Острый парапроктит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K61, K61.0, K61.1, K61.2, K61.3, K61.4 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"

Острый парапроктит — острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением гнойно-воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез. Основной причиной является смешанная кишечная микрофлора, чаще представленная аэробными микроорганизмами. Рекомендация посвящена диагностике и лечению аэробного ОП; анаэробный парапроктит в ней не рассматривается.

Главное

- Диагноз устанавливают прежде всего клинически; в большинстве случаев инструментальные исследования не нужны. При нетипичной картине или неясных границах воспаления используют УЗИ, а при подозрении на высоко расположенный абсцесс или обширные затёки — МРТ.
- Основной метод лечения — операция. Её выполняют в ближайшие часы после верификации диагноза; цель — вскрыть и дренировать абсцесс, а при возможности устранить поражённую крипту и гнойный ход.
- Всем пациентам с диагностированным ОП показаны вскрытие и дренирование абсцесса (УУР А, УДД 2). Если поражённую крипту достоверно определить не удалось, ограничиваются вскрытием и дренированием абсцесса.
- Тактика зависит от отношения гнойного хода к сфинктеру: при интрасфинктерном или транссфинктерном ходе с захватом менее 30% порции наружного сфинктера выполняют радикальное иссечение хода в просвет кишки (УУР А, УДД 2).
- При чётко установленной поражённой крипте и транссфинктерном ходе с захватом более 30% сфинктера либо экстрасфинктерном ходе после вскрытия выполняют иссечение крипты и проводят эластическую дренирующую лигатуру (УУР С, УДД 5).
- Системные антибиотики в периоперационном периоде нужны при распространённом воспалении, сепсисе, иммунодефицитных состояниях и заболеваниях. Для взрослых УУР В, для детей УУР С.
- После операции необходимы регулярные перевязки с обработкой ран антисептиками и нанесением противовоспалительных или ранозаживляющих мазей до эпителизации; важно не допускать раннего слипания кожных краёв при сохраняющемся воспалении (УУР В, УДД 2).

Диагностика

1. Уточнить боли или дискомфорт в заднем проходе и промежности, припухлость, затруднение дефекации или мочеиспускания, локальное повышение температуры кожи и возможные боли внизу живота. Собрать сведения об иммунодефиците, диабете, запорах или диарее, криптите, анальной трещине и прежних аноректальных операциях.
2. Осмотреть и пальпировать перианальную, крестцово-копчиковую и ягодичную области, оценить распространённость воспаления и выполнить трансректальное пальцевое исследование (УУР С, УДД 5). При исследовании ищут болезненность крипты, выбухание или инфильтрацию стенки прямой кишки и признаки глубоких форм ОП.
3. Назначить лабораторные исследования для выявления сопутствующих заболеваний и состояний; специфического лабораторного теста для ОП нет. При обширном воспалении в общем анализе крови возможен лейкоцитоз.
4. При неясной или нетипичной клинической картине либо неопределённых границах воспаления выполнить трансректальное УЗИ прямой кишки или УЗИ мягких тканей (УУР С, УДД 5). Трансректальное исследование оценивает размеры и расположение полости, вовлечение стенки кишки и сфинктерного аппарата.
5. МРТ органов малого таза показана при неясной или нетипичной картине, неустановленных границах воспаления, подозрении на обширные затёки или высокое расположение абсцесса (УУР В, УДД 3). Детям с ОП не рекомендуется проводить трансректальное УЗИ из-за несоответствия размеров датчика и анального канала (УУР С, УДД 5).

6. При дифференциальной диагностике исключают гнойные заболевания кожи промежности и ягодичной области, бартолинит, пресакральные кисты с воспалительным компонентом, травмы, тератомы, анаэробный парапроктит, опухоли прямой кишки, болезнь Крона или язвенный колит, осложнённые абсцессом, дивертикулярную болезнь, осложнённую абсцессом, и осложнения лучевой терапии.

Лечение

- После верификации диагноза выполнить хирургическое лечение в ближайшие часы. Вид вмешательства выбирают по локализации абсцесса и распространённости инфильтрата.
- При диагностированном ОП вскрыть и дренировать абсцесс (УУР А, УДД 2). Дренирование проводят так, чтобы в глубине раны не оставался карман и сохранялся достаточный отток.
- При чётко установленной поражённой крипте и интрасфинктерном либо транссфинктерном ходе с захватом менее 30% наружного сфинктера иссечь свищевой ход в просвет кишки и удалить поражённую крипту (УУР А, УДД 2).
- При транссфинктерном ходе с захватом более 30% сфинктера или экстрасфинктерном ходе после вскрытия иссечь поражённую крипту и провести через неё и кожную рану эластическую дренирующую лигатуру (УУР С, УДД 5). Лигатуру не следует удалять до формирования консолидированного свища.
- Системные антибиотики назначить в периоперационном периоде при значительном распространении воспаления, сепсисе, иммунодефицитных состояниях и заболеваниях; для взрослых — УУР В, уровень достоверности доказательств 1, для детей — УУР С, уровень достоверности доказательств 4.
- При нейтропении назначить эмпирические антибиотики внутривенно с активностью против грамотрицательных бактерий, включая синегнойную палочку (УУР С, УДД 4). При подтверждённом абсцессе или некрозе выполнить вскрытие и дренирование под общим обезболиванием на фоне антибактериальной терапии; антибиотики продолжать до исчезновения признаков инфекции.
- При тяжёлой нейтропении с абсолютным числом нейтрофилов менее 1000х10 9/л и отсутствии абсцесса более успешно применяют только антибактериальную терапию.
- После операции выполнять регулярные перевязки с антисептической обработкой и нанесением противовоспалительных или ранозаживляющих мазей до эпителизации раны (УУР В, УДД 2).

Когда направить и как наблюдать

- Подтверждённый ОП — показание к экстренной госпитализации для операции в ближайшие часы. Лечение проводят в специализированном колопроктологическом стационаре, а при его отсутствии — в хирургическом.
- При подкожном или подслизистом абсцессе возможно лечение в дневном, круглосуточном стационаре или стационаре краткосрочного пребывания, если нет общей интоксикации, декомпенсации сопутствующих заболеваний, нейтропении и верифицированной болезни Крона.
- После выписки в период заживления раны пациенту целесообразно находиться под наблюдением колопроктолога, хирурга или детского хирурга.
- Выписка возможна при стойком улучшении и возможности продолжить лечение амбулаторно под наблюдением специалиста, а также при отсутствии показаний к дальнейшему стационарному лечению.

Частые вопросы

Нужно ли делать МРТ каждому пациенту с острым парапроктитом?

Нет. В большинстве случаев достаточно клинического обследования. МРТ органов малого таза проводят при нетипичной или неясной картине, неустановленных границах воспаления, подозрении на обширные затёки или высоко расположенный абсцесс; УЗИ используют при аналогичной неопределённости.

Можно ли лечить острый парапроктит только антибиотиками?

Основное лечение — хирургическое вскрытие и дренирование абсцесса. Антибиотики добавляют при распространённом воспалении, сепсисе, иммунодефицитных состояниях и заболеваниях.

Когда после вскрытия абсцесса выполняют радикальную операцию?

При чётко выявленной поражённой крипте и интрасфинктерном либо транссфинктерном ходе с захватом менее 30% наружного сфинктера иссекают ход в просвет кишки.

Что делать при нейтропении и подозрении на парапроктит?

Назначить эмпирические внутривенные антибиотики с активностью против грамотрицательных бактерий, включая синегнойную палочку. При подтверждённом абсцессе или некрозе выполнить вскрытие и дренирование; при тяжёлой нейтропении без абсцесса применяют антибактериальную терапию.

Когда пациента можно вести в дневном стационаре?

Это возможно при подкожной или подслизистой локализации абсцесса, если отсутствуют общая интоксикация, декомпенсация сопутствующих заболеваний, нейтропения и верифицированная болезнь Крона.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/185-ostryj-paraproktit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/185_3