

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М.Дыхно с курсом ПО

Заведующий кафедрой д.м.н., проф. Черданцев Д.В.

РЕФЕРАТ

Острый парапроктит

Выполнил: клинический ординатор

Шедько Никита Константинович

Рецензент: д.м.н., проф. Первова О.В.

Красноярск, 2022

Предрасполагающими факторами возникновения гнойного процесса в анальных криптах с последующим переходом на жировую клетчатку являются нарушения местного и общего иммунитета вследствие хронической инфекции (ангина, грипп, сепсис), сосудистые нарушения при СД, острый геморрой, трещина заднего прохода и т. д.

Патогенез

Главную роль в возникновении острого парапроктита играет воспаление анальных желёз и морганиевых крипт. Инфекция из просвета прямой кишки по протокам проникает к анальным железам. Если проток железы закупоривается за счёт разных причин (отёк, микротравма, крипитит), развивается острое воспаление анальных желёз, открывающихся в крипту. В стенке анального канала развивается микроабсцесс. Вначале он локализуется в области анальной крипты, но чаще абсцесс по межсфинктер-ному пространству распространяется в различные околопрямокишечные клетчаточные пространства, вызывая образование гнойников различной степени тяжести.

Классификация

По характеру возбудителя:

- аэробный;
- анаэробный:
 - клостридиальный;
 - неклостридиальный.

По локализации поражения (рис. 28.1):

- подкожный;
- подслизистый;
- межмышечный;
- седалищно-прямокишечный (ишиоанальный);
- тазово-прямокишечный:
 - пельвиоректальный;
 - ретроректальный;
 - подковообразный.

По локализации крипты, вовлечённой в процесс:

- задний;
- передний;
- боковой.

Характер гнойного хода:

- интрасфинктерный;
- трансфинктерный;
- экстрафинктерный.

Клиническая симптоматика

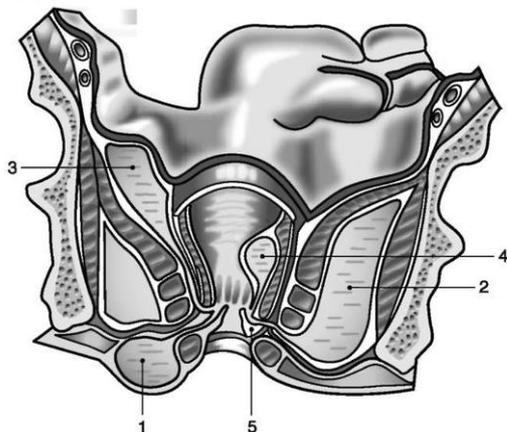
Заболевание, как правило, начинается остро. За коротким продромальным периодом с ознобом, слабостью появляется нарастающая боль в прямой кишке, промежности или в тазу с повышением температуры тела. При локализации гнойника в подкожной клетчатке клинические проявления выражены более определённо и ярко: болезненный инфильтрат в области заднего прохода, гиперемия кожи и повышение температуры тела. Эти симптомы вынуждают пациента, как правило, обратиться к врачу в первые дни от начала заболевания.

Ишиоанальный абсцесс вначале проявляется лёгким ознобом, слабостью, тянущими болями в тазу и прямой кишке, усиливающимися при дефекации. В более поздние стадии появляются местные изменения: асимметрия ягодиц, гиперемия кожи и болезненный инфильтрат в подкожной клетчатке.

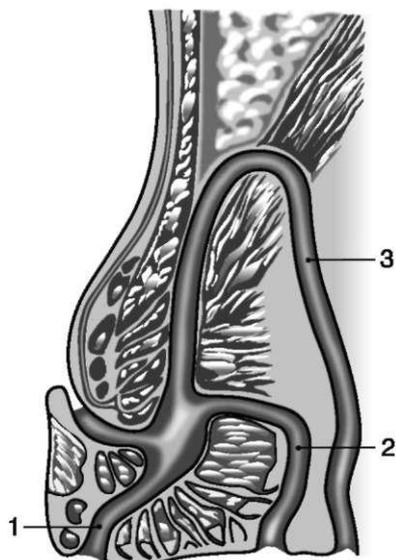
При пельвиоректальном и ретроректальном гнойнике, который располагается глубоко в тазу, в течение первых дней болезни пациенты отмечают озноб, головную боль, боли в суставах. Боль в тазу и в нижней части живота может быть не выражена. Часто пациент первично обращается к терапевту или урологу, женщины - к гинекологу. Продолжительность этого периода может составлять 10-12 дней. У больного нарастают боли в тазу и прямой кишке, отмечается задержка стула и мочи, выражена

интоксикация. Задержка стула, тенезмы, дизурические расстройства, боли внизу живота особенно часто бывают при локализации гнойника в пельвиоректальном пространстве, но могут быть при любом виде парапроктита.

Осложнения. Возможен прорыв гноя из одного клетчаточного пространства в другое, прорыв гнойника (пельви-оректального, ретроректального) в просвет прямой кишки или влагалище, прорыв гноя из полости абсцесса через кожу промежности (спонтанное вскрытие). Самое грозное осложнение острого парапроктита - присоединение анаэробной инфекции и распространение воспалительного процесса на клетчаточные пространства таза, гнойное расплавление стенки прямой кишки. Возможно распространение гнойника вверх, в брюшинное пространство. Осложнения, как правило, развиваются при запоздалом обращении больных к врачу, у пожилых, ослабленных больных, при наличии СД, сосудистых расстройствах и т. п.



Расположение абсцессов в параректальных пространствах (схема): 1 - подкожный парапроктит; 2 - ишиоанальный; 3 - пельвиоректальный; 4 - подслизистый; 5 - межсфинктерный



Расположение гнойных ходов при различных формах парапроктита (схема): 1 - внутри от наружного сфинктера; 2 - через наружный сфинктер (чрессфинктерный); 3 - снаружи от наружного сфинктера (экстрасфинктерный)

Диагностика

Первая и главная задача диагностики острого парапроктита - на основании жалоб пациента, клинической картины и осмотра оценить распространённость процесса, распознать локализацию гнойника в клетчаточном пространстве, окружающем прямую кишку.

Обязательный объём исследований:

- осмотр и пальпация тканей со стороны промежности;
- пальцевое исследование прямой кишки и анального канала;
- влагалищное исследование у женщин.

Если возникают проблемы в диагностике, проводят аноско-пию, ректороманоскопию, УЗИ. Наиболее информативным для обнаружения гнойного хода является УЗИ с использованием ректального датчика, которое с эффективностью 80-90% позволяет 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.

Дифференциальная диагностика. Острый парапроктит приходится дифференцировать от нагноившейся тератомы параректальной клетчатки, абсцесса дугласова пространства, распространившегося на параректальную клетчатку. Парапроктит может быть осложнением распадающейся опухоли прямой кишки.

Лечение

Лечение острого парапроктита только хирургическое.

Операция должна быть выполнена тотчас после установления диагноза, она относится к разряду неотложных и предусматривает обязательное вскрытие гнойника, независимо от того, будет ли радикальная операция выполнена одномоментно или в два этапа. Целесообразно разделить хирургическое лечение острого парапроктита на этапы. На первом из них производят неотложное вскрытие гнойника, на втором - выполняют ранние отсроченные радикальные операции, осуществляемые 5-7 дней спустя после стихания острых воспалительных явлений.

Основные задачи радикальной операции - обязательное вскрытие гнойника, дренирование его, поиск и нахождение поражённой крипты и гнойного хода, их ликвидация. Видобезболивания играет важную роль. Чаще всего применяют внутривенный наркоз, перидуральную и сакральную анестезию. Радикальные операции, в основном, выполняют в специализированных колопроктологических отделениях.

Радикальные операции при остром парапроктите:

- вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение поражённой крипты и гнойного хода в просвет кишки;
- вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение поражённой крипты, проведение латексной лигатуры;
- вскрытие и дренирование абсцесса, проктопластика для прерывания пути инфицирования из просвета прямой кишки.

Иссечение гнойного хода в просвет кишки с иссечением поражённой крипты выполняют в том случае, если гнойный ход располагается кнутри от наружного сфинктера или идёт через его подкожную порцию.

Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение поражённой крипты, проведение латексной лигатуры. Если гнойный ход располагается экстрасфинктерно или локализуется в толще мышцы наружного сфинктера и рассечение его в просвет кишки опасно из-за возможности получить недостаточность сфинктера, можно применить лигатурный метод. Вместо шелковой (лавсановой) нити в настоящее время применяют латексную лигатуру. Лигатура остаётся незавязанной до тех пор, пока рана не выполнится грануляциями и не станет поверхностной. Латексное кольцо обеспечивает постоянное круговое давление с постепенным рассечением сфинктера в то время, как происходит заживление раны в анальном канале.

Применение латексной лигатуры предполагает двухэтапное лечение острогипарапроктита: на первом - вскрытие и дренирование абсцесса, на втором - проведение лигатуры через 5-6 дней после очищения раны от гнойно-некротических масс. После стихания воспаления следует выполнить необходимую радикальную операцию в зависимости от отношения гнойного хода к волокнам сфинктера.

Стремление во что бы то ни стало сразу выполнять радикальные вмешательства без диагностических навыков и достаточных знаний анатомии анального жома и параректальных клетчаточных пространств может привести к тому, что вместе с гнойным ходом будет иссечена часть наружного сфинктера и возникнет его недостаточность. Наиболее целесообразным и оправданным методом лечения острого парапроктита является многоэтапный

подход.

Основные принципы первого этапа хирургического лечения:

- выполнение оперативного вмешательства в возможно ранние сроки;
- широкое вскрытие подкожного гнойника и адекватное дренирование гнойной полости;
- обеспечение интактности волокон анального сфинктера при ликвидации абсцесса;
- ревизия просвета гнойной полости только под контролем пальца другой руки, введённого в прямую кишку.

Чего нельзя делать:

- необоснованно задерживать оперативное лечение;

- проводить операцию в условиях недостаточного обезболивания и миорелаксации;
- при длительно сохраняющейся после вскрытия абсцесса гипертермии назначать антибактериальную терапию без диагностических мероприятий и ревизии раны.

Прогноз

Прогноз благоприятный при срочном и радикальном вскрытии гнойника и иссечении гнойного хода. В том случае, если производят вскрытие сложных форм острого парапроктита без ликвидации внутреннего отверстия гнойного хода, чаще всего формируется свищ прямой кишки - хронический парапроктит или рецидивный острый парапроктит.

Анаэробный парапроктит

Анаэробный парапроктит - анаэробная инфекция пара-ректальной клетчатки. Возбудителями анаэробной инфекции являются как спорообразующие, так и неспорообразующие анаэробы. К первым из них относятся возбудители газовой гангрены *Clostridium* (*Cl. perfringens*, *Cl. novyi*, *Cl. septicum*, *Cl. histolyticum*). Ко вторым - представители группы бактероидов, фузобактерии и др., они не образуют спор, поэтому при контакте со средой, содержащей кислород, погибают. Все виды анаэробов, как сапро-фиты, населяют кишечник и при определённых условиях могут быть причиной анаэробной инфекции.

Анаэробный клостридиальный парапроктит

Основные черты патологии. Анаэробный клостридиальный парапроктит - самая тяжёлая форма парапроктита. Инкубационный период заболевания очень короткий, иногда он составляет всего 3-6 ч, иногда 1-2 сут. Начало действия газовой инфекции проявляется тем, что у больного на фоне относительного благополучия появляется необъяснимое беспокойство, быстро нарастает учащение пульса, снижается АД, часто бросается в глаза серо-синюшная окраска лица. Одновременно с этим появляются сильные давящие боли в промежности, часто просто непереносимые. Сильные боли обусловлены ишемией тканей.

В зависимости от вида возбудителя может преобладать отёк тканей или газообразование, в некоторых случаях преобладает процесс распада мышц и других тканей. Они превращаются в аморфную массу, что быстро приводит к гниению. За счет газа и отёка повышается внутритканевое давление, приводящее к сдавлению сначала венозных, а затем и артериальных сосудов, так что к токсическим нарушениям кровообращения присоединяется ещё и ишемический фактор.

При осмотре промежности не обнаруживают гиперемии, характерную для воспалительных процессов, из-за отёчности тканей кожа становится белой и блестящей, позже вследствие гемолитических процессов она приобретает сначала коричневатый, а потом чёрно-серый цвет (рис. 28.3). При пальпации ощущается крепитация - «потрескивание» газовых пузырьков в тканях. Гиперемия и местное повышение температуры отсутствуют, лимфатические узлы обычно не увеличены. При пункции гнойника вместо гноя обнаруживают мутную жёлто-коричневую жидкость с неприятным сладковато-гнилостным запахом. При рассечении тканей вытекает жидкость, содержащая пузырьки газа. Мышцы дряблые и, по мере увеличения некроза, распадаются, поражаются также фасциальные перегородки.

Диагностика. Сильные боли, тяжёлое общее состояние, отсутствие признаков банального воспаления (гиперемия, гной), отёчность тканей, изменение цвета и вида кожи должны навесть на мысль о возможности газовой инфекции. При появлении крепитации диагноз становится несомненным. На рентгенограммах определяют характерную «перистость», обусловленную расхождением мышц под воздействием газа.

Подтверждение клостридиальной инфекции можно получить бактериоскопически и бактериологически. Мазок из раны (с поверхности мышц) окрашивают метиленовым синим. О

наличии газовой гангрены свидетельствуют «неуклюжие» палочки (как рассыпанные из спичечной коробки спички), миолиз, газовые пузырьки, отсутствие лейкоцитов. Для бактериологического подтверждения диагноза следует взять из раны кусочек мышцы.

Лечение

- Немедленно начинают интенсивную инфузионную терапию (плазма, электролиты, белки, при анемии - эритроцитарная масса).
- Немедленно вводят высокие дозы антибиотиков широкого спектра действия [амоксциллин + клавулановая кислота (амоксиклав*), имипенем + циластатин (тиенам*), дорипенем (дорипрекс*)].
- Немедленно выполняют премедикацию и последующую операцию с широким вскрытием очага инфекции, рассечением поражённых мышц и удалением явно нежизнеспособных тканей, орошением ран смесью 3% раствора водорода перок-сида (перекись водорода*) и 0,05% раствора хлорамфени-кола в равных частях, установку дренажей для постоянного орошения ран. *Операция при таком парапроктите не предусматривает поиск и иссечение поражённой крипты!*



Клостридиальный парапроктит (фото зоны поражения). Отмечается изменение цвета кожного покрова, некроз участка кожи, выраженный отёк и инфильтрация ягодицы и промежности слева

- Лечение в барокамере завершает хирургическое и антибактериальное лечение, но не заменяет эти методы.

Неклостридиальный анаэробный парапроктит

Основные черты патологии. Предрасполагающими факторами для развития неклостридиальной инфекции являются:

плохо кровоснабжаемая ткань (при травме), местное понижение окислительных процессов, ослабление иммунитета, тканевой ацидоз, селекция анаэробов за счёт приёма антибиотиков, повышенное потребление кислорода аэробными микроорганизмами настолько, что практически создаются анаэробные условия.

При неклостридиальной инфекции процесс может возникнуть в клетчатке (целлюлит), мышцах (миозит), фасциях (фасциит) с некрозом тканей, отёком, иногда с образованием пузырьков газа за счёт гниения. Гиперемии, гноя не бывает. При рассечении тканей обнаруживают детрит и мутную жидкость с сильным запахом, что обусловлено наличием бактериоидов. Развитие некло-стридиального парапроктита сопровождается высокой лихорадкой, ознобами, тяжёлым общим состоянием вследствие токсемии.

Диагноз обычно ставят по клиническим признакам. Бактериологическое подтверждение диагноза не всегда возможно. Трудности возникают уже в момент взятия материала для исследования, его следует осуществлять при полном отсутствии доступа кислорода. Эти же

требования распространяются и на транспортировку и технику обработки мазка. Выращивание микроорганизмов требует немалых затрат и продолжается 4-6 сут.

Лечение заключается в широком раскрытии очага поражения, удалении всех некротических и плохо кровоснабжаемых тканей. Причём простое рассечение их оказывается недостаточным. Раны промывают растворами водорода пероксида (перекиси водорода*), перманганата калия и антисептиков, дренируют. Проводят интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию, применяют антибиотики широкого спектра действия, метронидазол. Хороший эффект после хирургического вмешательства даёт лечение в барокамере.

Хирургические вмешательства при анаэробных парапроктитах предусматривают создание широкого доступа к очагам инфекции, иссечение некротизированных тканей, вследствие чего образуются большие и глубокие раны. Во время последующих перевязок часто приходится иссекать вновь выявляемые нежизнеспособные ткани. Для ускорения процесса заживления обширных ран после того, как они очистятся и появятся грануляции, можно наложить вторичные швы.

Гнилостный парапроктит

Основные черты патологии. Гнилостный парапроктит - ещё одна тяжёлая форма парапроктита, вызываемая ассоциацией неспорообразующих анаэробов (бактероиды, фузобактерии, пеп-тококки), кишечной палочки и протей. Гнилостный парапроктит часто развивается на фоне СД, снижения иммунитета вследствие

голодания, переохлаждения, тяжёлых сосудистых заболеваний и пр.

Процесс захватывает параректальную клетчатку и в дальнейшем может распространиться на другие области (передняя брюшная стенка, поясничная область). Очень часто у мужчин некроз клетчатки переходит на мошонку и половой член. Такой процесс известен как *гангрена Фурнье*. Жировая клетчатка и кожа некро-тизируются, при этом выделяется зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа («болотный» газ).

Гнилостный процесс вызывает тяжёлую интоксикацию. Промедление с хирургическим вмешательством, проведением деток-сикации и дезинтоксикации, антибактериальной терапией делает прогноз крайне неблагоприятным.

Принципы лечения

• Широкое вскрытие поражённых клетчаточных пространств с обязательным иссечением нежизнеспособных тканей (ориентир - появление кровотокащих участков ткани), промывание, орошение, дренирование полостей, применение мазей на водорастворимой основе.

- Мощная антибактериальная терапия.
- Интенсивная инфузионная терапия.
- Коррекция обменных нарушений.
- Сбалансированное питание.

Тяжёлое течение гнилостного процесса с участием анаэробов, необходимость выполнения по существу тех же лечебных мероприятий, что и при клостридиальных и неклостридиальных парапроктитах, позволяет отнести гнилостный парапроктит к анаэробным.

Прогноз. Летальность при анаэробном парапроктите составляет 17-60%. Чем раньше поставлен диагноз и начато правильное лечение, тем лучше результат. К сожалению, наличие сопутствующих заболеваний (сосудистые, СД и др.) ухудшает результаты и прогноз при этом очень тяжёлом заболевании.

Рекомендуемая литература

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. М., 1973. Т. 3. С. 63-345.
2. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М., 1981.
3. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., 1984. С. 136-154, 299-307.
4. Ommer A., Herold A., Berg E. et al. Cryptoglandular Anal Fistulas // Dtsch. Arztebl. Int. 2011. Vol. 108, N 42. P. 707-713.
5. Bleier J., Moloo H. Current management of cryptoglandular fistula-in-ano // World J. Gastroenterol. 2011. Vol. 17, N 28. P. 3286-3291.
6. Zanotti C., Martinez-Puente C., Pascual I. et al. An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union // Int. J. Colorectal Dis. 2007. Vol. 22. P. 1459-1462.
7. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М., 2006. С. 135-152.
8. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М. : Литтера, 2012.
9. Garcia-Aguilar J., Belmonte C., Wong W.D., Goldberg S.M. et al. Anal fistula surgery: factors associated with recurrence and incontinence // Dis. Colon Rectum. 1996. Vol. 39. P. 723-729.
10. Davies M., Harris D., Lohana P. et al. The surgical management of fistula-in-ano in a specialist colorectal unit // Int. J. Colorectal Dis. 2008. Vol. 23. P. 833-838.
11. Toyonaga T., Matsushima M., Tanaka Y. et al. Non-sphincter splitting fistulectomy vs conventional fistulotomy for high trans-sphincteric fistula-in-ano: a prospective functional and manometric study // Int. J. Colorectal Dis. 2007. Vol. 22. P. 1097-1102.
12. Pescatori M., Ayabaca S.M., Cafaro D., Iannello A. et al. Marsupialization of fistulotomy and fistulectomy wounds improves healing and decreases bleeding: a randomized controlled trial // Colorectal Dis. 2006. Vol. 8. P. 11-14.
13. Song W.L., Wang Z.J., Zheng Y., Yang X.Q. et al. An anorectal fistula treatment with acellular extracellular matrix: a new technique // World J. Gastroenterol. 2008. Vol. 14. P. 4791-4794.
14. Shanwani A., Nor A.M., Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano // Dis. Colon Rectum. 2010. Vol. 53. P. 39-42.
15. Nessim A., Wexner S.D., Agachan F. et al. Is bowel confinement necessary after anorectal reconstructive surgery? A prospective, randomized, surgeon-blinded trial // Dis. Colon Rectum. 1999. Vol. 42. P. 16-23.