

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| Предисловие | 4 |
| Аденоматозный полипозный синдром | 6 |
| Анальная трещина | 7 |
| Ангиодисплазия кишечника | 27 |
| Болезнь Гиршпрунга | 46 |
| Выпадение прямой кишки | 47 |
| Геморрой | 72 |
| Дивертикулярная болезнь | 102 |
| Запор | 130 |
| Идиопатический мегаколон | 149 |
| Недостаточность анального сфинктера | 167 |
| Острый парапроктит | 199 |
| Полип анального канала | 213 |
| Ректовагинальный свищ | 226 |
| Ректоцеле | 227 |
| Свищ заднего прохода и прямой кишки | 228 |
| Эпителиальный копчиковый ход | 251 |
| Перечень лекарственных средств | 252 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель создания клинических рекомендаций — обеспечение принятия врачом клинически корректных легитимных решений, способствующих повышению качества оказания медицинской помощи при заболеваниях/состояниях с учетом новейших клинических данных и принципов доказательной медицины.

Перед вами сборник клинических рекомендаций, который содержит информацию о наиболее распространенных в колопроктологии заболеваниях и синдромах. Текст включенных в сборник рекомендаций актуален на момент сдачи издания в печать.

С учетом большого объема включенных в сборник сведений было принято решение о представлении части клинических рекомендаций или их разделов в электронном виде. Доступ к этой информации возможен посредством QR-кодов. В печатном варианте размещены наиболее востребованные в практике врачей-колопроктологов клинические рекомендации.

Плашками с серым фоном выделены тезисы рекомендаций с метками шкал доказательности и уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств), а также шкал оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств).

| УУР | Расшифровка |
|-----|--|
| А | Сильная рекомендация [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или 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 или 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)] |

С 2019 г. клинические рекомендации после одобрения Научно-практическим советом Минздрава России при их соответствии установленным требованиям согласно приказу Минздрава России № 103н от 28.02.2019 «Об утверждении по-

рядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации¹ размещаются в рубрикаторе Минздрава России.

| УДД | Расшифровка |
|-----|---|
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований (КИ) с применением метаанализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные КИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных КИ, 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 |

Клинические рекомендации должны пересматриваться не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес (п. 10 порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра Приказа Минздрава России № 103н от 28.02.2019 «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»).

Медицинским работникам следует придерживаться рекомендаций в процессе принятия клинических решений для обеспечения пациента наиболее эффективной и безопасной медицинской помощью. В то же время клинические рекомендации не могут заменить профессиональное и клиническое мышление медицинских работников: врач должен оценивать потенциальную пользу и риск для пациента применения медицинских вмешательств, указанных в клинических рекомендациях, с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Медицинские работники несут ответственность в отношении исполнения всех надлежащих требований и правил в рамках выполнения профессиональной деятельности.

¹ Рубрикатор клинических рекомендаций — ресурс Минздрава России, в котором размещаются клинические рекомендации, разработанные и утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями Российской Федерации, а также методические руководства, номенклатуры, справочники и другие справочные материалы, связанные с клиническими рекомендациями.

Рубрикатор клинических рекомендаций создан в целях обеспечения доступа медицинских работников к клиническим рекомендациям, разработанным в соответствии с законодательством Российской Федерации и принципами доказательной медицины (<https://cr.minzdrav.gov.ru>).

Стандарты оказания медицинской помощи



Стандарт медицинской помощи взрослым при остром парапроктите (диагностика и лечение) (приказ МЗ РФ № 71н от 11.02.2022)

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Код МКБ: K61, K61.0, K61.1, K61.2, K61.3, K61.4

Год утверждения: 2024

ID МЗ: КР185_3

Разработчик: Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»; Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация детских хирургов»

Возрастная категория: любая возрастная категория

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВЗК — воспалительные заболевания кишечника
ЗАПК — запирательный аппарат прямой кишки
МРТ — магнитно-резонансная томография
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), находящиеся непосредственно над зубчатой линией, располагающейся в верхней трети анального канала.

Анаэробный парапроктит — это парапроктит, вызванный клостридиальной инфекцией, отличается чрезвычайно тяжелым течением.

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ИЛИ СОСТОЯНИЮ (ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

Острый парапроктит (ОП) — острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением гнойно-воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез. Основной причиной развития ОП является

смешанная кишечная микрофлора, чаще представленная аэробными микроорганизмами [1–5].

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, нарушения микроциркуляции, желудочно-кишечные расстройства, осложнения геморроя, трещин, криптита. В детском возрасте причиной острого парапроктита могут быть первичные иммунодефицитные состояния. Кроме того, рассматривается врожденная теория, основанная на концепции дисбаланса андрогенов и эстрогенов или чрезмерной стимуляции андрогенами слизистых желез, из-за чего морганиевы крипты становятся глубже, чем обычно, на 1–2 мм [1–3, 5–9].

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 [10, 11]. В целом, частота развития острого парапроктита среди взрослого населения составляет 16,1–20,2 на 100 тысяч [4, 12, 13]. От 2 до 7% всех хирургических заболеваний детского возраста, требующих стационарного лечения, приходится на пациентов с острым парапроктитом, ОП может встречаться в любой возрастной группе у детей, но абсолютно превалирует у детей первых месяцев жизни — 22–60% [14].

1.4. ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ 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:

- подкожный;
- подслизистый;
- межмышечный;
- ишиоанальный;
- тазово-прямокишечный:
 - пельвиоректальный;
 - ретроректальный.

По локализации воспалительного очага по условному циферблату:

- задний (с 4 до 8 часов условного циферблата);
- передний (с 10 до 2 часов условного циферблата);
- боковой (с 8 до 10 часов условного циферблата или с 2 до 4 часов условного циферблата);
- подковообразный (при распространении воспаления более чем на одну зону из указанных выше).

По характеру гнойного хода (при его интраоперационном выявлении):

- интрасфинктерный;
- трансфинктерный;
- 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 чаще всего отсутствуют.

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

У детей грудного возраста преобладают подкожные и подслизистые локализации острого парапроктита.

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

Ишиоанальный парапроктит в первые дни заболевания сопровождается симптомами интоксикации, а в дальнейшем появляются местные изменения в перианальной области: асимметрия ягодиц, уплотнение и гиперемия перианальной кожи.

Пельвиоректальный парапроктит имеет наиболее тяжелое течение, на первый план выходят выраженные симптомы интоксикации (недомогание, слабость, расстройство сна, выраженная потливость в ночное время, озноб, фебрильная температура, головные боли, головокружение). Также возможно появление болей в нижних отделах живота. Неопределенная симптоматика в среднем продолжается до 12 суток, далее возникает дискомфорт и боли в анальном канале при дефекации,

затруднение опорожнения прямой кишки, затруднение мочеиспускания, могут возникнуть 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, 15–19].

2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ), МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

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

Дифференциальная диагностика ОП, обусловленного первичным воспалением в области анальной крипты, 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, язвенный колит, осложненные абсцессом.
9. Дивертикулярная болезнь, осложненная абсцессом.
10. Осложнения лучевой терапии.

Принципы формирования диагноза.

При формулировке диагноза следует отразить локализацию воспалительного процесса. Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

1. Острый передний подковообразный парапроктит.
2. Острый задний 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 припухлости в мягких тканях перианальной области, промежности или ягодичной области, затруднение дефекации и/или мочеиспускания, локальное повышение температуры кожи в области очага воспаления, а также возможно появление болей в нижних отделах живота [1, 9, 10].

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.
- Анальная трещина.
- Первичные или вторичные иммунодефицитные состояния (ВИЧ-инфекция).
- Предыдущие анаректальные или промежностные оперативные вмешательства.

2.2. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

5С Рекомендуется пациентам с подозрением на ОП проводить осмотр и пальпацию перианальной, крестцово-копчиковой, ягодичной областей, а также трансректальное пальцевое исследование [1, 19–21].

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

Стандартный клинический осмотр включает осмотр промежности и заднего прохода, при котором проводится оценка выраженности и распространенности воспалительного процесса.

При стандартном пальцевом исследовании возможно определить:

- локализацию воспаленной крипты (болезненность стенки) на стороне инфильтрата;
- выбухание стенки прямой кишки, боль, сглаженность складок на стороне поражения;
- при ретроректальном парапроктите — выбухание в области задней стенки прямой кишки, а также усиление боли при давлении на копчик;
- при пельвиоректальном 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. При распространении воспаления на предстательную железу и мочеиспускательный канал, пальпация стенки прямой кишки вызывает болезненный позыв на мочеиспускание [1, 20].

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. В общем анализе крови, при обширном воспалительном поражении может определяться лейкоцитоз.

2.4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В большинстве случаев, для постановки диагноза острого парапроктита не требуется инструментальная диагностика.

5С Рекомендуется пациентам проведение ультразвукового исследования прямой кишки трансректального или ультразвукового исследования мягких тканей при нечеткой и нетипичной клинической картине, отсутствии четких границ распространения воспалительного процесса [21–27].

Комментарий: *Ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное выполняется для оценки локализации и размеров гнойной полости, степени вовлеченности в воспалительный процесс стенки прямой кишки и запирающего аппарата прямой кишки [24–27]. Информативность ультразвукового исследования достигает 90% [24].*

5С Не рекомендуется пациентам детского возраста с острым парапроктитом проведение ультразвукового исследования прямой кишки трансректального из-за несоответствия размеров датчика и анального канала [15, 28].

3В Рекомендуется пациентам с острым парапроктитом выполнение магнитно-резонансной томографии органов малого таза при нечеткой и нетипичной клинической картине, отсутствии четких границ распространения воспалительного процесса, при подозрении на наличие обширных затеков и высокое расположение абсцесса [24, 26, 27, 29, 30].

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

2.5. ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы не является обязательным методом диагностики, однако целесообразно для определения дальнейшей тактики лечения, для исключения/подтверждения 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 абсцесса [5, 31, 32].

3. ЛЕЧЕНИЕ, ВКЛЮЧАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИИ, ДИЕТОТЕРАПИЮ, ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

3.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Основным методом лечения острого парапроктита является хирургический.

Операция должна быть выполнена в ближайшие часы после верификации диагноза.

Цель операции — вскрытие и дренирование абсцесса, поиск и, при возможности, ликвидация пораженной крипты и гнойного хода [1, 33–40].

Показания к госпитализации — верифицированный диагноз острого парапроктита [3, 10].

Вид оперативного вмешательства зависит от локализации абсцесса и распространенности воспалительного инфильтрата в окружающих тканях [1, 33–38].

У пациентов грудного возраста рассматривается возможность консервативного лечения подкожного парапроктита. Вскрытие ОП необходимо выполнять, при вероятности распространения абсцесса [41–45].

Рекомендуется антибиотикотерапия (Антибактериальные препараты системного действия) в периоперационном периоде при значительной распространенности воспалительного процесса, при сепсисе, иммунодефицитных состояниях и заболеваниях [46–50].

1В Для взрослых.

4С Для детей.

3.2. ВСКРЫТИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРАПРОКТИТА

2А Рекомендуется всем пациентам с диагностированным острым парапроктитом вскрытие и дренирование абсцесса для предупреждения развития гнойно-септических осложнений [16, 51–53].

Комментарий: При отсутствии четкой верификации пораженной крипты, оперативное вмешательство ограничивается вскрытием и дренированием абсцесса.

Вскрытие и дренирование подкожного и шишоанального ОП.

Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, в центральной части абсцесса, рассекают кожу и подкожную клетчатку. Дренирование абсцесса 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 шишоанальную клетчатку. Продольным разрезом рассекают мышечную ткань диафрагмы таза. Эта манипуляция должна выполняться под визуальным контролем. Если ее не удается произвести под зрительным контролем, расслаивание мышцы может быть осуществлено тупым путем — пальцем, браншами зажима или корнцангом. Дренирование абсцесса выполняется с таким расчетом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным.

Вскрытие и дренирование ретроректального парапроктита.

Показания: абсцессы, локализующиеся в ретроректальном пространстве.

Методика: производят разрез кожи посередине между проекцией верхушки копчика и задним краем анального отверстия, длиной до 5 см. После эвакуации гноя рану обрабатывают растворами антисептиков. Край раны, прилегающий к стенке кишки, с помощью крючка отводят и хорошо экспонируют заднюю стенку анального канала, окруженного мышцами сфинктера.

Вскрытие и дренирование подковообразного парапроктита.

Методика: объем хирургического вмешательства зависит от расположения абсцесса по отношению к мышцам сфинктера.

3.3. ВСКРЫТИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА, ИССЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕННОЙ КРИПТЫ, ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛИГАТУРЫ

5С Рекомендуется пациентам после вскрытия ОП при четкой верификации пораженной крипты с трансфинктерным (захватывает более 30% сфинктера) или экстрасфинктерным расположением гнойного хода, с целью лучшего дренирования и заживления ран, профилактики рецидива ОП и послеоперационных осложнений, а также с целью подготовки к радикальной операции производить иссечение пораженной крипты и проведение через пораженную крипту и кожную рану эластической дренирующей лигатуры [7, 8, 39, 52, 53].

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 [52, 53].

3.4. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

2А Рекомендуется всем пациентам после вскрытия ОП при четкой верификации пораженной крипты с интрасфинктерным или трансфинктерным расположением гнойного хода (с захватом менее 30% порции наружного сфинктера) производить радикальное иссечение свищевого хода в просвет кишки [52, 53–56].

Комментарий:

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. Вероятность рецидива ОП составляет до 6% [53].

3.5. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ПРИ НЕЙТРОПЕНИИ

Нейтропения существенным образом меняет клинику и течение инфекционных процессов в тканях. Формирование абсцессов в условиях нейтропении про-

исходит редко, изменения в тканях чаще представляют собой воспалительные инфильтраты и некрозы [57–61]. ОП, развившийся на фоне гранулоцитопении, является тяжелым осложнением, что связано с высокой вероятностью сепсиса (30%) в условиях иммуносупрессии [60, 61].

4C **Рекомендуется** всем пациентам с острым парапроктитом и нейтропенией, назначение эмпирических схем антибиотикотерапии, что позволяет остановить прогрессирование аноректальной инфекции и развитие сепсиса [47, 58, 59].

Комментарий: *Целесообразно применение на первом этапе антибиотиков (J01: Антибактериальные препараты системного действия), проявляющих активность в отношении грамотрицательных бактерий, включая синегнойную палочку. Введение антибиотиков (J01: Антибактериальные препараты системного действия) только внутривенное [51].*

4C **Рекомендуется** всем пациентам с нейтропенией при подтвержденном абсцессе или некрозе тканей вскрытие и дренирование острого парапроктита [57–63].

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 [59].*

Пациенты с тяжелой формой нейтропении (абсолютным количеством нейтрофилов менее $1000 \times 10^9/\text{л}$) и отсутствием абсцесса в тканях более успешно лечатся только с помощью применения антибактериальной терапии [57, 58, 62]. Прогноз зависит от клинической ситуации. Показатель летальности, непосредственно связанный с перианальными инфекционными осложнениями, среди онкогематологических пациентов в современных исследованиях составляет менее 5% [57–60].

4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСНОВАННЫХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ

2B **Рекомендуется** всем пациентам, перенесшим операцию по поводу острого парапроктита, регулярное выполнение перевязок, заключающихся в обработке ран растворами антисептиков и нанесении на раневую поверхность мазей, обладающих противовоспалительными, ранозаживляющими свойствами до их эпителизации. При выполнении перевязок требуется контроль с целью предотвращения раннего слипания/заживления кожных краев раны при сохранении воспалительного процесса в подлежащих тканях [14, 51].