



И.В. Иоффе, В.И. Жаданов,  
С.Н. Усачёв

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

ГЗ «Луганский государственный  
медицинский университет»

© Коллектив авторов

**Резюме.** В статье представлены результаты диагностики и лечения 892 пациентов с различными формами острых парапроктитов. Рассмотрены вопросы диагностики и лечения сложных форм острых парапроктитов. У 34 больных проводили пункционный метод лечения гнойников под контролем УЗИ. 98 больным выполнены дренирующие операции под контролем УЗИ с использованием дренажей Pigtail. 199 пациентам со сложными формами острого парапроктита сразу было сделано широкое вскрытие гнойников.

**Ключевые слова:** острый парапроктит, миниинвазивные вмешательства, пункция гнойника.

### Введение

В структуре гнойной хирургической патологии сложные формы острого гнойного парапроктита в среднем составляют до 7 % [1-6]. По данным многих авторов, больные со сложными формами гнойного парапроктита составляют 45 % от всех пациентов ургентного профиля с неопухолевидными гнойно-воспалительными заболеваниями аноректальной и крестцово-копчиковой области [1-4]. Первая и главная задача диагностики сложных форм острого парапроктита — на основании жалоб пациента, клиники и осмотра распознать наличие и локализацию гнойника в клетчаточном пространстве, окружающем прямую кишку. Достаточно проста диагностика подкожного парапроктита. Гнойники, расположенные в подкожной клетчатке перианальной области, проявляются быстро и ярко: боль, гиперемия кожи на стороне поражения, синюшность складок перианальной кожи. Пальпация в области воспаления резко болезненная, сначала нет флюктуации, а затем появляется флюктуация. Уже при первичном осмотре, диагноз кажется несомненным, но для полного его доказательства, необходимо сделать пальцевое исследование прямой кишки, что дает возможность установить связь гнойников с кишкой, а также найти крипту пораженную инфекцией.

Наиболее трудным для диагностики и опасными по своим осложнениям и исходам, являются сложные формы гнойного парапроктита, к которым относятся: ишиоректальный парапроктит, пельвиоректальный, ректоректальный парапроктит, частота которых, по данным В.И. Кузнецова составляет 2,3-9,5 %. Сложные парапроктиты могут давать изменения общего и местного характера, включающие ознобы, ухудшение самочувствия, сна и тупой постоянной боли в прямой кишке и в

тазу. Видимых изменений на коже перианальной области нет. При пальцевом исследовании отмечается уплощение стенки прямой кишки выше анального канала, сглаженность складки слизистой на стороне поражения. К концу первой недели заболевания инфильтрат выбухает в просвет прямой кишки, а также может распространяться на предстательную железу и уретру, что приводит к болезненному мочеиспусканию. Пельвиоректальный парапроктит протекает наиболее тяжело и поздно диагностируется, так как воспалительный процесс локализуется глубоко в тазу. Тазаво-прямокишечный (пельвиоректальный) парапроктит протекает наиболее тяжело и зачастую диагностируется поздно. Верхняя граница пельвиоректального пространства — тазовая брюшина, нижняя граница — мышцы, поднимающие задний проход. От кожи промежности до пельвиоректальной клетчатки имеется два клетчаточных пространства — подкожное и ишиоректальное, поэтому наружный осмотр промежности обычно не позволяет диагностировать пельвиоректальный парапроктит. Признаки пельвиоректального парапроктита, видимые при наружном осмотре пациента, появляются только в том случае, если гнойный процесс распространяется на ишиоректальную область на подкожную клетчатку, т.е. в поздней стадии. Уже в начальной стадии пельвиоректального парапроктита при пальцевом исследовании можно определить болезненность одной из стенок средне- или верхнеампулярного отдела прямой кишки, можно обнаружить тестоватость кишечной стенки или инфильтрат за ее пределами. В более поздней стадии стенка кишки утолщается, отмечается сдавление ее извне, а еще позднее — выбухание в просвет кишки эластичного опухолевидного образования, иногда определяется флюктуация. Следует отметить, что при пельвиорек-



тальном парапроктите верхний полюс гнойника пальцем обычно не достигается, даже при положении больного на корточках. Если диагноз неясен, нужно использовать ректороманоскопию и ультрасонографию.

Эндоскопическая картина при тазово-прямокишечном парапроктите имеет особенности: слизистая оболочка ампулярного отдела кишки над областью инфильтрации гиперемирована, сосудистый рисунок усилен, сетчатый. В поздней стадии, когда инфильтрат выбухает в просвет кишки, слизистая оболочка над ним гладкая, ярко-красного цвета, контактно кровоточит. Если произошел прорыв гноя в просвет кишки, при надавливании тубусом ректоскопа на стенку кишки в месте инфильтрации выделяется гной. Увидеть отверстие в кишке при этом удается не всегда.

Ультрасонография открыла большие возможности в диагностике парапроктита. Исследование позволяет установить локализацию, размер гнойника, характер изменений в окружающих тканях, применение ректального датчика помогает в топической диагностике гнойного хода и пораженной крипты. И все-таки основным в диагностике острого пельвиоректального парапроктита на сегодняшний день остаются оценка клинической картины и данные пальцевого исследования прямой кишки. Разновидностью пельвиоректального парапроктита считается позадипрямокишечный или ретроректальный. Особенностью клинической картины при локализации воспаления в ретроректальном пространстве является выраженный болевой синдром с самого начала заболевания. При этой форме парапроктита важнейшим диагностическим методом является пальцевое исследование прямой кишки. Гнойник располагается позади прямой кишки выше заднепроходно-копчиковой связки, исследование обычно очень болезненно. Нередко при этой форме парапроктита четко определяется пораженная задняя крипта. Межмышечный парапроктит возникает при распространении гноя в пространство между внутренним и наружным сфинктером. Диагностируется он не так часто. Дело в том, что при наружном осмотре видимых изменений не бывает, процесс локализуется в стенке анального канала. Локализацию и границы инфильтрата можно определить с помощью пальпации большим пальцем со стороны перианальной кожи и указательным пальцем, введенным в кишку. Плотный и очень болезненный инфильтрат указывает на наличие межмышечного парапроктита. Зачастую в такой ситуации ставится диагноз инфильтративного парапроктита и начинается консервативная терапия. Как правило, через сутки гной распространяется на другие клет-

чаточные пространства и больного оперируют уже по поводу абсцесса.

Уже упоминалось о том, что гнойник — это только часть патологического процесса при остром парапроктите. Есть еще поражение крипты, куда открываются протоки воспаленных анальных желез, и есть гнойный ход, по которому гной распространился на клеточные пространства. Иногда уже во время первого осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки удается пальпировать пораженную крипту. Но более достоверные сведения получают в операционной, когда можно не только пальпировать область всех крипт, но и, введя красящий раствор (метиленовый синий или бриллиантовый зеленый с добавлением перекиси водорода) в полость абсцесса, увидеть окрашивание «заинтересованной» крипты. Гнойный ход тоже чаще выявляется уже при операции. Если процесс острый, нет рубцов, свидетельствующих о предшествующем воспалении, пальпировать даже поверхностный ход удается не всегда. Чаще всего гной проходит через подкожную порцию наружного сфинктера, и можно иногда через перианальную кожу пальпировать тяж, идущий от подкожного абсцесса к прямой кишке. Очень редко гной располагается строго кнутри от наружного жома. Если же гнойный ход проходит через поверхностную, а тем более, глубокую порцию анального сфинктера, пальпировать его, как правило, невозможно. При остром парапроктите ход еще не окружен рубцовой тканью, диаметр его невелик — 1-2 мм, зондом удается пройти по нему, только если ход располагается достаточно поверхностно. При высоком расположении хода зондом можно сделать ложный ход. После проведенного первичного осмотра мы можем сформулировать диагноз острого парапроктита с указанием локализации гнойника в клетчаточном пространстве, ориентировочно в ряде случаев предположить локализацию пораженной крипты и гнойного хода по отношению к наружному сфинктеру: интрасфинктерный, трансфинктерный или экстрасфинктерный. Интрасфинктерный гнойный ход бывает очень редко, чаще всего мы имеем дело с трансфинктерным ходом, он может пронизывать сфинктер на разных уровнях.

По клинической картине мы можем судить о возбудителе парапроктита. Как правило, процесс вызывается ассоциацией микроорганизмов и налицо классические симптомы воспаления: боль, отек, гиперемия, гной.

#### Материалы и методы исследования

С 2000 по 2010 год в проктологическом отделении ЛОКБ и хирургическом отделении ЛГКМБ № 1 находилось 892 больных с разными формами парапроктита. Больные были



в возрасте от 18 до 80 лет. Женщин было 193, что составляет 21,8 %, мужчин – 699 (78,2 %). Ишиоректальный парапроктит выявлен у 261 (29,3 %), пельвиоректальный парапроктит отмечен у 44 (5,1 %), ректоректальный диагностирован у 26 (2,8 %).

#### Результаты исследования и их обсуждение

Диагностика всех форм острого парапроктита не представляла труда, за исключением пельвиоректальной локализации процесса. При этом виде парапроктита на первый план выступают общие проявления гнойной инфекции, а местные явления длительно не проявляются. По мере прогрессирования гнойно-некротического процесса и выходе его за пределы пельвиоректальной зоны бурно начинают проявляться признаки заболевания, как общие, так и местные. Несмотря на развитие общих и местных признаков заболевания, диагностика у 13,5 % больных со сложными формами парапроктита была затруднена, и больные были оперированы в поздние сроки с выраженными гнойными осложнениями (абсцессы мошонки, восходящие флегмоны передней брюшной стенки). У 2 больных развился сепсис, явление полиорганной недостаточности с летальным исходом.

Диагноз сложных форм острого парапроктита был установлен правильно и вовремя у 76 % больных, что позволило полностью их излечить. Средний койко-день госпитализации составил 37,1. Осложнения наблюдались у 1,8 % больных со сложными формами парапроктита.

У 34 больных проводили пункционный метод лечения гнойников под контролем УЗИ. У 30 наступило выздоровление, а у 4 гнойная инфекция распространилась, и возник выраженный эндотоксикоз, что потребовало открытого метода операции. Средний койко-день составил 17,8 дней.

Дренирующие операции под контролем УЗИ с использованием дренажа Pigtail (размером № 12) были выполнены 98 больным. Из двух точек производилась эвакуация гноя, а затем полость гнойника промывали раствором декасана. У 64,2 % больных получен положительный результат. Остальные 35,8 % больным в связи с прогрессированием интоксикации и местных гнойных процессов было выполнено широкое вскрытие гнойников с некрэктомией и дренированием. Средний койко-дней составил 24,5. Осложнения были у 8 пациентов, что составило 8,16 %. Широкое вскрытие гнойников было произведено 199 пациентам со сложными формами острого парапроктита сразу. У 3 больных развилось прогрессирование гнойного процесса, потребовавшего еще нескольких дренирующих операций. Средний койко-день составил 69,1.

#### Выводы

На основании выше изложенного, можно сделать следующие выводы:

1. Диагностика сложных форм острого парапроктита достаточно сложна и основывается на клинической картине заболевания.

2. В диагностике сложных форм острого парапроктита важным являются пальцевое исследование прямой кишки, RRS, УЗИ.

3. Операцией выбора при сложных формах острого парапроктита является широкое вскрытие гнойника с адекватным дренированием, хотя на ранних стадиях болезни возможны пункционные и малоинвазивные методы лечения.

4. Ранняя диагностика и своевременное оперативное лечение сложных форм острого парапроктита значительно снижает процент осложнений и летальности при данной патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ан В.К. Опыт лечения послеоперационных рубцовых стриктур анального канала / В.К. Ан, А.Н. Додица // Проблемы колопроктологии. – 1998. – № 16. – С. 18 – 20.

2. Ан В.К. Развитие учения о патогенезе и хирургическом лечении парапроктита / В.К. Ан, В.Л. Ривкин // Актуальные вопросы колопроктологии. – 2003. – № 11. – С. 21 – 22.

3. Воробьев Г.И. Клиническая классификация и выбор метода хирургического лечения больных с острым рецидивирующим парапроктитом с экстрасфинктерным

гнойным ходом / Г.И. Воробьев // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 8 – 11.

4. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. – М., 2006. – 432 с.

5. Усачев В.Е. Многолетний опыт лечения острого парапроктита / В.Е. Усачев // Проблемы колопроктологии. – 1998. – № 16. – С. 112 – 113.

6. Wolff B.G. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery / B.G. Wolff, J.W. Fleshman, D.E. Beck. – Springer Science + Business Media, LLC, 2006. – 840 p.



ОСОБЛИВОСТІ  
ДІАГНОСТИКИ І  
ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ  
ФОРМ ГОСТРОГО  
ПАРАПРОКТИТУ

*I.B. Іоффе, В.І. Жаданов,  
С.Н. Усачев*

**Резюме.** У статті представлені результати діагностики і лікування 892 пацієнтів з різними формами гострих парапроктитів. Розглянуті питання діагностики і лікування складних форм гострих парапроктитів. В 34 хворих проводили метод пункції для лікування гнійників під контролем УЗД. 98 хворим виконані дренуючі операції під контролем УЗД з використанням дренажів Pigteil. 199 пацієнтам із складними формами гострого парапроктиту відразу було зроблено широкий розтин гнійників.

**Ключові слова:** *гострий парапроктит, мініінвазивні втручання, пункція гнійника.*

FEATURES OF DIAGNOSTICS  
AND TREATMENT OF  
SEVERE FORMS OF ACUTE  
PARAPROCTITIS

*I.V.Ioffe, V.I.Zhadanov,  
S.N. Usachev*

**Summary.** In this article are represented the results of diagnostics and treatment of 892 patients with different forms of acute paraproctitis. The questions of diagnostics and treatment of severe forms of acute paraproctitis are considered. At 34 patients were conducted punctional methods of treatment of abscesses under control of ultrasound. 98 patients are executed draining operations under control of ultrasound with the use of Pigteil drainages. In 199 patients with the severe forms of sharp paraproctitis wide dissection of abscesses was done at once.

**Key words:** *acute paraproctitis, mini invasive interferences, punction of abscess.*