МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Острый парапроктит у взрослых

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:**K61**

Год утверждения (частота пересмотра):**2016 (пересмотр каждые 3 года)**

Возрастная категория:**Взрослые**

Год окончания действия:**NaN**

ID:**185**

Разработчик клинической рекомендации

- **Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"**

Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

Ключевые слова

- анаэробный парапроктит
- острый парапроктит
- рандомизированное клиническое исследование
- ультразвуковое исследование

Список сокращений

АП - анаэробный парапроктит

ДИ - доверительный интервал

ОП - острый парапроктит

РКИ - рандомизированное клиническое исследование

УЗИ - ультразвуковое исследование

УД - уровень доказательства

СР - степени рекомендации

Термины и определения

Острый парапроктит – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Острый парапроктит (ОП) – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез [1, 2, 3].

1.2 Этиология и патогенез

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 [1, 3, 4].

1.3 Эпидемиология

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% [6].

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 [7, 8].

1.4 Кодирование по МКБ-10

Абсцесс заднего прохода и прямой кишки (К61):

К61.0 –Анальный [заднепроходный] абсцесс

К61.1 - Ректальный абсцесс

К61.2 - Аноректальный абсцесс

К61.3 - Ишиоректальный абсцесс

К61.4 - Интрасфинктерный абсцесс

1.5 Классификация

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 [3,9]. В клинической практике данная классификация чаще всего используется в таком виде:

1.5.1 Классификация острого парапроктита [3, 9].

а. **По характеру возбудителя:**

1. Аэробный.
2. Анаэробный:

- клостридиальный;

- неклостридиальный.

а. **По локализации поражения:**

а) подкожный;

б) подслизистый;

в) межмышечный;

г) седалищно-прямокишечный (ишиоректальный);

д) тазово-прямокишечный:

- пельвиоректальный;

- ретроректальный;

- подковообразный.

а. **По локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления:**

А. Задний.

Б. Передний.

В. Боковой.

а. По характеру гнойного хода:

а) интрасфинктерный;

б) транссфинктерный;

в) экстарсфинктерный.

2. Диагностика

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 [1, 2, 3, 4, 9, 10].

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендовано при опросе пациента обратить внимание на его жалобы, длительность заболевания, характер и интенсивность болей.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

Комментарии: *кроме того, при сборе анамнеза выявляются 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 [1, 2, 3,4, 9].*

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется проведение наружного осмотра, оценки цвета кожи и слизистых оболочек.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

- Рекомендуется проведение наружного осмотра перианальной области для оценки наличия гиперемии, припухлости кожных покровов перианальной, крестцово-копчиковой области и ягодиц, резко болезненного инфильтрата или флюктуации в этой области.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

Комментарий: *Осмотр пациента проводят на гинекологическом кресле в положении как для литотомии в колено-локтевом положении. При осмотре промежности и заднего прохода выявляют патологические выделения гноя или слизи, сопутствующие*

заболевания - анальная трещина, геморрой, свищи или выпадение прямой кишки [1, 2, 3,4, 9].

- Рекомендуется выполнение пальцевого исследования анального канала и прямой кишки для оценки функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки, локализации и эластичности внутренних геморроидальных узлов, степени их подвижности, наличия затеков, инфильтратов, сопутствующих заболеваний анального канала и прямой кишки [1, 2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

Комментарий: *Этот диагностический прием является основным при остром парапроктите и несет определяющую информацию при сложных разновидностях заболевания: а при простых?*

- 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 также 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 внутристеночно-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 [1, 2, 3, 4, 9, 10, 11].

2.3 Лабораторная диагностика

- Для уточнения диагноза, решения вопроса о возможности выполнения отсроченной радикальной операции, и проведения адекватной антибиотикотерапии рекомендуется проведение бактериологического исследования с целью исследования микрофлоры гнойного очага [4, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Взятие материала (гной), 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 105, уменьшение степени которого свидетельствует о благополучном течении воспалительного процесса, а увеличение – вызывает необходимость различных коррегирующих действий.*

2.4 Инструментальная диагностика

- В целях уточнения диагноза рекомендуется проведение фистулографии для определения расположения и размеров гнойной полости, ход свища по отношению к наружному сфинктеру [3, 12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется проведение эндоректального ультразвукового исследования (УЗ-исследование со стороны промежности и трансректальная ультрасонография) для оценки локализации, размеров, структуры патологического очага, наличия дополнительных ходов, степени вовлечения в воспалительный процесс стенки прямой кишки и волокон наружного сфинктера, глубины расположения патологического очага от кожных покровов [15, 16, 17, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

a. **Комментарии:** *Эффективность ультразвукового исследования в определении ОП составляет 80-89% [15, 16, 17, 18, 19]. 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 допплеровском режиме (CDI) с датчиками PVV-375 AT (3-6 мГц), PlM-805 AT (6-12 мГц). Результаты исследования документируются на фотоприставке с осуществлением необходимых измерений на экране монитора и VideoPrinter P-91-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% [20, 21, 22, 23].

2.5 Дифференциальная диагностика

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

3. 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.

***Показания к радикальному оперативному лечению** пациентов с острым парапроктитом: четкое представление о локализации гнойника, гнойного хода и пораженной крипты, относительная интактность окружающих гнойный очаг тканей [3, 9, 27, 28].*

***Противопоказания к проведению радикальных операций**: невозможность определения пораженной крипты, тяжелое соматическое состояние пациента, выраженные воспалительные изменения тканей в зоне предполагаемого оперативного вмешательства [3, 4, 9].*

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% [1, 4, 24].

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 [1, 4, 24, 25, 26]. 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 [26, 38].*

Цель *– вскрытие и дренирование гнойника, поиск и ликвидация пораженной крипты и гнойного хода [27, 28].*

Показания к госпитализации *– верифицированный диагноз острого парапроктита любой этиологии [3, 4].*

- Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и гнойного хода в просвет кишки рекомендовано при расположение гнойного хода кнутри от наружного сфинктера или захват только подкожной его порции [3, 8, 9, 29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2с)

Комментарии: *Хорошие результаты лечения в раннем периоде после операции отмечаются в 65-88 % случаев [30, 31, 33, 34].*

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 [3, 8, 9, 29].*

- Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и сфинктеротомия рекомендовано при межсфинктерных парапроктитах [3, 9, 31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2с)

Комментарии: *Цель: вскрытие и дренирование межсфинктерного пространства в просвет кишки. [3, 9, 35].*

Методика. *Производят полулунный разрез кожи на стороне поражения, затем отделяют волокна внутреннего сфинктера от окружающих тканей и под визуальным контролем рассекают только внутренний сфинктер [3, 9, 31, 35].*

- Вскрытие и дренирование пельвиоректального парапроктита рекомендовано при гнойниках, локализующихся в пельвиоректальном пространстве.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2b)

Комментарии: *Хорошие результаты лечения в послеоперационном периоде отмечаются в 77,5% случаев [1, 4, 39]. Количество ранних послеоперационных осложнений составляет*

8,1 % [39].

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 [1, 4, 35, 39].*

- Вскрытие и дренирование ретроректального парапроктита показано при гнойниках, локализующихся в ретроректальном пространстве.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

Комментарии: *Хорошие отдаленные результаты сохраняются у 92,2% пациентов, в то время как осложнения наблюдаются лишь у 3% больных [1, 4, 39]. 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 соединительнотканные 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 [1, 4, 39, 40].*

- Вскрытие и дренирование подковообразного парапроктита рекомендовано при подковообразных или двусторонних расположениях гнойников при остром парапроктите [33, 41, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

Комментарии: *Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты отмечаются у 94,8% пациентов [33, 41, 42].*

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 [33, 41, 42].

- Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты, проведение эластической дренирующей лигатуры рекомендовано при транссфинктерных (захватывает более 20% сфинктера) или экстрасфинктерных расположений гнойного хода [8, 25, 36, 31, 37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

Комментарии: *Цель: создание адекватного оттока для подготовки к проведению последующей радикальной операции [8, 25, 31, 36, 37].*

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 [8, 25, 31, 37].*

4. Реабилитация

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

- Ежедневные перевязки послеоперационной раны с использованием перекиси водорода, антисептиков на йодной (повидон йод и др.) или на спиртовой (хлоргексидина биглюконат, гидроксиметилхиноксалиндиоксид) основе [1, 4, 43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

- Местное применение мазей ускоряющих репарацию тканей (Диоксометилтетрагидропиримидин) и обладающих антимикробным и противовоспалительным эффектами (диоксометилтетрагидропиримидин+хлорамфеникол) до заживления раны.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

- Комплексное физиотерапевтическое лечение - ежедневные десятиминутные сеансы УФО-облучения, использование воздействия УВЧ в диапазоне 40-70 Вт и микроволновая терапия в пределах 20-60 Вт.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3b)

Комментарии: *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 [3, 4, 43].*

5. Профилактика

5.1 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.) [43].

5.2 Диспансерное наблюдение

- Рекомендована повторная консультация врача-колопроктолога через три месяца после выписки пациента из стационара с проведением контрольного пальцевого обследования и аноскопии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Прогноз в целом благоприятный при своевременно и правильно выполненной радикально операции.

При операции простого вскрытия абсцесса без ликвидации связи его с просветом кишки выздоровление маловероятно – сформируется свищ прямой кишки или возникнет рецидив острого парапроктита [3, 44].

Прогностически неблагоприятными факторами хирургического лечения ОП являются: длительный период заболевания, выраженная интоксикация, и сопутствующие тяжелые полиорганные нарушения [4].

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценка качества специализированной медицинской помощи

№	**Критерии качества**	**Уровень достоверности доказательств**	**Уровень убедительности рекомендаций**
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	3b	C
2.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии отделяемого)	4	**C**
3.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 4 часов от момента поступления в стационар	-	-
4.	Достигнута нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	-	-
5.	Достигнуто снижение уровня лейкоцитов на момент выписки из стационара	-	-

Список литературы

1. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. – М.: Медицина, 1981. – 208 с

2. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М.: Издательство БИНОМ, 2011. С 473-477.

3. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Литтерра, 2012. 596 с.

4. Болквадзе Э. Э.Сложные формы острого парапроктита. Обзор литературы. Колопроктология, 2009. 27 (1). С. 38-46.

5. Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А. Основы колопроктологии для врача общей практики: монография. Самара, РФ: Офорт; 2009. 218 с.

6. Акопян А.С. и др. Улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом // Сб. Проблемы колопроктологии. – М., 2002. – Вып. 7. – С. 24-28.

7. Слесаренко С.С., Фёдоров В.Э. Результаты хирургического лечения острого парапроктита. // Сб.: Актуальные проблемы колопроктологии. – М., 2005. – Вып. 8. – С. 125-126.

8. Vasilveski C.A. 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.

9. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 430 с.

0. Chinn B.T. Outpatient management of pilonidal disease. Semin Colon Rectal Surg. 2003; 14:166 –172.

1. Cirocco W.C., Reilly J.C. Challenging the predictive accuracy of Goodsall's rule for anal fistulas. Dis Colon Rectum. 1992; 35: 537–542.

2. Kuijpers H.C., Schulpen T. Fistulography for fistula-in-ano: is it useful? Dis Colon Rectum. 1985; 28:103–104.

3. Weisman R.I., Orsay C.P., Pearl R.K., Abcarian H. The role of fistulography in fistula-in-ano: report of five cases. Dis Colon Rectum. 1991; 34:181–184.

4. Brook I. Microbiology and management of soft tissue and muscle infections // Int J Surg. – 2008. – P.328-338.

5. Орлова Л.П., Коплатадзе А.М., Филиппов Д.Ю. Способ ультразвуковой диагностики острого парапроктита (патент РФ № 2134544)

6. Buchanan G.N., Halligan S., Bartram C.I., Williams A.B., Tarroni D., Cohen C.R. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard. Radiology. 2004; 233:674–681.

7. Santoro G.A., Fortling B. The advantages of volume rendering in three-dimensional endosonography of the anorectum. Dis Colon Rectum. 2007; 50:359 –368.

8. 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.

9. Toyonaga T., Tanaka Y., Song J.F. 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.

0. Buchanan G.N., Bartram C.I., Williams A.B., Halligan S., Cohen C.R. Value of hydrogen peroxide enhancement of three-dimensional endoanal ultrasound in fistula-in-ano. Dis Colon Rectum. 2005; 48:141–147.

1. Gustafsson U.M., Kahvecioglu B., Astro¨m G., Ahlstro¨m H., Graf W. Endoanal ultrasound or magnetic for preoperative assessment of anal fistula: a comparative study. Colorectal Dis. 2001; 3:189 –197.

2. West R.L., Dwarkasing S., Felt-Bersma R.J. et al. Hydrogen peroxide- enhanced three-dimensional endoanal ultrasonography and endoanal magnetic resonance imaging in evaluating perianal fistulas: agreement and patient preference. Eur J GastroenterolHepatol. 2004; 16:1319 –1324.

3. West R.L., Zimmerman D.D., 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.

4. Лаврешин П.М. Комплексный подход к лечению острого парапроктита. Актуальные проблемы колопроктологии. V Всероссийская конференция с международным участием. – Ростов-на-Дону, 2001. – 44 с.

5. Corman M.L. Colon and rectal surgery. – Philadtlfia, 1998 Fourth Edition. – p 224-237.

6. 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

7. Gordon P.H. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. 3rd ed. – N.Y., 2007. – 1354 p.

8. a. Anorectal Infection: Abscess–Fistula Clin Colon Rectal Surg. 2011 March; 24(1): 14–21.

9. Holzheimer R.G., 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.

0. Cox S.W., Senagore A.J., Luchtefeld M.A., Mazier W.P. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischiorectal abscess. Am Surg. 1997; 63:686–689.

1. Oliver I., Lacueva F.J, 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.

2. Nelson J., Billingham R. Pilonidal disease and hidradenitis suppurativa.In: Wolff B.G., Fleshman J.W., Beck D.E., Pemberton J.H., Wexner S.D., eds. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery.New York: Springer; 2007:228 –235.

3. Onaca N., Hirshberg A., Adar R. Early reoperation for perirectal abscess: a preventable complication. Dis Colon Rectum. 2001; 44:1469 –1473.

4. Ramanujam P.S., Prasad M.L., Abcarian H., Tan A.B. Perianal abscesses and fistulas: a study of 1023 patients. Dis Colon Rectum. 1984; 27:593–597.

5. Quah H.M., Tang C.L., Eu K.W., Chan S.Y., 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.

6. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А. Способ лечения экстрасфинктерного парапроктита // Сб. Проблемы колопроктологии. – М., 1994. – Вып. 14 – С. 21-23.

7. 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

8. Wang C., Lu J.G., Cao Y.Q., Yao Y.B., Guo X.T., Yin H.Q. Traditional Chinese surgical treatment for anal fistulae with secondary tracks and abscess. World J Gastroenterol. 2012 Oct 28;18(40):5702-8

9. Holzheimer R.G., 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.

0. 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

1. 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.

2. Rosen S.A., Colquhoun P., Efron J. et al. Horseshoe abscesses and fistulas: how are we doing? SurgInnov. 2006; 13:17–21.

3. Luchteveld M. Anorectal abscess. Primery care. – 1999. – P. 69-80.

4. 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.

Приложение А1. Состав рабочей группы

№	**Ф.И.О.**	**Ученая степень**	**Ученое звание**	**Профессиональная ассоциация**
1	Болквадзе Этери Энверовна	Д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
2	Брыков Владимир Иванович			Ассоциация колопроктологов России
3	Боронин Евгений Владимирович			Ассоциация колопроктологов России
4	Благодарный Леонид Алексеевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
5	Васильев Сергей Васильевич	Д.м.н		Ассоциация колопроктологов России
6	Григорьев Евгений Георгиевич	. Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
7	Жуков Борис Николаевич	Д.м.н.	Профессор	
8	Исаев Вячеслав Романович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
9	Кузьминов Александр Михайлович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
10	Куляпин Андрей Вячеславович	К.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
11	Куликовский Владимир Федорович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
12	Лахин Александр Владимирович			Ассоциация колопроктологов России
13	Муравьев Александр Васильев	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
14	Орлова Лариса Петровна	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
15	Пак Владислав Евгеньевич	К.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
16	Плотников Валерий Васильевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
17	Попов Дмитрий Евгеньевич	К.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
18	Родоман Григорий Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
19	Темников Александр Иванович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
20	Тимербулатов Виль Мамилович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
21	Титов Александр Юрьевич	Д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
22	Хубезов Дмитрий Анатольевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России

23	Чибисов Геннадий Иванович			Ассоциация колопроктологов России
24	Шелыгин Юрий Анатольевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
25	Эфрон Александр Григорьевич			Ассоциация колопроктологов России
26	Яновой Валерий Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России

Все члены рабочей группы являются членами Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация колопроктологов России».

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи – колопроктологи,

2. Врачи - хирурги;

3. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств 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»

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Основание рекомендации
A	Основана на клинических исследованиях хорошего качества, по своей тематике непосредственно применимых к данной специфической рекомендации, включающих по меньшей мере одно РКИ
B	Основана на результатах клинических исследований хорошего дизайна, но без рандомизации
C	Составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации

Порядок обновления клинических рекомендаций

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

Приложение А3. Связанные документы

1. Статья 76 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в части разработки и утверждении медицинскими профессиональными некоммерческими организациями клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

2. Приказ от 2 апреля 2010 г. N 206н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

3. Федеральный Закон Российской Федерации от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

4. Приказ Минздрава России от 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи";

5. Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификации и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»;

6. Федеральный Закон от 17.07.1990 178-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 08.12.2010 №345 ФЗ, от 345-ФЗ, от 01.07.2011 № 169ФЗ, от 28.07.2012 № 133- ФЗ, от 25.12.2012 №258-ФЗ, от 07.05.2013 №99-ФЗ, от 07.05.2013 №104-ФЗ, от 02.07.2013 №185-ФЗ, от 25.11.2013 №317-ФЗ) «О государственной социальной помощи».

Форма помощи

Несмотря на планирование проведения диагностических и лечебных мероприятий пациентам с острым парапроктитом помощь носит неотложных характер. Отсрочка начала проведения хирургического лечения может привести к тяжелым гнойно-септическим осложнениям и значительно утяжелять прогноз у конкретного больного.

Условия оказания медицинских услуг

Проведение диагностических мероприятий на этапе постановки диагноза может выполняться в амбулаторных условиях. Проведение хирургического лечения должно осуществляться в условиях специализированных отделений стационара. Проведение оперативного вмешательства необходимо в анестезиологическом сопровождении, проведении антибактериальной, инфузионной и другой корригирующей терапии.

паллиативной медицинской помощи

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

Острый парапроктит – острое воспалительное заболевание параректальной клетчатки. Инфекция из прямой кишки по протокам анальных желез может быстро проникать в одно из параректальных клетчаточных пространств — подкожное (чаще всего), ишиоректальное, пельвиоректальное, ретроректальное (очень редко).

По названиям этих пространств именуется и форма острого парапроктита — подслизистый, подкожный, ишиоректальный, пельвиоректальный (тазовопрямокишеный), ретроректальный. Различают иногда интрасфинктерный абсцесс, но этот термин лучше применять при хроническом парапроктите, ибо точно локализовать полость гнойника при остром процессе трудно. Внутреннее отверстие гнойника почти всегда одно, а наружных гнойников может быть два и более, причём эти наружные абсцессы нередко располагаются по обе стороны от заднего прохода — сзади или спереди от прямой кишки (подковообразный парапроктит). «Дуга» такого абсцесса проходит позади, между анусом и копчиком (чаще) или спереди от заднего прохода (у женщин между анусом и ректовагинальной перегородкой). При этом диагностируют соответственно, задний или передний подковообразный острый парапроктит, причём с одной стороны абсцесс может быть подкожным, а с другой ишиоректальным и т. п. Чаще всего, более чем у половины всех больных, гнойник располагается на границе кожи и слизистой — подкожно-подслизистый краевой острый парапроктит.

Клиника острого парапроктита характерна для любого параректального нагноения: припухлость, болезненность при пальпации, боли, нарастающие, а иногда внезапные, усиливающиеся при ходьбе и сидении, при кашле, при дефекации (не всегда), размягчение в центре. Ухудшается общее состояние, появляется субфебрилитет. Более всего общее состояние страдает при глубоких (ишиоректальных, тазово-прямокишечных) гнойниках, в то время как местно при этих формах абсцесса изменения минимальны — почти нет покраснения кожи, и только глубокий толчок верхушками пальцев вызывает боль с пораженной стороны.

При глубоком (высоком) ишиоректальном, пельвиоректальном или, тем более, позадипрямокишечном остром парапроктите общее состояние больного может быть тяжелым (высокая лихорадка, все признаки интоксикации, боли в глубине таза), а местные изменения подчас оказываются мало демонстративными: нерезкая болезненность в глубине тканей с одной или с обеих сторон при толчке пальцами, неясная локальная болезненность стенок анального канала при пальцевом ректальном исследовании — и всё, так что диагностика высоких, экстрасфинктерных форм острого парапроктита сложна, и многие такие больные подолгу лечатся с самыми разными диагнозами, вплоть до гриппа. Главное — заподозрить парапроктит, помнить о нем.

Определить внутреннее отверстие гнойника на высоте воспаления бывает нелегко; при пальпации определяется только болезненная («заинтересованная») стенка

анального канала, чаще всего задняя, так как на задней стенке анального канала располагаются наиболее глубокие и широкие заднепроходные крипты и именно здесь в большинстве случаев формируется первичный криптогландулярный абсцесс. Для точной идентификации внутреннего отверстия гнойника применяют его пункцию с введением в полость абсцесса витальной краски (с перекисью водорода). Вполне достаточно бывает осторожно пунктировать абсцесс, эвакуировать гной и, не извлекая иглы, ввести в полость гнойника краску. Определение внутреннего отверстия абсцесса необходимо, ибо в любом случае — будет или не будет оно санировано — нужно точно знать его расположение, чтобы впоследствии, если сформируется свищ, было легче выполнить радикальную плановую операцию.

Больных с первичным острым парапроктитом в стадии абсцесса на прием попадает сравнительно немного; гнойник обычно вскрывают (прокалывают его переднюю стенку) в поликлинике, или абсцесс вскрывается самопроизвольно после традиционного домашнего лечения — теплые ванны, компрессы с ихтиолом или с мазью Вишнёвского. В таких случаях при наружном осмотре видна небольшая гнойная рана вблизи заднего прохода, а при пальцевом исследовании почти всегда удается установить локализацию внутреннего отверстия. При самопроизвольном или даже хирургическом вскрытии гнойника без обработки внутреннего отверстия абсцесса радикального излечения не наступает и потому при остром парапроктите (в том числе при самопроизвольном вскрытии гнойника) показано радикальное вмешательство под наркозом.

Решение вопроса о применении той или иной радикальной операции при остром парапроктите должно приниматься только специалистом-колопроктологом, а при поступлении таких больных в общехирургический стационар следует просто широко вскрыть и дренировать гнойник на промежности и предупредить больного о возможном рецидиве гнойника или образовании прямокишечного свища. Если это произойдет, следует направить больного для плановой операции в колопроктологическое отделение.

После вскрытия гнойника лучше впоследствии в плановом порядке, в колопроктологической клинике выполнить квалифицированно операцию по поводу сложного параректального свища, чем пытаться любым путём одномоментно радикально прооперировать острый парапроктит, не думая о будущей функции запирательного аппарата.

Итак, каких же правил нужно придерживаться, если у вас острый или хронический парапроктит?

1. Стараться принимать пищу по режиму, не менее 4-5 раз в день, примерно через одинаковое время.

2. Необходимо хотя бы 1 раз в день принимать горячую пищу (в обед): суп, бульон (о правилах приготовления супов ниже).

3. Ужин лучше сделать легким, ограничить вечером мясные продукты, большое количество углеводов.

4. Лучше, чтобы все продукты были нежирными: мясо нежирных сортов, куриная грудка, индейка, нежирная рыба.

5. Готовить лучше на пару, а также отваривать или запекать, но ограничить употребление пищи, жареной на растительном или сливочном масле и других жирах.

6. Ограничить сильносоленые, копченые, острые и пряные продукты, сладкое, мучное (булочки, белый хлеб).

7. Супы и бульоны должны быть некрепкими, вторичными, а лучше варить супы на овощных бульонах. Если хочется сделать мясной или рыбный суп, то эти продукты отвариваются отдельно и добавляются в готовое блюдо.

8. Пить достаточное количество воды: не менее 1,5 л в сутки.

9. Не злоупотреблять алкоголем, курением.

Прогноз лечения парапроктита

Полное выздоровление наступает при своевременном хирургическом лечении. В случае недостаточного дренирования, при отсутствии лечения или при оставшемся источнике инфекции в качестве последствия парапроктита может образоваться свищевой ход.

Иногда свищевые ходы способствуют распространению воспаления в труднодоступные места малого таза. Как результат — инфекцию становится невозможно удалить полностью. Это провоцирует постоянные рецидивы парапроктита. Продолжительное течение заболевания может вызвать спаечные процессы в малом тазу и рубцовые изменения в стенках анального канала.

Профилактика состоит в своевременном лечении болезней прямой кишки, соблюдении личной гигиены. Безотлагательное хирургическое лечение острого течения заболевания предупреждает образование свищей. Немаловажным фактором в предупреждении недуга является нормализация деятельности кишечника.

Приложение Г.