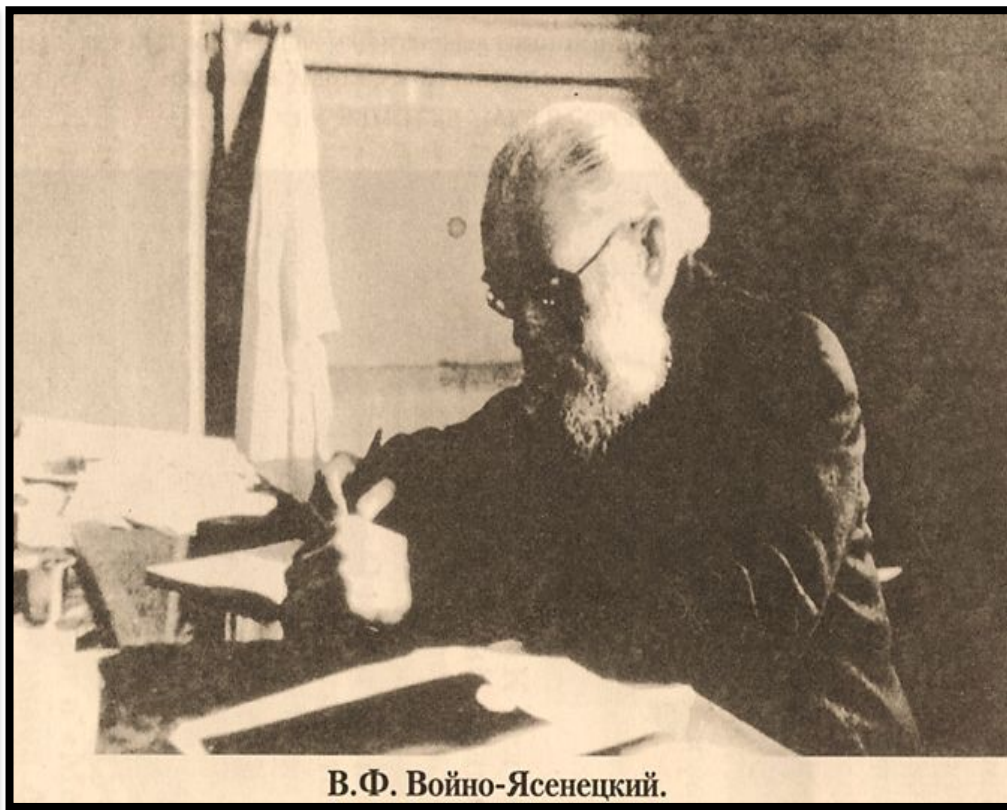
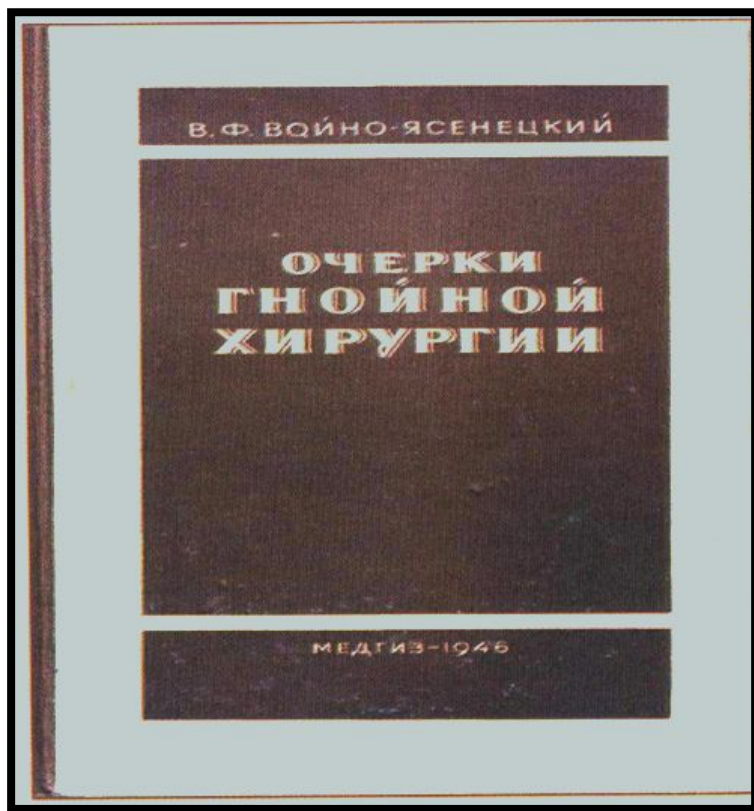


ТОГБУЗ « Тамбовская ЦРБ»

Современный подход к хирургическому лечению острого парапроктита



В.Ф. Войно-Ясенецкий.

«... Как ни тяжела болезнь Султана У., но это еще не самая тяжелая форма флегмоны промежности и fossae ischiorectalis... »

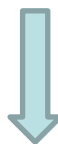
В. Ф. Войно-Ясенецкий (Архиепископ Лука)

Заболевания прямой и ободочной кишок, анального канала и промежности широко распространены среди населения.

В частности, согласно популяционными исследованиями геморрой, анальная трещина, запоры возникают у каждого пятого жителя планеты.



- ❑ **Первой клиникой целиком направленной на оказание помощи проктологическим больным стал Госпиталь Святого Марка (St. Marks Hospital), основанный Фредериком Салмоном в 1835 году в Лондоне.**
- ❑ **На протяжении нескольких десятилетий этот госпиталь был единственным в мире учреждением, оказывающим специализированную помощь при проктологических заболеваниях.**



- ❑ **Понимание важности этой проблемы, а также стремление создать оптимальные условия для изучения патогенеза и клиники этих заболеваний, разработки алгоритмов диагностики и эффективных методов лечения этих болезней стало основанием для того, чтобы достаточно рано выделить колопроктологию из общей хирургии в отдельную медицинскую специальность.**

Настоящее развитие отечественной колопроктологии началось в 1950-х годах, когда по инициативе профессора А.Н. Рыжих (Москва) и А.М. Аминева (Куйбышев) были созданы специализированные проктологические отделения, на базе которых сформировывались крупные научные школы - основные центры подготовки специалистов-проктологов.



**Рыжих Александр Наумович
1897 – 1969 г.**



**Аминев Александр Михайлович
1904 – 1984 г.**

С именем академика В.Д. Федорова связано становление колопроктологии как специальности, реализованы ключевые мероприятия по развитию настоящего направления медицины в СССР.

□ В январе 1978 года Научно-исследовательская лаборатория по проктологии с клиникой была преобразована в Научно-исследовательский институт проктологии Минздрава РСФСР, на который возложены функции головного научного учреждения в РСФСР по проблемам проктологии и одновременно роль Всесоюзного головного Научно-методического и консультативного центра по этой специальности.

□ В итоге многолетней работы проктология внесена в перечень новых медицинских специальностей (приказ МЗ СССР № 60) в 1988 году.



**Академик АМН СССР, д.м.н.,
профессор Федоров Владимир
Дмитриевич (1933-2010 гг.).
Директор НИИ проктологии МЗ РФ (в
1972 - 1988 гг.).**

В 1993 году приказом Минздрава Российской Федерации НИИ проктологии переименован в Государственный Научный Центр проктологии МЗ РФ, а в 1995 году ГНЦ проктологии стал называться Государственным Научным Центром колопроктологии (ГНЦК)

- ❑ В 1997 году благодаря усилиям ведущих специалистов центра была утверждена специальность "колопроктология".
- ❑ В 1992 г. по инициативе ГНЦ колопроктологии создана Ассоциация колопроктологов России, насчитывающая в настоящее время более 500 членов.
- ❑ Под ее эгидой каждые два года проводятся научные конференции по актуальным проблемам колопроктологии.



Академик РАМН, д.м.н., профессор Воробьев Геннадий Иванович (1938-2010 гг.)

- **Директор ГНЦ колопроктологии МЗ РФ в 1988 - 2010 гг..**

Порядок оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

В соответствии со статьей 37.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 21; N 43, ст. 5084) приказываю:

Утвердить Порядок оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля согласно приложению.

Министр Т.А.ГОЛИКОВА

Острый парапроктит (paraproctitis; пара- + греч. proktos задний проход + -ит; син. перипроктит) - воспаление клетчатки, расположенной около прямой кишки и заднего прохода, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез.

- Острый парапроктит занимает четвертое место в структуре колопроктологических заболеваний после геморроя, анальной трещины и колитов.
- На его долю приходится от 20 до 45% случаев всей ургентной патологии прямой кишки при госпитализации больных в стационар для экстренной операции [Аминев А.М.1969;Яковлев Н.А. 1976; Канделис Б.Л 1980; Федоров В.Д., Дульцев Ю.В., 1984; Гайнутдинов Ф.М., 2005].
- В структуре общехирургической патологии больные с острым парапроктитом составляют 0,5-4% наблюдений.
- По данным иностранных авторов, этот показатель значительно ниже и составляет 6-8 человек на 100 000 населения (*Phillips R., 1998*).
- Острым парапроктитом страдают преимущественно люди среднего возраста, это основная часть трудоспособного населения (Рыжих А.Н., 1968; Аминев А.М., 1973; Дульцев Ю.В., Саламов К.Н., 1981).



Тяжелые формы парапроктита, протекают с преобладанием анаэробной флоры.

- Частота встречаемости анаэробного парапроктита составляет 1,6-8,6%.

Летальность у этой категории больных достигает 20-30%, а при генерализации процесса в 60 - 80% [Воробьев Г.И., 1995; Акопян А.С. 2002; Федоров В. Д., Дульцев Ю.В. 1984.]



В XXI-веке по официальным данным Федеральной статистической отчетности и оперативным материалам ГНЦК МЗ РФ, за последние несколько лет в 2009 году к амбулаторному врачу колопроктологу было сделано 1 млн. 123.4 тыс. посещений, а число обращений с впервые установленным диагнозом составило - 463.6 тыс., что в пересчете на 10 тыс. взрослого населения соответственно - 100.3 и 41.3.

❑ Количество госпитализированных пациентов на колопроктологическую койку (или госпитализированная колопроктологическая заболеваемость) равнялась 105.5 тыс. или 9.4 на 10 тыс. взрослого населения.

❑ Среди госпитализированных уд. вес сельских жителей составил 20.8% и лица старшего трудоспособного возраста 24.5%

(Ю.А. Шельгин, В.Г. Зайцев, П.Ю. Артамонова, 2011).



• **Директор ГНЦК МЗ РФ с 2011г. профессор Юрий Анатольевич Шельгин - ученик академиков В.Д. Федорова и Г.И. Воробьева.**

Согласно данным всероссийской статистики острый парапроктит в структуре колопроктологических заболеваний выявлен 10-15% от всех случаев.

- По данным ГНЦ колопроктологии МЗ РФ и СР РФ треть больных острым парапроктитом обращаются к врачу после спонтанного вскрытия абсцесса, после чего у них формируется свищ прямой кишки.
- 40% больных острым парапроктитом обращаются к врачу вовремя, но не все они, по всевозможным причинам, оперируются радикально .

- Около 30% больных вообще не обращаются за медицинской помощью, пока у них после острого парапроктита не появится свищ.



Фото. Острый правосторонний ишиоректальный задний парапроктит



До настоящего времени нет единого мнения относительно хирургической тактики лечения острого парапроктита.

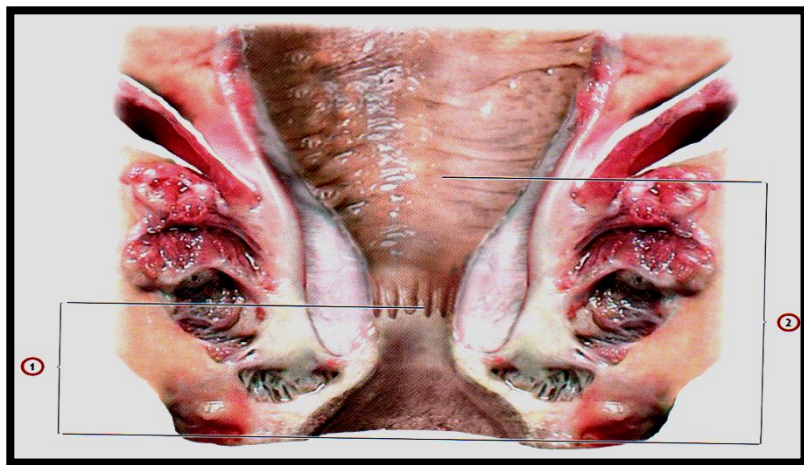
- Одни авторы (*Ривкин В.Л., Файн С.Н. и др., 2004, Воробьев Г.И., 2005*) рекомендуют практически во всех случаях при поступлении больного в стационар одномоментную радикальную операцию.
- Другие авторы (*Акопян А.С., Эксюзян Г.Э. и др., 2002*) советуют первоначально пунктировать гнойник и эвакуировать его содержимое, а операцию выполнять на следующий день после подготовки и дополнительного обследования больного.
- Нагноение ран в раннем послеоперационном периоде отмечается в 6,8-20,0% случаях.
- В 6% наблюдений после операций отмечается недостаточность сфинктера заднего прохода I-II степени.
- Частота рецидивов даже при адекватном радикальном оперативном вмешательстве при остром парапроктите варьирует от 5 до 11,2%.
- Рецидив болезни в ранние сроки при простом вскрытии и дренировании абсцесса (гнойной полости) без ликвидации внутреннего отверстия свища в стенке прямой кишки составляет в 70-95% (*Рыжих А.Н., 1968; Дульцев Ю.В., Саламов К. Н., 1981; Акопян А.С., Эксюзян Г.Э. и др., 2002*).

Возбудителем инфекции при парапроктите в основном является смешанная микрофлора.

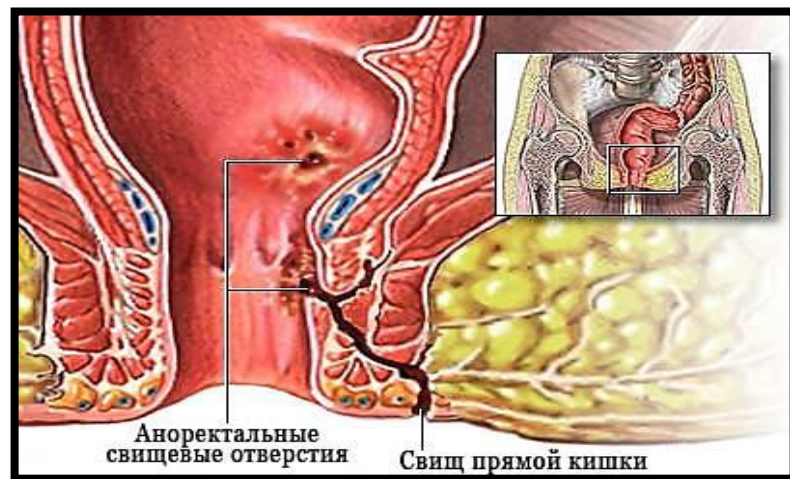
- **Чаще всего обнаруживаются стафилококки и стрептококки в сочетании с кишечной палочкой, протеем.**
- **Нередко (особенно в гнойниках пельвиоректального пространства) обнаруживается присутствие бактериоидов, пептококков, фузобактерий, относящихся к неспорообразующим анаэробам.**
- **Острый парапроктит, обусловленный смешанной микрофлорой, обычно называют простым, банальным.**
- **В 1—2% случаев выявляется специфическая инфекция: туберкулез, актиномикоз, клостридии.**
- **В наше время наблюдается повышение заболеваемости туберкулезом, то следует помнить об этой инфекции и проводить обследование каждого больного в том объеме, который позволит исключить специфический процесс.**

Л.А. Луie в 1938 г. писал: «Таким образом, надо понять, что никогда не бывает анальной фистулы, а следовательно, парапроктита без первичного внутреннего отверстия; это отверстие всегда бывает в анальных криптах».

- В настоящее время общепризнана крипто-гландулярная теория, что в этиопатогенетических механизмах в развитии разных форм острого парапроктита является воспаленная кишечная (морганиевая) крипта с ее железисто-лимфоидным аппаратом и она служит основным первоисточником инфекционного процесса.
- Анальные железы в основной массе локализуются в толще внутреннего сфинктера, за что их называют еще внутримышечными железами.
- Анатомическая граница между прямой кишкой и анальным каналом проходит по аноректальной линии. На этом уровне находятся морганиевы крипты — кармашки, дно которых располагается примерно на границе верхней и средней трети анального канала. На дне крипт открываются выводные протоки анальных желез.



Схематическое изображение границ анатомического и хирургического анального канала (натуральный препарат аноректум, фронтальный разрез): 1 - canalis analis anatomicum, 2 - canalis analis chirurgicum.



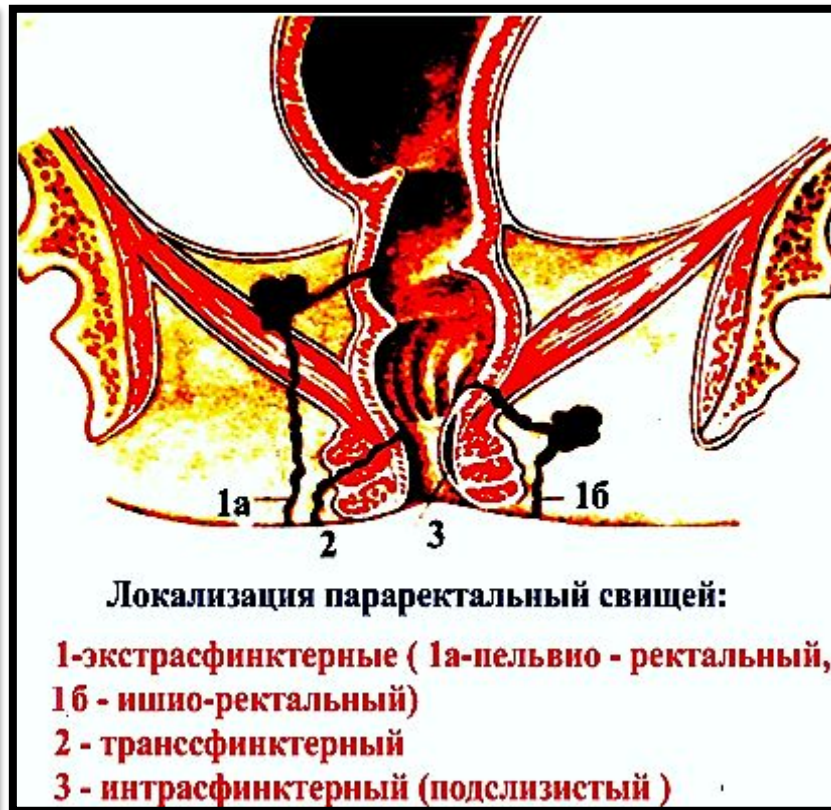
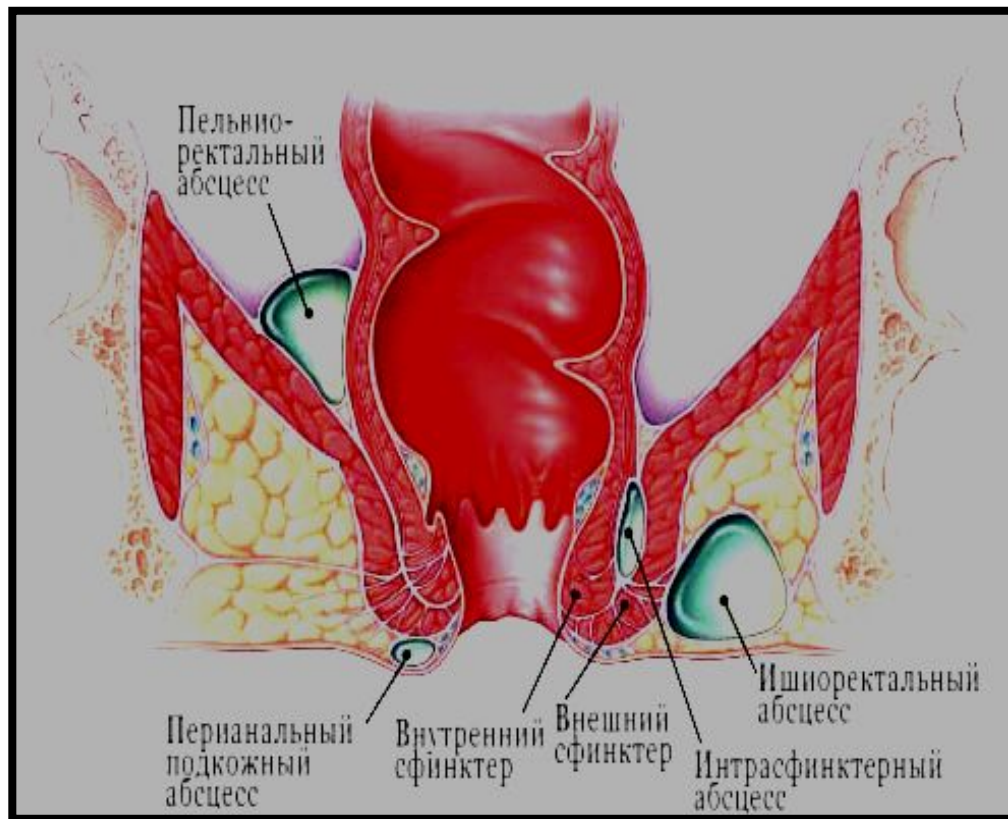
Пораженная крипта является при этом внутренним отверстием свища.

НИИ проктологии МЗ РФ г. Москвы была принята абсолютно простая и удобная классификация парапроктита.

- I. По этиологическому признаку парапроктиты делят:** на банальный, специфический и посттравматический.
- II. По активности воспалительного процесса:** на острый, инфильтративный и хронический (свищи прямой кишки).
- III. По локализации гнойников, инфильтратов, затёков:** на подкожный и подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный.
- IV. По расположению внутреннего отверстия свища:** на передний, задний, боковой.
- V. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера:** на интрасфинктерный (подкожно-подслизистый), трансфинктерный, экстрасфинктерный (I—IV степени сложности).
- VI. По расположению патологического процесса:** поверхностный и глубокий.



Хирургические вмешательства при остром парапроктите в первую очередь должны быть направлены на ликвидацию первичного основного очага инфекции т.е. внутреннего отверстия - расположенного в анальном канале.



При выполнении операций при парапроктите нужно учитывать распространенность гнойно-воспалительных, процессов в параректальной клетчатке, в рубцовых тканях в анальном сфинктере и в особенности объема ранее произведенных операций.

Предоперационная диагностика при парапроктите выполняется с целью уточнения локализации гнойника, расположения внутреннего свищевого отверстия в прямой кишке, отношение гнойного процесса и свищевого хода к волокнам сфинктера, получить объективную информацию о распространенности гнойно-воспалительного процесса в клетчаточных пространствах тазового дна при первоначальном выборе радикальной операции.

Пальпаторно и визуально оценить границы гнойно-воспалительного инфильтрата в перианальной и параректальной областях, а так же осмотр анального канала с помощью ректального зеркала.



Для диагностики внутреннего отверстия (первичного очага инфекции – свища) необходимо до вскрытия абсцесса произвести пункцию.

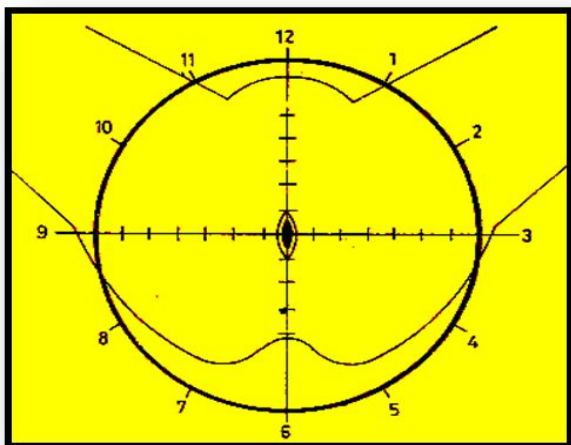


Схема «циферблата часов» и контуров промежности для ориентира при описании области расположения абсцесса (фистулы) при парапроктите.

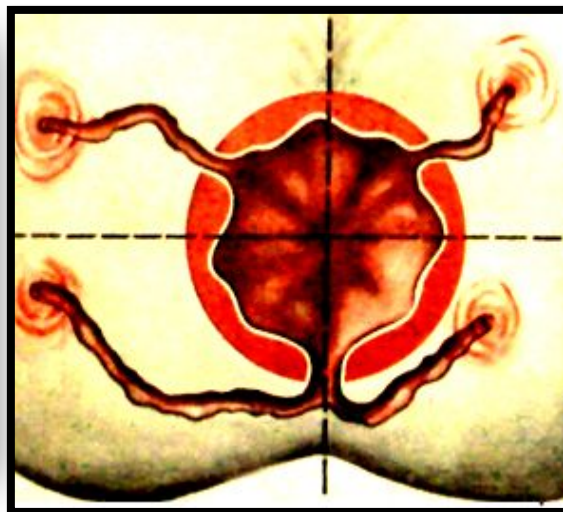
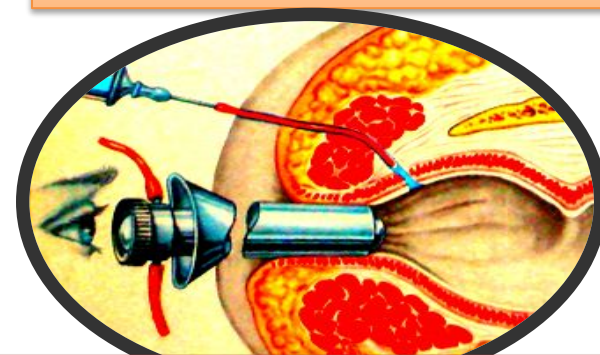
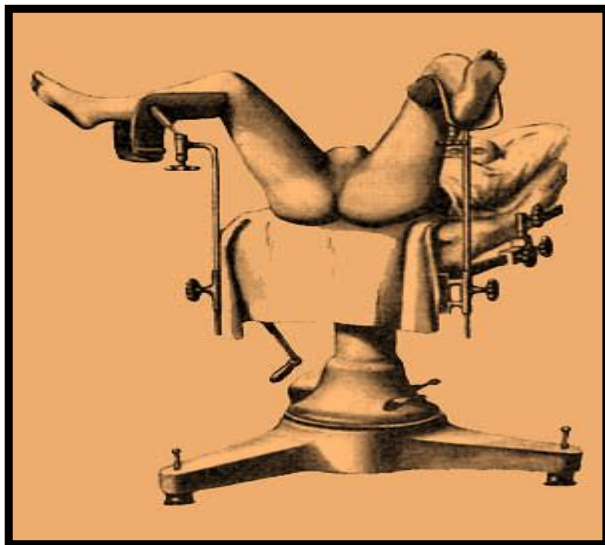


Схема определения внутреннего отверстия свища (правило Гудзела)



Введение красителя в абсцесс (свищ) в сочетании с ректоскопией

Все операции при парапроктите и необходимо выполнять в классическом положении больного на операционном столе и придерживаться следующих правил.



□ Положение больного на операционном столе на спине.

- Нижние конечности помещают на специальные подставки, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах под углом до 45 градусов.
- Таз больного должен быть выдвинут за край стола, ножные пластины стола убирают.
- Операционному столу придают наклонное положение Тренделенбурга с опусканием головного конца стола до 12 градусов, что обеспечивает хороший обзор области операции.

Категорически запрещено при парапроктите выполнять операции в положении сидячем, лежащем или на боку!

При острых парапроктитах операции всегда должны выполняться под адекватным обезболиванием!!!

- ❑ В России и во всем мире используются всевозможные методы, в т.ч. общая, спинальная, эпидуральная, каудальная, местная анестезия и их комбинации (Fleisher M, Marini CP et al, 1994; Maroof M, Khan RM, 1995; Van Elstraete AC, 2000, 2001).
- ❑ Аноректальная область является высокорефлексогенной зоной, богатой нервными окончаниями, и требует глубокой анестезии.
- ❑ **Под местной анестезией выполнение операции при остром парапроктите недопустимо !!!**
- ❑ Под местной анестезией при гнойно-воспалительных процессах области промежности невозможно достигнуть полноценного обезболивания области промежности .
- ❑ Выполнение операций под местной анестезией на фоне гнойной воспалительной инфильтрации в перианальной, параректальной областях, анальном канале повышает риск генерализации и распространения инфекции из очага воспаления в прилежащие окружающие ткани органов малого таза, что приводит, в последующем к развитию общей инфекции в организме с тяжелыми осложнениями.

Лечение острого парапроктита должно быть только оперативным.

□ Единственным методом радикального лечения острого парапроктита является ранняя адекватная санация и дренирование абсцесса (гнойной полости) с обязательной ликвидацией первичного инфекционного очага воспаления (внутреннего отверстия) !

□ Выполнение операции должно сопровождаться с тщательной ревизией гнойных тканей в топографо-анатомических клетчаточных пространствах прямой кишки, тазового дна, запирающего аппарата анального канала.

□ Выполнение паллиативных операций - вскрытие и дренирование абсцесса во избежание дальнейшего распространения нагноения в параректальной клетчатке и с целью свободного оттока гноя, не позволяют достичь абсолютного выздоровления.

□ Все методы консервативной терапии лишь временно облегчают страдания больного, приводят нередко к запущенности болезни и не дают выздоровления!

При хирургическом лечении острого парапроктита нужно строго придерживаться главных принципов:

- 1. Операцию необходимо выполнять при установлении диагноза в самое короткое время и в условиях стационара.**
- 2. Адекватное вскрытие и дренирование абсцесса.**
- 3. Обязательная ликвидация первичного очага поражения-внутреннего свищевого отверстия инфекционного начала воспалённой крипты.**

После вскрытия абсцесса наблюдаются три исхода болезни:

1. Формирование свища прямой кишки после купирования острых гнойных процессов.
2. Рецидивы острого парапроктита.
3. Условное мнимое выздоровление больного на определенный короткий промежуток времени с последующим обострением заболевания.



- Выполнять радикальные адекватные операции больным, поступившим в лечебно-профилактическое учреждение по неотложной медицинской помощи.**
- Запрещается использовать какие-либо методы паллиативных вмешательств лишь для облегчения общего состояния!!!**
- Специальная подготовка к операции проводится не при всех хирургических вмешательствах при парапроктите.**
- У больных с выраженным гнойно-некротическим процессом очистительные клизмы перед операцией противопоказаны !**
- Не следует применять всевозможные слабительные средства !**

Радикальные операции при остром парапроктите можно сгруппировать следующим образом:

- I. - Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и рассечение гнойного хода в просвет кишки.**
- II. - Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и сфинктеротомия.**
- III. - Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты, проведение лигатуры.**
- IV. - Вскрытие и дренирование абсцесса, отсроченное иссечение пораженной крипты и перемещение лоскута слизистой оболочки кишки для прерывания путей инфицирования из просвета прямой кишки.**

- Наиболее просто решается проблема лечения при подкожных абсцессах и поверхностном расположении гнойного хода, когда применима операция рассечения гнойного хода в просвет кишки с иссечением пораженной крипты.**
- При высоком расположении гнойного хода, что бывает обычно при ишио - и пельвиоректальных абсцессах, выбор способа операции бывает затруднен и он определяется не только сложностью ситуации у данного больного, но и опытом и знаниями оперирующего.**

Операцию целесообразно начинать с радиального или полулунного доступа.

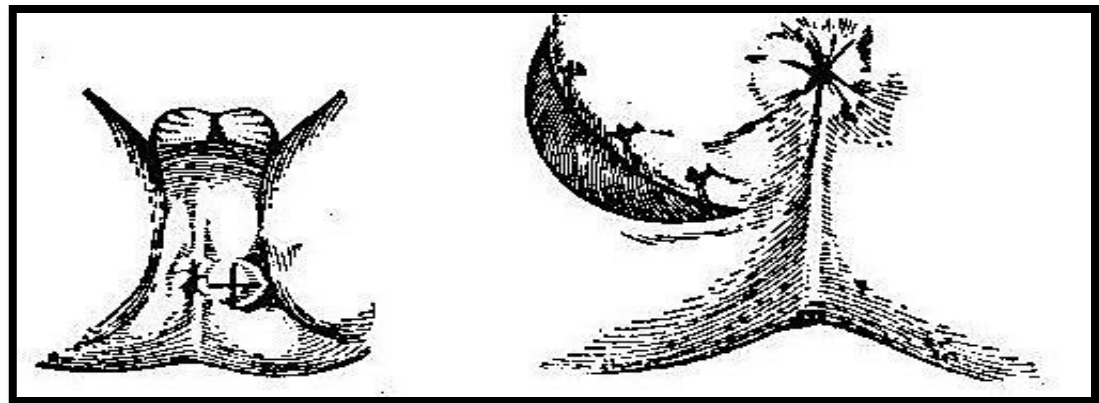
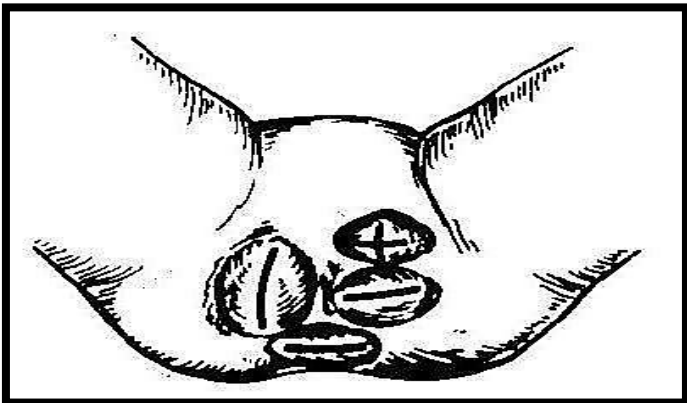
- ❑ Радиальные разрезы обычно применяются при подкожно- подслизистых формах парапроктита, когда внутреннее отверстие пораженной крипты расположено внутри от волокон анального жома.
- ❑ При радиальном разрезе, как правило, исключается травматическое повреждение мышц запирающего аппарата прямой кишки.

- ❑ Радиальный разрез допустим при трансфинктерном парапроктите с внутренним отверстием, когда есть изолированный абсцесс.
- ❑ Полулунный разрез допустим при трансфинктерном, экстрасфинктерном парапроктите с обнаруженным внутренним отверстием.

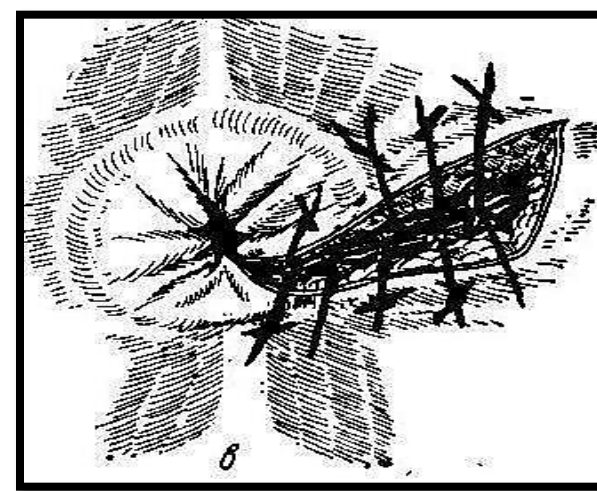
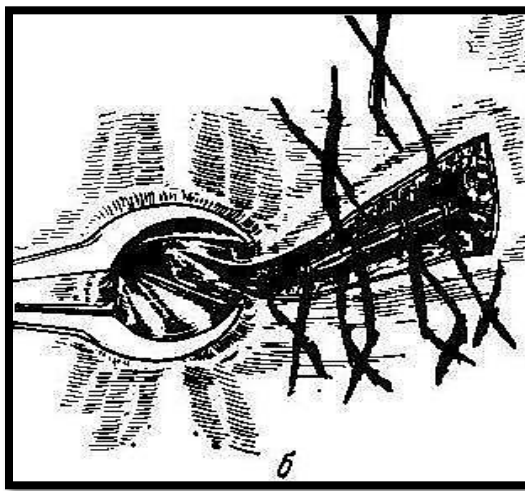
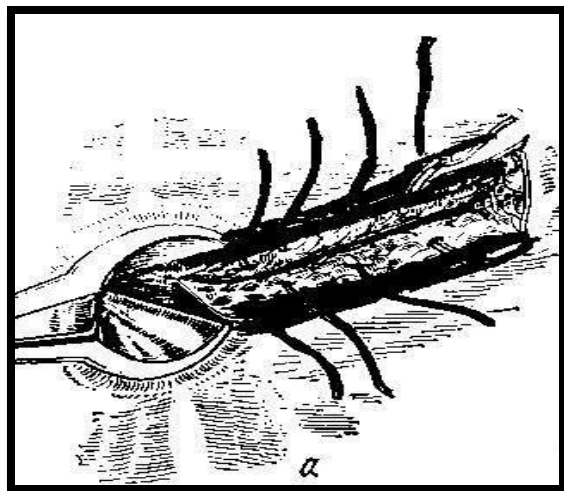
- ❑ При более глубокой локализации абсцесса выполнять радиальный разрез на 3-5 см от края анального отверстия, когда выбухание инфильтрата в просвет кишки менее выражено, а кожные изменения в промежности носят инфильтративный характер или она еще интактна.
- ❖ В сложных ситуациях, оправданным является проведение полулунного разреза.

При остром парапроктите оперативный доступ должен соответствовать надлежащим требованиям:

- ❑ Операционный доступ должен быть адекватным в плане визуального контроля в области хирургического поля.
- ❑ Доступ обязан обеспечить адекватное вскрытие и дренирование абсцесса, ликвидацию гнойных затёков и карманов (с учётом специфик гнойно – некротических изменений в тканях промежности).
- ❑ Операционный разрез должен быть малотравматичным по отношению к волокнам сфинктера.
- ❑ Операционный разрез должен способствовать раннему послеоперационному восстановлению физиологических функций заднего прохода, тазового дна и отвечать единым требованиям предъявляемым к пластическим операциям.



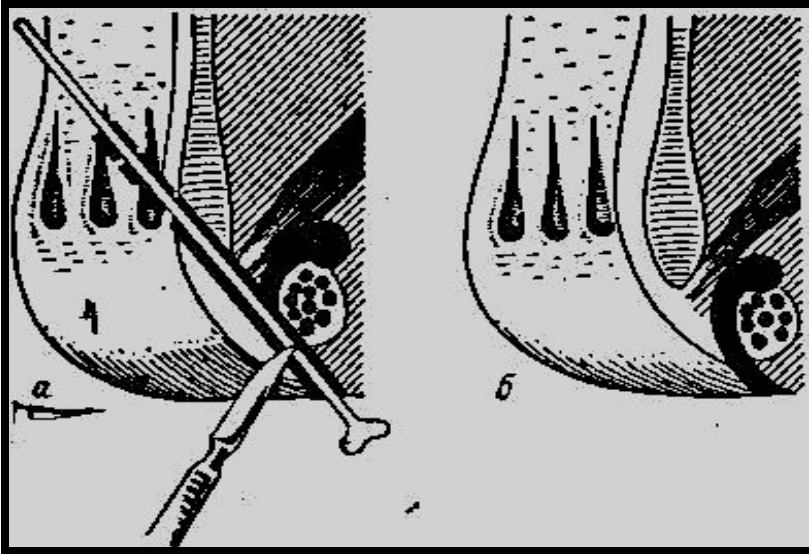
Во время операции полулунный разрез можно продлить в любом направлении с учетом локализации абсцесса и распространенности в клетчаточных пространствах прямой кишки и предупредить повреждение волокон анального сфинктера.



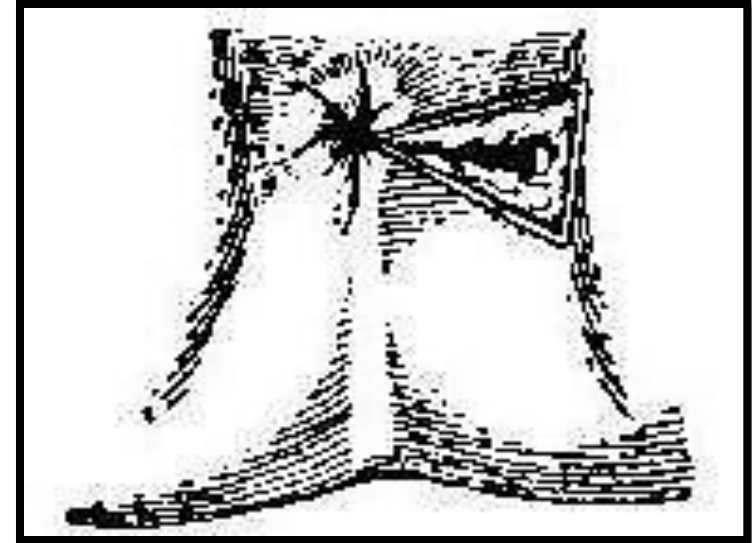
Вскрытие и дренирование острого парапроктита радикальным способом при интрасфинктерном и трансфинктерном парапроктите с ограниченным абсцессом с ушиванием дна раны по типу Мошковича (а-в этапы операции ушивания раны при иссечении абсцесса).

- Полулунный разрез формирует условия для беспрепятственного оттока гноя из полости.**
- При расширении объекта операции и углублении разреза при вскрытии основной полости во время операции и при завершении её, с целью уменьшения раневой поверхности края кожи могут быть подшиты ко дну (по Мошковичу), для скорейшего заживления раневой поверхности со дна и при этом исключается нарушение мышц анального жома.**

- При подслизистом парапроктите, как правило, выполняется радиальный разрез с рассечением абсцесса в просвет кишки через пораженную крипту. Иссечение и удаление воспалительных тканей слизистой анального канала, внутреннего отверстия с профилактической криптотомией или без нее.



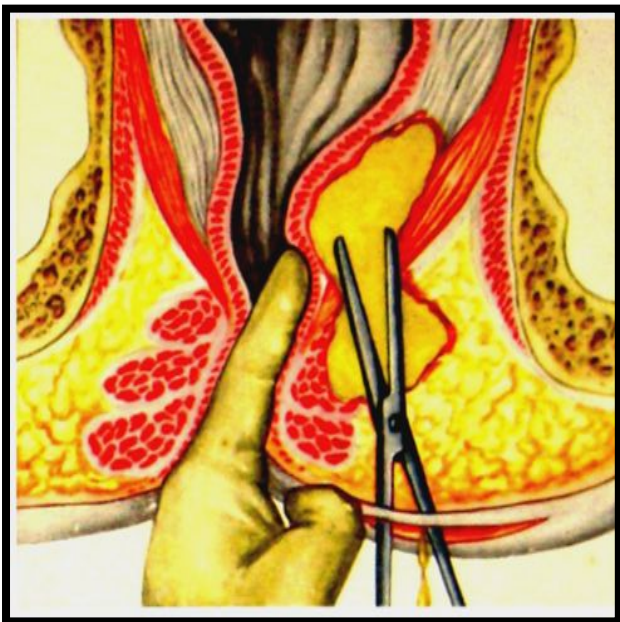
Вскрытие и дренирование подслизистого абсцесса с локализацией четкого внутреннего отверстия.



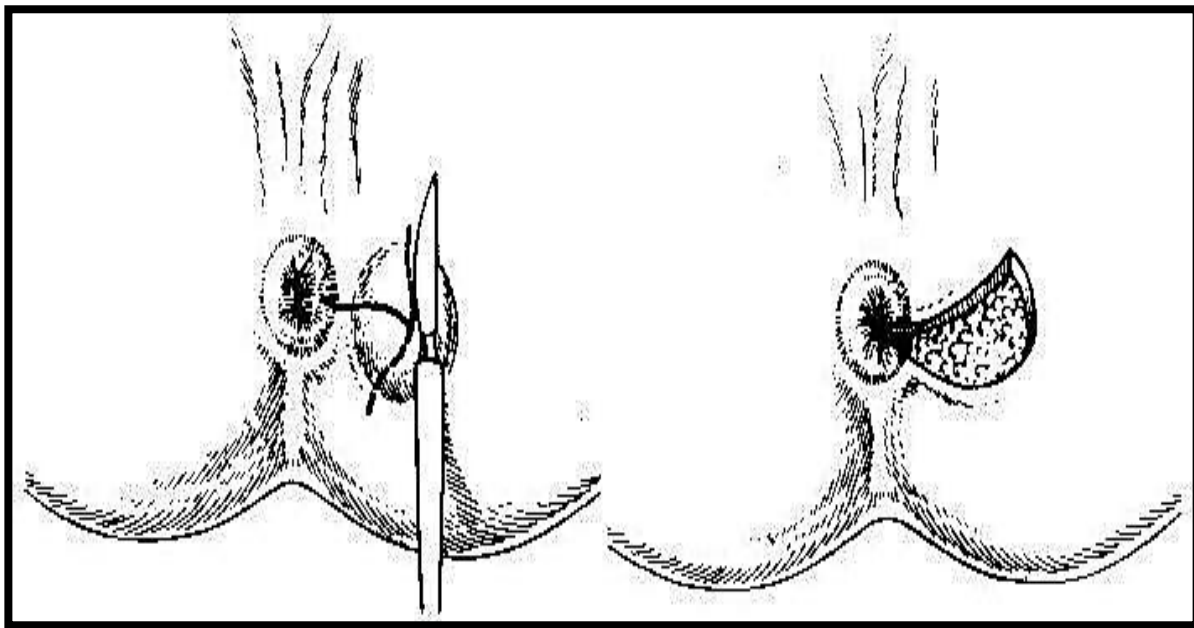
Вскрытие и дренирование подслизистого абсцесса по типу операции Габриэля.

- При этой форме парапроктита нужно всегда помнить о бережном отношении к волокнам сфинктера прямой кишки, предотвращая их травмирования и не превышая объем операции.

Разрезы при остром подкожно –подслизистом парапроктите.



Радиальный разрез по передней стенке абсцесса.

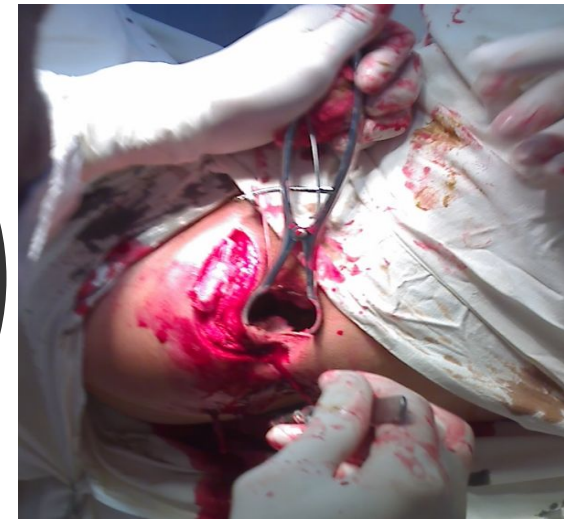


Эллипсовидная рана при вскрытии гнойника в перианальной области.

- ❑ **Выполнение одномоментной криптотомии позволяет предупредить местные воспалительные послеоперационные осложнения со стороны анального канала и предотвратить в последующем рецидивы болезни.**

Основные этапы операции при вскрытии перианального абсцесса в просвет прямой кишки.

- Выполняется полулунный разрез над абсцессом.
- Проведение желобоватого зонда в сторону просвета прямой кишки.
- Осмотр анального канала ректальным зеркалом.
- Рассечение перианальной кожи и слизистой анального канала в просвет кишки.

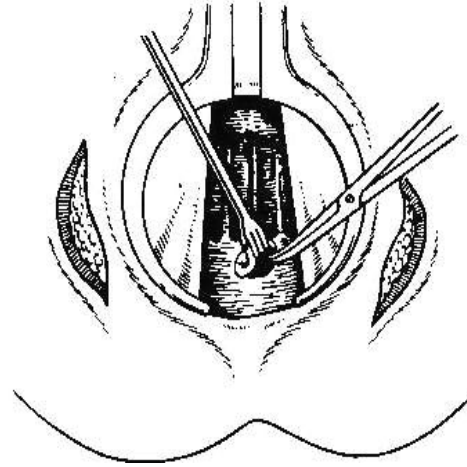


- Слизистую анального канала иссекают, таким образом, чтобы она приняла треугольную форму.
- Вершина раны должна находиться в анальном канале на месте удаленной пораженной крипты Морганьи, а основанием рана область кожно-перианального разреза.

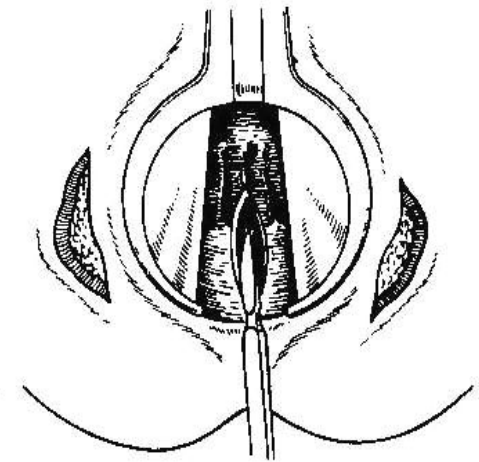
Радикальные операции при ишиоректальном и пельвиоректальном парапроктите

Основные этапы операции при остром тазово-прямокишечном парапроктите:

- осмотр гнойной полости в глубине;
- рассечение диафрагмы таза скальпелем в сагиттальном направлении сверху вниз;
- санация гнойной полости тазово-прямокишечного абсцесса раствором антисептиков;
- задняя сфинктеротомия на глубину в 1,2-1,5 см.



криптэктомия



дозированная задняя сфинктеротомия

Этапы операции при остром подковообразном парапроктите.

- Если гнойных ход идет через поверхностную порцию сфинктера, то при рассечение также возможно произвести данное пособие без каких-либо отрицательных последствий.
- С большой осторожностью при выполнении радикальной операции при остром парапроктите необходимо относиться к рассечению наружного сфинктера.

Основные этапы при остром ретроректальном парапроктите

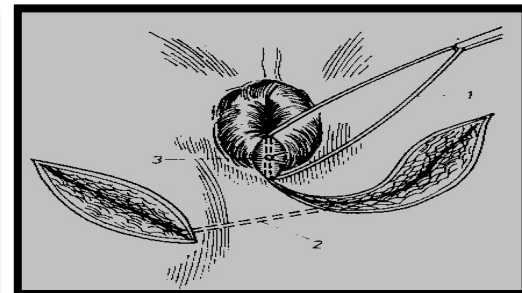
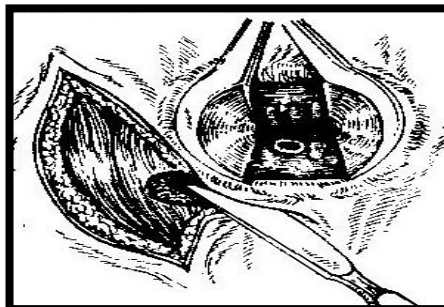
- Разрез справа или слева от анокопчиковой связки.
- Ревизия раны под контролем пальца в просвете кишки и рассечение раны в глубину абсцесса.
- Санация ретроректального абсцесса раствором антисептиков.
- Рыхлая мазевая тампонада раневой полости.



- Важно помнить, что если по задней полуокружности анального канала мышечные пучки сплетаются между собой по заднему шву, то по боковым сегментам наличия фиксации нет.
- После рассечения происходит расхождение пересеченного мышечного сегмента с образованием значительного диастаза между мышечной порцией наружного сфинктера с вытекающими последствиями после операции.
- С очень большой осторожностью нужно относиться и к рассечению мышц анального сфинктера по передней полуокружности у женщин, так как мышечный каркас у них развит слабее из-за индивидуальных особенностей анатомо-топографического строения.

Типичным способом обработки внутреннего отверстия считается лигатурный метод, который применяется при всех формах парапроктита и особенно когда гнойный ход располагается экстрасфинктерно.

- При наложении лигатуры , после операции лигатура поэтапно затягивают и она постепенно с охватом мышц наружного и внутреннего сфинктера передавливает их.
- При этом концы мышечных волокон сближаются с замещением тонкого рубца после прорезывания нитью волокон сфинктера, т.е. предотвращая возможность недостаточности сфинктера заднего прохода.



Схематическое изображение выполнения операции при остром парапроктите лигатурным методом:
1. проведение лигатуры через внутреннее свищевое отверстие; 2. гнойный свищевой ход; 3. наложенная лигатура.

- Лигатурный метод применяется при высоких, сложных и атипичных формах острого парапроктита.
- Лигатурный метод применяется и в тех исключительных случаях, когда нет четкой уверенности в локализации первичного очага воспаления, когда гнойно-воспалительные процессы не позволяют использовать другие методы по ликвидации внутреннего отверстия свища.

Тяжелые формы парапроктита, приводящие нередко к летальным исходам, протекают с преобладанием анаэробной флоры.

- Под термином «анаэробная инфекция» в клинике, как правило, подразумевают развитие газовой гангрены, вызванной спорообразующими микробами рода *Clostridium*.
- Частота встречаемости анаэробного парапроктита составляет 1,6-8,6%.



- Летальность у этой категории больных достигает 20-30%, а при генерализации процесса - даже 60 -80% [Воробьев Г.И., 1995; Акопян А. С. 2002; Федоров В. Д., Дульцев Ю.В. 1984.]



Nikolay Ivanovich Pirogov
(1810-1881)

Клиническая характеристика газовой гангрены была подробно описана в работах выдающихся хирургов XIX в. G. Daraitrane (1815) и Н.Н. Пирогова (1866).

Пусковым моментом патологического процесса при анаэробном парапроктите является выход высоковирулентной микрофлоры из просвета прямой кишки в окружающую параректальную клетчатку.

- Отсутствие своевременного адекватного хирургического лечения, слабый иммунный ответ макроорганизма с замедленным формированием ограничительного лейкоцитарного барьера приводят к бурному развитию анаэробной флоры, быстрому распространению инфекционного агента по межфасциальным пространствам с развитием выраженного отека тканей и с появлением симптомов общей интоксикации.
- Вследствие отека происходят вторичное расстройство микроциркуляции, венозный стаз, гипоксия, что в свою очередь запускает «патологический круг» дальнейшего развития некупируемого анаэробного гнойного процесса с образованием обширных флегмон.



Диагноз анаэробного парапроктита устанавливался на основании собственной клинической картины и у части пациентов - бактериологически и в лучших случаях точно подтверждаться микроскопией, газовой хроматографией.

Значимость своевременной диагностики и комплексного лечения острого анаэробного парапроктита с учетом развития обширных флегмон мягких тканей требует более агрессивной хирургической тактики в сочетании с комплексной консервативной терапией.



Диагноз до - после операции: Острый задний правосторонний трансфинктерный гнилостно-неклостридиальный анаэробный парапроктит, осложненный флегмоной промежности, ишиоректальной области, корня мошонки и мошонки.

Операция (экстренная) № (время 19 час 30 мин- 20 час 00 мин) - вскрытие и дренирование острого заднего трансфинктерного парапроктита в просвет прямой кишки с ликвидацией внутреннего отверстия, широкое вскрытие и дренирование гнилостно-неклостридиальной флегмоны промежности справа, корня мошонки и мошонки справа, дренирование левой мошонки.

Важность своевременной диагностики и комплексного лечения острого анаэробного парапроктита с учетом развития обширных флегмон мягких тканей требует более агрессивной хирургической тактики в сочетании с комплексной консервативной терапией.



Операци



7-10 день после

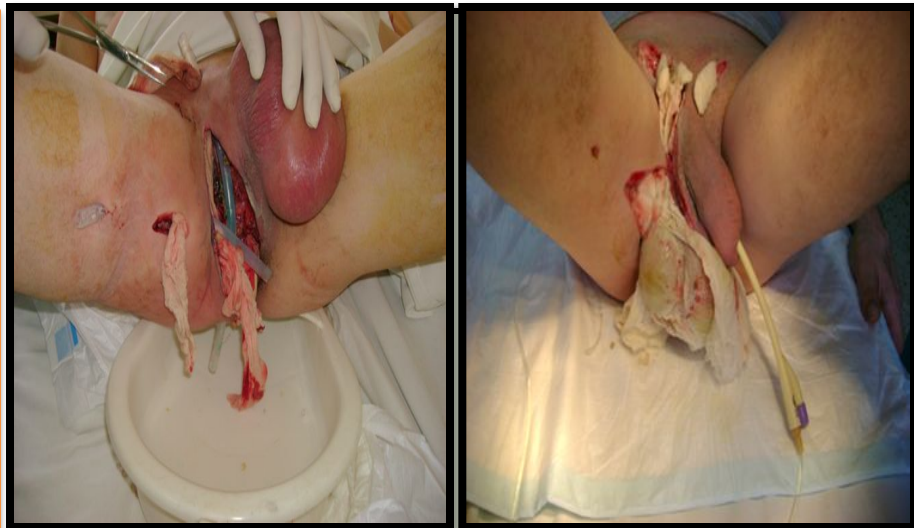


операции

- По ^Япоказаниям во время перевязок выполнять активную хирургическую санация - некрэктомия.
- Антибактериальную терапию широкого спектра действия начинать с первых суток с использованием цефалоспоринов 3-го и 4-го поколения, карбопенемов, метронидазола, в дальнейшем корректировать с учетом показанной микрофлоры и антибиотикограммы.
- Лечение должно включать массивную инфузионно-трансфузионную терапию.
- Больной должен изолирован в отдельную палату и иметь в распоряжении отдельную персональную перевязочную.

Во всех случаях анаэробного парапроктита нужно осуществлять широкое рассечение кожи над очагом поражения со вскрытием всех вовлеченных гнойно-некротических тканей, фасциальных мышечных пространств и их футляров.

- Необходимо надлежащим образом производить иссечение пораженных тканей, вскрытие дополнительных затеков и с наложением контраппертур.
- Тщательное промывание раневой поверхности антисептическими растворами.
- Активное дренирование гнойных полостей и затеков с использованием дренажно-поролоновой системы Соловьева.
- Ведение открытой раневой поверхности с рыхлой тампонадой с использованием мазей на гидрофильной основе и .
- Регулярно не менее 3-4 раз в день частые перевязки с орошением раневой поверхности растворами перекиси водорода, перманганата калия или озонированными антисептическими растворами.



Диагноз: Острый передней трансфинктерный гнилостно – некротический, неклостридиальный анаэробный парапроктит. Флегмона промежности с переходом на пахово-мошоночную область, внутреннюю поверхность в/з треть правого бедра. Сепсис.

□ Операция (время 22 час 50 мин-23 час-30 мин) – Вскрытие и дренирование острого переднего трансфинктерного парапроктита с ликвидацией внутреннего отверстия и перемещением (низведением) слизистой. Вскрытие и дренирование флегмоны пахово-мошоночной, бедренной поверхности справа.



**Безупречны знаменитые
слова В. Ф. Войно-Ясенецкого (Архиепископ Лука) :**

«На этом следует твердо настаивать. Вскрытие промежностных абсцессов и флегмон я считаю вполне неотложной операцией, так как они очень часто дают тяжелые осложнения; из них самое обычное — образование промежностных свищей, которые требуют оперативного лечения, иногда очень трудного, и не всегда заживают даже после радикальных операций.

Если свища и не остается после самостоятельно вскрывшегося или поздно вскрытого малым разрезом абсцесса, то рубец часто воспаляется, повторно образуются новые абсцессы на том же месте, что может повторяться до 5-6 раз.

Но хуже всего то, что при недостаточно раннем и активном лечении может остаться в седалищно-прямокишечной ямке хроническая гнойная полость, грозящая септициемией и амилоидозом внутренних органов ».

Благодарю за внимание!