним сфінктером та м'язами тазової діафрагми, поширеністю гнійних заплівів, особливостей мікрофлори (Милица М.М. та співавт., 2003; Кондратенко П.Г. і соавт., 2006). Гнійник у вигляді заплівів може розповсюджуватися на сусідні анатомічні ділянки тазу, що потребує розширення об'єму оперативного втручання, а нерідко виконання повторних операцій (Даценко Б.М. і соавт., 2009).

Радикальне оперативне втручання при глибоких формах гострого парапроктиту передбачає широке розкриття гнійника, максимальну некректомію, висічення внутрішнього отвору гнійника і ураженої крипти, розкриття заплівів, кишень та надійне їх дренивання (Ан В.К., 2001; Ставицкий В.В., 2006). За даними окремих авторів, частота рецидиву гострого парапроктиту після виконання радикального оперативного втручання при глибоких формах сягає 30 % і не має тенденції до зниження (Ставицкий В.В., 2006). При нерадикальному втручанні частота рецидиву складає 50-98,4 %, утворення параректальних норниць відмічають у 47-50 %, недостатність анального сфінктера діагностують у 2,3-33 % хворих (Гапонов В.В. і соавт., 2009). У хворих з обширним гнійно-гангренозним гострим парапроктитом та флегмоною параректальної ділянки, на фоні поліорганної недостатності та сепсису, летальність коливається від 7,7 до 19,5 % (Кононенко Н.Г. і соавт., 2009).

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні хворих на глибокі форми гострого парапроктиту існує ряд аспектів, які потребують подальшого поглибленого вивчення.

Зокрема, остаточно не вирішеними залишаються питання хірургічної тактики, виконання одномоментних чи двохмоментних оперативних втручань за неможливості візуалізації внутрішнього отвору гнійника на ураженій крипті слизової оболонки анального каналу внаслідок її набряку (Даценко А.Б. и соавт., 2003). Обговорюються можливості підвищення ефективності радикального оперативного втручання із застосуванням нових технічних прийомів при розвитку панпарапроктиту у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту (Подпряттов С.С., 2002).

Впровадження ультрасонографії в діагностику гострого парапроктиту і застосування мікробіологічного дослідження гнійного вогнища дозволили удосконалити діагностику та модифікувати класифікацію цього захворювання (Тамм Т.И. и соавт., 2001; Седак В.В., 2001). Однак, у хворих із глибокими формами гострого парапроктиту актуальними залишаються питання удосконалення ранньої діагностики із використанням ультрасонографії, а також розпрацювання методики проведення дослідження за допомогою магнітно-резонансної томографії.

Залишаються невирішеними питання вибору характеру, шляхів введення і режимів антибактеріальної терапії у хворих з тазовими гнійниками за розвитку прогресуючих форм гнійно-некротичного запалення (Кондратенко П.Г. и соавт., 2002; Кононенко Н.Г. и соавт., 2009). Відсутні чіткі рекомендації про вибір засобів для місцевого лікування ран анального каналу і промежини у першій фазі ранового процесу (Даценко Б.М., Тамм Т.И., 2003; Милица Н.Н., 2009). Труднощі у виборі препаратів для місцевого лікування пов'язують з запізнілою діагностикою, частими рецидивами захворювання і відсутністю розпрацьованих заходів профілактики ускладнень (Даценко Б.М. и соавт., 2001).

Вказане зумовлює актуальність подальшого вивчення проблеми комплексного хірургічного лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту та профілактики його ускладнень.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургії № 2 і кафедри хірургії факультету післядипломної освіти ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет” „Корекція ендогенної інтоксикації та дизметаболических розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та позаочеревинного простору” (№ держреєстрації 0109U003184). Тема дисертаційної роботи затверджена Проблемною комісією «Хірургія» АМН України (протокол № 6 від 13.10.2009).

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих із глибокими формами гострого парапроктиту шляхом удосконалення методів променевої діагностики, розробки нових прийомів оперативного втручання, впровадження оптимальних режимів і схем антибактеріального та місцевого лікування.

Завдання дослідження:

1. Удосконалити методи ранньої діагностики глибоких гнійників параректальної клітковини шляхом розпрацювання показань і методики проведення дослідження за допомогою ультрасонографії та магнітно-резонансної томографії.
2. Розробити нові прийоми оперативного втручання у хворих на глибокі поширені форми гострого парапроктиту та оцінити їх ефективність у ліквідації синдрому системної запальної відповіді.
3. Розробити схеми антибіотикопрофілактики та антибіотиколікування у хворих із абсцесом і флегмоною параректальної клітковини, в тому числі з використанням ендолімфатичного шляху введення антибактеріальних препаратів.
4. Вивчити ефективність місцевого лікування післяопераційних гнійних ран промежини та анального каналу з допомогою комбінованих водорозчинних лініментів «Ацербін» та «Офлокаїн» в першій фазі ранового процесу.
5. Розробити алгоритм діагностики та оцінити клінічну ефективність запропонованих підходів діагностики і хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту.

Об'єкт дослідження: глибокі форми гострого парапроктиту.

Предмет дослідження: променева діагностика, оперативні втручання при глибоких формах гострого парапроктиту, системна та місцева антибактеріальна терапія.

Методи дослідження: клінічні (для моніторингу загального стану хворого, індекса лейкоцитарної інтоксикації); біохімічні (для вивчення функції печінки, нирок), патоморфологічні (для вивчення гістологічної картини перебігу ранового процесу операційної рани); мікробіологічні (для дослідження спектру мікрофлори та визначення чутливості до антибактеріальних препаратів); інструментальні (ультрасонографія, магнітно-резонансна томографія з контрастним підсиленням, ректороманоскопія) – для визначення локалізації гнійного вогнища; статистичні методи обробки даних (для опрацювання отриманих результатів дослідження).

Наукова новизна одержаних результатів. Науково обґрунтовано застосування диференційованих схем антибіотикопрофілактики та антибіотиколікування при абсцесі та флегмоні параректальної клітковини у хворих із глибокими формами гострого парапроктиту. Для попередження розвитку флегмони тазу у хворих з поширеними формами гострого парапроктиту запропоновано проведення додаткових радіальних промежинних розрізів. Вперше здійснено порівняльний аналіз переваг прямого ендолімфатичного введення антибіотиків у хворих з поширеними глибокими формами гострого парапроктиту. Встановлено ефективність місцевого лікування післяопераційних гнійних ран промежини та анального каналу з допомогою комбінованих водорозчинних лініментів «Ацербін» та «Офлокаїн» в першій фазі ранового процесу.

Практичне значення одержаних результатів. Вдосконалена методика проведення магнітно-резонансної томографії для діагностики глибоких форм гострого парапроктиту, яка передбачає контрастне підсилення прямої кишки (патент на корисну модель № 5420). Вперше науково обґрунтовано застосування додаткових радіальних промежинних розрізів, як етапу хірургічного лікування хворих з поширеними глибокими формами гострого парапроктиту та синдромом системної запальної відповіді, для профілактики розвитку флегмони тазу (патент на корисну модель № 41249).

Запропоновано алгоритм діагностики глибоких форм гострого парапроктиту, який передбачає використання магнітно-резонансної томографії з контрастним підсиленням прямої кишки. У хворих із транссфінктерним (більше половини порції анального жому) і екстрасфінктерним розташуванням первинного гнійного ходу обґрунтовано пріоритетність виконання ізольованої криптектомії з дозованою задньою сфінктеротомією. Визначено показання до проведення зверхкороткої антибіотикопрофілактики та внутрішньовенної антибіотикотерапії. Розпрацьовані показання для прямого антиградного ендолімфатичного введення антибіотиків. Обґрунтовано диференційоване застосування у першій фазі ранового процесу комбінованої водорозчинної мазі «Ацербін» для лікування операційної рани промежини та «Офлокаїн» для лікування операційної рани анального каналу.

Результати наукових досліджень впроваджені в лікувальний процес хірургічного відділення Івано-Франківської міської клінічної лікарні № 1, Львівської міської клінічної лікарні невідкладної допомоги, Рівненської обласної клінічної лікарні, Вінницької обласної клінічної лікарні, у навчальний процес на кафедрі хірургії № 2 Івано-Франківського національного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Здобувач самостійно провів інформаційно-патентний пошук; вибрав обсяг методів дослідження; проаналізував літературні джерела за темою наукової роботи; розробив основні теоретичні й практичні положення дисертаційної роботи, нові способи оперативних втручань; самостійно провів клінічні обстеження тематичних хворих. Безпосередньо брав участь у виконанні всіх оперативних втручань, у більшості з них був оперуючим хірургом, особисто брав участь у веденні хворих в післяопераційному періоді. Здобувачем самостійно написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки, проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів із статистичним підтвердженням. У наукових статтях, які опубліковані у співавторстві, здобувачеві належить фактичний матеріал і його участь є визначальною. Лабораторні дослідження проведені на кафедрах патоморфології та мікробіології Івано-Франківського національного медичного університету і біохімічній лабораторії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Участь здобувача полягала у зборі клінічного матеріалу для досліджень, їх первинній обробці та інтерпретації отриманих результатів.

Апробація результатів дисертації. Результати досліджень і основні наукові положення дисертації оприлюднені на XII конгресі Світової федерації українських лікарських товариств (Івано-Франківськ, 2008); VI Міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених „Сьогодення та майбутнє медицини” (Вінниця, 2009); III Українській науково-практичній конференції „Актуальні проблеми хірургії” (Святогірськ, 2009); Всеукраїнській науково-практичній конференції „Медична наука – 2010” (Полтава, 2010); засіданні Івано-Франківського обласного осередку Асоціації хірургів України (Івано-Франківськ, 2010).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 14 наукових праць, серед них 8 – у фахових журналах, рекомендованих ВАК України (3 з них – самостійних), 4 – у матеріалах з’їздів, конференцій, 2 патенти України на корисну модель.

Обсяг і структура дисертації. Робота викладена на 187 сторінках друкованого тексту (основний обсяг становить 154 сторінки), складається із вступу, огляду літератури, розділу “Матеріали і методи дослідження”, 4 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (всього 171 найменування), додатків. Дисертація ілюстрована 11 таблицями і 15 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи дослідження. Робота базується на результатах комплексного обстеження та лікування 112 хворих із глибокими формами гострого парапроктиту (ГП), які перебували на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні у період з 2005 по 2010 рр.

Комісією з біоетики ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет” порушень морально-етичних норм при проведенні наукових досліджень не виявлено (протокол № 50/10 від 21.10.2010 р.).

Серед обстежених хворих чоловіків 80 (71,4 %), жінок – 32 (28,6 %). Вік хворих від 20 до 81 року. Хворі віком від 20 до 60 років становили 77,7 % (87 із 112 хворих). Супутні захворювання діагностовано у 42 (37,5 %) хворих.

Основну групу склали 57 (50,9%) хворих, в яких для ранньої діагностики застосовували ультрасонографію (УСГ) та магнітно-резонансну томографію (МРТ) з контрастним підсиленням прямої кишки, нові прийоми оперативного втручання, розпрацьовані схеми антибіотикопрофілактики та антибіотиколікування з використанням внутрішньовенного і ендолімфатичного введення антибактеріальних препаратів. У 32 (56,1 %) хворих з основної групи для місцевого лікування ран промежини в першій фазі ранового процесу застосовували мазь «Ацербін» (Австрія), для лікування ран анального каналу – «Офлокаїн» (Україна). Групу порівняння склали 55 (49,1 %) хворих, у яких були застосовані загальноприйняті методи

діагностики та оперативного втручання. Група порівняння і дослідні групи хворих були репрезентативні за основними показниками віку, статі, складності захворювання. Розподіл хворих здійснювали згідно класифікації Т.Т. Сідака (2001) та П.Г. Кондратенка (2006).

Тяжкість стану хворих на глибокі форми ГП оцінювали за системою ASA (American Society of Anesthesiologists). У хворих з проявами органної дисфункції оцінку тяжкості стану проводили за системою SAPS. Рівень ендогенної інтоксикації оцінювали за лейкоцитарним індексом інтоксикації (ЛІІ) Я.Я. Кальф-Каліфа.

УСГ органів малого тазу та параректальної клітковини проводили апаратом "Siemens–Sonoline–"Elegra" (Німеччина), обладнаним черезшкірним конвексним датчиком частотою 2,7–3,5 МГц, лінійним датчиком 3-5 МГц, лінійним ректальним датчиком 3,5-5,5 МГц. МРТ проводили на томографі фірми «Siemens» (Німеччина) потужністю магнітного поля 1,0 Тл у стандартних проєкціях при T1–, PD+T2– зважених зображеннях та в режимах STIR і FatSat.

Мікробіологічне дослідження гнійних вогнищ включало бактеріоскопію, ідентифікацію збудників та їх чутливість до антибактеріальних препаратів, а також рівень мікробного обмінення.

Цитологічне дослідження ран промежини проводили шляхом поверхневої біопсії. Препарати забарвлювали за Паппенгеймом з використанням барвника-фіксатора Мая-Грюнвальда та барвника Романовського-Гімзи. Цитологічний аналіз проводили за методикою М.Ф. Камаєва (1970).

Оперативні втручання виконували в умовах загальної анестезії в невідкладному порядку. Під час проведення операції всім хворим проводили фарбувальну пробу з метиленовим синім для встановлення внутрішнього отвору ураженої крипти анального каналу і уточнення рівня проходження первинного гнійного ходу (ПГХ) відносно волокон сфінктера.

Зверхкоротку антибіотикопрофілактику провели у 14 (24,6 %) із 57 хворих основної групи. Цефазолін у дозі 1 г вводили за 30-40 хв до початку операції внутрішньовенно та ще два рази внутрішньовенно впродовж першої доби після операції. Антибактеріальну внутрішньовенну терапію провели у 12 (21,1 %) хворих основної групи з глибокими формами ГП, ускладненими флегмоною параректальної клітковини та синдромом системної запальної відповіді (ССЗВ). Тільки ендолімфатичне введення антибіотиків прямим антиградним методом застосували у 10 (17,5 %) хворих основної групи при гнійно-некротичній формі запалення та ССЗВ. Ендолімфатично вводили одну разову дозу антибіотика, розведеного в 20 мл 0,9 % розчину хлориду натрію один раз на добу за допомогою «Лінеамата» («Інфузомата») з швидкістю 0,15-0,2 мл за 1 хв. Антибактеріальна терапія в групі порівняння мала спорадичний характер і була застосована у 19 (34,5 %) хворих.

У 32 (56,1 %) хворих основної групи для місцевого лікування ран промежини в першу фазу ранового процесу, з першої доби після операції, застосовували мазь «Ацербін» протягом 3-4 діб. Перев'язки проводили двічі на добу. При великих розмірах порожнини гнійника в її просвіт встановлювали поліхлорвініловий катетер для введення лінімента. Одночасно, для місцевого лікування рани каналу відхідника, у хворих основної групи використовували мазь «Офлокаїн» двічі на добу, протягом перших 5-7 діб після операції, яку вводили за допомогою марлевих смужок, просочених маззю. У 30 (54,5 %) хворих із групи порівняння для місцевого лікування застосовували мазь «Левомеколь» протягом перших 5-7 діб після операції, двічі на добу.

Цифровий матеріал піддавали статистичному аналізу з використанням критерію Стюдента. Зміни вважали вірогідними при $p < 0,05$. Для розрахунків застосовували комп'ютерну програму Exel (Microsoft).

Результати дослідження та їх обговорення. За глибиною розташування в параректальних клітковинних просторах ішіоректальний ГП діагностовано у 60 (53,6 %) хворих, пельвіоректальний ГП – у 11 (9,8 %), ретроректальний ГП – у 16 (14,3 %), підковоподібний ГП – у 15 (13,4 %), панпарапроктит – у 10 (8,9 %) хворих.

ССЗВ встановлений у 104 (92,9 %) хворих. За системою ASA із 112 хворих на глибокі форми ГП фізичний стан перед операцією був тяжким, що обмежувало повсякденну активність, але не приводило до повної втрати працездатності – у 69 (61,6 %) хворих; тяжким, що приводило до повної втрати працездатності і представляло постійну загрозу життю – у 28 (25 %) хворих. За системою SAPS ознаки органної дисфункції хоча б однієї системи організму на час госпіталізації встановлено у 28 (25 %) хворих, у 15 (53,4 %) з них прогнозували тяжкий перебіг захворювання з ймовірною летальністю 44,2 % і більше. У 35 (36,1 %) хворих стан яких розцінювали як тяжкий виявлені гнійні запливи різної локалізації (калитка, стегно, поперекова ділянка).

На підвищення температури тіла скаржилися 89 (79,5 %) із 112 хворих. Порушення акту дефекації і дизуричні явища відзначали у кожного третього хворого з ішіоректальним ГП і у кожного четвертого з пельвіоректальним і ретроректальним ГП. Вираженість кожного з цих симптомів мала значну варіабельність, коливалася в достатньо широких межах і суттєво залежала від форми ГП.

Ректороманоскопію (РРС) проведено у 34 (30,6 %) хворих, з них, тільки у 19 (55,9 %) виявлено випинання стінки прямої кишки на рівні гнійника.

УСГ проведено у 42 (37,5 %) хворих. При УСГ черезшкірним датчиком з боку живота гнійник виявлений у 4 (9,5 %) хворих, ПГХ не встановлений у жодного пацієнта. При УСГ черезшкірним датчиком з боку промежини гнійник виявлений у 20 (47,6 %), ПГХ у 6 (14,3 %) із 42 хворих. При дослідженні ендоректальним датчиком гнійник встановлений у 6 (85,7 %), ПГХ – у 3

(42,9 %) хворих. Отже, діагностична цінність УСГ у виявленні гнійного вогнища у хворих на глибокі форми ГП склала 71,4 %, у виявленні ПГХ – 21,4 %.

Нами розроблено спосіб діагностики глибокого ГП, який передбачає проведення МРТ з контрастним підсиленням прямої кишки (патент на корисну модель № 54202 (UA)). Застосування цього способу у 12 хворих дозволило виявити гнійне вогнище у 11 (91,7 %), ПГХ – у 10 (83,3 %) хворих, що суттєво покращило доопераційну діагностику захворювання.

На основі проведеного дослідження нами розроблено ступеневий алгоритм діагностики глибоких форм ГП. Останній включає аналіз загальних та місцевих ознак захворювання, проктологічне обстеження. В подальшому слід використовувати РРС, УСГ, МРТ з контрастним підсиленням прямої кишки.

Завдяки удосконаленим методам топічної інструментальної діагностики у хворих основної групи застосовували переважно дугоподібний розріз на стороні ураження. У 20 хворих з глибоким ГП застосували розроблений спосіб попередження розвитку флегмони промежини (патент на корисну модель № 41249 (UA)). Для цього здійснювали два додаткових радіальних розрізи на промежині з обох сторін від основного розрізу, довжиною 4-7 см, на відстані 3-4 см від анального отвору на межі запального інфільтрату перианальної ділянки і незміненої шкіри. Після застосування додаткових промежинних розрізів ліквідація ознак ССЗВ проходила на $5,5 \pm 0,3$ добу, у хворих без додаткових розрізів – на $8,7 \pm 0,29$ добу, ($p < 0,001$). Середні терміни стаціонарного лікування після застосування запропонованого способу становили в середньому $20,7 \pm 0,36$ діб, у хворих групи порівняння – $25,8 \pm 0,27$ діб, ($p < 0,001$). Характер виконаних оперативних втручань представлений в таблиці 1.

Таблиця 1

Характер виконаних оперативних втручань у досліджуваних хворих

Методи операцій	Основна група (57 хворих)	Група порівняння (55 хворих)
Розкриття, дренивання абсцесу, розсічення гнійного ходу в просвіт кишки	16	11
Розкриття, дренивання абсцесу, висічення ураженої крипти, дозована сфінктеротомія	21	–
Розкриття абсцесу, дренивання, проведення лігатури	–	12

Розкриття абсцесу, дренивання, відстрочене радикальне оперативне втручання	20	32
Разом	57	55

Вибір методу оперативного втручання (радикальне чи нерадикальне) визначався можливостями візуалізації ураженої крипти анального каналу та відношенням ПГХ до волокон анального сфінктера. Якщо ПГХ проходив через незначну порцію анального сфінктера, виконували розсічення ПГХ в просвіт анального каналу з висіченням ураженої крипти (операція Габріеля). У хворих основної групи при проходженні ПГХ через основну товщу анального сфінктера та екстрасфінктерно виконували ізольоване висічення ураженої анальної крипти і задню дозовану сфінктеротомію (операція Рижиха-Бобрової). У хворих групи порівняння при проходженні ПГХ через основну товщу анального сфінктера та екстрасфінктерно виконували розкриття гнійника та проводили лігатуру. Нерадикальне оперативне втручання включало розкриття, санацію та дренивання гнійника з відстроченим радикальним оперативним втручанням.

При застосуванні розпрацьованих нами підходів діагностики у основній групі хворих первинні радикальні операції проведені у 37 (64,9 %). У хворих групи порівняння первинно-радикальні втручання виконані у 23 (41,8 %) хворих.

Серед 57 хворих основної групи ранні ускладнення після операції виникли у одного (1,7 %) хворого у вигляді гнійного запливу. Всі хворі основної групи живі. Серед 55 хворих групи порівняння після операції гнійні запливи діагностовано у 5 (9,1 %) хворих. Помер один хворий з “блискавичною” формою гнильно-некротичного ГП на фоні поліорганної недостатності. Летальність в групі порівняння склала 1,8 %.

У 48 хворих досліджена мікрофлора під час операції була представлена монокультурою у 31 (64,6 %), мікробні асоціації висіяно у 17 (35,4 %) хворих. Переважання анаеробної флори було характерним для хворих з ішіо-, ретро-, пельвіоректальним і підковоподібним ГП із транссфінктерним ПГХ, який захоплював більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним ПГХ.

При аналізі антибіотикограм встановлено, що аеробні збудники, представлені протеєм, стафілококами, кишковою паличкою, були найбільш чутливі до левофлоксацину, амоксіклаву, імipенему, цефазоліну, кліндаміцину. Анаеробна флора була чутлива до амоксіклаву, імipенему, кліндаміцину, метронідазолу.

У 26 хворих при обмежених формах глибокого ГП у вигляді абсцесу концентрація мікроорганізмів складала в середньому $4,1 \pm 0,25 \times 10^7$ КУО/см³. У 22 хворих при гнильно-некротичному процесі та флегмоні параректальної клітковини концентрація мікроорганізмів

склала $3,9 \pm 0,3 \times 10^8$ КУО/см³. Вказане дозволило вибірково застосувати режими антибіотикопрофілактики і антибіотиколікування.

У 14 (24,6 %) хворих основної групи застосували зверхкоротку антибіотикопрофілактику. Показанням вважали наявність обмеженого параректального гнійника, відсутність тяжких проявів ССЗВ чи органної дисфункції. Вже з другої доби загальний стан хворих покращувався, знижувалася інтенсивність болю в перианальній ділянці. На 7-му добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію ран відмічено у 5 (35,7 %) із 14 хворих. У 12 хворих, в яких не застосовували антибіотикопрофілактику, інтенсивність болю в перианальній ділянці знижувалася на 5-6 добу. Повну бактеріологічну санацію на 7-му добу відмічено тільки у 2 (16,7 %) хворих.

Антибактеріальну терапію було застосовано у 22 (38,6 %) хворих основної групи. Показаннями вважали нелокалізовану форму гнійного запалення у вигляді флегмони тазу, гнильно-некротичний характер місцевого процесу, тяжкі прояви ССЗВ чи наявність органної дисфункції хоча би одного органа. Хворі були поділені на основну групу (10 хворих, ендолімфатична терапія) та групу порівняння (12 хворих, внутрішньовенне введення антибіотика). При різних шляхах введення антибіотиків у порівнюваних групах використовували одноіменні препарати. Встановлено, що при ендолімфатичному введенні антибіотиків строки нормалізації основних проявів ССЗВ відбувалися на $6,8 \pm 0,49$ добу. У хворих групи порівняння, при внутрішньовенному введенні, основні прояви ССЗВ були в межах норми на $8,83 \pm 0,36$ добу, ($p < 0,05$).

При ендолімфатичному введенні антибіотиків середній рівень ЛШ знижувався починаючи з 3-4 доби і складав $3,88 \pm 0,11$ ум. од. вже на 7 день після операції. На 10-11 добу лікування ЛШ не перевищував верхньої межі норми. При внутрішньовенному введенні антибіотиків середній рівень ЛШ протягом перших 3-4 діб не змінювався. На 7 добу ЛШ сягав $5,94 \pm 0,11$ ум. од., що достовірно вище, ніж аналогічний показник у хворих основної групи ($p < 0,001$). Нормалізація ЛШ у порівнянні з основною групою хворих відбувалася на 15-16 добу після операції.

Отже, диференційоване проведення антибіотикопрофілактики та антибактеріальної терапії дозволило підвищити ефективність лікування хворих глибокими формами ГП, зменшити кількість післяопераційних ускладнень та попередити прогресування ССЗВ.

Результати місцевого лікування ран промежини у першу фазу ранового процесу вивчено у 62 (55,4 %) хворих. У 32 (56,1 %) хворих основної групи при застосуванні мазі «Ацербін» і «Офлокаїн» некролізис в рані завершувався на $7,03 \pm 0,18$ добу, появу грануляцій у видимій частині рани відмічали на $8,53 \pm 0,2$ добу. На 7 добу місцевого лікування відмічали повну бактеріологічну санацію рани чи висівали поодинокі колонії мікроорганізмів. У 30 (54,5 %) хворих групи порівняння при застосуванні мазі «Левомеколь» некролізис в рані завершувався на $7,93 \pm 0,14$

добу, появу грануляцій у видимій частині рани відмічали на $9,57 \pm 0,2$ добу, ($p < 0,01$). У хворих групи порівняння на 7 добу число висіяних колоній складало в середньому $2,8 \pm 0,3 \times 10^5$ КУО/см³.

Отже, застосування мазі «Ацербін» і «Офлокаїн» у першу фазу ранового процесу у хворих на глибокі форми ГП забезпечувало скорочення термінів некролізу, появи грануляцій і бактеріологічної санації рани.

Від 3 місяців до 2 років у 65 (58 %) із 112 хворих вивчені віддалені результати лікування. Серед 40 (70,2 %) хворих основної групи рецидив захворювання виник у 2 (4 %), перехід в хронічну форму – у 2 (4 %), недостатність анального сфінктера II ступеня встановлено у одного (2,5 %) хворого. Серед 25 (45,5 %) хворих групи порівняння рецидив захворювання виник у 5 (20 %), перехід в хронічну форму стверджено у 4 (16 %), недостатність анального сфінктера II ступеня встановлена у 2 (8 %) хворих, III ступеня – в одного хворого.

Таким чином, проведення запропонованого нами комплексного хірургічного лікування хворих з глибокими формами ГП з використанням нових методів діагностики за результатами УСГ і МРТ, запропонованих нових прийомів хірургічного лікування, застосування антибіотикопрофілактики і антибіотиколікування, диференційованого місцевого лікування у першу фазу ранового процесу, дозволило підвищити відсоток первинно-радикальних оперативних втручань, знизити кількість ранніх ускладнень після операції та покращити віддалені результати лікування.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування і практичне вирішення наукового завдання – покращення результатів лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту шляхом удосконалення методів променевої діагностики, розробки нових прийомів оперативного втручання, впровадження оптимальних режимів і схем антибактеріального та місцевого лікування.

1. Діагностична цінність ультрасонографії у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту у виявленні гнійного вогнища склала 71,4 %, у виявленні первинного гнійного ходу – 21,4 % хворих. За допомогою ендоректального датчика наявність гнійника у параректальній клітковині встановлено у 85,7 % хворих, первинний гнійний хід виявлено у 42,9 % хворих.

2. Розпрацьована нами методика діагностики глибоких форм гострого парапроктиту за допомогою магнітно-резонансної томографії органів малого тазу з додатковим контрастуванням прямої кишки дозволила встановити гнійне вогнище у 91,7 % хворих, первинний гнійний хід у 83,3 % хворих.

3. У хворих на глибокі форми гострого парапроктиту запропоновані додаткові радіальні розрізи шкіри, підшкірної жирової основи, поверхневої фасції тазу і уражених глибоких клітковинних просторів на промежині, на межі запального набряку перианальної ділянки і незміненої шкіри, дозволяють попередити розвиток флегмони тазу та поширення гнійного процесу на сусідні клітковинні ділянки. Після застосування додаткових промежинних розрізів ліквідація основних проявів синдрому системної запальної відповіді відбувалася на $5,5 \pm 0,3$ добу, а у хворих без додаткових промежинних розрізів – на $8,7 \pm 0,29$ добу після оперативного втручання, ($p < 0,001$).

4. Використання зверхкороткої антибіотикопрофілактики при ізольованому, чітко обмеженому параректальному гнійнику, за відсутності тяжких проявів синдрому системної запальної відповіді і органної дисфункції, дозволило забезпечити повну бактеріологічну санацію рани на 7-му добу після оперативного втручання у 35,7 % хворих.

5. Антибактеріальна терапія показана у хворих із ішіо-, ретро-, пельвіоректальним, підковоподібним і панпарапроктитом, при гнійно-некротичному характері запального процесу, тяжких проявах синдрому системної запальної відповіді і наявності органної дисфункції хоча би одного органа. При ендолімфатичному введенні антибіотиків ліквідація основних проявів синдрому системної запальної відповіді відбувалася на $6,8 \pm 0,49$ добу, при внутрішньовенному введенні антибіотиків – на $8,83 \pm 0,36$ добу, ($p < 0,05$).

6. При місцевому лікуванні ран промежини маззю «Ацербін» у першу фазу ранового процесу некролізис завершувався на $7,03 \pm 0,18$ добу, ($p < 0,01$). Появу грануляцій в видимій частині рани у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту відмічали на $8,53 \pm 0,2$ добу після виконання оперативного втручання, ($p < 0,01$).

7. Застосування розпрацьованого діагностично-лікувального алгоритму в лікуванні хворих на глибокі форми гострого парапроктиту дозволило підвищити відсоток первинно-радикальних оперативних втручань з 41,8 до 64,9 %, знизити кількість ранніх післяопераційних ускладнень з 9,1 до 1,7 %, частоту рецидиву захворювання з 20 до 4 %, перехід в хронічну форму захворювання з 16 до 4 % і розвиток недостатності анального сфінктера II ступеня з 8 до 2,5 %.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО ТА ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. З метою підготовки прямої кишки до проведення ректороманоскопії в анальний канал рекомендовано вводити дві гліцеринові свічки по 3 г (AMEDA, Індія).

2. У складних для діагностики випадках, при неінформативності ректороманоскопії, ультрасонографії, рекомендовано використання магнітно-резонансної томографії з контрастним підсиленням прямої кишки.

3. Для попередження розвитку флегмони тазу у хворих з поширеними формами гострого глибокого парапроктиту слід проводити два додаткові розрізи на промежині, довжиною 4-7 см, з обох сторін від основного розрізу в радіальному напрямі за відношенням до анального отвору.

4. У хворих з нелокалізованою формою гнійного запалення у вигляді флегмони, при гнильно-некротичному характері місцевого процесу, тяжких проявах синдрому системної запальної відповіді і наявності органної дисфункції показано пряме антиградне ендолімфатичне введення антибіотиків, зокрема, левофлоксацину чи меронему один раз на добу у разовій дозі за допомогою «Інфузомата» з швидкістю 0,15-0,2 мл за одну хвилину.

5. Для місцевого лікування ран промежини з першої доби після операції показано застосування мазі «Ацербін» впродовж перших 3-4 діб, двічі на добу. Для місцевого лікування рани каналу відхідника з першого дня після операції показано застосування мазі «Офлокаїн» впродовж 5-7 діб, двічі на добу.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Новицький О. В. Застосування бензойної мазі на гідрофільній основі в місцевому лікуванні хворих на глибокі форми гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Галицький лікарський вісник. – 2008. – Т. 15, № 1. – С. 32–34.

2. Новицький О. В. Досвід хірургічного лікування хворих глибокими формами гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 1. – С. 58–61.

3. Новицький О. В. Досвід застосування мазі «Офлокаїн–Дарниця» в місцевому лікуванні післяопераційних ран у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т. 9, вип. 4. – С. 64–67.

4. Шевчук І. М. Діагностика та хірургічна тактика при лікуванні хворих гострим парапроктитом / І. М. Шевчук, О. В. Новицький // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 145–147. (Здобувачеві належить збір матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).

5. Результати хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту у хворих похилого і старечого віку / О. В. Новицький, І. М. Шевчук, О. М. Петрина, А. Л. Шаповал // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 3. – С. 87–89. (Здобувачеві належить збір матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).

6. Шевчук І. М. Лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту / І. М. Шевчук, О. В. Новицький // Практична медицина. – 2010. – Т. XVI, № 4. – С. 165–170. (Здобувачеві належить збір матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).

7. Шевчук І. М. Ендолимфатична антибактеріальна терапія в комплексному лікуванні хворих на глибокі форми гострого гнильного парапроктиту / І. М. Шевчук, О. В. Новицький, В. В. Галицький // Шпитальна хірургія. – 2010. – № 1 (49). – С. 36–39. (Здобувачеві належить збір матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).

8. Патент 41249 UA Україна, МПК А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту / Новицький О. В., Шевчук І.М., Петрина О. М., Шаповал А. Л. – № u 2008 15029 ; заявл. 26.12.2008 ; опубл. 12.05.2009, Бюл. № 9. (Здобувачеві належить збір матеріалу, статистичне обчислення отриманих результатів, оформлення і подання матеріалу).

9. Патент 54202 UA Україна, МПК А 61В 8/12. Спосіб діагностики гострого глибокого парапроктиту / Шевчук І. М., Новицький О. В., Скальський Л. В., Сорочинський І. М. – № u 2010 06421; заявл. 26.05.2010 ; опубл. 25.10.2010, Бюл. № 20. (Здобувачеві належить збір матеріалу, статистичне обчислення отриманих результатів, оформлення і подання матеріалу).

10. Шевчук І. М. Особливості застосування антибактеріальних препаратів у хірургічному лікуванні хворих глибокими формами гострого парапроктиту / І. М. Шевчук, О. В. Новицький, М. М. Дроняк // Український журнал хірургії. – 2008. – № 2. – С. 64–67. (Здобувачеві належить збір матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, оформлення до друку).

11. Хірургічне лікування глибоких форм гострого парапроктиту / О. В. Новицький, І. М. Шевчук, О. М. Петрина, А. Л. Шаповал // XII Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, 25-28 вересня 2008 р. : матеріали конгр. – Івано-Франківськ, 2008. – С. 360. (Здобувачеві належить збір матеріалу, статистичне обчислення отриманих результатів, оформлення матеріалу до друку).

12. Шевчук І. М. Місцеве лікування післяопераційних ран у хворих за глибоких форм гострого парапроктиту/ І. М. Шевчук, О. В. Новицький, О. О. Побуцький // Клінічна хірургія. – 2009. – № 11–12. – С. 92–93. (Здобувачеві належить збір матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).

13. Новицький О. В. Діагностика та лікування глибоких форм гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Сьогодення та майбутнє медицини : VI Міжнародна наукова конференція студентів та молодих вчених, 9-10 квітня 2009 р. : матеріали конф. – Вінниця, 2009. – С. 239–240.

14. Новицький О. В. Діагностика глибоких форм гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Медична наука – 2010 : Всеукраїнська науково-практична конференція, 16-17 грудня 2010 р. : матеріали конф. – Полтава, 2010. – С. 86–87.

АНОТАЦІЯ

Новицький О.В. Хірургічне лікування ишио-, ретро- і пельвіоректального гострого парапроктиту та профілактика його ускладнень. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України, Тернопіль, 2011.

У роботі запропонована методика проведення магнітно-резонансної томографії з контрастним підсиленням прямої кишки для діагностики глибоких форм гострого парапроктиту.

Обґрунтовано застосування додаткових радіальних промежинних розрізів при поширених глибоких формах гострого парапроктиту для профілактики розвитку флегмони тазу.

Обґрунтовано диференційоване застосування антибіотикопротекції та антибіотиколікування при абсцесі та флегмоні параректальної клітковини у хворих із глибокими формами гострого парапроктиту.

У першій фазі ранового процесу при використанні мазей «Ацербін» і «Офлокаїн» некролізис, поява грануляцій і бактеріологічна санація рани проходили в більш стислі терміни, ніж у групі порівняння, ($p < 0,01$).

Ключові слова: глибокі форми гострого парапроктиту, променеві методи діагностики, додаткові промежинні розрізи, антибіотикопротекція та антибіотикотерапія, місцеве лікування ран.

АННОТАЦИЯ

Новицкий О.В. Хирургическое лечение ишио-, ретро- и пельвиоректального острого парапроктита и профилактика его осложнений. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Государственное высшее учебное заведение «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского» МЗ Украины, Тернополь, 2011.

Изучены результаты лечения 112 больных глубокими формами острого парапроктита. Ишиоректальный острый парапроктит диагностирован у 60 (53,6%), пельвиоректальный – у 11 (9,8 %), ретроректальный – у 16 (14,3 %), подковообразный – у 15 (13,4 %), панпарапроктит – у 10 (8,9 %) больных.

В основную группу вошли 57 больных, в которых для ранней диагностики применяли ультразвуграфию и магнитно-резонансную томографию с контрастным усилением прямой

кишки, новые способы оперативного вмешательства, разработанные схемы антибиотикопрофилактики и антибиотиколечения с учетом эндолимфатического введения антибактериальных препаратов. Группу сравнения составили 55 больных, у которых были применены общепринятые методы диагностики и оперативного вмешательства.

Ультрасонографию проведено у 42 (37,5 %) больных. При использовании эндоректального датчика гнойник выявлен у 85,7 %, первичный гнойный ход – у 42,9 % больных. Диагностическая информативность ультразвукового исследования в выявлении гнойного очага у больных на глубокие формы острого парапроктита составила 71,4 %, первичного гнойного хода – 21,4 %.

Разработан способ диагностики глубокого острого парапроктита, который предусматривает проведение магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением прямой кишки. Применение этого способа позволило выявить гнойный очаг у 91,7 %, первичный гнойный ход – у 83,3 % больных, что существенно улучшило дооперационную диагностику заболевания.

Предложен алгоритм диагностики глубоких форм острого парапроктита. Последний включает анализ общих и местных симптомов заболевания, проктологическое обследование больного. В дальнейшем необходимо применять ректороманоскопию, ультразвуковое исследование (транскутанное и эндоректальное), магнитно-резонансную томографию с контрастным усилением прямой кишки.

Разработан способ предупреждения развития флегмоны промежности, который включает два дополнительных радиальных разреза на промежности с обеих сторон от основного разреза. После применения дополнительных радиальных промежностных разрезов ликвидация синдрома системного воспалительного ответа проходила на $5,5 \pm 0,3$ сутки, у больных без дополнительных разрезов – на $8,7 \pm 0,29$ сутки после операции, ($p < 0,001$).

Первично-радикальные оперативные вмешательства проведены у 64,9 % больных основной группы. У больных группы сравнения первично-радикальные вмешательства выполнены у 41,8 % больных.

У 48 больных микрофлора выявленная во время операции была представлена монокультурой у 64,6 %, микробные ассоциации выявлены у 35,4 % больных. Аэробные микроорганизмы, представленные протеем, стафилококками, кишечной палочкой, были чувствительны к левофлоксацину, амоксиклаву, имипенему, цефазолину, клиндамицину. Анаэробная флора чувствительна к амоксиклаву, имипенему, клиндамицину, метронидазолу.

У 14 (24,6 %) больных основной группы применили сверхкраткую антибиотикопрофилактику до и в течении первых суток после операции. На 7 сутки после оперативного вмешательства полную бактериологическую санацию ран отмечено у 35,7 % больных.

Антибактериальную терапию проведено у 22 (38,6 %) больных основной группы. У 10 больных применили эндолимфатическое, у 12 больных – внутривенное введение антибактериальных препаратов. При эндолимфатическом введении сроки ликвидации синдрома системного воспалительного ответа отмечены на $6,8 \pm 0,49$ сутки, при внутривенном введении антибактериальных препаратов синдром системного воспалительного ответа ликвидирован на $8,83 \pm 0,36$ сутки, ($p < 0,05$). Лейкоцитарный индекс интоксикации при эндолимфатическом введении антибактериальных препаратов снижался, начиная с 3-4 суток, и на 10-11 сутки лечения не превышал верхней границы нормы. При внутривенном введении этот показатель в течении первых 3-4 суток не изменялся, его нормализация проходила на 15-16 сутки после операции.

В первой фазе раневого процесса при использовании мази «Ацербин» и «Офлокаин» некролизис, появление грануляций и бактериологическая санация раны промежности проходили в более сжатые сроки, чем в группе сравнения, ($p < 0,01$).

Среди 40 (70,2 %) больных основной группы обследованных в течении от 3 месяцев до 2 лет после операции рецидив заболевания возник у 4 %, переход в хроническую форму – у 4 %, недостаточность анального сфинктера II степени – у 2,5 % больных. Среди 25 (45,5 %) больных группы сравнения в этот же период рецидив заболевания возник у 20 %, переход в хроническую форму – у 16 %, недостаточность анального сфинктера II степени установлена у 8 % больных.

Ключевые слова: глубокие формы острого парапроктита, лучевые методы диагностики, дополнительные промежностные разрезы, антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия, местное лечение ран.

ANNOTATION

Novytskiy O.V. Surgical treatment of ichio-, retro- and pelviorectal of acute paraproctitis and prophylaxis of its complications. – Manuscript.

Dissertation for obtaining of scientific degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.03 – surgery. – State higher educational institution “I.Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University”, Ternopil, 2011.

Method of magnetic-resonance imaging with contrast amplification for diagnostics of deep forms of acute paraproctitis is suggested in the dissertation.

Application of additional radial perineal cuts is substantiated in cases of broadened deep forms of acute paraproctitis in order to prevent development of pelvic phlegmon.

Differential use of antibiotic prophylaxis and treatment is substantiated in presence of abscess and phlegmon of pararectal cellular tissue in patients with deep forms of acute paraproctitis.

In the first phase of wound process after application of “Atserbin” and “Oflocain” ointments necrolysis, granulation appearance and bacteriological sanitation of the wound passed in shorter terms than in the group of comparison, ($p < 0,01$).

Key words: deep forms of acute paraproctitis, radiological methods of diagnostics, additional perineal cuts, antibiotic prophylaxis and treatment, local wound treatment.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГП	– гострий парапроктит
КУО	– колонієутворююча одиниця
ЛШ	– лейкоцитарний індекс інтоксикації
МРТ	– магнітно-резонансна томографія
ПГХ	– первинний гнійний хід
РРС	– ректороманоскопія
УСГ	– ультрасонографія