

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВЗРОСЛЫХ  
ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ**

Москва 2013 г.

## Оглавление.

<b>ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА.....</b>	<b>3</b>
<b>СОКРАЩЕНИЯ.....</b>	<b>4</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>4</b>
1.1. ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	5
1.2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	5
<b>2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....</b>	<b>5</b>
2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ.....	5
2.2. КОД ПО МКБ.....	5
2.3. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	6
2.4. ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА.....	6
<b>3. ДИАГНОСТИКА.....</b>	<b>6</b>
3.1. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	6
3.2. ЭНДОРЕКТАЛЬНОЕ УЗИ.....	8
3.3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	8
<b>4. ЛЕЧЕНИЕ.....</b>	<b>8</b>
<b>5. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....</b>	<b>8</b>
5.1. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ.....	9
5.2. ВСКРЫТИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА, ИССЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕННОЙ КРИПТЫ И ГНОЙНОГО ХОДА В ПРОСВЕТ КИШКИ.....	9
5.3. ВСКРЫТИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА, ИССЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕННОЙ КРИПТЫ И СФИНКТЕРОТОМИЯ.....	9
5.4. ВСКРЫТИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА, ИССЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕННОЙ КРИПТЫ, ПРОВЕДЕНИЕ ЛИГАТУРЫ.....	9
<b>6. МНОГОЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....</b>	<b>9</b>
6.1. ОПЕРАЦИИ ПРИ ТАЗОВО-ПРЯМОКИШЕЧНОМ ПАРАПРОКТИТЕ.....	10
6.1.1. ВСКРЫТИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА.....	10
6.1.2. ВСКРЫТИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ РЕТРОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА.....	10
6.1.3. ВСКРЫТИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПОДКОВООБРАЗНОГО ПАРАПРОКТИТА.....	10
<b>7. ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ.....</b>	<b>10</b>
<b>8. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>11</b>
<b>9. ПРОГНОЗ.....</b>	<b>11</b>
<b>10. ПРОФИЛАКТИКА.....</b>	<b>11</b>
<b>11. ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>12</b>

Настоящие рекомендации разработаны экспертной группой Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация колопроктологов России» в составе:

1	Шелыгин Юрий Анатольевич	Москва
2	Болквядзе Этери Энверовна	Москва
3	Брыков Владимир Иванович	Москва
4	Боронин Евгений Владимирович	Челябинск
5	Васильев Сергей Васильевич	Санкт-Петербург
6	Григорьев Евгений Георгиевич	Иркутск
7	Жуков Борис Николаевич	Самара
8	Исаев Вячеслав Романович	Самара
9	Кузьминов Александр Михайлович	Москва
10	Куляпин Андрей Вячеславович	Уфа
11	Куликовский Владимир Федорович	Белгород
12	Лахин Александр Владимирович	Липецк
13	Муравьев Александр Васильевич	Ставрополь
14	Орлова Лариса Петровна	Москва
15	Пак Владислав Евгеньевич	Иркутск
16	Плотников Валерий Васильевич	Курган
17	Попов Дмитрий Евгеньевич	Санкт-Петербург
18	Родоман Григорий Владимирович	Москва
19	Тимербулатов Виль Мамилович	Уфа
20	Титов Александр Юрьевич	Москва
21	Темников Александр Иванович	Саратов
22	Хубезов Дмитрий Анатольевич	Рязань
23	Чибисов Геннадий Иванович	Калуга
24	Эфрон Александр Григорьевич	Смоленск
25	Яновой Валерий Владимирович	Благовещенск

## СОКРАЩЕНИЯ

- АП - анаэробный парапроктит  
ДИ - доверительный интервал  
ОП - острый парапроктит  
РКИ - рандомизированное клиническое исследование  
УЗИ - ультразвуковое исследование  
УД - уровень доказательств  
СР - степени рекомендации

### 1. ВВЕДЕНИЕ

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 [5]. В числе острых гнойных поражений аноректальной зоны, частота ОП приближается к 45% [1].

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 [10, 45].

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 [2, 4, 11].

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.

Для отдельных положений рекомендаций приведены уровни доказательности согласно общепринятой классификации Оксфордского центра доказательной медицины [31] (Таблица 1).

**Таблица 1.** Уровни доказательности и степени рекомендаций на основании руководства Оксфордского центра доказательной медицины.

Уровень	Исследования методов диагностики	Исследования методов лечения
1a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1 уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
1b	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное РКИ (с узким ДИ)
1c	Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результата позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Все или ничего»
2a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований
2b	Разведочное когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)
2c	нет	Исследование «исходов»; экологические исследования

3a	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3b и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай-контроль»
3b	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого» стандарта у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай-контроль»
4	Исследование случай-контроль или исследование с некачественным или зависимым «золотым» стандартом	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества)
5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторных исследованиях на животных или разработка «первых принципов»	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»
<p><b>Степени рекомендаций</b></p> <p><b>A</b> Согласующиеся между собой исследования 1 уровня</p> <p><b>B</b> Согласующиеся между собой исследования 2 или 3 уровня или экстраполяция на основе исследований 1 уровня</p> <p><b>C</b> Исследования 4 уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3</p> <p><b>D</b> Доказательства 5 уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня</p>		

### 1.1. ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИИ

Настоящие рекомендации составлены Общероссийской общественной организации «Ассоциация колопроктологов России» и в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания. Получены комментарии со стороны врачей амбулаторного звена, комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы.

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на заседании Профильной комиссии «Колопроктология» Экспертного Совета Минздрава России 12 сентября 2013г. Проект рекомендаций был повторно рецензирован независимыми экспертами и врачами амбулаторного звена. Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

### 1.2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Данные клинические рекомендации применимы при осуществлении медицинской деятельности в рамках Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля.

## 2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

### 2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

**Острый парапроктит** – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез [4, 6, 11].

### 2.2. КОД ПО МКБ - 10.

Класс - Болезни органов пищеварения(XI).

Блок – Абсцесс заднего прохода и прямой кишки (K61).

Код - **K61.0** Анальный [заднепроходный] абсцесс

**K61.1** Ректальный абсцесс

**K61.2** Аноректальный абсцесс

**K61.3** Ишиоректальный абсцесс

## **К61.4 Интрасфинктерный абсцесс**

### **2.3. 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 [3, 11]. В клинической практике данная классификация чаще всего используется в таком виде:

#### **Классификация острого парапроктита[3, 11].**

##### **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.

##### **III. По локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления:**

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

##### **IV. По характеру гнойного хода:**

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

### **2.4. 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.

## **3. ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

### **3.1. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

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 (УД 3б, СР С [2, 3, 4, 6, 11, 16, 30, 38]).

#### **• 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 (УД 3b, CP C [2, 3, 4, 6, 11]).

- 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 (УД 3b, CP C [2, 3, 4, 6, 11]).

- 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 (УД 3b, CP C [2, 3, 4, 6, 11, 17, 18]).

- Фистулография.

Не является обязательным методом обследования, используют для уточнения диагноза. Определяется расположение и размеры гнойной полости, ход свища по отношению к наружному сфинктеру (УД 4, CP D [11, 27, 46]).

- 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 (УД 4, CP C [2, 13]).

В послеоперационном периоде в динамике определяют число микробных тел на раневой поверхности или в 1 г пораженной ткани. «Сигнальным» показателем является число  $10^5$ , уменьшение степени которого свидетельствует о благополучном течении воспалительного процесса, а увеличение – вызывает необходимость различных регулирующих действий. Исследование необходимо для решения вопроса о возможности выполнения отсроченной радикальной операции (УД 4, CP C [2, 13]).

### **3.2. 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 (УД 2b, СР В [9, 15, 39, 43, 44]). Эффективность ультразвукового исследования в определении ОП составляет 80-89% (УД 2b, СР В [9, 15, 39, 43, 44]). 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 фотоприставке с осуществлением необходимых измерений на экране монитора и Video Printer P-91-Е. 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% (УД 3b, СР С [14, 22, 47, 48]).

### **3.3. 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.

## **4. 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 (УД 2b, СР В [2, 4, 8, 19, 40]).

**Цель** – вскрытие и дренирование гнойника, поиск и ликвидация пораженной крипты и гнойного хода [23, 25].

Показания к госпитализации – верифицированный диагноз острого парапроктита любой этиологии [2, 11].

## **5. 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% (УД 2b, СР В [2, 4, 8]), однако по данным иностранных авторов количество осложнений может достигать 43%.

### **5.1. 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 (УД 4, СР С [3, 11, 23, 25]).

Противопоказанием к проведению радикальных операций являются: невозможность определения пораженной крипты, тяжелое соматическое состояние пациента, выраженные воспалительные изменения тканей в зоне предполагаемого оперативного вмешательства (УД 5, СР D [2, 3, 11]).

## **5.2 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 (УД 2с, СР С [3, 11, 12, 45]).

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 (УД 2с, СР С [3, 11, 12, 45]).

Хорошие результаты лечения в раннем периоде после операции отмечаются в 65-88% случаев (УД 2а, СР А [20, 32, 33, 36]).

## **5.3 Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и сфинктеротомия.**

Показания: межсфинктерный парапроктит (УД 2с, СР С [3, 11, 32]).

Методика: производят полулунный разрез кожи на стороне поражения, затем отделяют волокна внутреннего сфинктера от окружающих тканей и под визуальным контролем рассекают только внутренний сфинктер (УД 2с, СР С [3, 11, 32, 35]).

Цель: вскрытие и дренирование межсфинктерного пространства в просвет кишки. (УД 2с, СР С [3, 11, 35]).

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

Показания: транссфинктерное (захватывает более 20 % сфинктера) или экстрасфинктерное расположение гнойного хода (УД 3b, СР С [7, 19, 32, 42, 45]).

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. (УД 3b, СР С [19, 32, 42, 45]).

Цель: создание адекватного оттока для подготовки к проведению последующей радикальной операции (УД 3b, СР С [7, 19, 32, 42, 45]).

## **6 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 (УД 3b, СР С [40, 49]).

## **6.1. Операции при тазово-прямокишечном парапроктите.**

### **6.1.1. 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 (УД 2b, СР С [2, 4, 26, 35]).

Хорошие результаты лечения в послеоперационном периоде отмечаются в 77,5% случаев (УД 2b, СР С [2, 4, 26]). Количество ранних послеоперационных осложнений составляет 8,1 % (УД 2b, СР С [26]).

### **6.1.2. 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 (УД 3b, СР С [2, 4, 41, 26]).

Хорошие отдаленные результаты сохраняются у 92,2% пациентов, в то время как осложнения наблюдаются лишь у 3% больных (УД 3b, СР С [2, 4, 26]).

### **6.1.3. Вскрытие и дренирование подковообразного парапроктита.**

Показания: Подковообразное или двустороннее расположение гнойников при остром парапроктите (УД 3b, СР С [24, 33, 37]).

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 (УД 3b, СР С [24, 33, 37]).

Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты отмечаются у 94,8% пациентов [24, 33, 37]).

## **7. ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ.**

- 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 (УД 4, СР С [2, 4, 11]).

## **8. 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 (УД 3б, СР С [2, 4, 28]).

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 (УД 3б, СР С [2, 11, 28]).

### **8.1. СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ.**

При решении вопроса о проведении радикального этапа операции необходимо руководствоваться Клиническими рекомендациями по лечению свищей прямой кишки.

## **9. ПРОГНОЗ.**

Прогноз в целом благоприятный при своевременно и правильно выполненной радикально операции. При операции простого вскрытия абсцесса без ликвидации связи его с просветом кишки выздоровление мало вероятно – сформируется свищ прямой кишки или возникнет рецидив острого парапроктита. (УД 2а, СР А [11, 29]). Прогностически неблагоприятными факторами хирургического лечения ОП являются: длительный период заболевания, выраженная интоксикация, и сопутствующие тяжелые полиорганные нарушения (УД 4, СР С [2]).

## **10. ПРОФИЛАКТИКА.**

Специфической профилактики ОП не существует. Профилактика острого парапроктита заключается в основном в общеукрепляющих организмах 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.) (УД 4, СР С [28]).

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Акопян А.С. и др. Улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом // Сб.

- Проблемы колопроктологии. – М., 2002. – Вып. 7. – С. 24-28.
2. Болквдзе 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. 430 с.
  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.
  8. Лаврешин П.М. Комплексный подход к лечению острого парапроктита. Актуальные проблемы колопроктологии. V Всероссийская конференция с международным участием. – Ростов-на-Дону, 2001. – 44 с.
  9. Орлова Л.П., Коплатадзе А.М., Филиппов Д.Ю. Способ ультразвуковой диагностики острого парапроктита (патент РФ № 2134544)
  10. Слесаренко С.С., Фёдоров В.Э. Результаты хирургического лечения острого парапроктита. // Сб.: Актуальные проблемы колопроктологии. – М., 2005. – Вып. 8. – С. 125-126.
  11. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М. : Литтерра, 2012. 596 с.
  12. Beck DE, Fazio VW, Jagelman DG, Lavery IL, Weakley FL. Catheter drainage of ischioanal abscesses. South Med J. 1988; 81:444–446.
  13. Brook I. Microbiology and management of soft tissue and muscle infections // Int J Surg. – 2008. – P. 328-338.
  14. Buchanan GN, Bartram CI, Williams AB, Halligan S, Cohen CR. Value of hydrogen peroxide enhancement of three-dimensional endoanal ultrasound in fistula-in-ano. Dis Colon Rectum. 2005;48:141–147.
  15. Buchanan GN, Halligan S, Bartram CI, Williams AB, Tarroni D, Cohen CR. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard. Radiology. 2004; 233:674–681.
  16. Buchmann P, Keighley MR, Allan RN, Thompson H, Alexander-Williams J. Natural history of perianal Crohn's disease. Ten year follow-up: a plea for conservatism. Am J Surg. 1980;140:642– 644.
  17. Chinn BT. Outpatient management of pilonidal disease. Semin Colon Rectal Surg. 2003;14:166 –172.
  18. Cirocco WC, Reilly JC. Challenging the predictive accuracy of Goodsall's rule for anal fistulas. Dis Colon Rectum. 1992;35: 537–542.
  19. Corman M.L. Colon and rectal surgery. – Philadelphia, 1998 Fourth Edition. – p 224-237.
  20. Cox SW, Senagore AJ, Luchtefeld MA, Mazier WP. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischioanal abscess. Am Surg. 1997;63:686–689.
  21. Gingold B.C. Reducing the recurrence risk of fistula in ano // Surg Gynec Obstetr. – 1983. – Vol. 156. – № 5. – P. 661-662.
  22. Gustafsson UM, Kahvecioglu B, Astrom G, Ahlstrom H, Graf W. Endoanal ultrasound or magnetic resonance for preoperative assessment of anal fistula: a comparative study. Colorectal Dis. 2001;3:189 –197.
  23. Gordon P.H. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. 3rd ed. – N.Y., 2007. – 1354 p.
  24. Held D, Khubchandani I, Sheets J, Stasik J, Rosen L, Riether R. Management of anorectal horseshoe abscess and fistula. Dis Colon Rectum. 1986;29:793–797.
  25. Herand Abcarian. Anorectal Infection: Abscess–Fistula Clin Colon Rectal Surg. 2011 March; 24(1): 14–21.
  26. Holzheimer RG, Siebeck M. Treatment procedures for anal fistulous cryptoglandular abscess--how to get the best results Eur J Med Res. 2006 Dec 14;11(12):501-15.
  27. Kuijpers HC, Schulpen T. Fistulography for fistula-in-ano: is it useful? Dis Colon Rectum. 1985;28:103–104.
  28. Luchteveld M. Anorectal abscess. Primary care. – 1999. – P. 69-80.
  29. Lunniss P.J., Phillips R.K. Surgical assessment of acute anorectal sepsis is a better predictor of fistula than microbiological analysis // Br J Surg. – 1994. – P. 368-369.

30. Nelson J, Billingham R. Pilonidal disease and hidradenitis suppurativa. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, eds. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. New York: Springer; 2007:228–235.
31. OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.
32. Oliver I, Lacueva FJ, Pérez Vicente F, Arroyo A, Ferrer R, Cansado P, Candela F, Calpena R. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis*. 2003 Mar;18(2):107-10.
33. Onaca N, Hirshberg A, Adar R. Early reoperation for perirectal abscess: a preventable complication. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44:1469–1473.
34. Orsoni P, Barthet M, Portier F, Panuel M, Desjeux A, Grimaud JC. Prospective comparison of endosonography, magnetic resonance imaging and surgical findings in anorectal fistula and abscess complicating Crohn's disease. *Br J Surg*. 1999;86:360–364.
35. Quah HM, Tang CL, Eu KW, Chan SY, Samuel M. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess-fistula. *Int J Colorectal Dis*. 2006 Sep;21(6):602-9.
36. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscesses and fistulas: a study of 1023 patients. *Dis Colon Rectum*. 1984;27:593–597.
37. Rosen SA, Colquhoun P, Efron J, et al. Horseshoe abscesses and fistulas: how are we doing? *Surg Innov*. 2006;13:17–21.
38. Sahni VA, Ahmad R, Burling D. Which method is best for imaging of perianal fistula? *Abdom Imaging*. 2008;33:26–30.
39. Santoro GA, Fortling B. The advantages of volume rendering in three-dimensional endosonography of the anorectum. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:359–368.
40. Schouten W.R., van Vroonhoven T.J.. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. Results of a prospective randomized trial // *Dis Colon Rectum*. – 1991. – Vol.34. – № 1. – P. 60-63
41. Scoma J.A., Salvati E.P., Rubin R.J. Current concepts of rectum and sphincter preservation in inflammatory bowel disease // *Dis Colon Rectum*. – 1981. – Vol. 24. – № 5. – P. 370-372.
42. Scott R. Steele, M.D. • Ravin Kumar, M.D. • Daniel L. Feingold, M.D. Janice L. Rafferty, M.D. • W. Donald Buie, M.D. Practice Parameters for the Management of Perianal Abscess and Fistula-in-Ano *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 1465–1474
43. Toyonaga T, Matsushima M, Tanaka Y, et al. Microbiological analysis and endoanal ultrasonography for diagnosis of anal fistula in acute anorectal sepsis. *Int J Colorectal Dis*. 2007;22: 209–213.
44. Toyonaga T, Tanaka Y, Song JF, et al. Comparison of accuracy of physical examination and endoanal ultrasonography for preoperative assessment in patients with acute and chronic anal fistula. *Tech Coloproctol*. 2008;12:217–223.
45. Vasilveski CA. Anorectal abscesses and fistulas. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, eds. *The ASCRS Textbook of Colorectal Surgery*. New York: Springer; 2007:192–214.
46. Weisman RI, Orsay CP, Pearl RK, Abcarian H. The role of fistulography in fistula-in-ano: report of five cases. *Dis Colon Rectum*. 1991;34:181–184.
47. West RL, Dwarkasing S, Felt-Bersma RJ, et al. Hydrogen peroxide- enhanced three-dimensional endoanal ultrasonography and endoanal magnetic resonance imaging in evaluating perianal fistulas: agreement and patient preference. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004;16:1319–1324.
48. West RL, Zimmerman DD, Dwarkasing S, et al. Prospective comparison of hydrogen peroxide-enhanced three-dimensional endoanal ultrasonography and endoanal magnetic resonance imaging of perianal fistulas. *Dis Colon Rectum*. 2003;46: 1407–1415.
49. Wang C, Lu JG, Cao YQ, Yao YB, Guo XT, Yin HQ. Traditional Chinese surgical treatment for anal fistulae with secondary tracks and abscess. *World J Gastroenterol*. 2012 Oct 28;18(40):5702-8