

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-  
Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной хирургии имени профессора А. М. Дыхно с курсом ПО

**Рецензия д.м.н., профессора О. В. Первой на реферат по теме: «Острый паропроктит» ординатора второго года обучения по специальности «Хирургия»  
Тахтобина Евгения Геннадьевича**

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проделанной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке.

Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защитить свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения по специальности «Хирургия»:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата по теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Использование известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

**Итоговая оценка:** положительная/отрицательная

**Комментарий рецензента:**

Дата: 12.02.2021

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего  
образования  
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф.  
Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной хирургии имени профессора А. М. Дыхно с курсом ПО

Реферат: Острый паропроктит

Выполнил: ординатор Тахтобин Е.Г.  
Проверил: д.м.н., проф. Первова О.В.

г. Красноярск, 2021

## **ВВЕДЕНИЕ**

Острый парапроктит – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез. Острый парапроктит является самым распространенным заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии. Пациенты этой группы составляют около 1% всех госпитализированных в различные стационары хирургического профиля и 5% среди страдающих заболеваниями ободочной и прямой кишок. В числе острых гнойных поражений аноректальной зоны, частота ОП приближается к 45%.

ОП распространён повсеместно и на протяжении многих десятилетий является предметом оживленных дискуссий на страницах отечественной и зарубежной литературы. Наиболее часто обсуждаются ишиоректальные, пельвиоректальные, ретроректальные и подковообразные гнойники, встречающиеся, по разным данным, с впечатляющим размахом – от 5% до 58% ОП.

Развитие ОП обусловлено рядом предрасполагающих факторов: ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции, сосудистые изменения вследствие сахарного диабета, желудочно-кишечные расстройства, наличие геморроя, трещин, криптита.

Рекомендации по диагностике и лечению пациентов с ОП служат руководством для практических врачей, осуществляющих ведение и лечение таких больных и подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области.

Рекомендации включают в себя следующие разделы: определение заболевания, классификацию, профилактику, диагностику, консервативное и оперативное лечение, правила ведения периоперационного периода, а так же прогноз у больных с острым парапроктитом.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

В настоящее время в клинической практике используется классификация, подразделяющая острый парапроктит по характеру возбудителя, локализации поражения, по локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления, по характеру гнойного хода. Классификация применяется для определения тяжести поражения и выбора метода лечения. В клинической практике данная классификация чаще всего используется в таком виде: Классификация острого парапроктита.

I. По характеру возбудителя:

1. Аэробный.
2. Анаэробный:
  - клостридиальный;
  - неклостридиальный.

II. По локализации поражения:

- а) подкожный;
- б) подслизистый;
- в) межмышечный;
- г) седалищно-прямокишечный (ишиоректальный);
- д) тазово-прямокишечный:
  - пельвиоректальный;
  - ретроректальный;
  - подковообразный

По локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления:

- А. Задний.
- Б. Передний.
- В. Боковой.

IV. По характеру гнойного хода:

- а) интрасфинктерный;
- б) трансфинктерный;
- в) экстарсфинктерный.

#### ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

При формулировании диагноза следует отразить характер возбудителя, локализацию гнойного очага, а так же локализацию пораженной крипты. (см. раздел «Диагностика»).

Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

1. Острый аэробный боковой подкожный интрасфинктерный парапроктит.
2. Острый анаэробный пельвиоректальный экстарсфинктерный парапроктит.
3. Острый аэробный задний межмышечный трансфинктерный парапроктит.

#### ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Диагностика острого парапроктита основана на жалобах больного, степени их выраженности, длительности болезни, анализе результатов клинического и объективного обследования пациента. К основным клиническим проявлениям ОП относятся: острое начало заболевания, нарастающая боль в прямой кишке, промежности или в тазу, повышение температуры тела.

- Сбор анамнеза.

Выявляются жалобы больного, длительность заболевания, характер и интенсивность болей, а так же этиологические факторы возникновения заболевания: ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции, сосудистые изменения вследствие сахарного диабета, желудочно-кишечные расстройства, наличие геморроя, трещин, криптита, историю предыдущих аноректальных или промежностных оперативных вмешательств.

- Осмотр больного.

Проводят на гинекологическом кресле в положении как для литотомии или в колено-локтевом положении. При этом оценивают гиперемию, припухлость кожных покровов перианальной, крестцово-копчиковой области и ягодиц, наличие резко болезненного инфильтрата или флюктуации в этой области. При осмотре промежности и заднего прохода выявляют патологические выделения гноя или слизи, сопутствующие заболевания - анальная трещина, геморрой, свищи или выпадение прямой кишки.

- Пальцевое исследование прямой кишки.

Этот диагностический прием является основным при остром парапроктите и несет определяющую информацию при сложных разновидностях заболевания:

- при тазово-прямокишечном парапроктите выявляют болезненность одной из стенок среднеампулярного или верхнеампулярного отдела прямой кишки, тестоватой консистенции инфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за её пределами. В более поздних стадиях определяют утолщение стенки кишки, оттеснение её извне, затем выбухание в просвет эластичной, иногда флюктуирующей, опухоли, над которой слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной;
- при позадипрямокишечной форме определяют выбухание в области задней стенки прямой кишки, а так же усиление болей при давлении на копчик;
- при подковообразной форме острого парапроктита выявляют уплощение и уплотнение стенки кишки выше анального канала, сглаженность складок на стороне поражения, повышение температуры в кишке. К концу первой недели заболевания воспалительный инфильтрат оттесняет стенку кишки и выбухает в её просвет. Если воспалительная инфильтрация ткани захватывает предстательную железу и мочеиспускательный канал, пальпация их вызывает болезненный позыв на мочеиспускание

- при внутрстеночно-инфильтративном парапроктите выше зубчатой линии, непосредственно над ней, или, высоко в ампулярном отделе прямой кишки, через стенку кишки пальпируют плотный, неподвижный, безболезненный инфильтрат, часто без четких границ.

- Фистулография.

Не является обязательным методом обследования, используют для уточнения диагноза. Определяется расположение и размеры гнойной полости, ход свища по отношению к наружному сфинктеру.

- Бактериологическое исследование не является обязательным методом обследования. Заключается в видовом исследовании микрофлоры гнойного очага для уточнения диагноза и проведения адекватной антибиотикотерапии. Взятие материала (гноя), производится в условиях операционной во время пункции гнойника. Материал берется двумя тампонами, один из которых для микроскопии а другой для посева. Не более чем через 1 час после взятия, весь материал доставляется в бактериологическую лабораторию для немедленного посева.

В послеоперационном периоде в динамике определяют число микробных тел на раневой поверхности или в 1 г пораженной ткани. «Сигнальным» показателем является число 10<sup>5</sup>, уменьшение степени которого свидетельствует о благополучном течении воспалительного процесса, а увеличение – вызывает необходимость различных корректирующих действий. Исследование необходимо для решения вопроса о возможности выполнения отсроченной радикальной операции.

### ЭНДОРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Не является обязательным методом обследования, используют для уточнения диагноза. УЗ-

исследование со стороны промежности и трансректальная сонография позволяют оценить локализацию, размеры, структуру патологического очага, наличие дополнительных ходов, степень вовлечения в воспалительный процесс стенки прямой кишки и волокон наружного сфинктера, глубину расположения патологического очага от кожных покровов.

Эффективность ультразвукового исследования в определении ОП составляет 80-89%.

Методика. Исследование проводится на эхотомографах, работающих в режиме реального времени и серой шкалы, снабженных секторальными конвексными и линейными датчиками от 2 до 5 МГц, а также на ультразвуковых сканерах, работающих в режиме серой шкалы и цветном доплеровском режиме (CDI) с датчиками PVV-375 АТ (3-6 МГц), PIM-805 АТ (6-12 МГц). Результаты исследования документируются на фотопроставке с осуществлением необходимых измерений на экране монитора и Video Printer P-91-E. Больному, находящемуся в коленно-локтевом положении или на боку, в анальный канал вводят ректальный датчик на расстояние 8 см с предварительно надетым на него резиновым баллончиком и откачанным из него воздухом. Через переходник баллончик заполняют дистиллированной водой 30-50 мл, что обеспечивает хорошую проводимость УЗ-луча. Датчиком проводят вращательные движения по часовой стрелке и проводят линейное УЗ-сканирование путем проведения продольных сечений анального канала, вращая датчик. Точность ультразвукового исследования достигает 90%.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая особенности клинических проявлений острого парапроктита, в основном проводят дифференциальную диагностику с нагноившейся тератомой параректальной клетчатки, абсцессом дугласова пространства, вскрывшимся в параректальную клетчатку. Парапроктит так же может являться осложнением распадающейся опухоли прямой кишки.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение острого парапроктита только хирургическое. Операция должна быть выполнена в ближайшие часы после верификации диагноза. Промедление с операцией не только ухудшает состояние больного, но и отягощает прогноз, т.к. чревато опасностью распространения гнойного процесса по клетчаточным пространствам таза, разрушения мышечных структур сфинктера и тазового дна, стенки прямой кишки. Хирургическое лечение может быть как радикальным одномоментным, так и многоэтапным. Наиболее целесообразно разделение хирургического лечения ОП на несколько этапов. На первом из них производится неотложное вскрытие гнойника, на втором – ранние отсроченные радикальные операции, осуществляемые 5-7 дней спустя, после полного стихания воспалительных явлений.

Цель – вскрытие и дренирование гнойника, поиск и ликвидация пораженной крипты и гнойного хода. Показания к госпитализации – верифицированный диагноз острого парапроктита любой этиологии.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.**

Сам по себе, вопрос о радикальном лечении гнойного очага при остром парапроктите не вызывает сомнений, поэтому первостепенные хирургические действия заключаются в неотложном широком вскрытии гнойного промежностного очага, ревизии и санации послеоперационной раны. Вид оперативного вмешательства зависит от величины и локализации гнойника, распространенности воспалительного инфильтрата в окружающих тканях. Эффективность лечения при ОП составляет 98%, однако по данным иностранных авторов количество осложнений может достигать 43%.

**РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ** Показаниями к радикальному оперативному лечению пациентов с острым парапроктитом являются: четкое представление о локализации гнойника, гнойного хода и пораженной крипты, относительная интактность окружающих гнойный очаг тканей. Противопоказанием к проведению радикальных операций являются: невозможность определения пораженной крипты, тяжелое соматическое состояние пациента, выраженные воспалительные изменения тканей в зоне предполагаемого оперативного вмешательства.

#### Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и гнойного хода в просвет кишки.

Показания: расположение гнойного хода кнутри от наружного сфинктера или захват только подкожной его порции.

Методика: под обезболиванием проводят ревизию анального канала с целью поиска пораженной крипты внутреннего свищевого отверстия. Для четкой визуализации свищевого хода и гнойной полости используют пробу с красителем. Для уточнения расположения хода относительно волокон сфинктера проводят исследование пуговчатым зондом. После этого производят широкий полулунный разрез кожи на стороне поражения, а затем полностью иссекают пораженные ткани.

Хорошие результаты лечения в раннем периоде после операции отмечаются в 65-88% случаев.

Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и сфинктеротомия.  
Показания: межсфинктерный парапроктит.

Методика: производят полулунный разрез кожи на стороне поражения, затем отделяют волокна внутреннего сфинктера от окружающих тканей и под визуальным контролем рассекают только внутренний сфинктер.

Цель: вскрытие и дренирование межсфинктерного пространства в просвет кишки.

Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты, проведение эластической дренирующей лигатуры.

Показания: транссфинктерное (захватывает более 20 % сфинктера) или экстрасфинктерное расположение гнойного хода.

Методика: производят широкий полулунный разрез кожи на стороне поражения, затем после эвакуации гноя и обнаружения гнойного хода разрез продлевается до средней линии. Из просвета кишки производят окаймляющий разрез вокруг пораженной крипты с его продолжением по всей длине анального канала до соединения с углом промежностной раны. Узкой полоской иссекают выстилку анального канала и перианальную кожу. Через отверстие в месте удаленной крипты проводят эластический дренаж Сетона, один конец которого выводят из раны промежности по средней линии, а второй через внутреннее отверстие в просвете кишки. Лигатура затягивается.

Цель: создание адекватного оттока для подготовки к проведению последующей радикальной операции.

## **МНОГОЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

Наиболее целесообразный и оправданный метод лечения острого парапроктита. Квалифицированные действия на первом этапе хирургического лечения играют определяющую роль в дальнейшем течении воспалительного процесса. Основные хирургические принципы первого этапа:

- выполнение оперативного вмешательства в возможно ранние сроки;
- широкое вскрытие подкожного гнойника для обеспечения достаточного оттока гнойного содержимого и адекватное дренирование гнойной полости;
- обеспечение интактности волокон анального сфинктера при ликвидации абсцесса;
- исключение применения скальпеля при манипуляциях в глубине раны;
- выполнение различных действий в просвете гнойной полости только под контролем введенного в прямую кишку пальца другой руки;
- обязательное вскрытие и адекватное дренирование основного гнойного очага, а не только воспалительного фокуса в подкожной клетчатке.

Операции при тазово-прямокишечном парапроктите. Вскрытие и дренирование пельвиоректального парапроктита.

Показания: Гнойники, локализующиеся в пельвиоректальном пространстве.

Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, отступя от края ануса не менее чем на 3 см., рассекают кожу, подкожную и ишиоректальную клетчатку. Продольным разрезом рассекают мышечную ткань диафрагмы таза. Эта манипуляция должна

выполняться под визуальным контролем. Если её не удаётся произвести на глаз, расслаивание мышцы может быть осуществлено тупым путём – пальцем, браншами большого зажима Бильрота, или корнцангом. Дренирование гнойника выполняется с таким расчётом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным. С этой целью кожную рану расширяют и заполняют тампоном с дренажной трубкой.

#### Вскрытие и дренирование ретроректального парапроктита.

Показания: Гнойники, локализующиеся в ретроректальном пространстве.

Методика: производят разрез кожи по середине между проекцией верхушки копчика и задним краем анального отверстия, длиной до 5 см. Заднепроходно-копчиковая связка пересекается на расстоянии 1 см от верхушки копчика. Далее манипуляции выполняют тупым путем. Полость гнойника обследуют пальцем, при этом разъединяют соединительнотканые перемычки. После эвакуации гноя рану осушивают и обрабатывают перекисью водорода. Край раны, прилегающий к стенке кишки, с помощью крючка отводят и хорошо экспонируют заднюю стенку анального канала, окруженного мышцами сфинктера. Операция заканчивается тампонированием ретроректального пространства.

#### Вскрытие и дренирование подковообразного парапроктита.

Показания: Подковообразное или двустороннее расположение гнойников при остром парапроктите.

Методика: Объём вмешательства зависит от отношения гнойного хода к мышцам сфинктера, направления и локализации дуги подковы. Опорожнив гнойник, и сориентировавшись в направлении гнойного хода и его ответвлений, рану тампонируют и выполняют аналогичное вмешательство на противоположной стороне. Раскрыв гнойные полости, находят дугу подковы и гнойный ход, ведущий в кишку. Определяют его отношение и дуги подковы к мышцам сфинктера. Если дуга расположена в подкожной клетчатке, её рассекают по зонду. Точно так же поступают, если она располагается в пельвиоректальном пространстве. При этом пересекают заднепроходно-копчиковую связку. Рану дренируют и тампонируют.

#### **ПРОТИВОПОКАЗАНО:**

- операция при остром парапроктите должна выполняться незамедлительно – недопустима необоснованная задержка оперативного лечения;
- недопустимо проведение операции в условиях недостаточного обезболивания и миорелаксации;
- при длительно сохраняющейся после вскрытия абсцесса температуре недопустимо назначение антибактериальной терапии без проведения диагностических мероприятий и ревизии раны;
- недопустимо проведение сложных пластических операций (низведение лоскута) в условиях выраженного воспаления и отека окружающих тканей;
- нежелательна длительная отсрочка в проведении радикальной операции после вскрытия и дренирования абсцесса

#### **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ**



В послеоперационном периоде как после радикального, так и после первого этапа многоэтапного лечения пациентам проводят:

1. Ежедневные перевязки послеоперационной раны с использованием перекиси водорода, антисептиков на йодной (Бетадин, Йодопирон, Йод-повидон и др.) или спиртовой (Хлоргексидин, Диоксидин) основе.
2. Местное применение мазей ускоряющих репарацию тканей (Метилурацил) и обладающих антимикробным и противовоспалительным эффектами (Левомеколь, Левосин, Фузимет) до заживления раны.
3. Комплексное физиотерапевтическое лечение - ежедневные десятиминутные сеансы УФО-облучения, использование воздействия УВЧ в диапазоне 40-70 Вт и микроволновая терапия в пределах 20-60 Вт.

Объем физических воздействий выбирают на основании целого ряда факторов, отражающих общее состояние пациента, но определяющими из них являются распространенность и выраженность воспалительных проявлений. Продолжительность самого лечения зависит от клинической, лабораторной и бактериологической картины полного купирования признаков острого процесса.

По длительности, этот период в большинстве случаев составляет от 5 до 10 дней после поступления больного в стационар, а при инфильтративном процессе в кишке – до 2 недель или несколько дольше.

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Специфической профилактики ОП не существует. Профилактика острого парапроктита заключается в основном в общеукрепляющих организм мероприятиях, направленных на устранение этиологических факторов возникновения заболевания:

- 1) Поддержка и укрепление местного и гуморального иммунитета;
- 2) Лечение и санация очагов острой и хронической инфекции;
- 3) Коррекция хронических заболеваний – сахарного диабета, атеросклероза;
- 4) Коррекция функциональных нарушений (запоров, поносов);
- 5) Своевременное лечение сопутствующих проктологических заболеваний (геморроя, трещин заднего прохода, криптита и т. д.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Акопян А.С. и др. Улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом // Сб. Проблемы колопроктологии. – М., 2002. – Вып. 7. – С. 24-28.
2. Болквандзе Э. Э. Сложные формы острого парапроктита. Обзор литературы. Колопроктология, 2009. 27 (1). С. 38-46.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М. : Медицинское информационное агентство, 2006. 430с.
4. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. – М.: Медицина, 1981. – 208 с
5. Жуков БН, Исаев ВР, Чернов АА. Основы колопроктологии для врача общей практики: монография. Самара, РФ: Офорт; 2009. 218 с.
6. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М. : Издательство БИНОМ, 2011. С 473-477.
7. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А. Способ лечения экстрасфинктерного парапроктита // Сб. Проблемы колопроктологии. – М., 1994. – Вып. 14 – С. 21-23.



