

Клинические рекомендации – Острый парапроктит – 2021-2022-2023 (25.06.2021) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: К61

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 185

По состоянию на 25.06.2021 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

ВЗК – воспалительные заболевания кишечника

ЗАПК – запирающий аппарат прямой кишки

КТ – компьютерная томография малого таза

МРТ – магнитно-резонансная томография органов малого таза

ОП – острый парапроктит

СЗП – свищ заднего прохода

ТРУЗИ – трансректальное ультразвуковое исследование

Термины и определения

Свищ заднего прохода (СЗП) – это патологический ход между анальным каналом и окружающими его тканями и/или органами и/или перианальной кожей.

Морганиевы крипты – это небольшие углубления между продольными складками слизистой (Морганиевыми колоннами), находятся непосредственно над гребешковой или зубчатой линией, располагающейся в верхнем отделе анального канала.

Анаэробный парапроктит – это парапроктит, вызванный клостридиями, отличается чрезвычайно тяжелым течением.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острый парапроктит (ОП) – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез [1-3]. Под термином ОП понимают острый гнойно-воспалительный процесс, причинами которого являются аэробные бактерии. Анаэробный парапроктит является отдельным жизненно опасным заболеванием, сопровождающимся высоким уровнем летальности, требующим совершенно иных диагностических и лечебных подходов, чем острый аэробный парапроктит и, в данных клинических рекомендациях, не рассматривается.

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Чаще всего в практике встречается криптогенный парапроктит (около 90%), реже встречаются парапроктиты как осложнение других заболеваний, таких как ВЗК, опухоли, кисты таза, тератомы, травмы и лучевые поражения. Развитие ОП обусловлено рядом предрасполагающих факторов: ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции, нарушения микроциркуляции, желудочно-кишечные расстройства, осложнения геморроя, трещин, криптита [1-3].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ОП является самым распространенным заболеванием в практике неотложной проктологии. Пациенты этой группы составляют около 1% всех госпитализированных в различные стационары хирургического профиля и 5% среди страдающих заболеваниями ободочной и прямой кишок [4, 5]. В целом, частота развития острого парапроктита составляет 16,1-20,2 на 100 тысяч населения [6, 7].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Коды по МКБ-10

Класс – Болезни органов пищеварения (XI).

Блок – Абсцесс заднего прохода и прямой кишки (K61).

Код:

K61.0 Анальный [заднепроходный] абсцесс

K61.1 – Ректальный абсцесс

K61.2 – Аноректальный абсцесс

K61.3 – Ишиоректальный абсцесс

K61.4 – Интрасфинктерный абсцесс

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По локализации поражения относительно анатомических образований:

а) подкожный;

б) подслизистый;

в) межмышечный;

г) ишиоанальный;

д) тазово-прямокишечный:

- пельвиоректальный;

- ретроректальный;

По локализации воспалительного очага по условному циферблату:

а) задний (с 4 до 8 часов условного циферблата)

б) передний (с 10 до 2 часов условного циферблата)

в) боковой (с 8 до 10 часов условного циферблата или с 2 до 4 часов условного циферблата)

г) подковообразный (при распространении воспаления более чем на одну зону из

указанных выше)

По характеру гнойного хода (при его интраоперационном выявлении):

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

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина зависит от выраженности, локализации и распространенности воспалительного процесса. При подкожном парапроктите образуется плотный инфильтрат в перианальной области с гиперемией кожи над ним, болезненный при пальпации, возможно с участком флюктуации. Боль усиливается при дефекации, в положении сидя, при кашле и ходьбе. Симптомы интоксикации отсутствуют.

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

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

Пельвиоректальный парапроктит имеет наиболее тяжелое течение, на первый план выходят симптомы интоксикации (недомогание, слабость, расстройство сна, выраженная потливость в ночное время, озноб, фебрильная температура, головные боли, головокружение). Боли нелокализованные в гипогастральной области. Неопределенная симптоматика в среднем продолжается до 12 суток, далее возникает дискомфорт и боли в анальном канале при дефекации, затруднение опорожнения, затруднение мочеиспускания, боли в нижней конечности на стороне ОП по ходу нервов. При пальпации у мужчин может чувствоваться позыв к мочеиспусканию вследствие прилегания инфильтрата к уретре [1, 8].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

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

При затруднениях при постановке диагноза дифференциальная диагностика проводится с такими заболеваниями как:

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

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

Принципы формирования диагноза.

При формулировке диагноза следует отразить локализацию воспалительного процесса.

Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

1. Острый передний подковообразный парапроктит.
2. Острый пельвиоректальный парапроктит.
3. Острый ретроректальный парапроктит.

2.1. Жалобы и анамнез

Характерные жалобы: дискомфорт и/или боли в области заднего прохода и промежности, усиливающиеся по мере прогрессирования воспалительного процесса, наличие воспалительного инфильтрата в мягких тканях перианальной области, промежности или ягодичной области, затруднение дефекации и/или мочеиспускания.

В анамнезе заболевания возможны:

- ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции,
- переохлаждение,
- сосудистые изменения вследствие сахарного диабета,
- желудочно-кишечные расстройства (запоры и/или диарея),
- криптит,
- предыдущие аноректальные или промежностные оперативные вмешательства [1, 7].

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОП в обязательном порядке проводить физикальное обследование в объеме:

- осмотр перианальной области на наличие гиперемии, отечности кожных покровов, исследование инфильтрата или флюктуации в пораженной области;
- осмотр крестцово-копчиковой и ягодичной областей на наличие гиперемии, отечности кожных покровов, исследование инфильтрата или флюктуации в пораженной области;
- пальцевое исследование прямой кишки [1, 7].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий. Клинический осмотр и пальцевое исследование прямой кишки проводят на гинекологическом кресле в положении как для литотомии или в колено-локтевом положении.

Стандартный клинический осмотр включает осмотр промежности и заднего прохода, следует сконцентрироваться на выявлении признаков воспаления, его выраженности и распространенности. Также могут быть обнаружены сопутствующие заболевания анального канала: анальная трещина, геморрой, свищ заднего прохода или выпадение прямой кишки.

При стандартном пальцевом исследовании возможно определить:

- локализацию воспаленной крипты (болезненность стенки) на стороне инфильтрата.
- выбухание стенки прямой кишки, боль, сглаженность складок на стороне поражения, повышение температуры в кишке;
- при позадипрямокишечной форме – выбухание в области задней стенки прямой кишки, а также усиление болей при давлении на копчик;
- при тазово-прямокишечном парапроктите – болезненность одной из стенок прямой кишки, инфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за ее пределами. В более поздних стадиях определяют утолщение стенки кишки, оттеснение ее извне, затем выбухание в просвет эластичного, иногда флюктуирующего, образования, над которым слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной. К концу первой недели заболевания воспалительный инфильтрат оттесняет стенку кишки и выбухает в ее просвет.

Если воспалительная инфильтрация ткани захватывает предстательную железу и мочеиспускательный канал, то пальпация их вызывает болезненный позыв на мочеиспускание [9].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

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

2.4. Инструментальные диагностические исследования

В большинстве случаев, для постановки диагноза острого парапроктита не требуется инструментальная диагностика. При нечеткой и нетипичной клинической картине, отсутствии четких границ распространения воспалительного процесса, невозможности определить очаг флюктуации при физикальном исследовании, при подозрении на пельвиоректальный и ретроректальный ОП, при наличии затеков, при подозрении на анаэробный парапроктит, при болезни Крона, на фоне стероидной терапии, при нейтропении, при противоопухолевой химиотерапии, а также с целью дифференциальной диагностики, пациент с острым парапроктитом нуждается в проведении инструментальных диагностических исследований [9-13]. Целесообразно выполнить аноскопию и/или ректороманоскопию для определения локализации пораженной крипты, а также для верификации внутритеночного распространения воспалительного процесса.

- Рекомендуется ультразвуковое исследование (трансанальное, трансректальное, трансперинеальное, трансвагинальное и транслабиальное у женщин), для оценки локализации и размеров гнойной полости, наличия дополнительных затеков, степени вовлеченности в воспалительный процесс стенки прямой кишки и запирающего аппарата прямой кишки, если в этом есть необходимость [9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: исследование проводится на аппаратах УЗИ, работающих в режиме реального времени и серой шкалы. Пациент при этом располагается в положении на спине, либо на боку. Информативность ультразвукового исследования достигает 90%. Преимуществами данной техники является низкая стоимость и быстрота исполнения.

- Рекомендуется МРТ органов малого таза при обширных затеках и высоком расположении гнойника и для дифференциальной диагностики [9-13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: МРТ дает возможность анатомической детализации, является бесконтактным методом обследования. К недостаткам метода относятся высокая стоимость, необходимость специалиста по МРТ и длительность в исполнении.

- КТ органов малого таза не рекомендуется для обследования пациента ввиду низкой чувствительности и специфичности [9-13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

2.5. Иные диагностические исследования

Микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого не является

обязательным методом диагностики, однако целесообразно для определения дальнейшей тактики лечения, для исключения анаэробной или иной специфической бактериальной флоры. Заключается в видовом исследовании микрофлоры гнойного очага для уточнения диагноза и проведения адекватной антибиотикотерапии. Забор материала производится в условиях операционной во время пункции гнойника [14].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Общие принципы лечения ОП

Основным методом лечения острого парапроктита является хирургический. Операция должна быть выполнена в ближайшие часы после верификации диагноза. Промедление с операцией не только ухудшает состояние пациента, но и отягощает прогноз, т.к. чревато опасностью распространения гнойного процесса по клетчаточным пространствам таза, разрушением мышечных структур ЗАПК, стенки прямой кишки, развитием сепсиса. Хирургическое лечение может быть как радикальным одномоментным, так и многоэтапным. Наиболее целесообразно разделение хирургического лечения ОП на несколько этапов. На первом из них производится вскрытие гнойника, на втором – отсроченные радикальные операции, после стихания воспалительных явлений [1, 11, 13, 15-20].

Цель операции – вскрытие и дренирование гнойника, поиск и, при возможности, ликвидация пораженной крипты и гнойного хода [1, 15-20].

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

Вид оперативного вмешательства зависит от локализации гнойника и распространенности воспалительного инфильтрата в окружающих тканях. Эффективность лечения при ОП составляет 98% [1, 15-20].

В подавляющем большинстве случаев рекомендовано хирургическое лечение, исключением является развитие парапроктита у пациентов с заболеваниями крови, лейкопенией. При этом основной метод лечения – парентеральная комбинированная антибиотикотерапия [21].

Антибиотикотерапия в периоперационном периоде целесообразна при значительной распространенности воспалительного процесса, при сепсисе, иммунодефицитных состояниях и заболеваниях, ВЗК. В обычной ситуации достаточного вскрытия ОП и полноценного дренирования, а дополнительное назначение антибиотиков при этом, не ускоряет выздоровление и не приводит к снижению частоты развития СЗП и рецидивов заболевания [21].

3.2. Вскрытие и дренирование острого парапроктита

- Рекомендуется вскрытие и дренирование всем пациентам при остром парапроктите [22-24].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий. Хорошие результаты лечения отмечаются более, чем в 70%. Частота ранних послеоперационных осложнений составляет 8,1% [22-24].

Вскрытие и дренирование подкожного и ишиоанального ОП.

Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, в центральной части гнойника,

рассекают кожу и подкожную клетчатку. Дренирование гнойника выполняется с таким расчетом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным. С этой целью кожную рану расширяют и дренируют.

Вскрытие и дренирование пельвиоректального ОП.

Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, отступя от края ануса не менее чем на 3 см, рассекают кожу, подкожную и ишиоанальную клетчатку. Продольным разрезом рассекают мышечную ткань диафрагмы таза. Эта манипуляция должна выполняться под визуальным контролем. Если ее не удастся произвести на глаз, расслаивание мышцы может быть осуществлено тупым путем – пальцем, браншами зажима или корнцангом. Дренирование гнойника выполняется с таким расчетом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным. Рану дренируют.

Вскрытие и дренирование ретроректального парапроктита.

Показания: гнойники, локализующиеся в ретроректальном пространстве.

Методика: производят разрез кожи по середине между проекцией верхушки копчика и задним краем анального отверстия, длиной до 5 см. Далее манипуляции выполняют тупым путем. Полость гнойника обследуют пальцем, при этом разъединяют соединительнотканые перемычки. После эвакуации гноя рану обсушивают и обрабатывают перекисью водорода. Край раны, прилегающий к стенке кишки, с помощью крючка отводят и хорошо экспонируют заднюю стенку анального канала, окруженного мышцами сфинктера. Операцию заканчивают дренированием ретроректального пространства.

Вскрытие и дренирование подковообразного парапроктита.

Методика: объем 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, ее рассекают по зонду. Точно так же поступают, если она располагается в пельвиоректальном пространстве. При этом пересекают заднепроходно-копчиковую связку. Рану дренируют.

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

- Рекомендуется пациентам после вскрытия ОП при четкой верификации пораженной крипты с транссфинктерным (захватывает более 30% сфинктера) или экстрасфинктерным расположением гнойного хода с целью лучшего дренирования и заживления ран, профилактики рецидива ОП и послеоперационных осложнений, подготовки к операции ликвидации СЗП иссечение пораженной крипты, проведение эластической дренирующей лигатуры [23].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).
Комментарий.

Методика: производят широкий полулунный разрез кожи на стороне поражения, затем после эвакуации гноя и обнаружения гнойного хода разрез продлевается до средней линии. Из просвета кишки производят окаймляющий разрез вокруг пораженной крипты с его продолжением по всей длине анального канала до соединения с углом промежностной раны. Узкой полоской иссекают выстилку анального канала и перианальную кожу. Через отверстие в месте удаленной крипты проводят эластический дренаж, один конец которого выводят из

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

3.4. Радикальные операции при остром парапроктите

- Рекомендуется пациентам после вскрытия ОП при четкой верификации пораженной крипты с интрасфинктерным и трансфинктерным (захватывает 30% и менее сфинктера) расположением гнойного хода [23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий. Пациентам с четкой верификации пораженной крипты с поверхностным (интрасфинктерным и трансфинктерным – захватывает 30% и менее сфинктера) расположением гнойного хода вскрытие и дренирование ОП с радикальной ликвидацией гнойного хода достоверно снижает вероятность рецидива ОП до 6%, формирования СЗП и необходимость повторной операции [23].

Методика: проводят ревизию анального канала с целью поиска пораженной крипты внутреннего свищевого отверстия. Для четкой визуализации гнойной полости и обнаружения пораженной крипты 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 рассекают гнойный ход в просвет кишки, иссекают пораженную анальную крипту.

3.5. Лечение ОП при нейтропении

Нейтропения существенным образом меняет клинику и течение инфекционных процессов в тканях. Формирование абсцессов в условиях нейтропении происходит редко, изменения в тканях чаще представляют собой воспалительные инфильтраты и некрозы [25-30]. ОП, развившийся на фоне гранулоцитопении, является тяжелым осложнением, что связано с высокой вероятностью сепсиса (30%) в условиях иммуносупрессии [28-29]

- Рекомендуется всем пациентам, страдающих нейтропенией, назначение эмпирических схем антибиотикотерапии, что позволяет остановить прогрессирование аноректальной инфекции и развитие сепсиса [26, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий. Целесообразно применение на первом этапе антибиотиков, проявляющих активность в отношении грамотрицательных бактерий, включая синегнойную палочку. Введение антибиотиков только внутривенное [30].

- Вскрытие и дренирование ОП рекомендовано при подтвержденном абсцессе или некрозе [25-30].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий. Хирургическое вмешательство должно быть проведено на фоне антибактериальной терапии под общим обезболиванием. Антибактериальная терапия должна быть продолжена в послеоперационном периоде до исчезновения признаков инфекции [30].

Пациенты с тяжелой формой нейтропении (абсолютным количеством нейтрофилов менее $1000 \times 10^9/\text{л}$) и/или отсутствием полостных образований в тканях более успешно лечатся только антибиотиками [25, 26, 30]. Прогноз зависит от клинической ситуации. Показатель летальности непосредственно связанный с перианальными инфекционными осложнениями среди онкогематологических пациентов в современных исследованиях

составляет менее 5% [25-28].

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

В послеоперационном периоде всем пациентам, перенесшим операцию по поводу острого парапроктита, необходимо регулярное выполнение перевязок, заключающихся в очищении ран растворами антисептиков и нанесении на раневую поверхность мазей до заживления раны и предотвращения раннего заживления кожных краев раны при сохранении воспалительного процесса в подлежащих тканях [22-24].

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

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

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.).

6. Организация оказания медицинской помощи

Лечение пациентов с острым парапроктитом проводится в условиях колопроктологического стационара или, при отсутствии такового, в условиях хирургического стационара. Оказание помощи пациентам ОП осуществляется врачами-колопроктологами, а при отсутствии таковых – врачами-хирургами. Госпитализация пациентов осуществляется в экстренном порядке.

Показание для госпитализации:

- подтвержденный диагноз острого парапроктита

Показания к выписке пациента:

- при стойком улучшении, когда пациент может без ущерба для здоровья продолжать лечение амбулаторно под наблюдением врача-колопроктолога или врача-хирурга;
- при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре;
- при необходимости перевода пациента в другое лечебное учреждение;
- по требованию пациента или его законного представителя;
- в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка стационара, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Отрицательно влияют на исход лечения:

1. Присоединение инфекционных осложнений.

2. Нарушение стула (диарея или запор).
3. Несоблюдение пациентом ограничений двигательной активности и физических нагрузок.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено вскрытие острого парапроктита	1	A
2	Вскрытие и дренирование острого парапроктита у пациентов с нейтропенией только при подтвержденном абсцессе или некрозе	4	C

Список литературы

1. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. Литтерра, 2012; 596.
2. Gosselink MP, van Onkelen RS, Schouten WR. The cryptoglandular theory revisited. *Colorectal Dis.* 2015; 17: 1041-1043.
3. Sugrue J, Nordenstam J, Abcarian H, et al. Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: a systematic review. *Tech Coloproctol.* 2017; 21(6): 425-432. doi: 10.1007/s10151-017-1645-5
4. Pearce, L., Newton, K., Smith, S.R., Barrow, P., Smith, J., Hancock, L., Kirwan, C.C., Hill, J. and (2016), Multicentre observational study of outcomes after drainage of acute perianal abscess. *Br J Surg*, 103: 1063-1068. doi: 10.1002/bjs.10154
5. Болквандзе Э.Э. Сложные формы острого парапроктита. Обзор литературы. *Колопроктология*, 2009; 27 (1): 38-46.
6. Sahnun K, Askari A, Adegbola SO, Tozer PJ, Phillips RKS, Hart A, et al. Natural history of anorectal sepsis. *Br J Surg.* 2017; 104(13): 1857 – 65. <https://doi.org/10.1002/bjs.10614>
7. Adamo K, Sandblom G, Brannstrom F, Strigard K (2016) Prevalence and recurrence rate of perianal abscess – a population based study, Sweden 1997-2009. *Int J Color Dis* 31: 669-673
8. Vasilevski 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. Téoule P, Seyfried S, Joos A, Bussen D, Herold A. Management of retrorectal supralelevator abscess-results of a large cohort. *Int J Colorectal Dis.* 2018; 33(11): 1589-1594. doi: 10.1007/s00384-018-3094-7
10. Maconi G, Greco MT, Asthana AK. Transperineal ultrasound for perianal fistulas and abscesses – a systematic review and meta-analysis. *Transperinealer Ultraschall bei perianalen Fisteln und Abszessen – Systematischer Überblick und Metaanalyse. Ultraschall Med.* 2017; 38(3): 265-272. doi: 10.1055/s-0043-103954
11. Amato, A., Bottini, C., De Nardi, P. et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: SICCRC position statement. *Tech Coloproctol* 24, 127-143 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10151-019-02144-1>
12. Nuernberg D, Saftoiu A, Barreiros AP, et al. EFSUMB Recommendations for Gastrointestinal Ultrasound Part 3: Endorectal, Endoanal and Perineal Ultrasound. *Ultrasound Int*

Open. 2019; 5(1): E34-E51. doi: 10.1055/a-0825-6708

13. E. J. de Groof, V. N. Cabral, C. J. Buskens Systematic review of evidence and consensus on perianal fistula: an analysis of national and international guidelines. *Colorectal Disease*, 2016; 18: 119-134

14. Toyonaga T, Matsushima M, Tanaka Y. et al. Microbiological analysis and endoanal ultrasonography for diagnosis of anal fistula in acute anorectal sepsis. *Int J Color Dis*; 2007; 22: 209-213

15. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2016; 59(12): 1117-1133. doi: 10.1097/DCR.0000000000000733

16. Ommer A, Herold A, Berg E, et al. German S3 guidelines: anal abscess and fistula (second revised version). *Langenbecks Arch Surg*. 2017; 402(2): 191-201. doi: 10.1007/s00423-017-1563-z

17. Yamana T. Japanese Practice Guidelines for Anal Disorders II. Anal fistula. *J Anus Rectum Colon*. 2018; 2(3): 103-109. Published 2018 Jul 30. doi: 10.23922/jarc.2018-009

18. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD; Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54(12): 1465-1474. doi: 10.1097/DCR.0b013e31823122b3

19. Pearce, L., Newton, K., Smith, S.R., Barrow, P., Smith, J., Hancock, L., Kirwan, C.C., Hill, J. and (2016), Multicentre observational study of outcomes after drainage of acute perianal abscess. *Br J Surg*, 103: 1063-1068. doi: 10.1002/bjs.10154

20. Abcarian H., Anorectal Infection: Abscess-Fistula, *Clin Colon Rectal Surg*, 2011; 24 (1): 14-21.

21. **Sözener** U, Gedik E, Kessaf Aslar A, Ergun H et al (2011) Does adjuvant antibiotic treatment after drainage of anorectal abscess prevent development of anal fistulas? A randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter study. *Dis Colon rectum* 54: 923-929.

22. Internal dressings for healing perianal abscess cavities (Review) Copyright (C) 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

23. Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Art. No.: CD006827. DOI: 10.1002/14651858.CD006827.pub2.

24. Galanis I, Chatzimavroudis G, Christopoulos P, Makris J (2016) Prospective Randomized Trial of Simple Drainage vs. Drainage and Initial Fistula Management for Perianal Abscesses. *J Gastrointest Dig Syst* 6: 382. doi: 10.4172/2161-069X.1000382

25. Badgwell BD, Chang GJ, Rodriguez-Bigas MA, et al. Management and outcomes of anorectal infection in the cancer patient. *Ann Surg Oncol*. 2009; 16: 2752-2758.

26. **Büyükaşık** Y, Ozcebe OI, Sayinalp N, et al. Perianal infections in patients with leukemia: importance of the course of neutrophil count. *Dis Colon Rectum*. 1998; 41: 81-85.

27. Штыркова С.В., Клясова Г.А., Данишян К.И., Гемджян Э.Г., Троицкая В.В., Карагюлян С.Р. Перианальная инфекция у больных гемобластозами: факторы риска и возможности профилактики. *Терапевтический архив*. 2016; 7: 72-77. doi: 10.17116/terarkh201688772-77

28. Morcos B., Amarin R., Abu Sba A., Al-Ramahi R., Abu Alrub Z., Salhab M. Contemporary management of perianal conditions in febrile neutropenic patients. *Eur. J. Surg. Oncol*. 2013; 39(4): 404 – 7. doi: 10.1016/j.ejso

29. Solmaz S, Korur A, **Gereklioglu Ç**, Asma S, **Büyükkurt N**, Kasar M, Yeral M, **Kozanoğlu İ**, **Boğa C**, **Ozdoğu H**. Anorectal Complications During Neutropenic Period in Patients with Hematologic Diseases. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2016 Mar 1; 8(1): e2016019. doi: 10.4084/MJHID.2016.019. eCollection2016.PMID: 26977278

30. Штыркова С.В., Клясова Г.А., Карагюлян С.Р., Гемджян Э.Г., Данишян К.И. Особенности перианальных инфекционных осложнений у больных гранулоцитопенией и опухолевыми заболеваниями системы крови. Колопроктология. 2020; т. 19, N 4, с. 10-31.

31. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-4-10-31>

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

№	Ф.И.О.	Ученая степень	Ученое звание	Профессиональная ассоциация
1.	Алиев Фуад Шамильевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
2.	Васильев Сергей Васильевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
3.	Веселов Алексей Викторович	К.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
4.	Грошили Виталий Сергеевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
5.	Егоркин Михаил Александрович	Д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
6.	Ильканич Андрей Яношевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
7.	Кашников Владимир Николаевич	Д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
8.	Костенко Николай Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
9.	Кузьминов Александр Михайлович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
10.	Москалев Алексей Игоревич	К.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
11.	Муравьев Александр Васильевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
12.	Нечай Игорь Анатольевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
13.	Попов Дмитрий Евгеньевич	К.м.н.	Доцент	Ассоциация

				колопроктологов России
14.	Титов Александр Юрьевич	Д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
15.	Фролов Сергей Алексеевич	Д.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
16.	Шельгин Юрий Анатольевич	Д.м.н.	Академик РАН, профессор	Ассоциация колопроктологов России
17.	Штыркова Светлана Витальевна	К.м.н.		Ассоциация колопроктологов России

Все члены рабочей группы являются членами ассоциации колопроктологов России.
Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи колопроктологи
2. Врачи хирурги
3. Врачи гастроэнтерологи
4. Врачи терапевты
5. Врачи общей практики (семейные врачи)
6. Врачи эндоскописты
7. Медицинские работники со средним медицинским образованием
8. Организаторы здравоохранения
9. Врачи-эксперты медицинских страховых организаций (в том числе при проведении медико-экономической экспертизы)
10. 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 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа

2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УРР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УРР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются

	согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР (клинических рекомендаций) но не чаще 1 раз в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

- 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;

- 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;

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

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

- Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификации и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы";

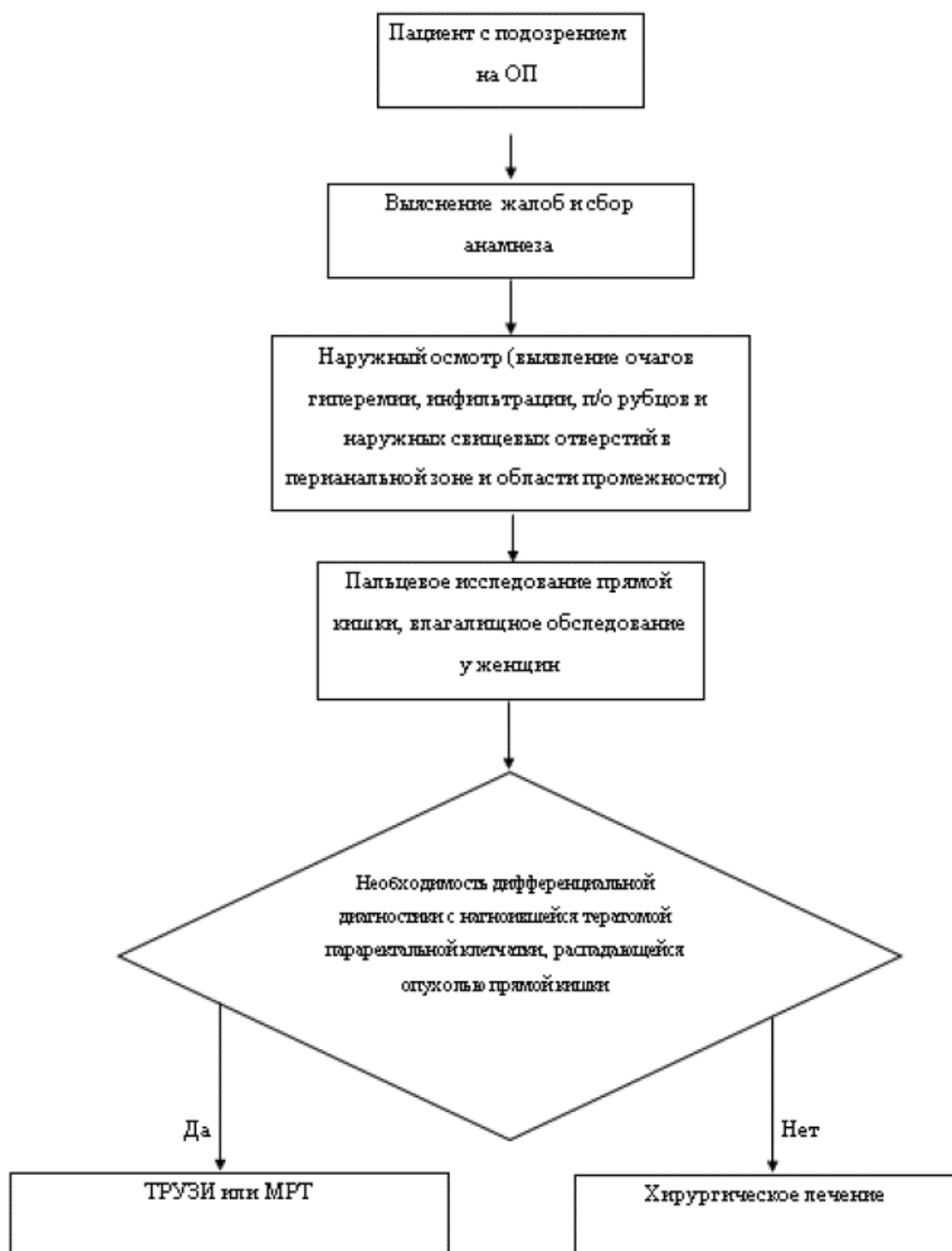
Примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду Федеральный закон N 178-ФЗ от 17.07.1999, а не 17.07.1990.

- Федеральный закон от 17.07.1990 N 178-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 08.12.2010 N 345-ФЗ, от 01.07.2011 N 169-ФЗ, от 28.07.2012 N 133-ФЗ, от 25.12.2012 N 258-ФЗ, от 07.05.2013 N 99-ФЗ, от 07.05.2013 N 104-ФЗ, от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ) "О государственной социальной помощи".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

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

По названиям этих пространств именуется и форма острого парапроктита – подслизистый, подкожный, ишиоанальный, пельвиоректальный (тазовопрямокишечный), 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, причем 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, причем с одной стороны абсцесс может быть подкожным, а с другой ишиоанальным и т.п. Чаще всего, более чем у половины всех пациентов, 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 (ишиоанальных, 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) ишиоанальном, пельвиоректальном или ретроректальном ОП общее состояние пациента может быть тяжелым (высокая лихорадка, все признаки интоксикации, боли в глубине таза), а местные изменения подчас оказываются мало демонстративными.

Нередко после вскрытия ОП развиваются свищи заднего прохода.

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

После вскрытия гнойника лучше впоследствии в плановом порядке, в колопроктологической клинике выполнить квалифицированно операцию по поводу СЗП, чем

пытаться любым путем одновременно радикально прооперировать острый парапроктит, не думая о будущей функции запирающего аппарата.

Полное выздоровление наступает при своевременном хирургическом лечении. В случае недостаточного дренирования, при отсутствии лечения, при хронической инфекции в качестве последствия парапроктита образовывается свищевой ход.

Иногда свищевые ходы способствуют распространению воспаления в труднодоступные места малого таза. Как результат – инфекцию становится невозможно устранить 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 СЗП. Немаловажным фактором в предупреждении недуга является нормализация деятельности кишечника.

Приложение Г1-ГН

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Нет.

Новые, изданные в 2020-2021 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.