

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю  
Руководитель направления подготовки  
31.08.67 «Хирургия»  
Владимилова О.В.  
«29» августа 2024 год

**Методические рекомендации к лекциям для ординаторов  
по дисциплине**

**31.08.67 «ХИРУРГИЯ»**

**Модуль 7 «Колопроктология»**

**Тема 2. Гнойные заболевания прямой кишки (свищи, парапроктит).**

Лекция № 36 Гнойные заболевания прямой кишки (свищи, парапроктит). Методы  
лечения.

Методические рекомендации  
обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной хирургии  
(зав.кафедрой Айдемиров А.Н.), хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии  
и ангиологии (зав.кафедрой Байчоров Э.Х.), факультетской хирургии (и.о. зав. кафедрой  
Печенкин Е. В.), общей хирургии (зав. кафедрой Лаврешин П.М.)  
«29 » августа 2024 год,  
протокол № 1

Ставрополь, 2024

## **Модуль 7 «Колопроктология»**

Тема 2 Гнойные заболевания прямой кишки (свищи, парапроктит).

Лекция № 36 Гнойные заболевания прямой кишки (свищи, парапроктит). Методы лечения.

### **Цели, задачи, компетенции**

**Цели и задачи** – Подготовка квалифицированного врача-специалиста хирурга, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врача-хирурга.

### **Требования к результатам освоения дисциплины**

формируемые компетенции:

#### **универсальными компетенциями:**

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

#### **профессиональными компетенциями:**

##### Профессиональные компетенции:

- *профилактическая деятельность:*
  - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя проведение пропаганды здорового образа жизни при общении с родственниками и близкими пациентов, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний среди населения, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
  - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
  - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
  - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- *диагностическая деятельность:*
  - готовность к определению у пациентов транзиторных и патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- *лечебная деятельность:*
  - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
  - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- *реабилитационная деятельность:*
  - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- *психолого-педагогическая деятельность:*
  - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- *организационно-управленческая деятельность:*
  - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
  - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
  - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### **Вопросы, рассматриваемые на лекции:**

1. Понятие о гнойных заболеваниях прямой кишки.

2. Современная классификация.
3. Основные клинические признаки.
4. Методы диагностики и лечения гнойных заболеваний прямой кишки.

### Основная литература:

#### Основная литературы:

1. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425749.html>
2. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст]: учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко, Н.В.Ананьев, Э.Л. Латария, Г.А. Белый [и др.] ; под ред. В.В. Левановича. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с.
4. Хирургия печени [Текст]: рук. /Б. И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Хирургия: учебник/ Ковалев А.И. 2014-576 с.: ил
6. Военно-плевая хирургия: учебник/ под ред. Е. К. Гуманеко 2-е изд., испр. И доп. 2015. - 768 с. : ил.
7. Детская хирургия: учебник / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014-1040с.: ил.

#### Дополнительная литература:

1. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы Выездного пленума Проблемной комиссии "Неотложная хирургия" и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск 6-7 октября 2011 года [Текст] / под ред. А.С. Ермолова. - Пятигорск : РИА-КМВ, См. след. карт. 2 2011. - 324 с. :
2. Лапароскопическая хирургия [Текст] : атл. / под ред. Т. Н. Паппаса, А. Д. Приор, М. С. Харниша ; пер. с англ. под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с.
3. Эфферентная терапия в хирургической клинике [Текст] / А.Г. Рожков, В.И. Карандин. - М.: Миклош, 2010. - 256 с.

### ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

Проктит – воспалительный процесс в зоне слизистой оболочки прямой кишки. Является полиэтиологическим заболеванием. Сопровождается частыми позывами на стул, неприятными ощущениями во время дефекации, жжением, зудом и чувством инородного тела в области ануса. При острых формах наблюдаются гипертермия и симптомы интоксикации, при хроническом проктите общее состояние не нарушено. Проктит диагностируется на основании жалоб, результатов осмотра, ректального и эндоскопического исследования. Лечение – устранение провоцирующих факторов, диета, противомикробные препараты, болеутоляющие и дезинфицирующие препараты.

Проктит – воспаление слизистой прямой кишки, обусловленное нарушениями питания, паразитами, инфекционными поражениями ЖКТ, органов промежности и малого таза, хроническими болезнями системы пищеварения, хирургическими вмешательствами, инородными телами в зоне заднего прохода, лучевым воздействием и другими факторами. Проктит может острым, подострым или хроническим, однако чаще имеет хроническое течение. Нередко сочетается с воспалением сигмовидной кишки (проктосигмоидит) или параректальной клетчатки (парапроктит). Точная информация о распространенности проктита отсутствует. Болезнь одинаково часто поражает пациентов обоих полов. Лечение проводят специалисты в сфере проктологии.

#### Причины проктита

Можно выделить две группы факторов, вызывающих развитие проктита – общие и местные. К числу местных повреждающих факторов относят механические травмы, введение химических веществ, горячих или холодных растворов в прямую кишку, переход инфекции с близлежащих органов, а также новообразования прямой кишки. Проктит могут вызывать механические травмы при некачественном массаже или самомассаже прямой кишки и предстательной железы, гомосексуальных половых актах и введении всевозможных предметов в прямую кишку с целью возбуждения и удовлетворения.

Проктит, обусловленный воздействием раздражающих химических веществ, горячих и холодных растворов, обычно возникает при попытках лечения «народными средствами», неправильного или чрезмерного использования клизм, ректальных свечей и т. д. В качестве «средств народного

лечения», провоцирующих развитие проктита, могут использоваться спирт, скипидар, эфирные масла (гвоздичное, эвкалиптовое, масло перечной мяты), раствор йода, концентрированный раствор хлорида кальция, настойки на горчице и стручковом перце. Все перечисленные вещества обладают раздражающим действием, при этом пациенты нередко применяют их для лечения геморроя, трещин заднего прохода и других заболеваний, что усугубляет имеющуюся патологию и становится причиной развития воспаления слизистой.

Проктит также может возникать при контактном распространении инфекции из воспаленного влагалища, уретры, мочевого пузыря или параректальной клетчатки. Наряду с неспецифическими инфекционными агентами, в качестве возбудителя могут выступать гонококки, хламидии, трихомонады и т. п. У пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, причиной возникновения проктита могут стать распадающиеся злокачественные опухоли прямой кишки и других органов промежности.

В список общих причин развития проктита специалисты включают нарушения питания, инфекции ЖКТ, паразитарные болезни, аутоиммунные заболевания, расстройства моторики, иннервации или кровоснабжения нижних отделов кишечника и лучевые воздействия. Болезнь чаще диагностируется у людей, злоупотребляющих алкоголем, острой и пряной пищей. Проктит может обнаруживаться при таких инфекционных заболеваниях, как сальмонеллез, дизентерия и эшерихиоз, а также при энтеровирусной инфекции. При затяжном течении перечисленных заболеваний проктит провоцируется не только непосредственным контактом болезнетворных микроорганизмов со слизистой оболочкой прямой кишки, но и продолжительной диареей, выделением токсинов и другими общими причинами.

В перечень болезней аутоиммунной природы, поражающих толстую кишку и способных вызывать проктит, ученые включают болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, амилоидоз и болезнь Уиппла. В список паразитарных заболеваний входят лямблиоз, амебиаз, энтеробиоз и аскаридоз. У людей, недавно побывавших в тропиках, провоцирующим паразитарным заболеванием может стать американский трипаносомоз, однако в России такие случаи встречаются редко.

Проктит нередко диагностируется у больных с дискинезией толстой кишки и синдромом раздраженной кишки, а также у пациентов, перенесших операции на органах малого таза или страдающих от хронических нарушений кровоснабжения в этой области. Вероятность развития проктита повышается при заболеваниях поджелудочной железы, печени и желчного пузыря. Еще одной причиной развития проктита является облучение в процессе терапии злокачественных неоплазий органов малого таза, чаще всего – рака тела матки и рака шейки матки. Вероятность возникновения заболевания напрямую зависит от дозы облучения.

#### Классификация проктита

С учетом этиологического фактора выделяют алиментарный, инфекционный, паразитарный, застойный (возникающий при запорах различного генеза), лучевой, гонорейный, хламидийный и другие виды проктита. В зависимости от особенностей течения различают острую, подострую и хроническую форму болезни. С учетом характера воспалительного процесса острый проктит классифицируют на:

Катарально-слизистый - при осмотре выявляются отечность и покраснение слизистой оболочки; отмечается интенсивное выделение слизи.

Катарально-геморрагический - слизистая отечна, гиперемирована, покрыта многочисленными мелкими кровоизлияниями.

Катарально-гнойный - наблюдаются покраснение и отек слизистой в сочетании с гнойными выделениями.

Гнойно-фибринозный - воспаленная слизистая оболочка покрывается плохо снимающимися гнойно-фибринозными пленками.

Эрозивный - на поверхности слизистой кишки образуются поверхностные дефекты.

Язвенный - на поверхности слизистой возникают глубокие дефекты.

Язвенно-некротический - образование глубоких дефектов сочетается с формированием участков некроза.

Полипозный - сопровождается появлением небольших выростов, напоминающих полипы прямой кишки.

Хронический проктит подразделяют на:

Гипертрофический - слизистая утолщена, складки набухшие, их глубина увеличена; выявляются очаговые разрастания слизистой (ложные полипы).

Атрофический - слизистая бледная, истонченная, глубина складок снижена. Через слизистую просвечивают сосуды, расположенные в подслизистом слое.

Нормотрофический - выявляется изменение окраски, обусловленное хроническим воспалением. Толщина и рельеф слизистой без изменений.

Атрофические и гипертрофические изменения слизистой оболочки делают ее более ранимой. Возможно появление эрозий и хронических язв, покрытых кровоточащими грануляциями. Образование язв и последующие грубые рубцовые изменения могут становиться причиной перфорации стенки кишечника, деформации и рубцового стеноза прямой кишки. У больных лучевым проктитом язвы могут напоминать распадающееся злокачественное новообразование.

Симптомы проктита

Для острого и подострого проктита, а также хронической формы болезни в стадии обострения характерны боли и расстройства дефекации. При остром проктите боли могут быть достаточно интенсивными, при подостром и хроническом течении выраженность болевого синдрома снижается. Пациенты нередко испытывают затруднения при попытке указать локализацию болей. Возможны жалобы на боль в нижней части живота, поясничной области и зоне промежности, однако в ходе детального опроса обычно выясняется, что точка наибольшей болезненности располагается в зоне крестца либо ануса. Боли усиливаются в момент дефекации и уменьшаются после ее окончания. Сочетаются с жжением в зоне заднего прохода, которое также является постоянным симптомом проктита.

Нарушения дефекации проявляются в виде ложных позывов. При острой форме болезни позывы постоянные, при подострой – более редкие. Хронический проктит в фазе обострения, как правило, протекает достаточно мягко по сравнению с острым. На начальной стадии позывы сочетаются с запорами, обусловленными спазмом сфинктера и страхом пациентов перед интенсивными болями во время дефекации. В последующем спазм сфинктера сменяется его расслаблением, возможны поносы и отхождение слизи во время ложных позывов. При эрозивной, язвенной и язвенно-некротической формах в кале нередко выявляется кровь.

В тяжелых случаях возможны осложнения в виде кровотечения, прободения стенки кишечника с возникновением каловых затеков, формированием свищей либо образованием стриктуры прямой кишки. Ректальные кровотечения при проктите редко бывают обильными, но при частом повторении могут приводить к развитию анемии. При свищах прямой кишки отмечается отхождение кала и газов через уретру или влагалище. При стриктурах больных беспокоят затруднения дефекации в сочетании с недержанием кишечного содержимого, зудом и раздражением кожи в перианальной области.

Диагностика проктита

Заболевание диагностируется с учетом жалоб, данных осмотра, ректального исследования, рентгенологических и эндоскопических исследований, а также результатов лабораторных анализов. На начальном этапе проктолог осматривает область промежности и заднего прохода больного проктитом, выявляя признаки воспаления, участки мацерации и пр. Затем специалист проводит пальцевое ректальное исследование, в процессе которого могут обнаруживаться спазм или расслабление сфинктера, отечность слизистой, сужение кишки и другие патологические изменения. Визуальная оценка таких изменений, определение вида проктита и выраженности воспалительного процесса осуществляется при проведении ректороманоскопии. При необходимости во время эндоскопического исследования выполняется биопсия.

При подозрении на наличие стриктуры прямой кишки назначают ирригоскопию или ирригографию. Данные радиологических исследований свидетельствуют о наличии характерного сужения, при котором прямая кишка напоминает узкую трубку с жесткими ровными стенками. Для выявления патологических примесей, лейкоцитов, паразитов и бактериальных агентов выполняют анализы кала. Проктит дифференцируют с геморроем, парапроктитом, полипозом,

раком прямой кишки и некоторыми другими заболеваниями, при которых может возникать воспаление периаанальной зоны и слизистой оболочки нижних отделов толстого кишечника.

#### Лечение проктита

Лечение проктита консервативное, обычно проводится в амбулаторных условиях, включает в себя этиопатогенетическую и симптоматическую терапию. Пациентам назначают щадящую диету и постельный режим, рекомендуют избегать долгого пребывания в сидячем положении. После улучшения состояния советуют сохранять умеренную физическую активность. При тяжелых формах острого проктита (язвенной, язвенно-некротической) на начальном этапе показана госпитализация в стационар.

При паразитарных проктитах назначают антигельминтные средства, при специфических и неспецифических инфекциях проводят антибактериальную или противовирусную терапию с учетом типа возбудителя. При хронических заболеваниях ЖКТ осуществляют лечение основной патологии. Для уменьшения спазмов, устранения ложных позывов и снижения интенсивности болей при проктите применяют спазмолитики, при необходимости – в сочетании с анальгетиками. Ежедневно выполняют очистительные клизмы, а затем – лечебные клизмы с ромашкой, календулой, колларголом, облепиховым маслом и другими средствами. Препарат подбирают с учетом вида воспалительного процесса и стадии воспаления. Назначают сидячие ванночки. Используют свечи и аэрозоли с регенерирующим действием. После устранения острого воспаления больным проктитом рекомендуют санаторно-курортное лечение.