

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

С. А. АЛЕКСЕЕВ, Ю. М. ГАИН, В. Г. БОГДАН

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТЫ

Учебно-методическое пособие



Минск 2007

УДК 616.352–007.253 (075.8)
ББК 54.13 я 73
А 47

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 31.01.2007 г., протокол № 5

Р е ц е н з е н т ы: зав. 2-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, проф. С. И. Третьяк; зав. каф. неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук, проф. Н. В. Завада

Алексеев, С. А.

А 47 Острый и хронический парапроктиты : учеб.-метод. пособие / С. А. Алексеев, Ю. М. Гаин, В. Г. Богдан. – Минск: БГМУ. 2007. – 16 с.

ISBN 978–985–462–688–8.

Изложены основные теоретические и практические вопросы, касающиеся этиопатогенеза, классификации, клиники, диагностики и лечения острого и хронического парапроктитов. Предназначено для курсантов (слушателей) военно-медицинского факультета.

УДК 616.352–007.253 (075.8)
ББК 54.13 я 73

Учебное издание

Алексеев Сергей Алексеевич
Гаин Юрий Михайлович
Богдан Василий Генрихович

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТЫ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск С. А. Алексеев
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 01.02.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 100 экз. Заказ 222.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

ISBN 978–985–462–688–8

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2007

Общее время занятия: 6 часов.

Мотивационная характеристика темы.

Гнойно-воспалительные процессы параректальной клетчатки и мягких тканей перианальной области составляют 20–40 % от всех болезней прямой кишки, встречающихся в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 60 лет). При этом заболевание чаще встречается у мужчин (7:3) и в 90 % случаев при неадекватном лечении, а также по ряду других причин, сопровождается образованием свищевых ходов и рубцово-воспалительных изменений в стенке кишки и мягких тканях промежности.

Цель занятия. На основании знаний анатомии, гистологии и физиологии прямой кишки изучить этиопатогенез, классификацию, клинику, современные методы диагностики и лечения острого и хронического парапроктитов.

Задачи занятия:

1. Закрепить знания по анатомии, гистологии и физиологии прямой кишки и анального канала.
2. Приобрести навыки оценки результатов клинических и специальных методов обследования больных с парапроктитами.
3. Усвоить основные этиологические факторы и патогенетические механизмы развития острого и хронического воспалений околопрямокишечной клетчатки и мягких тканей.
4. Изучить основные клинические проявления и дифференциальные особенности парапроктитов.
5. Освоить основные направления в лечении больных с острыми и хроническими парапроктитами.
6. Приобрести навыки ведения больных, оперированных по поводу острого и хронического парапроктитов в послеоперационном периоде.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо повторить из нормальной и топографической анатомии особенности строения прямой кишки и анального канала, их кровоснабжение, венозный и лимфатический отток, основные клетчаточные пространства таза.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Назовите основные отделы прямой кишки.
2. Что представляет собой наружный сфинктер анального канала?
3. В чем заключаются особенности кровоснабжения, венозного и лимфатического оттока из прямой кишки?
4. Чем представлены основные клетчаточные пространства таза?
5. Какова физиологическая роль прямой кишки?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Назовите основные клинико-анатомические особенности прямой кишки и анального канала.
2. Дайте определение и приведите основные этиопатогенетические особенности возникновения острого парапроктита.
3. Назовите классификационные признаки острого парапроктита по этиологическому фактору, активности воспаления, локализации абсцессов.
4. В чем заключаются местные и общие клинические проявления острого парапроктита?
5. Каковы особенности оперативных доступов и лечения различных форм острых парапроктитов?
6. Дайте определение хронического парапроктита и приведите его современную классификацию.
7. Приведите клинические проявления хронического парапроктита.
8. Каковы диагностические критерии хронического парапроктита, выявляемые при объективном и инструментальном исследованиях?
9. В чем заключается правило Goodsall, применяемое для возможного выявления свищевых ходов?
10. Каковы основные направления лечения хронического парапроктита?
11. Охарактеризуйте особенности проведения оперативных вмешательств при интерсфинктерных, трансфинктерных, супрасфинктерных и экстрасфинктерных свищах.
12. В чем заключаются особенности ведения больных с острым и хроническим парапроктитами в послеоперационном периоде?

Краткая историческая справка

Упоминания о гнойно-воспалительных заболеваниях параректальной клетчатки встречаются в трудах Галена, Цельса, Гиппократов, описавшие с учетом своего времени клинические проявления и способы лечения. При этом Гален рекомендовал полное иссечение параректальных свищей, Цельс — их рассечение, Гиппократ настаивал на раннем вскрытии гнойников и привел лигатурный способ лечения парапроктитов. Как самостоятельный раздел хирургии проктология выделилась в конце XIX века (G. Hermann, 1880; D. Goodsall, 1900). В дальнейшем важное значение в развитии аспектов проктологии сыграли исследования Wislow (значение инфицирования анальных желез в развитии острого заболевания), A. G. Parks, S. Goldberg, A. M. Аминева, А. Н. Рыжих (70–80 гг. XX в.), Ю. В. Дульцева, В. Д. Федорова, заложившие основы современных патогенетических подходов к лечению парапроктитов.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Прямая кишка представляет дистальный отдел ободочной кишки, расположенный в малом тазу и оканчивающийся анальным каналом в области промежности. Следовательно, 2 основных отдела — тазовый и промежностный — разделяются по границе прохождения мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*).

В области слизистой оболочки складки имеют различное направление: в анальном канале располагаются продольно и между ними размещаются анальные или морганиевые крипты, в каудальном направлении имеющие полулунные заслонки или клапаны.

Заднепроходной (анальный) канал имеет длину 2–4 см (от кожи до аноректальной, т. н. зубчатой линии) и представляет анатомическую область между наружным анальным отверстием и ампулой прямой кишки. В анальном канале располагающиеся циркулярно мышцы образуют внутренний сфинктер длиной 3–4 см и толщиной около 1 см, вокруг которого поперечно-полосатые мышцы промежности образуют «манжету» наружного сфинктера. Последний высотой 2,5–3,0 см представляет собой самую поверхностную мышцу промежности, в которую сверху между боковыми поверхностями входят волокна мышцы, поднимающей задний проход, которая затем циркулярно охватывает прямую кишку.

Кровоснабжение прямой кишки осуществляется за счет верхней прямокишечной артерии, парных средних прямокишечных артерий (отходят от внутренней подвздошной артерии) и нижней прямокишечной артерии (от внутренней половой артерии). Артериальные сосуды по отношению к стенке прямой кишки располагаются продольно.

Венозный отток от прямой кишки происходит как в нижнюю полую вену (из нижнего отдела), так и в воротную вену (от верхней части через нижне-брыжеечную вену). Различают 3 венозных сплетения: подкожное, располагающееся в области наружного сфинктера, подслизистое — в нижнем отделе в зоне продольных складок и подфасциальное — между собственной фасцией прямой кишки и мышечным слоем.

Лимфоотток из прямой кишки осуществляется в 5 основных коллекторов. Из верхних отделов лимфоотток осуществляется в крестцовые, подчревные лимфоузлы (из передне-верхних отделов) и лимфоколлекторы вдоль верхней прямокишечной артерии.

Иннервация прямой кишки осуществляется посредством постганглионарных волокон крестцовых симпатических сплетений (к внутреннему

сфинктеру) и промежностными ветвями полового нерва (к наружному сфинктеру).

К клетчаточным пространствам таза относят пристеночное, предпузырное, позадипрямокишечное, пельвиоректальное, седалищнопрямокишечное (основное пространство таза) и околوماتочное (у женщин образуется за счет средней трети пельвиоректального).

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Острый парапроктит — острый гнойно-деструктивный процесс, локализующийся в жировой клетчатке и мягких тканях, окружающих прямую кишку и анальный канал.

Этиопатогенез

Чаще встречается у мужчин (7:3) трудоспособного возраста (20–55 лет).

Основным этиологическим фактором является проникновение микробной флоры, чаще кишечной палочки, стрептококков, синегнойной палочки, неклостридиальных анаэробов, реже (1–3 %) специфических возбудителей — сифилиса, туберкулеза, актиномикоза в параректальную клетчатку.

Основные пути внедрения:

1) поступление инфекции из протоков анальных желез (Herman and Desfosses), локализующихся в интерсфинктерном пространстве и далее через проток у их основания (на уровне гребешковой линии), составляет около 90 % случаев;

2) посттравматический характер за счет локализованной пиодермии, травм промежности и прямой кишки, анальных трещин, геморроя;

3) гематогенно или лимфогенно за счет миграции воспаления из соседних органов таза.

Основной патогенез острого парапроктита заключается в развитии воспалительного процесса в одной из крипт, где формируется внутреннее (и зачастую нераспознанное в дальнейшем) отверстие свища. В последующем инфекция по протокам анальных желез проникает в параректальные клетчаточные пространства, откуда (при позднем или неадекватном лечении) распространяется на соседние клетчаточные пространства, верхние отделы таза (при разрушении фасции и волокон *m. levator ani*), на промежность с формированием свища.

Классификация острого парапроктита

1. По этиологическому признаку:
 - банальный (90 %);

- специфический (1–3 %);
 - посттравматический (5–7 %).
2. По активности воспаления:
- острый;
 - диффузно-инфильтративный;
 - вялотекущий (некротический).
3. По локализации абсцессов и инфильтратов (рис. 1):
- А. Интрасфинктерные формы:
- подслизистый;
 - подкожный.
- Б. Трансфинктерные формы:
- ишиоректальный;
 - пельвиоректальный;
 - позадипрямокишечный (ретроректальный);
 - атипичный.

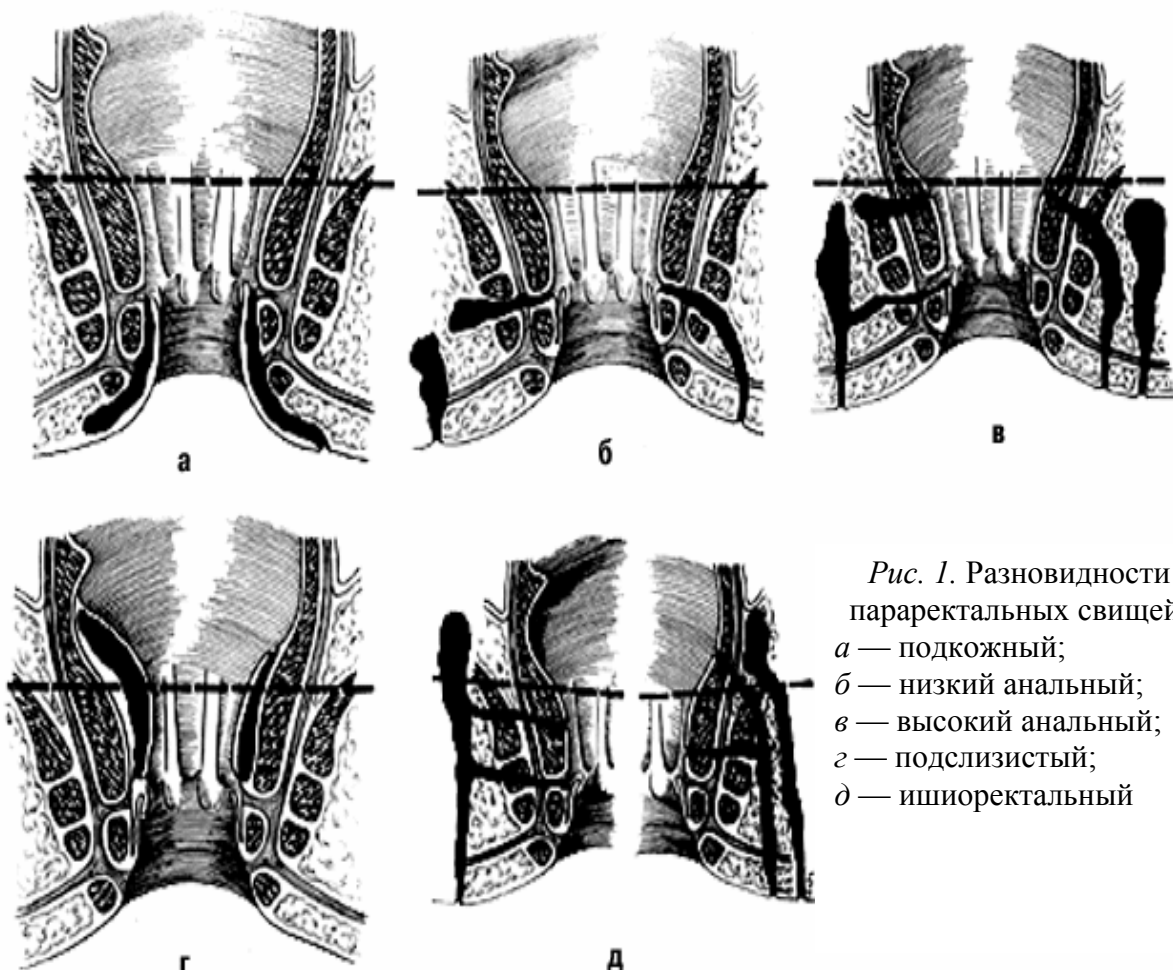


Рис. 1. Разновидности параректальных свищей:
а — подкожный;
б — низкий анальный;
в — высокий анальный;
г — подслизистый;
д — ишиоректальный

Особенности клиники и диагностики

Заболевание проявляется остро (после короткого продромального периода) в виде болей и дискомфорта в промежности, тазу, прямой кишке, усиливающихся при ходьбе, дефекации, положении сидя. Местно определяется отек, пастозность, гиперемия и болезненность тканей при пальпации, асимметрия ягодичных мышц. Из общих симптомов наблюдаются явления синдрома системного воспалительного ответа и эндогенной интоксикации: лихорадка с ознобом, головная боль, слабость, тахикардия, отсутствие аппетита.

В отдельных случаях (при высоком расположении абсцессов, малых объемах внутрисфинктерных образований или их пельвиоректальной локализации) важное значение имеет выполнение ректального и бимануального обследования, а также ректороманоскопии.

Диагностика острого парапроктита включает в себя наряду с осмотром, пальпацией тканей перианальной зоны, ректальным пальцевым исследованием и специальные методики: аноскопию и ректороманоскопию, а в сложных случаях — внутрианальное УЗИ, КТ, ЯМР-исследование.

Особенности лечения острого парапроктита

Заключаются в выполнении ряда условий:

- срочном оперативном лечении сразу же после подтверждения диагноза;
- обязательном микробиологическом исследовании гнойного экссудата для идентификации микрофлоры (в т. ч. и специфической) и определении ее чувствительности к антибиотикам;
- индивидуализации оперативного доступа, условий дренирования, некрэктомии в зависимости от локализации процесса;
- проведении предварительной антибактериальной терапии (во время премедикации) с последующим введением противобактериальных препаратов в течение 7–9 дней.

Лечение *подслизистого парапроктита* выполняется под спинномозговой или общей анестезией путем рассечения слизистой в месте ее максимального «выбухания» в просвет кишки, с последующим иссечением участка слизистой с вовлеченной криптой в виде треугольника (т. н. операция Габриэля).

Подкожный парапроктит вскрывают радиальным (реже полуовальным) разрезом над местом максимальной флюктуации тканей с иссечением наружной полоски воспаленной кожи перианальной области (для профилактики раннего склеивания краев раны). Через раневой канал и внутреннее отверстие свища в просвет кишки вводят желобоватый зонд Кохера, по которому и рассекается, а затем иссекается свищевой ход вместе со слизистой и воспаленной криптой.

Ишиоректальные и пельвиоректальные парапроктиты вскрывают разрезом в радиальном направлении (над местом центра очага флюктуации и гиперемии кожи на промежности) с предварительной ректороманоскопией для идентификации пораженной крипты и после предварительной пункции толстой иглой (т. н. разрез по игле). По ходу разреза выполняются дренирование зажимом и полное удаление некротизированных тканей ишиоректального (далее и пельвиоректального) пространства с рассечением трансфинктерного свища и последующим ушиванием волокон сфинктера редкими рассасывающими монофиламентными нитями, «Vicril 3,0», PDS и иссечением пораженной крипты. По зажиму в образованную полость вводятся ПХВ-дренажи для налаживания проточно-промывного дренирования либо тампоны с мазями на водорастворимой основе (тканевыми угольными сорбентами с импрегнированными антибиотиками).

Лечение **ретроректальных парапроктитов** выполняется путем радиального разреза по задней срединной линии с пересечением анально-копчиковой связки, расслаиванием подлежащих мягких тканей и вскрытием полости абсцесса. При **экстрасфинктерном** расположении свища выполняются некрэктомия и дренирование гнойной полости марлевыми турундами, содержащими водорастворимые мази, с последующим радикальным устранением свищевого хода в плановом порядке через 1–1,5 месяцев после выписки. При **трансфинктерных** свищах производят их иссечение вместе с пораженной криптой и редким ушиванием волокон рассеченной части сфинктера.

В ряде случаев (при ограниченных подкожных или поверхностных ишиоректальных парапроктитах с незначительным объемом гнойной полости и четкой идентификацией внутреннего свищевого хода) после рассечения и иссечения свищевого хода с причинной криптой, восстановления волокон пересеченного участка сфинктера возможно ушивание кожной раны после дренирования остаточной гнойной полости ПХВ-трубкой (для проведения активной аспирации по Редону либо проточно-промывного дренирования по Н. Н. Каншину).

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ

Заболевание, являющееся следствием перенесенного острого парапроктита (90 %), реже вторичных специфических процессов, и характеризуется наличием внутреннего (в прямой кишке) и наружного (на коже промежности) отверстий свищевого хода на фоне различной выраженности вторичных рубцово-воспалительных изменений стенки прямой кишки, анального канала и мягких тканей промежности.

Классификация хронического парапроктита (по А. G. Parks et al., 1976)

В настоящее время хронические парапроктиты подразделяются по следующим анатомическим особенностям, коррелирующим с выбором оперативной тактики:

1. Интерсфинктерные свищи:

- простые низкие;
- высокие наружные;
- высокие полные;
- высокие внутренние;
- сочетающиеся с параректальными абсцессами;
- вторичные вследствие заболеваний органов таза.

2. Транссфинктерные свищи:

- неосложненные;
- высокие наружные;
- высокие полные;
- высокие внутренние;
- сочетающиеся с параректальными абсцессами;
- вторичные вследствие заболеваний органов таза.

3. Супрасфинктерные свищи:

- неосложненные;
- высокие наружные;
- высокие полные;
- высокие внутренние;
- сочетающиеся с параректальными абсцессами;
- вторичные вследствие заболеваний органов таза.

4. Экстрасфинктерные свищи:

- вторичные прямокишечные;
- вторичные посттравматические;
- вторичные, связанные с аноректальными заболеваниями;
- вторичные, связанные с воспалительными заболеваниями таза.

Особенности клинического проявления хронического парапроктита

Хронический парапроктит характеризуется:

- периодическим или постоянным выделением гнояного содержимого из наружного свищевого хода;
- мацерацией кожи промежности вокруг свища;
- отеком тканей, болевыми ощущениями, повышением температуры, раздражительностью, бессонницей (в период обострения).

В 60 % случаев заболевание носит рецидивирующий характер, при котором обострения чередуются с периодами ремиссий, и сопровождается

развитием осложнений в тканях прямой кишки и соседних органов: пектинозом — рубцовой деформацией анального канала, малигнизацией свищей (0,2–0,4 % случаев).

Реже, в 40 % случаев, наблюдается торпидное течение процесса на фоне периодических скудных гнойных выделений из наружного свищевого хода.

Диагностические критерии хронического парапроктита

Диагноз хронического парапроктита устанавливается не только характерными жалобами на наличие гнойного свища в области промежности, но и на данных объективного и инструментального обследований:

- при осмотре: выявление свищевых гнойных ходов на коже промежности с участками мацерации вокруг;

- пальпации: наличие рубцовых деформаций, фиброзных тяжей и уплотненных участков в перианальной области, изменение тонуса внутреннего сфинктера анального канала (с наличием тех или иных изменений);

- зондировании: установление направления (в т. ч. и «разветвленность») свищевого хода, наличия в нем дополнительных полостей и расширений (применяется, как правило, в сочетании с ректальным пальцевым исследованием). При этом важное значение приобретает правило D. H. Goodsall (1900): в положении больного на спине анальный канал условно подразделяется во фронтальной плоскости на 2 полуокружности — переднюю и заднюю. При выявлении наружного отверстия спереди от условной линии во фронтальной плоскости, внутреннее отверстие свища открывается в передней полуокружности анального жома. Если наружное отверстие свища располагается кзади от фронтальной линии, то свищевой ход имеет изогнутое направление, и его внутреннее отверстие открывается в задней полуокружности. При расположении наружного отверстия переднего свищевого хода более чем в 3 см от ануса, внутреннее отверстие хода имеет изогнутое направление и также открывается в задней полуокружности (рис. 2).

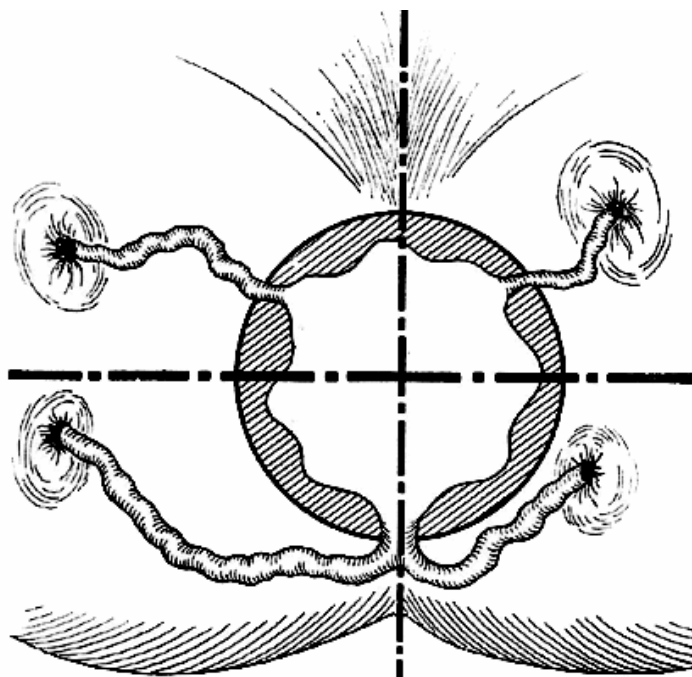


Рис. 2. Правило Goodsall

Все первичные отверстия, расположенные перед пунктирной линией, проведенной через середину ануса, имеют и вторичные отверстия спереди от этой линии. Если первичное отверстие позади обозначенной линии, то и вторичное отверстие будет позади. Передние свищи являются линейными, задние, как правило, имеют изогнутую линию. Исключение составляют передние свищи, располагающиеся более чем в 3 см от анальной складки, имеющие сложную разветвленную структуру и открывающиеся в задней полуокружности.

- фистулографии (в положении лежа на спине и в латеропозиции) с помощью водорастворимого контраста: выявление направления и разветвления ходов, наличия дополнительных полостей и затеков, определение локализации внутреннего свищевого хода;

- УЗ внутрианального сканирования и КТ (МРТ) исследований таза с предварительным контрастированием свищевых ходов (в особо сложных и трудных для диагноза случаях);

- ано- и ректороманоскопии: выявление внутреннего отверстия свища, наличие сопутствующих заболеваний и рубцовых деформаций.

Особенности хирургического лечения хронического парапроктита

Особенности сводятся к следующим положениям:

1. Полное иссечение свищевого хода (с предварительным его прокрашиванием или выше представленными методиками) и внутреннего свищевого отверстия с пораженной анальной криптой.

2. Вскрытие и иссечение дополнительных параректальных абсцессов, затеков, свищевых ходов.

3. Минимальная травматизация волокон наружного сфинктера прямой кишки.

4. Создание оптимальных условий для активного заживления ран перианальной области (в т. ч. профилактика рубцевания тканей и косметических визуальных дефектов).

Особенности хирургического лечения отдельных нозологических форм хронического парапроктита

1. Интерсфинктерные свищи.

Основной ход операции:

– выполняется прокрашивание свищевого хода (раствором бриллиантовой зелени или метиленового синего);

– по введенному в наружное отверстие свищевого хода желобоватому зонду Кохера (с контролем со стороны просвета прямой кишки) производится рассечение мягких тканей с ликвидацией «мостика» мягких тканей над зондом (рис. 3а, б);

– иссекается свищевой ход с наружным и внутренним отверстиями (в том числе и с пораженной анальной криптой и кожей в виде треугольника — операция Габриэля) (рис. 3в);

– дополнительно иссекаются и удаляются затеки и параректальные абсцессы;

– полости больших размеров (после иссечения затеков) дренируются по Редону или путем осуществления проточно-промывного дренирования по Н. Н. Каншину с ушиванием краев раны;

– постановка в прямую кишку мазевого марлевого тампона и газоотводной трубки на одни сутки (до первой перевязки).

2. Транссфинктерные свищи.

Ход операции:

– после прокрашивания свищевого хода и уточнения его расположения по отношению к сфинктеру с помощью введенного желобоватого зонда, выполняется пересечение мостика мягких тканей с частью волокон сфинктера — сфинктеротомия по Бобровой–Рыжих — при нахождении свища в дистальной части его волокон. Дальнейший ход операции существенно не отличается от хирургических вмешательств, выполняемых при интерсфинктерных свищах, за исключением случаев необходимости ушивания пересеченных краев волокон сфинктера отдельными монофиламентными рассасывающимися нитями (PGA, Vicril);

– при расположении свищевого хода в проксимальном отделе (по отношению к сфинктеру) свищевой ход иссекается до стенки прямой кишки и через его внутреннее отверстие проводится толстая шелковая нить, которая затем дозированно затягивается до полного обхвата сфинктера и мяг-

ких тканей промежности (т. н. лигатурная методика, предложенная Гиппократом). По мере проведения перевязок выполняется дозированное затягивание лигатуры до полного ее прорезывания сквозь мягкие ткани и порции сфинктера строго по средней линии, что восстанавливает его функцию (рис. 3г). Раневой процесс в этом случае протекает по типу вторичного натяжения в течение 1–1,5 месяцев.

3. Супрасфинктерные свищи.

Лечение данной нозологической формы практически не отличается от этапов операции, выполняемых при трансфинктерных свищах, за исключением обязательного дренирования остаточной ишиоректальной полости (с последующим дренированием по Редону или Н. Н. Каншину) и поэтажным ушиванием послеоперационной раны.

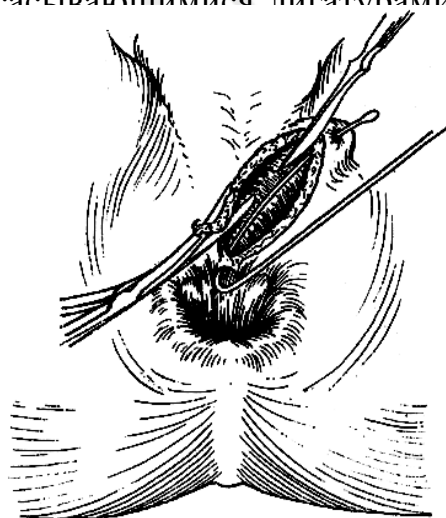
4. Экстрасфинктерные свищи.

Выполняются следующие разновидности вмешательств:

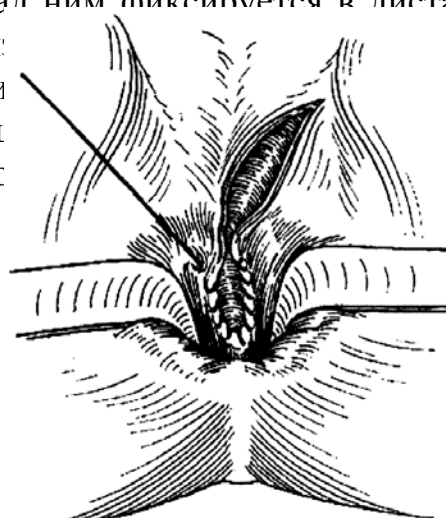
А. Комбинированное иссечение свищевого хода до стенки прямой кишки по методу Gabriel (1932) с дальнейшим проведением шелковой лигатуры и дозированным ее затягиванием в течение 1–1,5 месяцев (этапы те же, что и при операциях при трансфинктерных свищах).

Б. Иссечение свищевого хода с ушиванием мышечного дефекта (со стороны локализации внутреннего отверстия) и последующим пластическим перемещением на данное место слизистой прямой кишки (по методу Judd–Robles, Picot, реже А. М. Аминова, 1958). После предварительного прокрашивания свищевой ход выделяется в виде отобилизованного тяжа до стенки прямой кишки, где производится его отсечение у основания с последующим ушиванием двумя рядами швов (PGA, Vicril). Имеющиеся дополнительные ходы, затеки или гнойные полости в параректальной клетчатке иссекаются и дополнительно дренируются наружу. Со стороны прямой кишки над внутренним отверстием свища П-образно производят мобилизацию участка слизистой (1,5–2 см шириной и 3–4 см длиной). После иссечения внутреннего отверстия со слизистой, содержащую анальную крипту, образовавшийся дефект ушивается отдельными монофиламентными рассасывающимися лигатурами и над ним фиксируется в дистальном

направ-
лизистой
ПХВ-т
зевой т



били-
т уши
Кан
/ на с



т сли-
анием
ят ма-

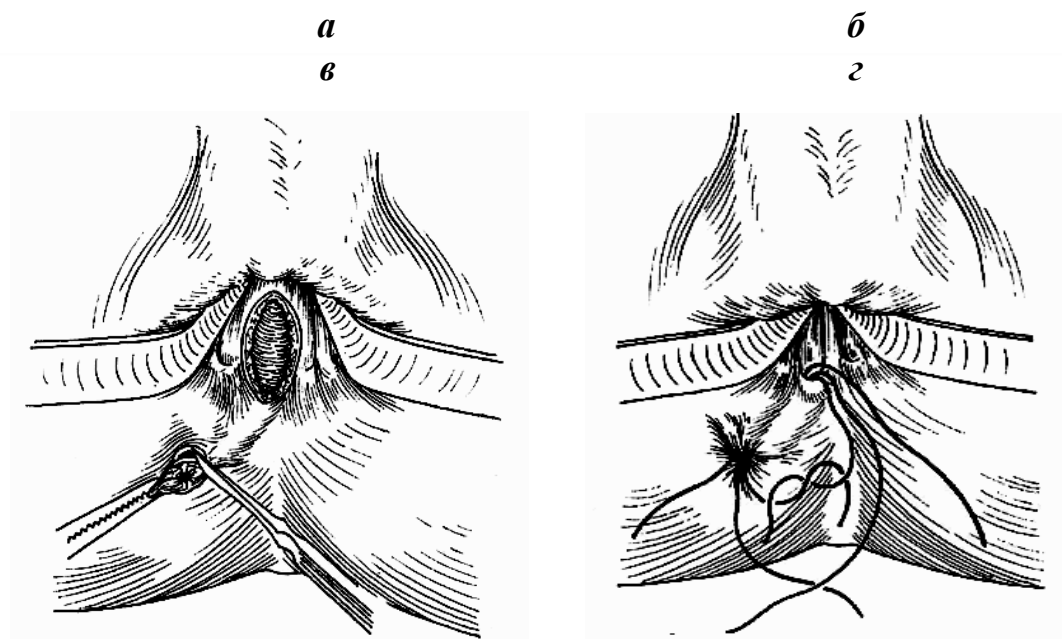


Рис. 3. Методики хирургического лечения хронического парапроктита

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ПАРАПРОКТИТАМИ

Ведение включает ряд особенностей:

- введение наркотических анальгетиков в течение первых 2–3 суток с переходом на ненаркотические средства (трамадол, кетанов) в течение 3–4 суток;
- удаление мазевого тампона и газоотводной трубки при первой перевязке (на следующие сутки после операции);
- при наличии дренированных гнойных полостей необходимо ежедневно менять марлевые турунды (предпочтение следует отдавать водорастворимым мазям, протеолитическим и фибринолитическим препаратам, углеволокнистым тканевым сорбентам);
- промывание ПХВ-трубок ежедневно фракционно не менее 6–8 раз в сутки с вакуумированием по Редону или путем постоянного проточно-промывного дренирования;
- назначение безшлаковой диеты (в течение 2 суток потребляется жидкость, в т. ч. минеральная вода, соки без сахара и мякоти, затем с 3-го дня — яйца, творог, шоколад, нежирное отварное мясо в сочетании с приемом растительного масла по 20–30 мл 3-кратно в день. Исключаются на 3–4 месяца пряности, алкогольные напитки, острые и копченые блюда, приправы;

– перевод на амбулаторное лечение проводится при поверхностных формах острого парапроктита на 3–5 сутки, с ишиоректальными — на 6–8 сутки, с пельвиоректальными и осложненными — на 14–16 сутки, при неосложненных интер- и трансфинктерных свищах — на 5–7 сутки, супра- и экстрасфинктерных — на 9–10 сутки после операции.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Хирургические инфекции* : рук-во / под ред. И. А. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, С. А. Шляпникова. СПб.: Питер. 2003. 864 с.
2. *Стручков, В. И.* Хирургические инфекции / В. И. Стручков, В. К. Гостищев, Ю. В. Стручков. М. 1991. 560 с.
3. *Ривкин, В. Л.* Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. М.: Медпрактика. 2001. 300 с.
4. *Федоров, В. Д.* Проктология / В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев. М.: Медицина. 1984. 384 с.

Дополнительная

5. *Хирургические болезни* / под ред. М. И. Кузина. М.: Медицина. 1995. 640 с.
6. *Дульцев, Ю. В.* Парапроктит / Ю. В. Дульцев, К. Н. Саламов. М.: Медицина. 1981. 208 с.
7. *Keighly, M. R.* Surgery of the Anus, Rectum and Colon / M. R. Keighly, N. S. Williams. London: W. B. Saunders. 1993.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы (С. А. Алексеев)	3
Краткая историческая справка (В. Г. Богдан)	4
Клинико-анатомические особенности прямой кишки и анального канала (В. Г. Богдан)	5
Острый парапроктит	6
Этиопатогенез (Ю. М. Гаин)	6
Классификация острого парапроктита (Ю. М. Гаин)	6
Особенности клиники и диагностики (Ю. М. Гаин)	7
Особенности лечения острого парапроктита (С. А. Алексеев)	8
Хронический парапроктит (В. Г. Богдан)	9
Классификация хронического парапроктита (В. Г. Богдан)	9
Особенности клинического проявления хронического парапроктита (В. Г. Богдан)	10
Диагностические критерии хронического парапроктита (Ю. М. Гаин)	10
Особенности хирургического лечения хронического парапроктита (Ю. М. Гаин)	12
Особенности хирургического лечения отдельных нозологических форм хронического парапроктита (С. А. Алексеев)	12
Ведение послеоперационного периода у больных с парапроктитами (В. Г. Богдан)	15
Литература	15