

УДК 617-089.844

doi: 10.21685/2072-3032-2024-2-4

Редкое наблюдение острого парапроктита некриптогенной этиологии

К. И. Сергацкий¹, В. И. Никольский², Э. Р. Абубекерова³,
М. Альджабр⁴, О. В. Просточенко⁵

^{1,2,3,4}Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

^{1,5}Пензенская областная клиническая больница имени Н. Н. Бурденко, Пенза, Россия

¹sergatsky@bk.ru, ²nvi61@yandex.ru, ³elnara.abubekerova@mail.ru,

⁴sihamera576@gmail.com, ⁵kazakOVP1964@gmail.com

Аннотация. *Актуальность и цели.* Острый парапроктит криптогенного генеза – достаточно изученная и широко обсуждаемая в литературе проблема. Целью работы стала демонстрация клинического случая нагноения параректальной клетчатки и мягких тканей смежных анатомических областей некриптогенной этиологии. *Материалы и методы.* Представлено клиническое наблюдение острого парапроктита некриптогенной этиологии. Вне зависимости от этиологии воспаления, лечение больных острым парапроктитом является сложным и трудоемким процессом, требующим большого опыта от врача-колопроктолога и, порой, огромного терпения от самого пациента. Большая распространенность гнойного процесса потребовала проведения экстренной операции с использованием принципов гнойной хирургии. *Выводы.* Проведенное клиническое наблюдение позволяет утверждать, что некриптогенные причины возникновения нагноений параректальной клетчатки в данное время встречаются достаточно часто и требуют к себе особого внимания. Четкое следование принципам ведения пациентов с флегмоной мягких тканей позволило достичь удовлетворительного результата при лечении больного острым парапроктитом некриптогенной этиологии.

Ключевые слова: острый парапроктит, флегмона мягких тканей, криптогландулярная теория патогенеза, хирургическая санация

Для цитирования: Сергацкий К. И., Никольский В. И., Абубекерова Э. Р., Альджабр М., Просточенко О. В. Редкое наблюдение острого парапроктита некриптогенной этиологии // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2024. № 2. С. 43–51. doi: 10.21685/2072-3032-2024-2-4

A rare case of acute paraproctitis of non-cryptogenic etiology

K.I. Sergatskiy¹, V.I. Nikol'skiy², E.R. Abubekerova³,
M. Al'dzhabr⁴, O.V. Prostochenko⁵

^{1,2,3,4}Penza State University, Penza, Russia

^{1,5}Penza Regional Clinical Hospital named after N.N. Burdenko, Penza, Russia

¹sergatsky@bk.ru, ²nvi61@yandex.ru, ³elnara.abubekerova@mail.ru,

⁴sihamera576@gmail.com, ⁵kazakOVP1964@gmail.com

Abstract. *Background.* Acute paraproctitis of cryptogenic genesis is a well-studied and widely sanctified problem in the literature. The purpose of the study is to demonstrate a clinical case of suppuration of pararectal fiber and soft tissues of adjacent anatomical areas

of non-cryptogenic etiology *Materials and methods*. A clinical case of acute paraproctitis of non-cryptogenic etiology is presented. Regardless of the etiology of the inflammatory process, the treatment of patients with acute paraproctitis is a complex and time-consuming process that requires a lot of experience from a coloproctologist and, sometimes, great patience from the patient himself. The high prevalence of the purulent process required an emergency operation using the principles of purulent surgery. *Conclusions*. The conducted clinical observation suggests that non-cryptogenic causes of suppuration of pararectal fiber are currently quite relevant and require special attention. Strict adherence to the principles of management of patients with soft tissue phlegmon made it possible to achieve a satisfactory result in the treatment of a patient with acute paraproctitis of non-cryptogenic etiology.

Keywords: acute paraproctitis, phlegmon of soft tissues, cryptoglandular theory of pathogenesis, surgical rehabilitation

For citation: Sergatskiy K.I., Nikol'skiy V.I., Abubekrova E.R., Al'dzhabr M., Prostoichenko O.V. A rare case of acute paraproctitis of non-cryptogenic etiology. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki* = *University proceedings. Volga region. Medical sciences*. 2024;(2):43–51. (In Russ.). doi: 10.21685/2072-3032-2024-2-4

Введение

Различные аспекты диагностики и лечения нагноений параректальной клетчатки не теряют своей актуальности, так как данной патологии часто подвержены трудоспособные лица. При этом в практике ургентной проктологии данные заболевания являются самыми распространенными [1–4].

Еще Ю. В. Дульцев с соавторами (1981) [5] отмечали, что острый парапроктит формируется из-за перехода инфекционного агента из просвета прямой кишки через анальную железу, а иногда путем распространения инфекции из соседних органов или при ее проникновении извне. Целью работы послужила иллюстрация редкого наблюдения возникновения острого парапроктита, минуя криптоглангулярную теорию патогенеза заболевания.

Клиническое наблюдение

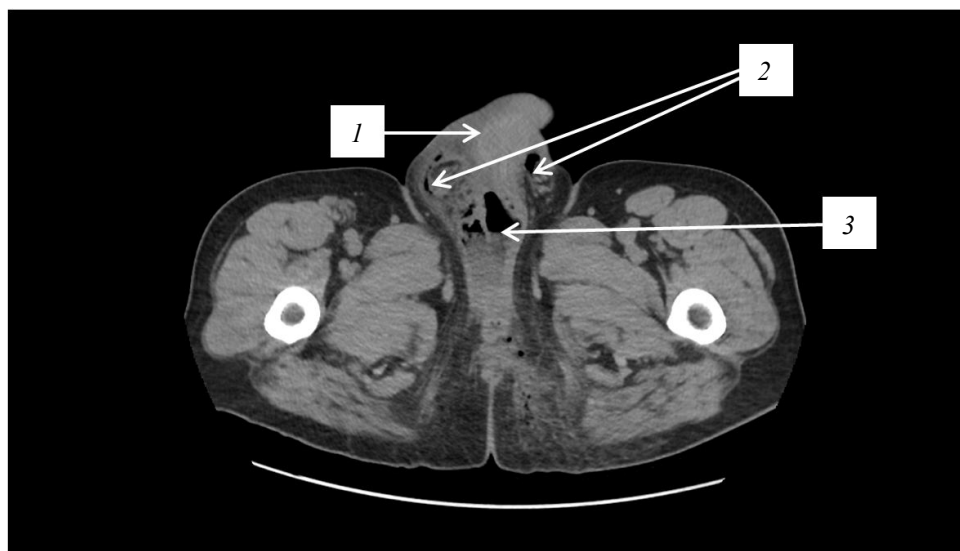
Пациент П., 56 лет, история болезни № 2023/56513, обратился за медицинской помощью в приемное отделение Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко (ПОКБ) 25.09.2023 в экстренном порядке, осмотрен дежурными колопроктологом, урологом и хирургом, госпитализирован в колопроктологическое отделение. Жалобы при поступлении на боли в области промежности, отек мошонки, повышение температуры тела до 39–40 °С. Анамнез заболевания: около 3 недель назад стал отмечать безболезненное опухолевидное образование диаметром до 1 см в области анального канала, которое самопроизвольно исчезло в течение 4 сут, через неделю после этого стал отмечать отек и боли в области мошонки, повышение температуры тела до 39–40 °С. В связи с этим обратился в ПОКБ.

При осмотре перианальной области при поступлении: пальпация болезненна, отмечены отек и инфильтрация мягких тканей слева и справа от ануса до 10 см в диаметре с очагами влажного некроза и выделением небольшого количества сероватой жидкости с неприятным запахом.

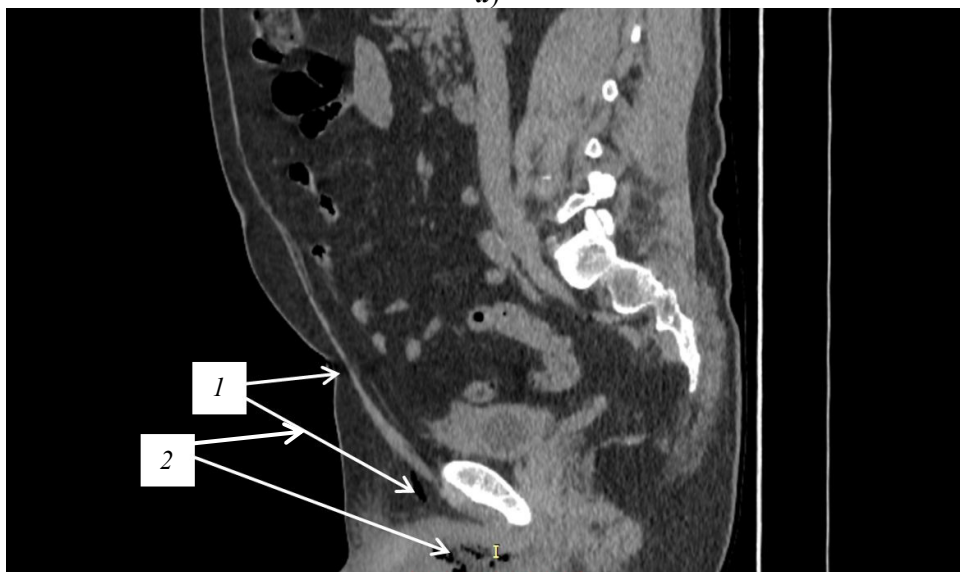
При пальпации в области лобка и правой половины живота отмечается крепитация тканей без гиперемии кожи над ними. При ректальном обследовании – тонус сфинктера повышен, стенки анального канала мягкие и эластичные. На расстоянии 4 см от края ануса по передней полуокружности об-

наружена деформация в виде болезненного углубления, при надавливании на которое из ануса выделилась сероватая жидкость с неприятным запахом в незначительном количестве.

На спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза, выполненной при госпитализации в стационар, выявлено: периуретральный абсцесс губчатого тела, флегмона параректальной клетчатки, тазового дна, мошонки, передней брюшной стенки и паховых областей справа (рис. 1).



a)



б)

Рис. 1. Компьютерная томограмма пациента П. от 25.09.2023: *a* – аксиальная проекция: 1 – отек мягких тканей мошонки; 2 – свободный газ в области мошонки; 3 – уровень жидкости области корня полового члена; *б* – сагиттальная проекция: 1 – свободный газ в зоне передней брюшной стенки; 2 – свободный газ в мягких тканях в зоне корня полового члена

В общем анализе крови обращал на себя внимание лейкоцитоз ($21,91 \times 10^9/\text{л}$). С учетом клинико-лабораторных и инструментальных признаков острого парапроктита с явлениями флегмоны мягких тканей параректальной клетчатки, передней брюшной стенки, периуретрального пространства пациент оперирован в экстренном порядке.

По общим обезболиванием выполнены разрезы кожи перианальной области длиной до 5 см каждый над областью инфильтрации и коликвационного некроза слева и справа от ануса в 3 см от края последнего. Тупым путем вскрыты левосторонний и правосторонний ишиоректальные гнойники с выделением большого количества сероватой жидкости с неприятным запахом, проведена ревизия и санация раневых полостей, вскрыты дополнительные затеки мягких тканей с переходом на область мошонки (рис. 2) с обеих сторон до наружного пахового кольца. Отсепарованы яички. Выполнена некрэктомия нежизнеспособных тканей до появления кровоточивости мягких тканей.

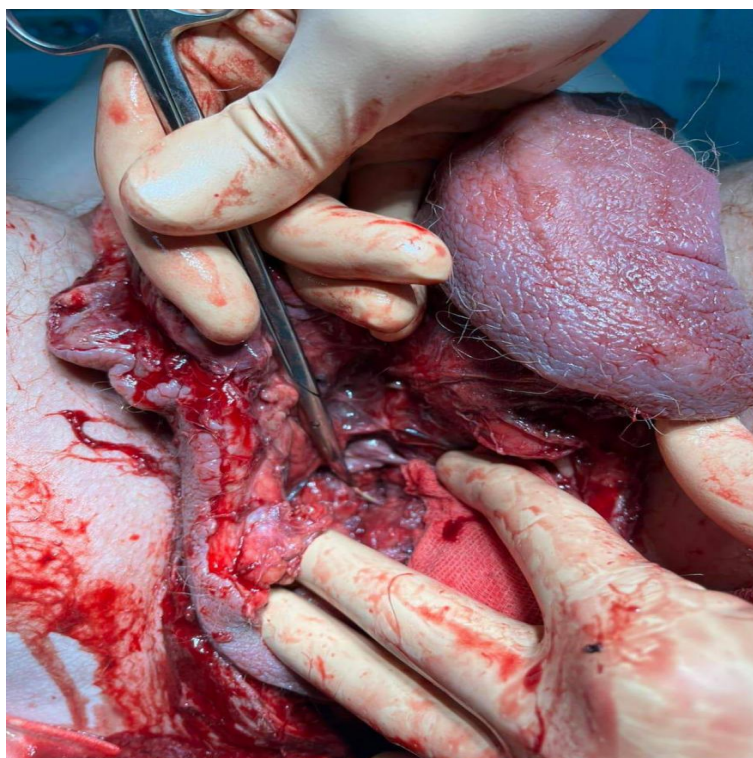


Рис. 2. Пациент П., 56 лет. Локальный статус во время начального этапа санационной операции

Выполнен дополнительный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки в правой подвздошной области живота в зоне крепитации мягких тканей. При этом выделился воздух, гноя и другой патологической жидкости не получено, мягкие ткани без признаков гнойно-некротических изменений и инфильтрации.

Уточним, что при ревизии правого ишиоректального пространства выявлено инородное тело – реберная рыбная кость длиной около 3,5 см (рис. 3).

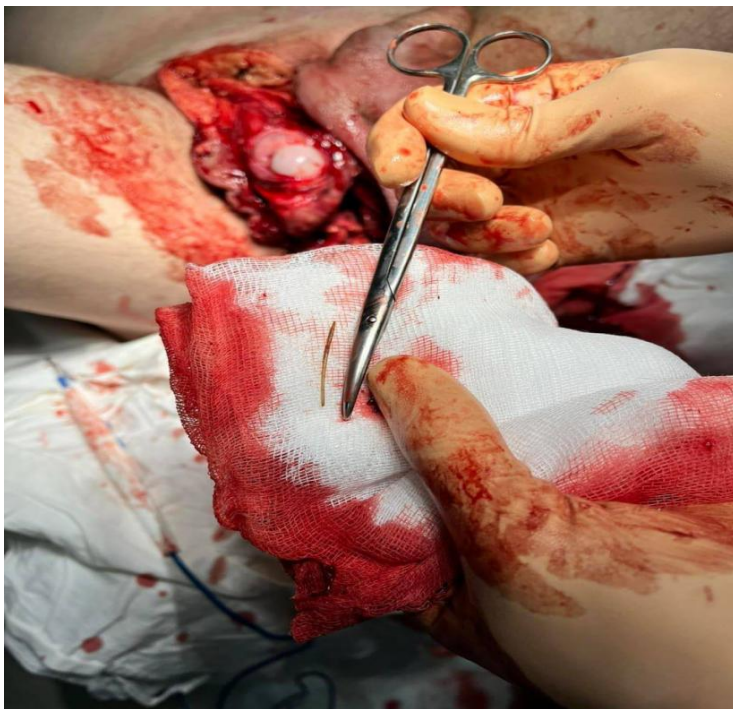


Рис. 3. Пациент П., 56 лет. Извлеченное во время санационной операции инородное тело мягких тканей ишиоректального пространства справа

Формулировка послеоперационного диагноза. Основной диагноз: перфорация стенки анального канала инородным телом. Осложнение: острый гнилостный ишиоректальный двухсторонний парапроктит. Гнилостно-некротическая флегмона мягких тканей параректальной клетчатки, промежности, мошонки, передней брюшной стенки.

В послеоперационном периоде проведена комплексная интенсивная консервативная терапия (в течение 5 сут – в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, далее – в условиях отделения колопроктологии). Трижды пациенту выполнены этапные санации в условиях внутривенной анестезии с проведением локальных некрэктомий нежизнеспособных мягких тканей.

Локальный статус во время выполнения одной из перевязок на 10-е сут после перенесенного инициального санационного оперативного вмешательства отражает рис. 4: в области мошонки, промежности и передней брюшной стенки, параректальной клетчатки послеоперационные раны чистые, отделяемое серозное в незначительном количестве без запаха. Выраженного перифокального отека тканей, зон продолженного некроза, требующих локальных некрэктомий, дополнительных гнойных затеков не выявлено.

Спустя 2 недели с момента выполнения инициальной санации пациенту были наложены вторично отсроченные кожные швы (рис. 5).

После стойкого улучшения состояния через 20 дней с момента поступления в стационар пациент был выписан под наблюдение хирурга в поликлинике по месту жительства с рекомендациями продолжения перевязок, снятия швов амбулаторно и динамического наблюдения для выявления возможного

формирования свища прямой кишки с целью своевременного радикального оперативного лечения.



Рис. 4. Пациент П., 56 лет. Локальный статус при выполнении перевязки на 10-е сут после инициальной операции

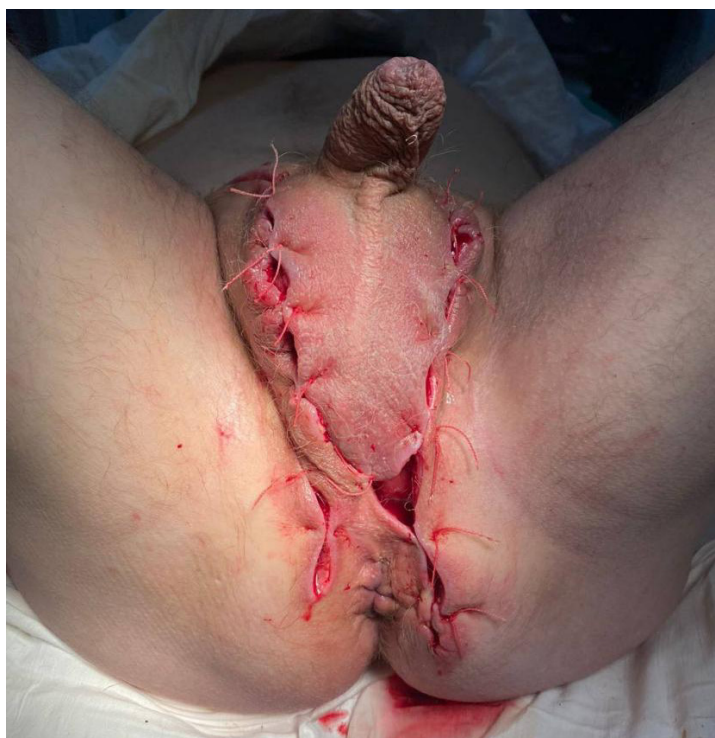


Рис. 5. Пациент П., 56 лет. Локальный статус после наложения вторичных кожных швов

Обсуждение

Современные клинические рекомендации [6] гласят, что острый парапроктит представляет собой «острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез». Однако в литературных источниках нередко встречаются публикации, иллюстрирующие примеры некриптогенного возникновения острого парапроктита [7–10]. Приведенный клинический пример также демонстрирует возникновение острого парапроктита и флегмоны мягких тканей смежных анатомических областей (синдрома Фурнье) минуя общепризнанную криптоглангулярную теорию патогенеза данного заболевания.

Локализация гнойно-некротического процесса в зоне клетчаточных околопрямокишечных пространств дает право трактовать воспалительный процесс в приведенном клиническом примере как острый парапроктит. Однако приведенное общепринятое определение заболевания и концепция основной патогенетической теории рассматриваемой патологии требуют обратного.

Заключение

Острый парапроктит с флегмоной мягких тканей смежных анатомических областей криптогенного и некриптогенного генеза представляет собой весьма сложную проблему, которая требует внушительных усилий для успешного лечения подобных пациентов.

Проблема лечения больных с нагноительными заболеваниями параректальной клетчатки некриптогенного генеза весьма актуальна, а многие направления в лечении таких пациентов далеки от совершенства. Однако при лечении пациентов с рассматриваемой патологией остается неизблемым соблюдение постулатов гнойной хирургии.

Без решения на сегодня остается вопрос толкования самого понятия подобных острых нагноений параректальной клетчатки и правомерности их определения как «острый парапроктит».

Список литературы

1. Авзалов А. Н. Анализ госпитализированных больных с парапроктитом в республиканской клинической больнице // Медицина. 2017. Т. 2, № 9. С. 7–8.
2. Алиев Ф. Ш., Алиев В. Ф., Горбачев В. Н., Лифанов Д. В. Первый опыт применения устройства для лечения острого гнойного парапроктита // Университетская медицина Урала. 2016. № 2. С. 3–5.
3. Никольский В. И., Сергацкий К. И., Климашевич А. В., Огородник Е. В. Редкие причины острого гнойно-воспалительного поражения параректальной клетчатки и гангрены Фурнье // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2020. № 2. С. 68–73.
4. Сергацкий К. И., Никольский В. И., Ивачев А. С., Арапова О. М., Бирюкова Я. В. Расширенная градация осложнений у пациентов с острым парапроктитом // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2022. № 4. С. 36–45. doi:10.21685/2072-3032-2022-4-4
5. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит : монография. М. : Медицина, 1981. 208 с.
6. Клинические рекомендации. Острый парапроктит // Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России". 2021. URL: http://disuria.ru/_ld/10/1044_kr21K61MZ.pdf

7. Нардин С. В., Ярмушов И. Н., Гладков В. И., Родин П. В., Игнатьев Р. О. Клинический случай лечения анаэробной флегмоны промежности (гангрена Фурнье) как осложнения рака прямой кишки // Материалы IX международной конференции “Российская школа колоректальной хирургии” и IV конгресса евро-азиатской ассоциации колоректальных технологий. М., 2015. С. 54.
8. Moslemi M. K., Sadighi Gilani M. A., Moslemi A. A., Arabshahi A. Fournier gangrene presenting in a patient with undiagnosed rectal adenocarcinoma: a case report // *Cases J.* 2009. Vol. 2. P. 9136. doi: 10.1186/1757-1626-2-9136
9. Chan C. C., Williams M. Fournier Gangrene as a Manifestation of Undiagnosed Metastatic Perforated Colorectal Cancer // *Int Surg.* 2013. Vol. 98 (1). P. 43–48.
10. Сергачский К. И., Никольский В. И., Сизова В. А., Петрова В. В. Редкое осложнение рака влагалища в виде флегмоны параректальной клетчатки и мягких тканей смежных анатомических областей // *Новости хирургии.* 2018. Т. 26, № 5. С. 624–628.

References

1. Avzalov A.N. Analysis of hospitalized patients with paraproctitis in the Republican Clinical Hospital. *Medsina = Medicine.* 2017;2(9):7–8. (In Russ.)
2. Aliev F.Sh., Aliev V.F., Gorbachev V.N., Lifanov D.V. First experience of using the device for the treatment of acute purulent paraproctitis. *Universitetskaya meditsina Urala = University Medicine of the Urals.* 2016;2(2):3–5. (In Russ.)
3. Nikol'skiy V.I., Sergatskiy K.I., Klimashevich A.V., Ogorodnik E.V. Rare causes of acute purulent-inflammatory lesions of the pararectal tissue and Fournier's gangrene. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Surgery. Journal named after N.I. Pirogov.* 2020;2(2):68–73. (In Russ.)
4. Sergatskiy K.I., Nikol'skiy V.I., Ivachev A.S., Arapova O.M., Biryukova Ya.V. Extended gradation of complications in patients with acute paraproctitis. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki = University proceedings. Volga region. Medical sciences.* 2022;4(4):36–45. (In Russ.). doi:10.21685/2072-3032-2022-4-4
5. Dul'tsev Yu.V., Salamov K.N. *Paraproktit: monografiya = Paraproctitis: monograph.* Moscow: Meditsina, 1981:208. (In Russ.)
6. Clinical guidelines. Acute paraproctitis. *Obshcherossiyskaya obshchestvennaya organizatsiya "Assotsiatsiya koloproktologov Rossii" = All-Russian public organization "Association of Coloproctologists of Russia".* 2021. (In Russ.). Available at: http://disuria.ru/_ld/10/1044_kr21K61MZ.pdf
7. Nardin S.V., Yarmushov I.N., Gladkov V.I., Rodin P.V., Ignat'ev R.O. Clinical case of treatment of anaerobic phlegmon of the perineum (Fournier's gangrene) as a complication of rectal cancer. *Materialy IX mezhdunarodnoy konferentsii "Rossiyskaya shkola kolorektal'noy khirurgii" i IV kongressa evro-aziatskoy assotsiatsii kolorektal'nykh tekhnologiy = Proceedings of the 9th International conference "Russian School of Colorectal Surgery" and the 4th Congress of Euro-Asian Association of Colorectal Technologies.* Moscow, 2015:54. (In Russ.)
8. Moslemi M.K., Sadighi Gilani M.A., Moslemi A.A., Arabshahi A. Fournier gangrene presenting in a patient with undiagnosed rectal adenocarcinoma: a case report. *Cases J.* 2009;2:9136. doi: 10.1186/1757-1626-2-9136
9. Chan C.C., Williams M. Fournier Gangrene as a Manifestation of Undiagnosed Metastatic Perforated Colorectal Cancer. *Int Surg.* 2013;98(1):43–48.
10. Sergatskiy K.I., Nikol'skiy V.I., Sizova V.A., Petrova V.V. A rare complication of vaginal cancer in the form of phlegmon of the pararectal tissue and soft tissues of adjacent anatomical areas. *Novosti khirurgii = Surgery News.* 2018;26(5):624–628. (In Russ.)

Информация об авторах / Information about the authors

Константин Игоревич Сергачский

доктор медицинских наук, доцент,
профессор кафедры хирургии,
Медицинский институт, Пензенский
государственный университет
(Россия, г. Пенза, ул. Красная, 40);
врач-колопроктолог отделения
колопроктологии, Пензенская областная
клиническая больница имени
Н. Н. Бурденко (Россия, г. Пенза,
ул. Лермонтова, 28)

E-mail: sergatsky@bk.ru

Валерий Исаакович Никольский

доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры хирургии,
Медицинский институт, Пензенский
государственный университет (Россия,
г. Пенза, ул. Красная, 40)

E-mail: nvi61@yandex.ru

Эльнара Равиановна Абубекерова

студентка, Медицинский институт,
Пензенский государственный
университет (Россия,
г. Пенза, ул. Красная, 40)

E-mail: elnara.abubekerova@mail.ru

Мухаммад Альджабр

аспирант, Медицинский институт,
Пензенский государственный
университет (Россия,
г. Пенза, ул. Красная, 40)

E-mail: mahammad.aljabr@yandex.ru

Олег Васильевич Просточенко

колопроктолог отделения
колопроктологии, Пензенская
областная клиническая больница
имени Н. Н. Бурденко (Россия,
г. Пенза, ул. Лермонтова, 28)

E-mail: kazakOVP1964@gmail.com

Konstantin I. Sergatskiy

Doctor of medical sciences, associate
professor, professor of the sub-department
of surgery, Medical Institute, Penza
State University (40 Krasnaya street,
Penza, Russia); coloproctologist
of the department of coloproctology,
Penza Regional Clinical Hospital named
after N.N. Burdenko (28 Lermontova
street, Penza, Russia)

Valeriy I. Nikol'skiy

Doctor of medical sciences, professor,
professor of the sub-department
of surgery, Medical Institute, Penza
State University (40 Krasnaya street,
Penza, Russia)

Elnara R. Abubekerova

Student, Medical Institute,
Penza State University
(40 Krasnaya street, Penza, Russia)

Mokhammad Al'dzhabr

Postgraduate student, Medical Institute,
Penza State University (40 Krasnaya street,
Penza, Russia)

Oleg V. Prostochenko

Coloproctologist of the department
of coloproctology, Penza Regional Clinical
Hospital named after N.N. Burdenko
(28 Lermontova street, Penza, Russia)

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflicts of interests.

Поступила в редакцию / Received 18.11.2023

Поступила после рецензирования и доработки / Revised 14.12.2023

Принята к публикации / Accepted 29.01.2024