

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА КАК РЕДКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Строкова Л.А.,^{1,2} Козлов А.В.,¹ Савельева Т.В.,¹
Горелов С.И.,^{1,3} Горелов В.П.^{1,3}

¹ ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России»
(главный врач – д.м.н., профессор Я.А.Накатис)

² ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова МЗ РФ,
кафедра функциональной диагностики
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор В.И.Новиков)

³ ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» МЗ РФ, кафедра урологии, г. Санкт-Петербург
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор И.Б.Осипов)

*[Ключевые слова: острый парапроктит, рак простаты,
брахитерапия, трансректальное ультразвуковое исследование]*

ULTRASONIC DIAGNOSIS OF ACUTE PARAPROCTITIS AS A RARE COMPLICATIONS OF BRACHYTHERAPY OF PROSTATE CANCER

Strokova L.A.,^{1,2} Kozlov A.V.,¹ Savelieva T.V.,¹ Gorelov S.I.,^{1,3} Gorelov V.P.^{1,3}

¹ Federal State Budgetary Healthcare Institution Clinical Hospital 122 named after L.G. Sokolov Federal Medical-Biological Agency of Russia.

² University Ministry of Health of the Russian Federation. North-western State Medical University named after I.I. Mechnikov.

³ State budget institution of higher professional education Saint-Petersburg State Pediatric Medical

[Key words: acute abscess, prostate cancer, brachytherapy, transrectal ultrasound]

*Адрес для переписки: Горелов Виктор Павлович, ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России»,
пр-т Культуры, д. 4, Санкт-Петербург, 194291, тел. (911) 922-07-22, e-mail: vpgorelov@gmail.com*

При низкодозной брахитерапии рака предстательной железы (БТ РПЖ) лучевое воздействие на опухоль происходит в результате внедрения в железу титановых микрокапсул, содержащих радиоактивный изотоп [16]. Брахитерапия является безопасным и эффективным методом радикального лечения локализованного рака простаты [13]. Имплантация источников излучения осуществляется с помощью специальных игл, которые заводятся в предстательную железу через промежность под контролем трансректального ультразвукового датчика, либо через межягодичную область [15]. В последнем случае для контроля расположения игл и источников используется компьютерный томограф [10,14]. Такая методика подразумевает перфорацию стенок прямой кишки, однако при правильной подготовке к операции и адекватной антибактериальной профилактике гнойно-септи-

ческие осложнения отмечаются крайне редко [4]. В Центре брахитерапии Клинической больницы № 122 (г. Санкт-Петербург) с октября 2007 г. по октябрь 2015 г. выполнено 1283 БТ РПЖ. Острый парапроктит, как осложнение этой операции, наблюдался у 1 (0,07%) больного. Приведенный ниже клинический случай демонстрирует возможности ультразвуковой ректоскопии (УЗРС) в выявлении острого парапроктита у больных после БТ РПЖ.

МЕТОДЫ

Обследование больного с подозрением на острое воспалительное заболевание органов малого таза после БТРПЖ проводилось комплексно, с применением различных УЗ-методик и МРТ.

Эндоректальное УЗИ (ЭРУЗИ) проводили на аппарате фирмы Hitachi марки Avius с применением ректо-вагинального конвексного датчика EUP-V53W (частота локации 4,0-8,0 МГц) и узкоспециального ректального широкополосного датчика EUP-R54AW-19 радиального сканирования 360° (частота локации 5-10 МГц). МРТ органов малого таза проводили на высокопольном магнитном томографе с индукцией магнитного поля 3Т (аппарат «Verio», Siemens). Сканирование производилось по стандартной программе с использованием T1 и T2-взвешенных изображений (ВИ), в том числе, с подавлением сигнала от жировой ткани в аксиальной, сагиттальной и корональной плоскостях.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Мужчина 60 лет, перенес БТРПЖ в апреле 2013 г., имплантация выполнялась под контролем компьютерного томографа и прошла без особенностей. Пациент выписан на 3-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 1 месяц пожаловался на чувство дискомфорта в промежности, дизурию. Учитывая, что предъявленные жалобы полностью соответствовали характеру и сроку выполненной операции, был назначен стандартный курс противовоспалительной и симптоматической терапии. Несмотря на проводимое лечение, в течение последующих двух месяцев пациент отмечал ухудшение самочувствия: болевые ощущения нарастали, появилась фебрильная температура тела, общее недомогание, снижение работоспособности, вялость, потливость. Расстройство стула или наличие патологических примесей в кале не наблюдалось. Был осмотрен проктологом. Заключение: воспаление внутренних геморроидальных узлов. Проводимая терапия усилена за счет местного воздействия в виде ректальных свечей и микроклизм. Положительного эффекта от лечения не отмечено. Для оценки состояния предстательной железы пациенту дополнительно было назначено трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) органов малого таза. В ходе исследования УЗ-данных за острую воспалительную патологию простаты и парауретральных желез не получено. Однако отмечено наличие патологической гипэхогенной структуры размером 3×4 см, расположенной по задней стенке прямой кишки. Объективно оценить выявленное образование с использованием традиционного конвексного ректовагинального датчика не представлялось возможным. С целью оценки состояния стенки прямой кишки и параректальной клетчатки в зоне интереса дополни-

тельно пациенту выполнена ЭРУЗИ. На расстоянии на 3-4 см от ануса и выше по задней стенке прямой кишки выявлено образование, имеющее нечеткие контуры, выраженную неоднородную структуру с преобладанием гипэхогенного компонента и наличием множественных гиперэхогенных включений диаметром до 3 мм с акустической тенью (пузырьки воздуха?) (Рис. 1).

Также в ткани патологического образования выявлены отдельные анэхогенные зоны диаметром до 10 мм неправильной формы, расцененные как зоны некроза. На высоте 4-5 см от ануса образование достигало максимального поперечного размера 2-2,5 см. Признаков вовлечения в процесс волокон наружного сфинктера не выявлено. Вне патологического образования изменений параректальной клетчатки не определялось. Заключение: острый ретроректальный парапроктит. Дополнительно проведена МРТ органов малого таза. Выявлено утолщение стенок прямой кишки в среднем и нижнем ампулярных отделах до 1,8 см, за счет отека слизистой, с сохранением структуры стенок кишки, диффузный отек параректальной клетчатки, преимущественно в дорзальных отделах, достигающий передней поверхности крестца (Рис. 2).

Позади верхнего отдела анального сфинктера, спереди от m.levator ani, визуализировано параректальное скопление жидкости размером около 3,0×1,6×1,3 см, с наличием включения газа размером 0,5 см на уровне зубчатой линии слева. Заключение МРТ полностью подтвердило данные, полученные при УЗРС.

Больной был оперирован. Полулунным разрезом длиной 3 см по задней полуокружности слева от копчика, отступя от ануса, вскрыта параректальная клетчатка. Получено 20 мл сливкообразного гноя. В дальнейшем пациент оставался под наблюдением проктолога, в динамике отмечено улучшение самочувствия. В настоящее время пациент жалоб не предъявляет, констатировано излечение острого ректоректального проктита, ПСА – 0,4 нг/мл.

ОБСУЖДЕНИЕ

Острый парапроктит (ОП) – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез (7,8). Данное заболевание является самым распространенным в практике неотложной хирургической проктологии, частота которого в числе острых гнойных поражений аноректальной зоны достигает 45% [1,8].

К основным клиническим проявлениям ОП относятся: острое начало, нарастающая боль в прямой кишке, промежности или в малом тазу, повышение температуры тела [3]. К этиологическим факторам относят ослабление иммунитета вследствие сопутствующих острых или хронических заболеваний, сосудистые изменения вследствие сахарного диабета, желудочно-кишечные расстройства, наличие геморроя, трещин, криптита. Обязательно учитывают историю предыдущих оперативных вмешательств в аноректальной зоне или промежности [5]. Обычно диагностика ОП не вызывает сложностей и основывается на жалобах больного, длительности заболевания, анализе результатов клинического и объективного обследования пациентов [8]. Однако в обсуждаемом случае у пациента имелись клинические особенности течения заболевания. Во-первых, имела место ретроректальная локализация парапроктита. При таком расположении абсцесса ведущими симптомами являются интоксикация и лихорадка [2]. В то время, как при осмотре промежности и пальцевом исследовании прямой кишки характерные признаки острого воспалительного процесса могут отсутствовать [11]. Во-вторых, развертывание клинической картины наблюдалось в первые 3 месяца после начала облучения малого таза, то есть в период возможного развития острых лучевых поражений. После брахитерапии такие реакции со стороны прямой кишки наблюдаются почти у 50% больных и проявляются болями в области промежности и прямой кишки [6,7].

Таким образом, на начальном этапе, жалобы пациента расценивались как проявления лучевого проктита. Дальнейшее динамическое наблюдение и только терапия лучевых поражений неминуемо привела бы к развитию септических осложнений. В этой ситуации ЭРУЗИ позволила установить диагноз и провести своевременное лечение с благоприятным исходом.

Выводы

1. Острый парапроктит является редким (0,07% случаев) осложнением брахитерапии рака предстательной железы.
2. Наличие острых лучевых реакций со стороны прямой кишки после БТРПЖ, а также особенности локализации гнойного очага могут маскировать клиническую картину острого парапроктита и приводить к затягиванию сроков диагностики.
3. ЭРУЗИ является простым в исполнении, высокоинформативным методом выявления парапроктита и может быть рекомендована пациентам после БТРПЖ в случае подозрения на наличие острой воспалительной патологии малого таза.
4. Информативность ЭРУЗИ при ретроректальном парапроктите является достаточной для установки диагноза, а также определения точной локализации абсцесса и не требует дополнительных лучевых исследований.



Рисунок 1. Сонограмма прямой кишки, локация радиальным датчиком. Гнойный инфильтрат по задней стенке прямой кишки. Белая стрелка – скопление пузырьков воздуха

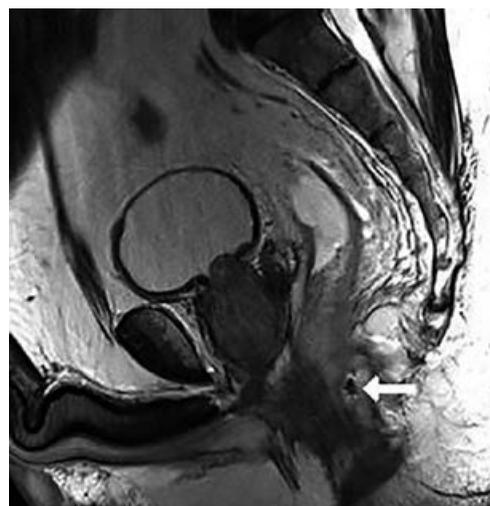


Рисунок 2. МР-томограмма. Позади верхнего отдела анального сфинктера, спереди от *m.levator ani* скопление жидкости (указано белой стрелкой) образование с гиперинтенсивным сигналом на T2-ВИ, размером 3,0×1,6×1,3 см, с наличием включения газа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян А.С., Эксюзян Г.Э., Манукян Э. Улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом: Проблемы колопроктологии. М.: 2002. – Вып. 7. с. 24-28.
2. Альперович Б.Е., Соловьев М.М. Клиника и лечение гнойных заболеваний. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1986. – с. 260-273.
3. Болквандзе Э.Э. Сложные формы острого парапроктита. Обзор литературы. Колопроктология. – 2009. – т. 27 (1). – с. 38-46.
4. Горелов В.П., Горелов С.И., Артюшкин А.В. и соавт. Брахитерапия рака предстательной железы: результаты 5-летнего наблюдения. Клиническая больница. – 2013. – №1 (04). – с. 47-48.
5. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: Медицинское информационное агентство. – 2006. – 430 с.
6. Горелов В.П. Профилактика инфравезикальной обструкции при планировании брахитерапии рака предстательной железы. Дис. ... канд. мед. наук, СПб., 2014. – 131 с.
7. Гранов А.М., Винокурова В.Л. Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии. СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», – 2002. – с. 284-305.
8. Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А. Основы колопроктологии для врача общей практики: монография. Самара, РФ: Офорт. – 2009. – 218 с.
9. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М.: Издательство БИНОМ. – 2011. – с. 473-477.
10. Пат. 130854 Российская Федерация, МПК А 61 N 5/00. Установка для инсталляции радиоактивных имплантатов / Горелов В.П., Горелов С.И., Артюшкин А.В., Гудкин Г.В.; патентообладатели Горелов В.П., Горелов С.И., Артюшкин А.В. № 2011138819/14, заявл. 21.09.11; опубл. 10/08/13. – Режим доступа: http://www1.fips.ru/fips_servl/fips_servlet.
11. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей. М. Медицина. – 1991. – с. 214-218.
12. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Литтерра, 2012. – 596 с.
13. Heidenreich A., Bolla M., Joniau S. et al. Guidelines on Prostate Cancer. European Association of Urology, 2010.
14. Koutrouvelis P.G. Three-dimensional stereotactic posterior ischioirectal space computerized tomography guided brachytherapy of prostate cancer: a preliminary report. J. Urol. – 1998. – vol. 159 (1). – p. 142-145.
15. Holm H.H., Juul N., Pedersen J.F. et al. Transperineal 125-iodine seed implantation in prostatic cancer guided by transrectal ultrasonography. J. Urol. – 1983. – vol. 167 (2)Pt 2. – p. 985-988.
16. Salembier C., Lavagnini P., Nickers P. et al. Tumour and target volumes in permanent prostate brachytherapy: a supplement to the ESTRO/EAU/EORTC recommendations on prostate brachytherapy Radiother. Oncol. – 2007. – vol. 83 (1). – p. 3-10.