

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. ВойноЯсенецкого» Министерства
здравоохранений России

Кафедра факультетской хирургии имени профессора Ю.М.Лубенского

Зав. Кафедрой: д.м.н, доцент Здзитовецкий Д.Э.

Реферат на тему: «Острый парапроктит»

Выполнил:
ординатор 1 года обучения
кафедры факультетской хирургии
имени профессора Ю.М.Лубенского
специальности 31.08.67 Хирургия

Грачев Е. С.

Красноярск
2022

Оглавление

I Введение.....	3
II Этиология и патогенез.....	4
III Классификация парапроктитов.....	4
IV Клиническая картина	6
V Диагностика	7
VI Дифференциальная диагностика	10
VII Лечение.....	10
VIII Профилактика и диспансерное наблюдение	15
IX Список литературы	16

I Введение.

Острый парапроктит (ОП) - острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез. Под термином ОП понимают острый гнойно-воспалительный процесс, причинами которого являются аэробные бактерии. Анаэробный парапроктит является отдельным жизненно опасным заболеванием, сопровождающимся высоким уровнем летальности, требующим совершенно иных диагностических и лечебных подходов, чем острый аэробный парапроктит.

Актуальность:

На протяжении всей истории медицины различные аспекты лечения пациентов с гнойной инфекцией оставались актуальными. Так, острый парапроктит (ОП) является самым распространенным заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии. В числе острых гнойных поражений аноректальной зоны частота ОП достигает 48 %. Вопросы лечения ОП, несмотря на свою большую историю, постоянно обсуждаются в отечественной и иностранной литературе и по-прежнему остаются чрезвычайно актуальными. Заболевание ОП охватывает в основном лиц трудоспособного возраста. Запоздалое обращение больных с запущенными формами ОП за медицинской помощью и нередко неверно выбранная хирургическая тактика зачастую приводят к длительным срокам нетрудоспособности и инвалидности, что диктует необходимость обращения на проблему пристального внимания. ОП, вызванный анаэробной бактериальной флорой, относится к числу жизнеугрожающих состояний. Уровень летальности при анаэробном парапроктите составляет 15–40 %, а при генерализации процесса достигает 80 %. Несмотря на несомненные успехи в лечении больных ОП, еще многие вопросы, касающиеся ведения данной категории больных, остаются не до конца решенными, что диктует необходимость продолжения исследований по разработке новых

высокоэффективных и малотравматичных методов лечения указанной патологии.

II Этиология и патогенез

Чаще всего в практике встречается криптогенный парапроктит (около 90%), реже встречаются парапроктиты как осложнение других заболеваний, таких как ВЗК, опухоли, кисты таза, тератомы, травмы и лучевые поражения. Развитие ОП обусловлено рядом предрасполагающих факторов: ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции, нарушения микроциркуляции, желудочно-кишечные расстройства, осложнения геморроя, трещин, криптита.

Инфекция в параректальную клетчатку проникает из просвета прямой кишки через анальные железы, располагающиеся в морганиевых криптах. Острое воспаление с образованием микроабсцессов в стенке анального канала развивается в следствии закупорки протока желез, либо из-за отека слизистой прямой кишки (например, при диарее), или микротравм, рубцовых изменений, криптита и т.д.. При распространении воспаления вглубь параректальной клетчатки возникает острый парапроктит.

III Классификация парапроктитов

По локализации поражения относительно анатомических образований:

- а) подкожный
- б) подслизистый
- в) межмышечный
- г) ишиоанальный
- д) тазово-прямокишечный:
 - пельвиоректальный
 - ретроректальный

По локализации воспалительного очага по условному циферблату:

- а) задний (с 4 до 8 часов условного циферблата)
- б) передний (с 10 до 2 часов условного циферблата)
- в) боковой (с 8 до 10 часов условного циферблата или с 2 до 4 часов условного циферблата)
- г) подковообразный (при распространении воспаления более чем на одну зону из указанных выше)

По характеру гнойного хода (при его интраоперационном выявлении):

- а) интрасфинктерный
- б) трансфинктерный
- в) экстрасфинктерный

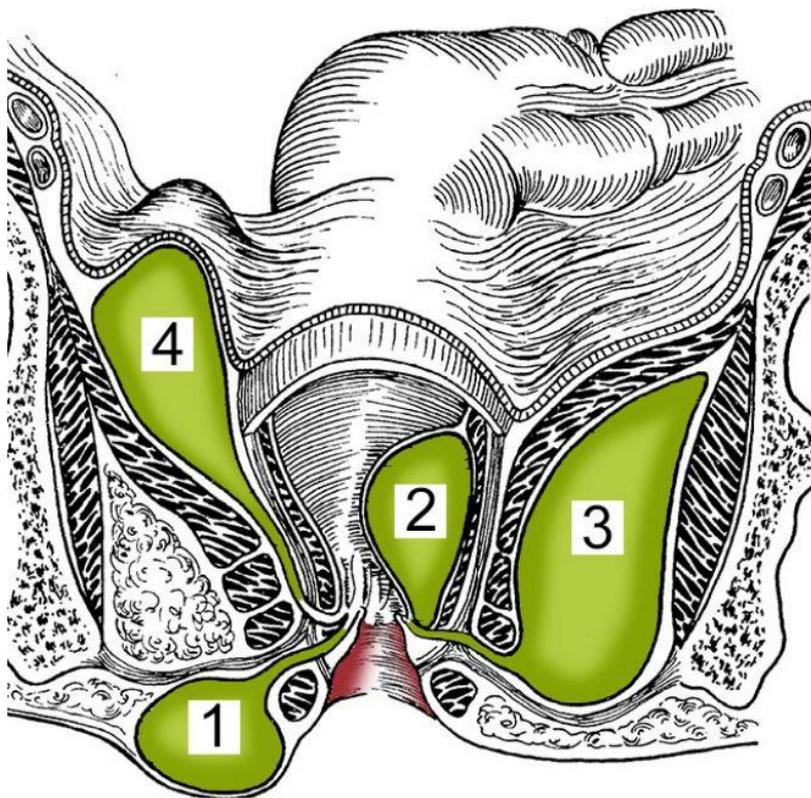


РИСУНОК 3. Локализация гнойников в околокишечной клетчатке:

- 1 - подкожный
- 2 - подслизистый
- 3 - ишиоректальный
- 4 - пельвиоректальный

Рисунок 1. Локализация гнойных очагов в околокишечной клетчатке.

IV Клиническая картина

Клиническая картина зависит от выраженности, локализации и распространенности воспалительного процесса.

При подкожном парапроктите образуется плотный инфильтрат в перианальной области с гиперемией кожи над ним, болезненный при пальпации, возможно с участком флюктуации. Боль усиливается при дефекации, в положении сидя, при кашле и ходьбе. Симптомы интоксикации отсутствуют.

Подслизистый парапроктит проявляется болью при дефекации, повышением температуры до субфебрильной, симптомы интоксикации отсутствуют.

При ишиоанальном парапроктите, кроме боли обнаруживается асимметрия ягодиц, гиперемия кожи проявляется отсрочено на 5-6 сутки.

Пельвиоректальный парапроктит имеет наиболее тяжелое течение, на первый план выходят симптомы интоксикации (недомогание, слабость, расстройство сна, выраженная потливость в ночное время, озноб, фебрильная температура, головные боли, головокружение). Боли нелокализованные в гипогастральной области.

Неопределённая симптоматика в среднем продолжается до 12 суток, далее возникает дискомфорт и боли в анальном канале при дефекации, затруднение опорожнения, затруднение мочеиспускания, боли в нижней конечности на стороне ОП по ходу нервов.

При пальпации у мужчин может чувствоваться позыв к мочеиспусканию вследствие прилегания инфильтрата к уретре.

Характерные жалобы:

- дискомфорт и/или боли в области заднего прохода и промежности, усиливающиеся по мере прогрессирования

воспалительного процесса, наличие воспалительного инфильтрата в мягких тканях перианальной области, промежности или ягодичной области, затруднение дефекации и\или мочеиспускания.

В анамнезе заболевания возможны:

- ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции,
- переохлаждение,
- сосудистые изменения вследствие сахарного диабета,
- желудочно-кишечные расстройства (запоры и\или диарея),
- криптит,
- предыдущие аноректальные или промежностные оперативные вмешательства

V Диагностика

Всем пациентам с подозрением на ОП в обязательном порядке проводить ***физикальное обследование*** в объеме:

- осмотр перианальной области на наличие гиперемии, отечности кожных покровов, исследование инфильтрата или флюктуации в пораженной области.

- осмотр крестцово-копчиковой и ягодичной областей на наличие гиперемии, отечности кожных покровов, исследование инфильтрата или флюктуации в пораженной области.

- пальцевое исследование прямой кишки.

При стандартном пальцевом исследовании возможно определить:

- локализацию воспаленной крипты (болезненность стенки) на стороне инфильтрата.
- выбухание стенки прямой кишки, боль, сглаженность складок на стороне поражения, повышение температуры в кишке;

- при позадипрямокишечной форме - взбухание в области задней стенки прямой кишки, а также усиление боли при давлении на копчик;
- при тазово-прямокишечном парапроктите - болезненность одной из стенок прямой кишки, инфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за её пределами.

В более поздних стадиях определяют утолщение стенки кишки, отеснение её извне, затем взбухание в просвет эластичного, иногда флюктуирующего, образования, над которым слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной. К концу первой недели заболевания воспалительный инфильтрат отесняет стенку кишки и взбухает в её просвет.

Если воспалительная инфильтрация ткани захватывает предстательную железу и мочеиспускательный канал, то пальпация их вызывает болезненный позыв на мочеиспускание.

Лабораторная диагностика

Специфическая лабораторная диагностика ОП отсутствует. Лабораторные диагностические исследования следует выполнять пациентам в ходе диагностики и лечения ОП для исключения сопутствующих заболеваний и состояний. Возможно проведение неспецифической диагностики по общему анализу крови, выявляется лейкоцитоз при обширном воспалительном поражении.

Инструментальная диагностика

В большинстве случаев, для постановки диагноза острого парапроктита не требуется инструментальная диагностика. При нечеткой и нетипичной клинической картине, отсутствии четких границ распространения воспалительного процесса, невозможности определить очаг флюктуации при физикальном исследовании, при подозрении на пельвиоректальный и ретроректальный ОП, при наличии затеков, при подозрении на анаэробный парапроктит, при болезни Крона, на фоне стероидной терапии, при

нейтропении, при противоопухолевой химиотерапии, а также с целью дифференциальной диагностики, пациент с острым парапроктитом нуждается в проведении инструментальных диагностических исследований.

Целесообразно выполнить аноскопию и/или ректороманоскопию для определения локализации пораженной крипты, а также для верификации внутривентриального распространения воспалительного процесса.

Ультразвуковое исследование (трансанальное, трансректальное, трансперинеальное, трансвагинальное и транслабиальное у женщин), для оценки локализации и размеров гнойной полости, наличия дополнительных затеков, степени вовлеченности в воспалительный процесс стенки прямой кишки и запирающего аппарата прямой кишки, если в этом есть необходимость.

МРТ органов малого таза при обширных затеках и высоком расположении гнойника и для дифференциальной диагностики. МРТ дает возможность анатомической детализации, является бесконтактным методом обследования. К недостаткам метода относятся высокая стоимость, необходимость специалиста по МРТ и длительность в исполнении.

Бактериологические методы диагностики

Микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого не является обязательным методом диагностики, однако целесообразно для определения дальнейшей тактики лечения, для исключения анаэробной или иной специфической бактериальной флоры. Заключается в видовом исследовании микрофлоры гнойного очага для уточнения диагноза и проведения адекватной антибиотикотерапии. Забор материала производится в условиях операционной во время пункции гнойника.

VI Дифференциальная диагностика

Критерии установления диагноза/состояния - на основании данных клинического обследования и, при необходимости, инструментального обследования.

При затруднениях при постановке диагноза дифференциальная диагностика

проводится с такими заболеваниями как:

1. гнойно-воспалительные заболевания кожи промежности, крестцово-копчиковой и ягодичной области
2. бартолинит
3. пресакральные кисты с воспалительным компонентом
4. травмы перианальной области
5. тератомы
6. анаэробный парапроктит
7. опухоли прямой кишки
8. болезнь Крона, ВЗК
9. дивертикулярная болезнь, осложненная абсцессом
10. осложнения лучевой терапии

Редкие причины ОП: сифилис, туберкулез, нейтропения, актиномикоз.

VII Лечение

Основным методом лечения острого парапроктита является *хирургический*.

Операция должна быть выполнена в ближайшие часы после верификации диагноза. Промедление с операцией не только ухудшает состояние пациента, но и отягощает прогноз, т.к. чревато опасностью распространения гнойного

процесса по клетчаточным пространствам таза, разрушением мышечных структур ЗАПК, стенки прямой кишки, развитием сепсиса.

Хирургическое лечение может быть как радикальным одномоментным, так и многоэтапным. Наиболее целесообразно разделение хирургического лечения ОП на несколько этапов.

На первом из них производится вскрытие гнойника, на втором - отсроченные радикальные операции, после стихания воспалительных явлений.

Цель операции - вскрытие и дренирование гнойника, поиск и, при возможности, ликвидация пораженной крипты и гнойного хода.

Показания к госпитализации - верифицированный диагноз острого парапроктита.

Вид оперативного вмешательства зависит от локализации гнойника и распространенности воспалительного инфильтрата в окружающих тканях. Эффективность лечения при ОП составляет 98%.

В подавляющем большинстве случаев рекомендовано хирургическое лечение, **исключением является развитие парапроктита у пациентов с заболеваниями крови, лейкопенией.** При этом основной метод лечения - парентеральная комбинированная антибиотикотерапия.

Антибиотикотерапия в периоперационном периоде целесообразна при значительной распространенности воспалительного процесса, при сепсисе, иммунодефицитных состояниях и заболеваниях, ВЗК. В обычной ситуации достаточно вскрытия ОП и полноценного дренирования, а дополнительное назначение антибиотиков при этом, не ускоряет выздоровление и не приводит к снижению частоты развития СЗП и рецидивов заболевания.

- Вскрытие и дренирование острого парапроцита.

Вскрытие и дренирование подкожного и ишиоанального ОП.

Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, в центральной части гнойника, рассекают кожу и подкожную клетчатку. Дренирование гнойника выполняется с таким расчётом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным. С этой целью кожную рану расширяют и дренируют.

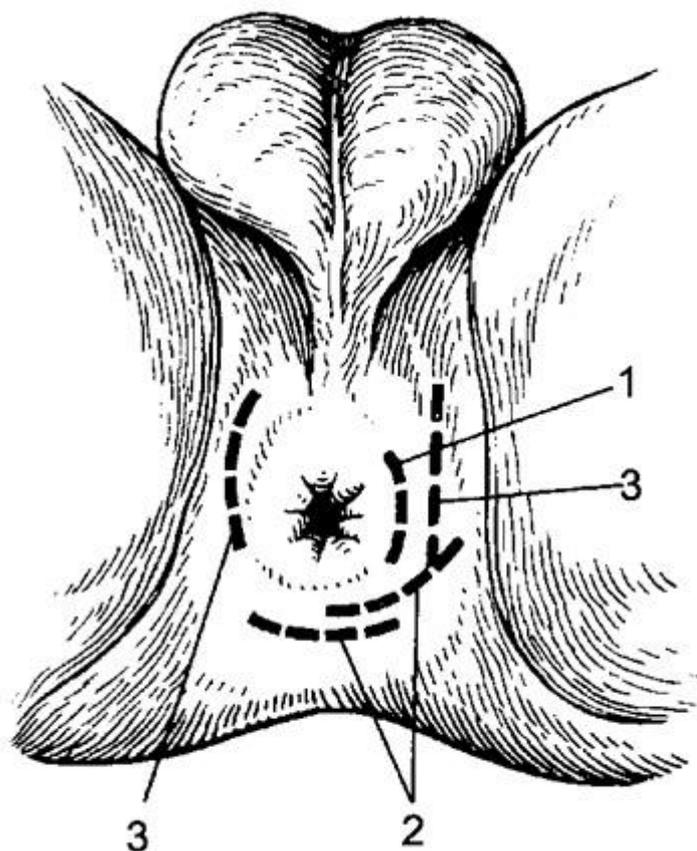


Рисунок 2. Разрезы, используемы при остром парапроктите.

Вскрытие и дренирование пельвиоректального ОП

Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, отступя от края ануса не менее чем на 3 см., рассекают кожу, подкожную и ишиоанальную 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 зажима или корнцангом. Дренирование гнойника выполняется с таким расчётом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным. Рану дренируют.

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. Далее манипуляции выполняют тупым путем. Полость гнойника обследуют пальцем, при этом разъединяют соединительнотканые перепопки. После эвакуации гноя рану обсушивают 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 заканчивают дренированием ретроректального пространства.

Вскрытие и дренирование подковообразного парапроктита.

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.

Вскрытие и дренирование ОП, иссечение пораженной крипты, проведение эластической дренирующей лигатуры

Рекомендуется пациентам после вскрытия ОП при четкой верификации пораженной крипты с трансфинктерным (захватывает более 30% сфинктера) или экстрасфинктерным расположением гнойного хода с целью лучшего дренирования и заживления ран, профилактики рецидива ОП и послеоперационных осложнений, подготовки к операции ликвидации СЗП иссечение пораженной крипты, проведение эластической дренирующей лигатуры.

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, один конец которого выводят из раны промежности по средней линии, а второй через внутреннее отверстие в просвете кишки. Концы дренажа соединяются друг с другом и фиксируются между собой лигатурой. При этом дренаж не должен сжимать и прорезывать вовлечённые ткани. Эластическую дренирующую лигатуру не следует удалять до формирования консолидированного свища.

В послеоперационном периоде всем пациентам, перенесшим операцию по поводу острого парапроктита, необходимо регулярное выполнение перевязок, заключающихся в очищении ран растворами антисептиков и нанесении на раневую поверхность мазей до заживления раны и

предотвращении раннего заживления кожных краёв раны при сохранении воспалительного процесса в подлежащих тканях.

После выписки из стационара, на период заживления раны всем пациентам целесообразно находиться под наблюдением врача-колопроктолога или врача-хирурга.

VIII Профилактика и диспансерное наблюдение

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.).

IX Список литературы

1. Клинические рекомендации «Острый парапроктит» // Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России" 2021.
2. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
3. Демьянов А.В., Андреев А.А. Острый парапроктит. Обзор литературы // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т. VI. – № 4. – С. 526–534.
4. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. Литтерра, 2012; 596.
5. Воробьев Г.И., Коплатадзе А.М., Болкквадзе Э.Э. Выбор метода хирургического лечения больных со сложными формами острого рецидивирующего парапроктита // Актуал. вопр. колопроктологии. - Самара, 2003. – С. 45-45.
6. Рывкин В.Л., Капуллер Л.Л, Белоусова Е.А. Колопроктология: руководство. – М., 2011. – 368 с.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра французского языка
(наименование кафедры)

Рецензия доц. Н.Д. Тосенко
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора Кочев Евгений Сергеевич года обучения по специальности кар.
(ФИО ординатора)

Тема реферата Клиника, диагностика, лечение
осп - паратуберкулеза

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	анализ, удачно
2.	Актуальность	проблема актуальна
3.	Соответствие текста реферата его теме	да
4.	Владение терминологией	да
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	тема раскрыта
6.	Логичность доказательной базы	относительно просто
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	и логично доказательно
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	своевременны
9.	Наличие общего вывода по теме	вывод - важен
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	своевременны достоинства и недостатки

Дата: «17» нояб 2022 год

Подпись рецензента

Н.Д. Тосенко
(подпись)

доц. Н. Тосенко
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

Кочев
(подпись)

Кочев Е.С.
(ФИО ординатора)