



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 38950

(13) A

(51) 6 A61B8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПІДКОВО-ПОДІБНОГО ПАРАПРОКТИТУ

(21) 2000126930

(22) 04.12.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Даценко Борис Макарович, Тамм Тамара Іванівна, Седак Вадим Володимирович, Бардюк Олександр Якович, Даценко Олексій Борисович

(73) Харківська медична академія післядипломної освіти

(57) Спосіб діагностики гострого підковоподібного парапроктиту шляхом проведення транскутанного промежнинного і ендоректального ультразвукового дослідження, який **відрізняється** тим, що при виявленні транскутанно на ехограмах ділянки зниженої ехогенності у вигляді дуги підкови, угнутістю до прямої кишки, з розмитими, нечіткими контурами діагностують гострий підковоподібний парапроктит, а ендоректально визначають локалізацію гнійних утворень, з'єднаних підково.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії та проктології і може бути використаний для діагностики підковоподібного парапроктиту.

Відомий спосіб діагностики гострого парапроктиту, який здійснюється шляхом пальцевого дослідження прямої кишки (В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. Проктологія. М., -1984.-с.79.). Спосіб дає можливість провести діагностику тільки в давнених випадках. Недоліки способу пов'язані з неможливістю провести достатньо точну і сучасну діагностику, що ускладнює диференціювання з іншими захворюваннями, а також вирішення питання про строки і спосіб оперативного втручання.

Найбільш близьким і обраним як прототип є спосіб ультразвукової діагностики захворювань параректальної клітковини, до яких відноситься і гострий парапроктит (А.П. Орлова, Д.Ю. Филипов, А.Д. Турутин. Первый опыт применения ультрасонографии в диагностике острого парапроктита / Ультразвуковая диагностика. -1998.-№2.-С. 39-43).

Спосіб здійснюють транскутанно та ендоректально.

Спосіб дає можливість судити про утягнення стінки кишки і сфінктера у запальний процес, але у зв'язку з відсутністю чіткого ультразвукового критерію гострого підковоподібного парапроктиту спосіб не дає можливості своєчасно і точно діагностувати дану патологію.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу діагностики гострого підковоподібного парапроктиту, в якому за допомогою ультразвукового критерію, який однозначно і чітко характеризує гострий підковоподібний парапроктит, досягається підвищення якості діагностики та вибору способу оперативного втручання.

Поставлена задача вирішується в способі діагностики гострого підковоподібного парапроктиту шляхом проведення транскутанного промежнинного та ендоректального ультразвукового дослідження, згідно з винаходом, при виявленні транскутанно на ехограмі ділянки зниженої ехогенності у вигляді дуги підкови, угнутістю до прямої кишки з розмитими, нечіткими контурами, діагностують гострий підковоподібний парапроктит, а ендоректально визначають локалізацію гнійних утворень, з'єднаних дугою підкови.

Використання для діагностики гострого підковоподібного парапроктиту спеціального ехо критерію у вигляді дуги підкови, угнутістю до прямої кишки зі зниженою в порівнянні з навколишніми тканинами ехогенністю, дає змогу точно та однозначно визначити дану патологію. Проведення ендоректального дослідження уточнює локалізацію гнійних утворень, пов'язаних дугою.

На фіг. 1 зображено взаємне розміщення гнійних порожнин у хворого з ішіоректальним підковоподібним парапроктитом. На фіг. 2 наведена ехограма ішіоректального гнійника.

Спосіб здійснюють таким чином. У положенні хворого на лівому боці, ноги приведені до живота, проводиться ультразвукове транскутанне дослідження з боку промежини лінійним датчиком з частотою 5 МГц. Візуалізацію дуги підкови (ділянку зі зниженою ехогенністю дугообразної форми з нечіткими контурами, угнутістю до прямої кишки, ширина цього утворення залежить від кількості гною) визначають переміщенням датчика вперед і до низу від заднього проходу в поперечному напрямку за ходом часової стрілки, що дає можливість судити про локалізацію підкови (передня чи задня).

(13) A

(11) 38950

(19) UA

Потім лінійним ректальним датчиком з частотою 5 МГц проводять ендоректальне ультразвукове дослідження, яке дозволяє уточнити локалізацію гнійних порожнин, що з'єднуються підковою.

Якщо гнійна порожнина (ультразвукові критерії: утворення з нечіткими контурами і неоднорідною структурою, з ефектом дистального посилення та латеральною акустичною тінню з обох боків) міститься нижче м'язу, що підіймає задній прохід, діагностують ішіоректальний парапроктит, якщо вище - пельвіоректальний підковоподібний парапроктит.

Приклад. Хворий К., 53 р., історія хвороби № 543/828, поступив 08.11.2000 р. зі скаргами на слабкість, неприємні відчуття, біль в області заднього проходу;  $t^{\circ}\text{C}$  до  $38^{\circ}\text{C}$  вечорами. В клініці обстежений: клін.ан.крові: Нв - 131 г/л, лейкоцити -  $10,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ; нейтрофіли сегментоядерні - 64, паличкоядерні - 7, лімфоцити - 15, моноцити - 12, еозинофіли - 2, ШОЕ - 44 мм/г. Клін.ан.сечі: кількість - 50,0, колір - сітложовтий, мутність - помірна, реакція - слабокисла, цукор не знайдено, слиз - багато, густий, лейкоцити - 2-3 екз.в п/зору, еритроцити - 1-2 екз.в полі зору, епітелій міхура - інколи.

При обстеженні шкіра періанальної ділянки без змін. При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус сфінктера збережено, визначається біль по правій стінці прямої кишки. При ендоректальному дослідженні визначені гнійні порожнини в правому і лівому ішіоректальному просторах, по задній стінці прямої кишки (в просвіті 6-ти годин) визначено первинний гнійний хід. На фіг. 1. зображена порожнина гнійника 1 у лівому ішіоректальному просторі, порожнина гнійника 2 у правому ішіоректальному просторі, дуга підкови 3, пряма кишка 4. На фіг. 2 зображена ехограма ішіоректального гнійника, де зображена порожнина гнійника 2, гнійний хід 2, musculus levator ani 3. До операції

встановлено діагноз: гострий двосторонній ішіоректальний парапроктит (задня підкова).

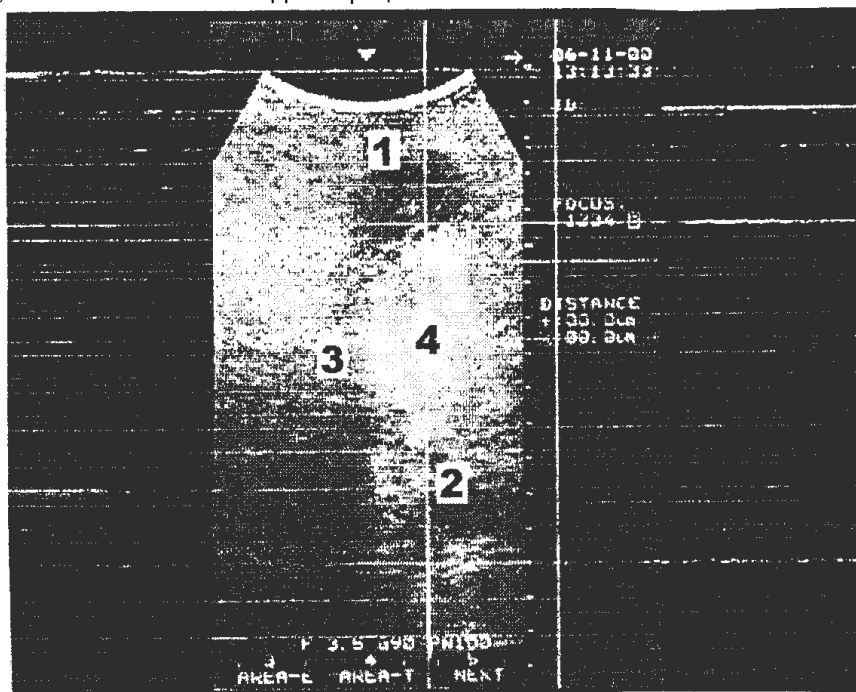
8.11.2000 р. проведено оперативне втручання - хірургічна обробка гнійного осередку з дрениванням ішіоректальних просторів і проведенням лігатури.

Під внутрішньовенним знеболенням дугообразними розрізами розсічені ішіоректальні простори з обох боків. Зліва виділилось понад 5 мл гною, справа приблизно 10 мл. При ревізії рани встановлено сполучення між гнійними порожнинами позаду від прямої кишки. Первинний гнійний хід знайдено при ревізії зондом, який розташовувався транссфінктерно. Шкірний лоскут та некротичні тканини від внутрішнього краю розрізу справа у напрямку до внутрішнього отвору гнійника висічені до м'язового шару. За допомогою зонда проведена шовкова лігатура. Туалет рани. До ішіоректального простору введені гумові дренажі і марлеві тампони. Асептична пов'язка на рану.

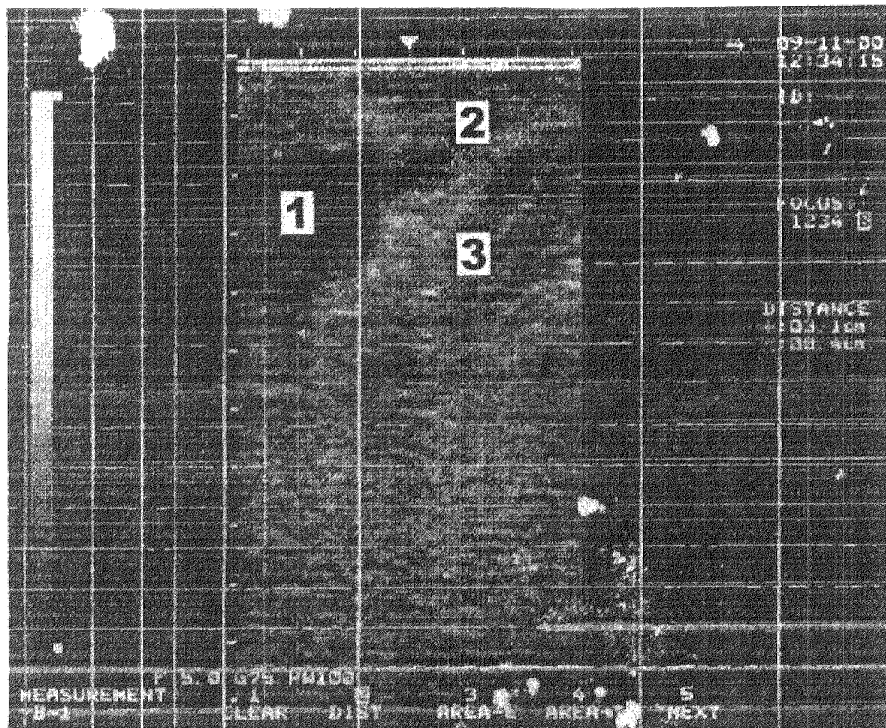
Післяопераційний діагноз: гострий двосторонній ішіоректальний парапроктит з транссфінктерним ходом (задня підкова).

Лікування в післяопераційному періоді проводилось за стандартною схемою: сольові ванночки, підтяжка лігатури кожні три дні, перев'язки з маззю "Офлокаїн". Антибіотики не призначалися. Лігатуру видалено на 11-й день. 22.11.2000 р. хворого виписано у задовільному стані для амбулаторного лікування.

Таким чином, запропонований спосіб діагностики дозволяє точно визначити гострий підковоподібний парапроктит, локалізацію гнійних утворень, з'єднаних підковою, що забезпечує вибір оптимального операційного доступу для виконання радикальної операції.



Фіг. 1



Фіг. 2

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
 Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
 (044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60x84 1/8.  
 Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
 (044) 268-25-22

---