

Міністерство охорони здоров'я України

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Кафедра хірургії №1

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова Вченої Ради ФПДО
Декан доц. Січкоріз О.Є.

«13» грудня 2018 року

ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ПАРАПРОКТИТ

Методичні рекомендації
для студентів старших курсів медичних університетів
інтернів, слухачів циклу «Спеціалізація», ПАЦ,ТУ
зі спеціальності «Проктологія»

Затверджено на методичній комісії
Засіданні кафедри хірургії №1
Протокол №__ від _____
Завідувач кафедри

Обговорено та затверджено на
ФПДО протокол №1 від 13.12.2018р.
Голова методичної комісії ФПДО

Затверджено на засіданні методичної комісії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 4 від 13 грудня 2018 року)

Навчально-методичні рекомендації підготували викладачі кафедри хірургії № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького:
кандидат медичних наук, доцент **Лозинський Юрій Сильвестрович**, асистент **Леошик Олексій Вячеславович**, **Лозинська Любов Юріївна**

За редакцією завідувача кафедри хірургії № 1, доктора медичних наук, професора **Лукавецького Олексія Васильовича**

Рецензенти:

- **Кобза Ігор Іванович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
- **Андрющенко Віктор Петрович** - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Відповідальний за випуск перший проректор з науково-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Гжегоцький Мечислав Романович**.

ЗМІСТ

Вступ. Актуальність теми.....	4
Гострий парапроктит: етіологія, класифікація та лікування.....	5
Хронічний парапроктит: етіологія, класифікація, диференціальний діагноз та лікування.....	7
План та організаційна структура заняття.....	9
Матеріали методичного забезпечення.....	10
Список літератури.....	12

I. ВСТУП. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Гострий та хронічний парапроктит (нориці прямої кишки) є одними з найпоширеніших нозологій в проктологічних стаціонарах, а відтак частка операційних втручань може досягати 60-70 % від усіх втручань. Найчастіше зустрічається патологія у віці від 20 до 60 років, чоловіки хворіють частіше, ніж жінки. Виважені покази до операційного втручання, знання анатомії та вибір правильної хірургічної тактики дозволяють знизити число рецидивів та ускладнень, на перший погляд, нескладних нозологій.

II. Мета заняття

1. Ознайомитися з етіологією та патогенезом захворювань, класифікацією гострого парапроктиту та нориць прямої кишки. $\alpha=I$
2. Інтерпретувати клінічну картину цих захворювань, їх ускладнень та проводити диференційну діагностику. $\alpha=II$
3. Проводити основні методи загального клінічного обстеження хворого (опитування, огляд, пальцевий огляд прямої кишки), визначати певний обсяг додаткових обстежень і аналізувати отримані дані для встановлення попереднього діагнозу $\alpha=III$
4. Вміти правильно формулювати діагноз, та визначати тактику лікування хворих гострим парапроктитом та норицею прямої кишки. $\alpha=IV$

III. Мета розвитку особистості.

Засвоєння принципів етики та деонтології при роботі з пацієнтами з захворюваннями ано-ректальної ділянки. Виховання навиків логічного мислення та потреби постійного підвищення рівня своїх знань та умінь.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Нормальна і топографічна анатомія, фізіологія	Анатомічну будову прямої кишки і промежини, кровопостачання, іннервацію	Визначати топографію прямої кишки та сфінктерного апарату прямої кишки
Гістологія	Будову слизової прямої кишки та анального каналу	Диференціювати мікроскопічні препарати
Патологічна анатомія	Механізми порушень в прямій кишці, анальному каналі	Описати патологічні зміни при геморої, тріщині та випадінні прямої кишки
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Семіотику при гострому парапроктиті та нориці прямої кишки	З'ясувати скарги, анамнез захворювання, огляд та фізикальне обстеження пацієнта

Наступні дисципліни		
Внутрішня медицина	Основні діагностичні критерії при гострому парапроктиті та нориці прямої кишки	Діагностувати гострий парапроктит та нориці прямої кишки, призначати лікування
Внутрішньопредметна інтеграція		
Гострий парапроктит	Клініку та діагностику гострого парапроктиту	Діагностувати гострий парапроктит, призначити лікування
Нориця прямої кишки	Клініку та діагностику нориці прямої кишки	Діагностувати норицю прямої кишки, призначити лікування

V. ЗМІСТ ТЕМИ ТА ЙОГО СТРУКТУРУВАННЯ

ГОСТРИЙ ПАРАПРОКТИТ

Гострий парапроктит - гостре гнійне запалення параректальної клітковини, викликається в більшості випадків змішаною флорою, проте трапляються специфічні види парапроктитів такі як туберкульозний, раковий. Воротами інфекції як правило є змінені крипти прямої кишки, в які відкриваються протоки анальних залоз.

Класифікація

За етіологією

- неспецифічний (банальний), окремо виділено анаеробний ;
- специфічний;
- посттравматичний;

За локалізацією:

- підшкірно-підслизовий;
- інтрасфінктерний (міжсфінктерний);
- пельвіоректальний;
- ішіоректальний.

Клініка парапроктиту залежить від місцерозташування гнійника, проте слід пам'ятати, що це гнійне запалення і супроводжується симптомами інтоксикації, вираженими в тій чи іншій мірі. Це гіпертермія, спрага, загальна слабкість.

При *підшкірно-підслизовому парапроктиті* хворого, як правило, турбує біль та наявність припухлості біля заднього проходу. При об'єктивному огляді виявляється гіперемія та виражена болючість біля заднього проходу. При пальцевому огляді визначається локальна болючість при пальпації, вип'ячування стінки кишки. Деколи вдається встановити місцерозташування внутрішнього отвору, що є важливим фактором у виборі методу оперативного втручання. Як правило, внутрішнім отвором є запальна крипта, хронічна анальна тріщина, або основа ерозованого гемороїдального вузла. Для *ішіоректального парапроктиту* характерні більш виражені симптоми інтоксикації, біль. При огляді наявна асиметрія сідниць, можна побачити гіперемію та припухлість на

сідниці, нерідко з явищами розм'якшення. *Пельвіоректальний парапроктит* не супроводжується змінами в перианальній ділянці внаслідок високого розташування гнійника: на перше місце виходять симптоми інтоксикації, біль з іррадіацією в поперек, сечовий міхур, дизуричні явища, затримка випорожнень. Важливим є ретельне пальцеве обстеження хворого, коли кінчиком пальця можна виявити нависання стінки прямої кишки, інфільтрацію. Для усіх видів гострого парапроктиту зміни при огляді ректороманоскопом не є специфічні.

Складним для діагностики є *міжсфінктерний парапроктит*, коли хворий скаржиться на біль у задньому проході, відчуття стороннього тіла, характерна хода хворого, при цьому результати об'єктивного огляду мінімальні. Лише детальне пальцеве обстеження прямої кишки, а саме анального каналу, визначення зони максимальної болючості, поряд з картиною помірної інтоксикації, дає змогу запідозрити цей вид розташування абсцесу.

Анаеробний парапроктит. Особливим видом гострого парапроктиту є парапроктит, викликаний анаеробною флорою. Він характеризується фульмінантним перебігом, симптомами тяжкої інтоксикації. У хворого розвивається гіперемія, набряк перианальної шкіри, некрози шкіри з характерним запахом. В запущених випадках відбувається поширення інфільтрату на сідниці, пахвинні простори, стегна, калитку. Гнійному розплавленню підлягають волокна *m.levator ani*, у хворого нівелюється ішіоректальний простір та пельвіоректальний простір, інфільтрація поширюється на усі навколопрямокишкові простори – стан, який прийнято називати панпарапроктитом. При огляді *per rectum* нерідко пальпується глибокий дефект стінки прямої кишки.

Лікування гострого парапроктиту.

Основним методом лікування є *розкриття та дренивання гнійника* яке слід проводити під загальним знечуженням. Метою операції є досягти адекватного дренивання гнійної порожнини. Відступивши 3 см. від краю заднього проходу проводять півмісяцевий розріз в зоні найбільшої гіперемії. При потребі накладають контрапертуру. Видаляють гній, проводять ревізію під контролем пальця, введеного в пряму кишку. Основними моментами операції є широке розкриття гнійника для подальшого дренивання, роз'єднання зростів, заплівів, та мінімальна травматизація сфінктерного апарата прямої кишки. Слід знати, що такою операцією ми переводимо гострий парапроктит у хронічний (формуємо повну норицю), і після стихання запального процесу слід провести висічення нориці (другий етап операції). Завершують операцію ретельним гемостазом, промиванням антисептиками, дрениванням пластмасовими трубками, грибоподібним катетером чи марлевими серветками.

При підшкірно-підслизовому парапроктиті після розкриття та дренивання гнійника, можливе *радикальне висічення парапроктиту в просвіт кишки за Gabriel-Бобровою*, за умови розсічення тільки підшкірної порції зовнішнього сфінктера. При цій операції висікають також внутрішній отвір. Суть операції полягає у роз'єднанні сполучення між гнійним ходом та внутрішнім отвором, що дає можливість радикальної операції.

При наявності у хворого гострого анаеробного парапроктиту, тканини на розрізі мають сіруватий вигляд «вареного м'яса»; гною, як правило, немає, виділяється із характерним запахом випіт. Необхідно провести широке розкриття тканин для забезпечення дренивання та доступу повітря, лампасні розрізи з урахуванням судинно-

нервових пучків. Проводять некректомії. Операцію завершують промиванням утворених ран антисептиками та дренаванням трубками, тощо.

Під час операції хворим призначають інтенсивну антибіотикотерапію (фторхінолони). Для лікування анаеробних парапроктитів додаємо протимікробні препарати метронідазолу, фторхінолонів останнього покоління, препарати групи метронідазолу. Шлях введення внутрішньовенний. Крім того, хворим з анаеробним парапроктитом проводимо дезінтоксикаційну, загальнозмцнюючу терапію, корекцію супутніх захворювань, гіпербаричну оксигенацію.

Місцеву терапію проводять шляхом щоденного промивання утворених порожнин антисептиками, вставлення турунд з водорозчинними мазями. У пряму кишку призначають свічки, які сприяють зменшенню запалення ураженої крипти.

ХРОНІЧНИЙ ПАРАПРОКТИТ (НОРИЦІ ПРЯМОЇ КИШКИ)

Нориці прямої кишки є наслідком гострого парапроктиту і характеризуються наявністю внутрішнього отвору в прямій кишці, норицевого ходу, що йде в параректальній клітковині і закінчується зовнішнім норицевим отвором на перианальній шкірі.

Класифікація

За розміщенням норицевого ходу по відношенню до сфінктера (Parks, 1976):

- підшкірна;
- інтерсфінктерна;
- трансфінктерна;
- супрасфінктерна;
- екстрасфінктерна.

За числом додаткових ходів норицевого ходу

- проста;
- складна.

За наявністю зовнішнього отвору

- повна (є зовнішній отвір);
- неповна внутрішня (зовнішнього отвору немає).

Клініка

- виділення із зовнішнього норицевого отвору (гній, слиз, кал);
- шкірні екскоріації;
- свербіж;
- у час загострення симптоми подібні до парапроктиту.

Діагностика

При *огляді перианальної ділянки*, як правило, наявні один або більше зовнішніх норицевих отворів, що функціонують, або ж не функціонують. При натисканні можливе підтікання гною. Функціонуючі отвори оточені гіпергрануляціями. При пальпації нориця виглядає як щільноеластичний тяж в напрямку до анального каналу. Обов'язковим при виявленні нориці є проведення зонда через норицю для визначення місцезташування

внутрішнього отвору та відношення ходу нориці до сфінктера. Слід обережно вводити зонд для уникнення створення хибного ходу. При пальпації *per rectum* можна визначити дефект слизової, наявність рубцевих змін; результати пальпації слід врахувати при виборі методу оперативного втручання.

Ендоскопічний огляд дає змогу оцінити стан слизової: при наявності запальних змін останньої слід відтермінувати операцію до стихання загострення, тому що, операції з приводу перианальних нориць, зокрема при хворобі Крона, часто супроводжується післяопераційними ускладненнями.

Фістулографія - метод візуалізації норицевого ходу шляхом введення в нього контрасту та наступної рентгенологічної оцінки. Дає змогу виявити взаємовідношення ходу та сфінктера, локалізацію ходів, наявність запливів.

Ендоректальна ультрасонографія та МРТ – сучасні інформаційні методи обстежень, які дають повну уяву про кількість, локалізацію ходів та їх відношення до сфінктерного апарату та просвіту прямої кишки. Вказані методи обстежень застосовуються у хворих із рецидивуючими та екстрасфінктерними норицями, при неінформативності стандартних методів обстеження, особливо коли перианальна ділянка рубцево змінена.

Ускладнення:

- Пектеноз;
- Парапроктит;
- Недостатність сфінктера.

Диференційний діагноз:

- Гідраденіт перианальної ділянки;
- Бартолініт;
- Епітеліальний куприковий хід;
- Плоскоклітинний рак.

Методи лікування

Лікування нориць прямої кишки зазвичай операційне. Вибір методу операційного втручання залежить від розташування внутрішнього отвору, топографії нориці відносно сфінктерного апарату, та наявності рубцевих змін анального каналу.

Існує 3 основних види операцій.

1. *Висічення або розсічення нориці в просвіт прямої кишки.* Застосовується у хворих з простою підшкірною норицею та у хворих з інтерсфінктерною норицею в яких при операції пошкоджується лише поверхнева порція зовнішнього сфінктера. При висіченні трансфінктерної нориці проводиться ушивання сфінктера.

2. *Висічення нориці з проведенням лігатури.* Цей метод стосують хворих з рубцевими процесами анального каналу, при неможливості низвести лоскут слизової. Також застосовується у пацієнтів з перианальною норицею при хворобі Крона.

3. *Висічення нориці з ліквідацією внутрішнього отвору шляхом низведення слизово-м'язового лоскута (операція Judd-Robles у модифікації В.М.Масляка).* Метод дозволяє ліквідувати складні, високі екстрасфінктерні та супрасфінктерні нориці.

На заході впроваджуються у практику методи лікування нориць з допомогою алопластичних матеріалів. Використовують фібриновий клей та колагенову «заглушку». Ці матеріали після хірургічної санації нориці (вишкрібання ложкою Folkman) вводять в норицевий хід через внутрішній норицевий отвір, таким чином ліквідують поєднання норицевого ходу з просвітом прямої кишки. Однак результати лікування все ще потребують накопичення досвіду.

VI. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

<i>№ п/п</i>	<i>Основні етапи заняття</i>	<i>Навчальна мета в рівнях засвоєння</i>	<i>Методи контролю та навчально-методичне забезпечення</i>	<i>Час</i>
1.	Підготовчий етап: Організація заняття Визначення навчальної мети та мотивації Контроль вихідного рівня знань, вмінь, та навичок А) етіологія патогенез Б) класифікація В) клінічні особливості перебігу в залежності від локалізації патології. Г) алгоритм діагностики та консервативна терапія Д) Хірургічне лікування Е) МСЕК	α =II-III	Фронтальне опитування, тестові завдання, навчальні таблиці. Оснащення мультимедійні слайди, карти стаціонарних хворих, клінічні задачі.	10%
2	Основний етап: Формування професійних вмінь та навичок, обговорення та оцінка результатів клінічної діагностики, диференційної діагностики, лікування, реабілітації та МСЕК	α =III-IV	Історії хвороб, амбулаторні карти хворих. Обладнання: рентгенограми, мультимедійні слайди, клінічні задачі.	70%
3.	Заключний етап А) контроль та корекція рівня професійних знань Б) підведення підсумків В) домашнє завдання	α =III-IV	Індивідуальний контроль теоретичних знань	20%

VII. МАТЕРІАЛИ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Питання ($\alpha=I$, $\alpha=II$)

1. Етіологія та патогенез гострого парапроктиту
2. Класифікація гострого парапроктиту
3. Диференційна діагностика гострого парапроктиту
4. Клініка та діагностика гострого парапроктиту
5. Хірургічне лікування гострого парапроктиту
6. Особливості гострого анаеробного парапроктиту
7. Етіологія і патогенез нориць прямої кишки
8. Класифікація нориць прямої кишки
9. Клініка та діагностика нориць прямої кишки
10. Хірургічне лікування нориць прямої кишки
11. Ускладнення гострого парапроктиту та нориць прямої кишки

Тестові завдання ($\alpha = II$)

1. Який основний симптом гострого підшкірного парапроктиту?
 - A. Біль у задньому проході
 - B. Затримка сечопускання
 - C. Закрепи
 - D. Набряк і гіперемія перианальної ділянки, біль у перианальній ділянці
 - E. Кров'янисті виділення з прямої кишки

Відповідь D.

2. Яка клініка пельвіоректального парапроктиту?
 - A. Біль у прямій кишці
 - B. Затруднена дефекація
 - C. Дизуричні явища
 - D. Біль у промежині, висока температура, відчуття стороннього тіла
 - E. Біль у животі

Відповідь D

3. Методи лікування гострого парапроктиту?
 - A. Пункція гнійника з промиванням антисептиками
 - B. Розкриття та дренивання порожнини гнійника
 - C. Антибіотикотерапія, компреси, ванночки
 - D. Динамічне спостереження
 - E. Призначення нестероїдних протизапальних, свічки, мазі

Відповідь B.

4. З яким захворюванням слід найчастіше диференціювати норицю прямої кишки?
- A. Гострий геморой
 - B. Випадіння прямої кишки
 - C. Хронічна анальна тріщина
 - D. Ректоцеле
 - E. Епітеліальний куприковий хід

Відповідь E.

5. Метод обстеження для верифікації нориць прямої кишки?
- A. Іригоскопія
 - B. Ректороманоскопія
 - C. Фістулографія
 - D. Огляд ректальним дзеркалом
 - E. Дефекографія

Відповідь C.

Типові задачі ($\alpha = \text{II}$)

Хворий, 48 років, скарги на наявність набряку біля заднього проходу, підвищення температури тіла до 37,8 С. При огляді на правій сідниці інфільтрат з розм'якшенням, з почервонілою шкірою над ним, болючий при пальпації. *Per rectum*: тонус сфінктера задовільний. При пальпації стінки прямої кишки болючість. RRS не готовий. Ваш діагноз? Лікувальна тактика?

Відповідь: гострий ішіоректальний парапроктит. Лікування: операція розкриття парапроктиту.

У хворої 35 років 2 тижні тому турбувала припухлість біля заднього проходу. За медичною допомогою не зверталась. При огляді на 6-год зовнішній норицевий отвір. *Per rectum* по задній стінці дефект слизової анального каналу. При огляді зондом, хід проходить підшкірно. Який тип операційного втручання слід виконати?

Відповідь: висічення нориці в провіт прямої кишки.

Нетипові задачі ($\alpha = \text{III}$)

У хворого скарги на підвищення температури тіла на протязі останніх 10 днів до 38,8С, часте сечопускання. Лікувався самостійно., приймав антибіотики, без ефекту. При огляді виявлена змінена хода хворого, неможливість присісти в зв'язку з вираженим дискомфортом в тазу. При огляді періанальної ділянки без видимої патології. *Per rectum* на висоті пальця по правій пів окружності і до анального каналу виражена болючість, інфільтрація з флуктуацією. Ймовірний діагноз. Яка тактика лікування

Відповідь: Гострий пельвіоректальний парапроктит. Операція розкриття парапроктиту.

Хворий, 37 років, звернувся з скаргами на дискомфорт та біль заднього проходу, затруднене сечопускання, гіпертермію. Хворий 2 доби. При огляді на правій та лівій

сідниці інфільтрат з переходом на корінь статевого члена та калитку. При пальпації інфільтрату визначається крепітація. Ваш діагноз.

Відповідь: Гострий анаеробний парапроктит.

VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Рекомендована література для вивчення дисципліни студентами 4 курсу:

Обов'язкова література

1. Хірургія (факультетська): підручник /М.П.Захараш, О.І.Пойда, М.Д.Кучер та ін. – К.:Медицина, 2006. – 656 с.

Додаткова література

1. Масляк В.М., Павловський М.П., Лозинський Ю.С., Варивода І.М. Практична колопроктологія. – Львів, Світ, 1993. – 144 с.
2. Хірургічна гастроентерологія: Навчальний посібник / М.П. Павловський, Н.І. Бойко, С.М. Чуклін та ін. – Львів: “Кварт”, 2010. – 432 с.
3. Балицький В.В. Хірургічне лікування пацієнтів із комбінованою патологією анального каналу і пара ректальної ділянки з використанням сучасних хірургічних технологій // Клінічна хірургія. № 10.3 (893), 2016. – С. 80-82.