

Оригинальная статья / Original article

Сравнение результатов лечения острого парапроктита в условиях специализированного стационара кратковременного пребывания и общехирургического отделения

Б.М. Белик^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0003-0813-193X>, bbelik@yandex.ruА.Н. Ковалев^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0061-9474>, Kovalev.come@mail.ruА.А. Орехов¹, <https://orcid.org/0000-0003-3782-2860>, ale_orekhov@yandex.ru¹ Ростовский государственный медицинский университет; 344022, Россия, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29² Международный медицинский центр «УРО-ПРО»; 350901, Россия, Краснодар, ул. 40 лет Победы, д. 108

Резюме

Введение. Острый парапроктит (ОП) – одно из наиболее распространенных заболеваний в неотложной колопроктологии, требующих оказания экстренной хирургической помощи.

Цель. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с ОП в условиях специализированного стационара кратковременного пребывания (ССКП) и общехирургического отделения.

Материалы и методы. Проведено сравнительное проспективно-ретроспективное нерандомизированное клиническое исследование. Проанализированы результаты хирургического лечения 226 пациентов с ОП. У 118 пациентов (1-я группа) лечение ОП проводилось в условиях ССКП (ММЦ «УРО-ПРО», г. Краснодар), у 108 пациентов (2-я группа) – в условиях общехирургического стационара в системе муниципального бюджетного здравоохранения Краснодарского края. У пациентов 1-й группы выполняли трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки и/или магнитно-резонансную томографию малого таза, осуществляли интраоперационную верификацию свищевого хода, а после вскрытия гнойника устанавливали эластичную свободную дренирующую лигатуру через операционную рану. У пациентов 2-й группы проводилось лишь рутинное клиническое обследование, а хирургическое лечение ОП ограничивалось вскрытием и традиционным дренированием гнойной полости.

Результаты. У пациентов 1-й группы сроки нахождения в стационаре в среднем составили $12,89 \pm 5,7$ ч, во 2-й группе – $4,2 \pm 1,56$ сут. Послеоперационные осложнения развились в 1-й группе у 6 (5,08%) пациентов, во 2-й группе – у 14 (12,96%). Во 2-й группе рецидив ОП имел место у 19 (17,59%) пациентов, у пациентов 1-й группы рецидива заболевания не наблюдали, что напрямую было связано с формированием контролируемого консолидированного свища по ходу дренажной лигатуры.

Выводы. Хирургическое лечение пациентов с ОП в условиях ССКП по сравнению с общехирургическим отделением позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений на 7,88% ($p = 0,022$), а также исключить риск развития рецидива заболевания. Лучшие результаты лечения ОП, полученные у пациентов 1-й группы, обусловлены оптимальной организацией оказания хирургической помощи в ССКП.

Ключевые слова: острый парапроктит, перианальный абсцесс, аноректальный абсцесс, амбулаторное лечение, свободная дренирующая лигатура, специализированный стационар кратковременного пребывания, стационарозамещающее лечение

Для цитирования: Белик БМ, Ковалев АН, Орехов АА. Сравнение результатов лечения острого парапроктита в условиях специализированного стационара кратковременного пребывания и общехирургического отделения. *Амбулаторная хирургия*. 2026;23(1):210–223. <https://doi.org/10.21518/akh2026-019>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Comparison of the results of treatment of acute paraproctitis in a specialized short-stay hospital and a general surgical hospital

Boris M. Belik^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0003-0813-193X>, bbelik@yandex.ruAleksei N. Kovalev^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0061-9474>, Kovalev.come@mail.ruAlexey A. Orekhov¹, <https://orcid.org/0000-0003-3782-2860>, ale_orekhov@yandex.ru¹ Rostov State Medical University; 29, Nakhichevan Lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia² International Medical Center “URO-PRO”; 108, 40 years of Victory St., Krasnodar, 350901, Russia

Abstract

Introduction. Acute paraproctitis (AP) is one of the most common diseases in emergency coloproctology that require emergency surgical treatment.

Aim. To conduct a comparative analysis of the results of surgical treatment of patients with AP in a specialized short-stay hospital (SSSH) and a general surgical department.

Materials and methods. A comparative prospective-retrospective non-randomized clinical study was conducted. The results of surgical treatment of 226 patients with AP were analyzed. In 118 patients (Group I), AP treatment was performed in the conditions of the SSSH (IMC "URO-PRO", Krasnodar), and in 108 patients (Group II) – in the conditions of a general surgical hospital in the system of municipal budgetary healthcare of the Krasnodar Territory. In patients of Group I, a transrectal ultrasound examination of the rectum and/or a magnetic resonance imaging of the pelvis were performed during the examination, and an intraoperative verification of the fistula was performed, and after the abscess was opened, an elastic the loose seton was placed through the surgical wound. In patients of Group II, only a routine clinical examination was performed, and the surgical treatment of AP was limited to the opening and traditional drainage of the purulent cavity.

Results. In Group I, the average hospital stay was 12.89 ± 5.7 hours, while in Group II, it was 4.2 ± 1.56 days. In Group I, 6 (5.08%) patients developed postoperative complications, while in Group II, 14 (12.96%) patients experienced complications. In Group II, 19 (17.59%) patients had a recurrence of the disease, while no recurrence was observed in Group I patients, which was directly related to the formation of a controlled consolidated fistula along the drainageligation.

Conclusions. Surgical treatment of patients with AP in the conditions of the SSSH, in comparison with the general surgical department, allows to reduce the number of postoperative complications by 7.88% ($p = 0.022$), and also to exclude the risk of developing a disease relapse.

Keywords: acute paraproctitis, perianal abscess, anorectal abscess, outpatient management, loose seton, specialized short-stay hospital, inpatient replacement treatment

For citation: Belik BM, Kovalev AN, Orekhov AA. Comparison of the results of treatment of acute paraproctitis in a specialized short-stay hospital and a general surgical hospital. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2026;23(1):210–223. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2026-019>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно Российским клиническим рекомендациям, острый парапроктит (ОП) определяется как «острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением гнойно-воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез». Принято считать, что банальный ОП вызывается смешанной гноеродной кишечной микрофлорой, чаще всего представленной аэробными микроорганизмами [1–3].

ОП является одним из наиболее распространенных заболеваний в неотложной проктологии, требующих оказания срочной хирургической помощи. Пациенты с ОП составляют не менее 5% от общего числа больных с заболеваниями прямой и ободочной кишок. Если учесть, что ОП чаще всего встречается у лиц работоспособного возраста (от 20 до 50 лет), то поиски наиболее рациональных методов лечения этого заболевания приобретают важную социальную значимость [4].

Вместе с тем несвоевременное и недостаточно радикальное хирургическое лечение ОП неизбежно приводит к персистенции гнойно-воспалительного процесса из анальных крипт по ходу анальных желез с развитием инфильтратов, гнойных затеков и полостей в параректальной клетчатке с последующим прорывом их в окружающие мягкие ткани, на кожу перианальной области, промежности или ягодичной области с формированием аноректального свища. Согласно

многочисленным исследованиям, примерно в 95% случаев формирование свища прямой кишки напрямую связано с перенесенным ОП [1, 5]. Это в значительной мере подтверждает тот факт, что ОП и свищ прямой кишки, по сути, являются двумя последовательно сменяемыми фазами одного инфекционно-воспалительного процесса в параректальной клетчатке [6].

В большинстве случаев диагноз ОП устанавливается на основании данных клинического обследования пациента, включая стандартный осмотр и пальпацию области промежности, а также пальцевое исследование прямой кишки. С целью уточнения локализации и объема гнойной полости, ее взаимоотношений со стенкой и запирательным аппаратом прямой кишки рекомендуется выполнение трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) прямой кишки, информативность которого достигает 90% [1, 7]. У пациентов с нечеткой клинической картиной при отсутствии ясных границ распространения воспалительного процесса, а также при подозрении на наличие гнойных затеков, особенно при высокой локализации гнойника, целесообразно прибегнуть к выполнению магнитно-резонансной томографии (МРТ) малого таза [1]. Таким образом, ТРУЗИ прямой кишки и МРТ малого таза являются ценными дополнительными аппаратно-инструментальными исследованиями, которые позволяют уточнить локализацию, размеры и структуру патологического

очага, выявить наличие дополнительных ходов, оценить степень вовлеченности в воспалительный процесс стенки прямой кишки и волокон наружного сфинктера, а также глубину расположения патологического очага от кожных покровов [1].

Бактериологическое исследование содержимого гнойного очага у больных с ОП не является обязательным методом диагностического обследования. Вместе с тем исследование видового состава бактериальной микрофлоры гнойного очага целесообразно для оценки ее специфики (включая подтверждение или исключение наличия анаэробного компонента) с целью уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения и проведения рациональной противомикробной терапии [8–12]. Кроме того, мониторинг микробной обсемененности ран в послеоперационном периоде позволяет прогнозировать течение раневого воспалительного процесса и определяет возможности выполнения отсроченной радикальной операции [13–16].

На сегодняшний день основным методом лечения ОП является хирургическое вмешательство, которое должно быть выполнено в ближайшие сроки после верификации диагноза. Основной целью операции является радикальное вскрытие и дренирование гнойника и гнойных затеков, а также идентификация «и при возможности ликвидация пораженной крипты и гнойного хода» [1]. При этом объем и вид оперативного вмешательства зависят от локализации гнойника в параректальной клетчатке, распространенности инфильтрата в окружающих тканях и характера гнойного хода (при его интраоперационной визуализации) по отношению к наружному анальному сфинктеру [17–20].

В настоящее время после вскрытия ОП и эвакуации гноя при отчетливой верификации пораженной крипты с транссфинктерным (с захватом более 30% порции наружного 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 радикальному оперативному вмешательству рекомендуется производить иссечение пораженной крипты и проведение через нее и кожную рану эластической дренирующей лигатуры» [1]. При этом эластическая дренирующая лигатура должна оставаться в ране вплоть до формирования полноценного консолидированного свища [1, 21]. После вскрытия ОП у пациентов с интрасфинктерным или транссфинктерным расположением гнойного хода (с захватом менее 30% порции наружного сфинктера) рекомендуется произвести радикальное иссечение гнойного хода в просвет прямой кишки [1].

В соответствии с федеральным законодательством в рамках оказания медицинской помощи экстренная госпитализация и хирургическое лечение пациентов с ОП могут осуществляться как в условиях специализированного колопроктологического стационара, так и в условиях хирургического стационара общего профиля, являющегося структурным подразделением муниципального учреждения здравоохранения. При этом у пациентов с подкожной или подслизистой локализацией гнойной полости и отсутствием признаков интоксикационного синдрома допускается проведение лечения в условиях стационара краткосрочного пребывания [22]. Учитывая возрастающее количество проктологических больных при сокращении коечного фонда больниц, оказание специализированной хирургической помощи пациентам с ОП в условиях стационара кратковременного пребывания является актуальным. Вместе с тем имеются существенные различия в организации оказания медицинской помощи пациентам с ОП в хирургическом стационаре общего профиля и в специализированном колопроктологическом стационаре. В последнем варианте оказание медицинской помощи пациентам с ОП осуществляется специалистами-колопроктологами в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями, включая выполнение дополнительных инструментальных диагностических исследований, а также радикальное хирургическое лечение с верификацией пораженной крипты и проведением эластической дренирующей лигатуры через операционную рану. В хирургическом стационаре общего профиля оказание медицинской помощи этой категории больных осуществляется врачами-хирургами. В этом случае хирургическое лечение, как правило, ограничивается рутинным вскрытием и дренированием гнойника без какой-либо верификации пораженной крипты и проведения эластической дренирующей лигатуры. Кроме того, необходимо принимать во внимание, что вскрытие ОП в условиях хирургического стационара общего профиля обычно производится по неотложным показаниям, а операция выполняется менее опытными специалистами.

По данным различных исследователей, количество осложнений после хирургического лечения ОП может достигать 43%, а рецидивы заболевания с развитием инфильтратов и повторных гнойных затеков в околопрямокишечной клетчатке с последующим прорывом их в окружающие мягкие ткани и формированием аноректального свища регистрируются с частотой от 10 до 85% [23]. Столь широкий диапазон неблагоприятных исходов хирургического лечения ОП может быть связан с характером проводимого лечения или обозначением

свищей как рецидивов или осложнений заболевания [24, 25].

В настоящее время в доступной нам литературе отсутствуют сравнительные исследования результатов хирургического лечения ОП в общехирургическом стационаре и в отделении стационарозамещающей (амбулаторной) колопроктологии. Анализ этих данных помог бы лучше понимать основные пути улучшения организации оказания хирургической помощи пациентам с ОП в условиях хирургического стационара общего профиля в системе муниципального бюджетного здравоохранения.

В связи с вышеизложенным становится очевидной необходимость проведения детального сравнительного анализа результатов хирургического лечения пациентов с ОП в условиях специализированного стационара кратковременного пребывания (ССКП) и хирургического отделения общего профиля муниципального бюджетного учреждения здравоохранения.

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с ОП в условиях специализированного стационара кратковременного пребывания (ССКП) и общехирургического отделения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено сравнительное проспективно-ретроспективное нерандомизированное клиническое исследование, основанное на анализе медицинской документации 226 пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу ОП за период с января 2016 г. по декабрь 2022 г. Мужчин было 99 (43,8%), женщин – 127 (56,2%).

В рамках проводимого исследования были сформированы две исследуемые группы больных: основная и сравнительная. В 1-ю (основную) группу вошли 118 (52,2%) пациентов, у которых лечение ОП проводилось в условиях ССКП (отделение стационарозамещающей колопроктологии) ООО «ММЦ «УРО-ПРО» г. Краснодара (проспективная часть исследования). Во 2-ю группу (группу сравнения) были включены 108 (47,8%) пациентов, у которых лечение ОП осуществлялось в общехирургических стационарах в системе муниципального бюджетного здравоохранения Краснодарского края (ретроспективная часть работы). Основная и сравнительная группы отличались по главному признаку: уровню организации оказания хирургической помощи пациентам с ОП, который включал в себя применение дополнительных аппаратно-инструментальных и лабораторных методов диагностики, а также выполнение особых приемов хирургического лечения.

Настоящее клиническое исследование проводилось на основе добровольного информированного согласия пациентов с соблюдением норм биомедицинской этики в соответствии с международными стандартами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и Надлежащей клинической практики (GCP).

В обеих группах преобладали пациенты работоспособного возраста (от 20 до 55 лет). Во всех случаях пациенты с ОП госпитализировались в указанные стационары в экстренном порядке, а хирургическое вмешательство выполнялось под общим обезболиванием.

Продолжительность заболевания от начала появления первых симптомов ОП до момента обращения пациента в стационар в исследуемых группах варьировала от 24 ч до 4 сут. Продолжительность анамнеза заболевания составила до 1 сут. у 25,4% пациентов основной группы и у 30,6% пациентов группы сравнения, до 3 сут. – у 52,5% пациентов основной группы и у 43,5% пациентов группы сравнения, до 7 сут. – у 22,0% пациентов основной группы и у 25,0% пациентов группы сравнения. При этом статистически значимых различий в длительности анамнеза заболевания у пациентов в исследуемых группах не выявлено ($p = 0,425$).

Критерии включения. В исследование были включены пациенты старше 18 лет, которым в обозначенные сроки была выполнена операция по поводу ОП с кодом по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10: К61) и у которых имелись полные сведения о периоперационном периоде по данным медицинской документации.

Критерии невключения: пациенты моложе 18 лет; отсутствие информированного согласия пациента и отказ от участия на любом этапе исследования. В исследование также не были включены пациенты с острым анаэробным парапроктитом, отличающимся наиболее тяжелым течением, обусловленным высокой токсичностью анаэробных микробов, а также пациенты со специфическими формами парапроктита (туберкулезный, сифилитический, актиномикотический).

Критерии исключения. Пациенты исключались из исследования в случаях отсутствия в медицинской документации необходимых данных, которые подвергались анализу в рамках задач настоящей работы. Кроме того, из исследования были исключены пациенты 1-й группы, у которых интраоперационная проба с красителем не позволила выявить внутреннее свищевое отверстие вследствие наличия воспалительного инфильтрата в этой зоне, который сдавливал свищевой ход и препятствовал поступлению красителя в просвет прямой кишки, что помешало установить свободную

дренирующую лигатуру через операционную рану (нарушение протокола обследования и лечения).

Подбор участников в группы. Из выборки, сформированной в соответствии с указанными критериями, участники распределялись в группы с учетом диагноза, методов обследования, способа хирургического лечения и базы проведения исследования.

Целевые показатели исследования. Основными показателями исследования явились: характер и частота развития послеоперационных осложнений в исследуемых группах (в т. ч. в соответствии с их градацией по классификации Clavien-Dindo), а также число неблагоприятных исходов заболевания (конечные точки исследования). Помимо этого, в исследуемых группах оценивали продолжительность оперативного вмешательства, сроки заживления основной раны и сроки пребывания пациентов в стационаре. Также была проведена оценка предполагаемых факторов риска развития рецидива заболевания.

Методы измерения целевых показателей. Для характеристики групп пациентов на дооперационном этапе включали следующие данные: пол, возраст (лет), диагноз, клинические проявления ОП, данные лабораторных и аппаратно-инструментальных исследований. Из интраоперационных показателей оценивали продолжительность оперативного вмешательства (в минутах). По совокупности результатов аппаратно-инструментальных исследований и интраоперационных данных оценивали размер и локализацию гнойной полости, наличие гнойных затеков, степень вовлеченности в воспалительный процесс прямой кишки и наружного сфинктера.

При трактовке послеоперационных осложнений, связанных с персистенцией раневой инфекции,

руководствовались следующей формулировкой. Под термином «гнойный затек» понимали осложнение раневого процесса, характеризующееся распространением гноя в тканях после изначального вскрытия гнойника, потребовавшее выполнения повторной ревизии раны и дополнительного дренирования карманов и полостей в параректальной клетчатке под общим обезболиванием. К неблагоприятным исходам заболевания относили летальный исход и рецидив заболевания. Под термином «рецидив заболевания» понимали состояние, когда уже после заживления раны промежности в этой же анатомической области параректальной клетчатки таза вновь развивался острый гнойно-воспалительный процесс (иногда это сопровождалось частичным самопроизвольным прорывом гнойника на кожу перианальной области, промежности или ягодичной области в виде несформированного аноректального свища), что требовало срочной госпитализации пациента и выполнения повторной операции в экстренном порядке для предупреждения развития гнойно-септических осложнений.

Характеристика пациентов с ОП в исследуемых группах по локализации поражения относительно параректальных клетчаточных пространств таза представлена в *табл. 1*.

У пациентов 1-й группы, помимо стандартного клинического осмотра и пальцевого исследования прямой кишки, а также общепринятых лабораторных диагностических исследований, с целью уточнения локализации и оценки объема гнойной полости перед операцией в обязательном порядке выполнялись ТРУЗИ прямой кишки и/или МРТ малого таза. МРТ малого таза выполнялась на высокопольной магнитно-резонансной системе Philips Achieva (Нидерланды)

Таблица 1. Распределение пациентов в исследуемых группах по локализации поражения относительно параректальных клетчаточных пространств таза

Table 1. Distribution of patients in the study groups according to the lesion location with respect to the pararectal cellular tissue spaces of the pelvis

Локализация гнойников в параректальных клетчаточных пространствах таза	Количество пациентов				p
	1-я группа (n = 118)		2-я группа (n = 108)		
	абс.	%	абс.	%	
Подкожный парапроктит	29	24,57	32	29,62	0,324
Подслизистый абсцесс	24	20,33	22	20,37	0,399
Межмышечный парапроктит	19	16,1	19	17,59	0,381
Ишиоанальный (ишиоректальный) парапроктит	21	17,79	14	12,96	0,240
Пельвиоректальный парапроктит	17	14,40	16	14,81	0,397
Ретроректальный парапроктит	8	6,77	5	4,62	0,452
Итого	118	100,0	108	100,0	-

с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл. ТРУЗИ прямой кишки выполняли на аппарате Hi Vision Preirus Hitachi (Япония) с помощью мультисототного бипланарного датчика частотой 5–10 МГц.

Оперативное вмешательство начинали с пункции гнойника (при необходимости применяли ультразвуковой контроль) и частичной эвакуации гнойного содержимого, которое в последующем подвергали бактериологическому исследованию. Затем с целью верификации гнойного хода в полость абсцесса вводили 5–7 мл водного раствора бриллиантового зеленого. В просвет прямой кишки вводили специальный ректальный ретрактор и выполняли аноскопию высокого разрешения (High Resolution Anoscopy видеоректоскопом Dr. Camscope DCS-103R Pro, Южная Корея). При поступлении контраста четко визуализировали внутреннее отверстие гнойного хода в зоне пораженной крипты. Под визуальным контролем со стороны просвета прямой кишки через внутреннее отверстие гнойного хода вводили изогнутый пуговчатый зонд, который продвигали на 2–3 см непосредственно по направлению к полости абсцесса. Гнойник вскрывали радиальным или полулунным разрезом на стороне поражения, эвакуировали гной, удаляли некротизированные ткани, устраняли все гнойные затеки и карманы в параректальной клетчатке. Пораженную крипту по возможности частично иссекали. Со стороны кожной раны на оливу пуговчатого зонда закрепляли эластическую свободную дренирующую лигатуру (loose seton), один конец которой выводили из раны промежности по средней линии, а второй конец вместе с зондом выводили через внутреннее отверстие в просвете прямой кишки и извлекали наружу. Концы дренажа фиксировали между собой лигатурой таким образом, чтобы он не сжимал и не прорезывал вовлеченные в воспалительный процесс ткани. Эластическую дренирующую лигатуру оставляли в ране промежности вплоть до формирования консолидированного свища.

У пациентов 2-й группы, госпитализированных в хирургический стационар общего профиля, диагностика ОП базировалась исключительно на данных стандартного клинического обследования и пальцевого осмотра прямой кишки. Хирургическое лечение больных ограничивалось традиционным вскрытием и дренированием гнойной полости. При этом в ходе оперативного вмешательства не проводилась визуализация пораженной крипты со стороны просвета прямой кишки и, соответственно, не осуществлялось проведение эластической дренирующей лигатуры через рану промежности.

В послеоперационном периоде у пациентов в обеих группах проводилась противомикробная терапия препаратами широкого спектра действия в соответствии с результатами бактериологического исследования. Следует отметить, что у пациентов 1-й группы, помимо общепринятого бактериологического исследования содержимого гнойной полости, включающего классический посев биоматериала на питательную среду, с целью более точной верификации микробной микрофлоры в качестве дополнительного метода использовали полимеразную цепную реакцию (ПЦР). В послеоперационном периоде всем пациентам также осуществляли перевязки и стандартный клинический контроль состояния ран промежности.

Переменные (предикторы, конфаундеры, модификаторы эффекта)

В качестве потенциальных предикторов изучали: особенности клинической картины ОП (длительность заболевания до поступления в стационар, клинические проявления ОП, размер гнойной полости), характер патогенной микрофлоры при бактериологическом исследовании; объем и способ хирургического вмешательства, включая установление дренирующей лигатуры через операционную рану. Осложнения оперативного вмешательства учитывали в соответствии с критериями, утвержденными в клинических рекомендациях «Острый парапроктит (К61, К61.0, К61.1, К61.2, К61.3, К61.4), взрослые и дети» (2025 г.), утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации [1].

Статистика

Размер выборки предварительно не рассчитывался. Статистический анализ включал тестирование количественных переменных на соответствие нормальному распределению с помощью критерия Шапиро – Уилка. Для нормально распределенных показателей рассчитывались средние значения и стандартные отклонения ($M \pm SD$) и для сравнения групп применялся t-критерий Стьюдента в модификации Уэлча. Для показателей, у которых гипотеза о соответствии нормальному распределению отвергалась, определялись медианы и квартили (Me (Q25%; Q75%)) и сравнение групп выполнялось с помощью непараметрического теста Манна – Уитни. Для сравнения групп по категориальным показателям использован критерий хи-квадрат и точный критерий Фишера. Для принятия решений о статистической значимости использовались уровни 0,05, 0,01 и 0,001. Расчеты выполнены с использованием MS Excel 2026 и IBM SPSS 27.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Так как ТРУЗИ прямой кишки и/или МРТ малого таза в ходе обследования, а также интраоперационная верификация пораженной крипты и гнойного хода выполнялись лишь у пациентов 1-й, основной группы в условиях ССКП, дифференциация ОП по локализации воспалительного очага относительно стенки анального канала по условному циферблату, а также по характеру гнойного хода в мягких тканях осуществлялась только у пациентов этой группы (табл. 2, 3).

После выполнения интраоперационной пробы с красителем у пациентов 1-й группы с ОП удавалось четко визуализировать внутреннее отверстие гнойного хода в анальном канале в зоне пораженной крипты (рис. 1). Результаты выполненной интраоперационной пробы с красителем во всех случаях соотносились с данными ТРУЗИ прямой кишки и/или МРТ малого таза относительно локализации воспалительного очага и гнойного хода в мягких тканях (рис. 2, 3).

Характеристики выборки (групп) исследования. При сравнении клинических характеристик пациентов не выявлено статистически значимых отличий ($p > 0,05$) по возрасту, полу, диагнозу, длительности заболевания, данным физикального обследования, но группы статистически значимо отличались по методам диагностики и способам хирургического лечения ($p < 0,001$).

В 1-й группе у 74 (62,71%) пациентов с ОП гнойный ход захватывал менее 30% порции наружного сфинктера. У 44 (37,28%) пациентов гнойный ход проходил более высоко – через глубокую порцию сфинктера и захватывал более 30% наружного сфинктера (от 1/3 до 2/3 сфинктера).

Как уже указывалось выше, у всех пациентов 1-й группы, независимо от объема вовлеченности в воспалительный процесс порции наружного сфинктера, после радикального вскрытия и дренирования гнойника осуществляли проведение эластической дренирующей лигатуры через внутреннее отверстие гнойного хода в зоне иссеченной крипты и рану промежности (рис. 4). При этом на фоне острого гнойно-воспалительного процесса с целью максимального исключения риска развития послеоперационных осложнений, а также рецидива заболевания стремились избежать выполнения радикальных операций после вскрытия ОП (в виде иссечения свищевого хода в просвет кишки) даже при интрасфинктерном или транссфинктерном расположении гнойного хода с захватом менее 30% порции наружного сфинктера. При наличии двух и более наружных свищевых отверстий (после самопроизвольного прорыва ОП на кожу промежности и/или ягодицы) стремились установить эластические дренирующие лигатуры в каждый из свищевых ходов

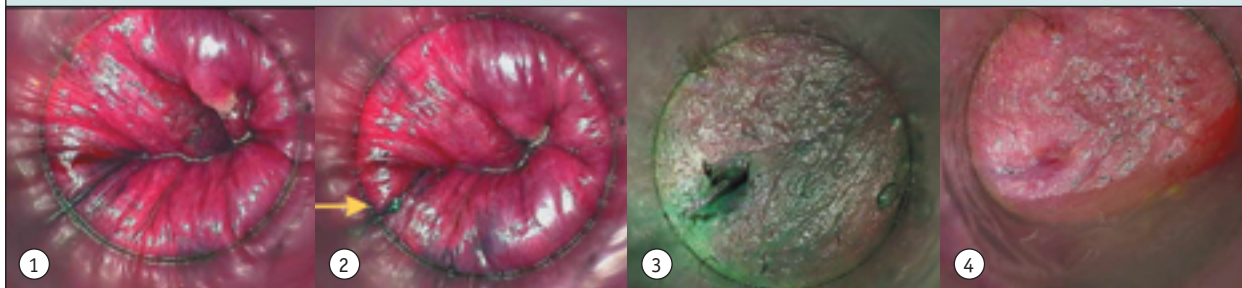
Таблица 2. Распределение пациентов 1-й (основной) группы по локализации воспалительного очага относительно стенки анального канала по условному циферблату
Table 2. Distribution of patients in (treatment) group 1 according to the inflammatory lesion location with respect to the anal canal wall in terms of clock hours

Локализация воспалительного очага относительно стенки анального канала по условному циферблату	Количество пациентов (n = 118)	
	абс.	%
Задний парапроктит (задняя стенка: с 4 до 8 ч условного циферблата)	67	56,77
Передний парапроктит (передняя стенка: с 10 до 2 ч условного циферблата)	33	27,97
Боковой парапроктит (боковая стенка: с 8 до 10 ч или с 2 до 4 ч условного циферблата)	7	5,93
Подковообразный парапроктит (при распространении воспаления более чем на одну зону)	11	9,32
Итого	118	100,0

Таблица 3. Дифференциация пациентов 1-й (основной) группы по характеру гнойного хода (интраоперационная верификация)
Table 3. Differentiation of patients in (treatment) group 1 according to the purulent passage pattern (intraoperative verification)

Характер гнойного хода по отношению к наружному анальному сфинктеру	Количество пациентов (n = 118)	
	абс.	%
Интрасфинктерный	66	55,93
Транссфинктерный	34	28,81
Экстрасфинктерный	18	15,25
Итого	118	100,0

Рисунок 1. Интраоперационная верификация внутреннего отверстия гнойного хода у пациента с острым парапроктитом после выполнения пробы с красителем (аноскопия высокого разрешения, ув. × 20)
Figure 1. Intraoperative verification of the internal opening of the purulent passage in a patient with acute paraproctitis after a dye test (high-resolution anoscopy, 20× magnification)



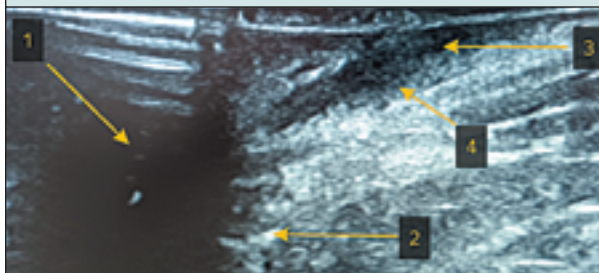
1 – прямая кишка выше «зубчатой линии»; 2 – внутреннее отверстие свищевого хода после поступления раствора бриллиантового зеленого через внутреннее отверстие гнойного хода на задней стенке анального канала (отмечено стрелкой); 3 – наружное свищевое отверстие и место интраоперационной пункции острого парапроктита (после введения контраста в гнойную полость); 4 – наружное свищевое отверстие и место интраоперационной пункции острого парапроктита (до введения контраста)

и провести их через внутреннее отверстие гнойного хода в анальном канале (или максимально близко к нему в зоне пораженной крипты). При наличии сложно разветвленного гнойного хода дренаж проводили по его основному каналу также по направлению к внутреннему свищевому отверстию. Установку эластической дренирующей лигатуры рассматривали как подготовительный этап для последующего выполнения радикального хирургического вмешательства после формирования консолидированного свища.

Проведение эластической дренирующей лигатуры после вскрытия ОП у пациентов 1-й группы существенно не увеличивало общую продолжительность хирургического вмешательства, которая в среднем составила $11,37 \pm 2,23$ мин. У пациентов 2-й группы в связи с уменьшением объема операции ее продолжительность была достоверно меньше ($p < 0,001$) и составила $8,77 \pm 2,95$ мин. Вместе с тем дополнительное проведение дренирующей лигатуры у больных основной группы не влияло на выраженность послеоперационного болевого синдрома, а произведенный в целом объем хирургического вмешательства позволял во всех случаях проводить дальнейшее лечение пациентов в амбулаторных условиях.

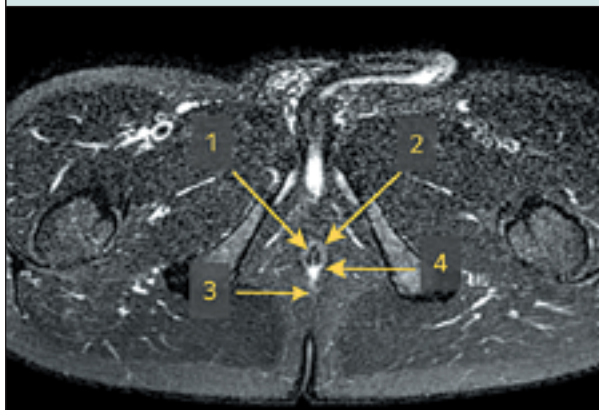
Длительность нахождения дренирующей лигатуры в ране у пациентов основной группы варьировала от 2 до 6 мес. (от 57 до 182 дней). Средний срок дренирования раны эластической лигатурой у этих пациентов составил $74,88 \pm 23,02$ сут. При этом продолжительность дренирования раны промежности у пациентов с ОП определялась двумя основными критериями. Первый критерий – полное купирование признаков острого гнойно-воспалительного процесса, включая полноценную эрадикацию патогенной раневой микрофлоры по

Рисунок 2. Трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки у пациента с острым парапроктитом
Figure 2. Transrectal ultrasound examination of the rectum in a patient with acute paraproctitis



1 – прямая кишка; 2 – наружный сфинктер; 3 – гнойный очаг; 4 – гнойный ход в мягких тканях

Рисунок 3. Магнитно-резонансная томография малого таза у пациента с острым парапроктитом
Figure 3. Pelvic MRI in a patient with acute paraproctitis



1 – прямая кишка; 2 – наружный сфинктер; 3 – гнойный очаг; 4 – гнойный ход в мягких тканях

результатам бактериологического исследования и данных ПЦР, что обеспечивало благоприятные условия для заживления раны промежности. Вторым критерий, определяющий продолжительность дренирования, – формирование полноценного консолидированного свища, что подтверждалось данными МРТ таза и/или ТРУЗИ прямой кишки. При этом, как правило, отмечали трансформацию «сложного» свища в более «простой», с низведением глубокой гнойной полости в подкожное пространство, а также выход свищевых ходов за пределы сфинктера. Лишь после этого принималось окончательное решение об удалении дренирующей лигатуры и возможности выполнения радикального хирургического вмешательства, направленного на полную ликвидацию свища.

Видовой состав микрофлоры из гнойного очага у пациентов с острым парапроктитом в 1-й (основной) группе представлен в табл. 4.

Рисунок 4. Проведение эластической дренирующей лигатуры (loose seton) через внутреннее отверстие гнойного хода в зоне иссеченной крипты и рану промежности в процессе вскрытия острого парапроктита

Figure 4. Elastic drainage ligature (loose seton) placed through the internal opening of the purulent passage in the region of the excised crypt and the perineal wound during incision of acute paraproctitis



Таблица 4. Видовой состав микрофлоры из гнойного очага у пациентов с острым парапроктитом в 1-й (основной) группе

Table 4. Species composition of purulent lesion microflora in patients with acute paraproctitis in (treatment) group 1

Микроорганизмы	Число наблюдений (n = 118)	
	абс.	%
Грамположительные микроорганизмы		
<i>Enterococcus faecalis</i>	6	5,1
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	4,2
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	4	3,4
<i>Streptococcus pyogenes</i>	4	3,4
<i>Streptococcus constellatus</i>	3	2,5
Грамотрицательные микроорганизмы		
<i>Escherichia coli</i>	10	8,5
<i>Morganella morganii</i>	5	4,2
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	5	4,2
<i>Proteus vulgaris</i>	4	3,4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	2,5
<i>Proteus mirabilis</i>	3	2,5
<i>Enterobacter cloacae</i>	3	2,5
<i>Haemophilus influenzae</i>	3	2,5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	1,7
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	0,8
Ассоциации микроорганизмов		
<i>Enterococcus faecalis</i> + <i>Escherichia coli</i>	8	6,8
<i>Escherichia coli</i> + <i>Staphylococcus saprophyticus</i>	7	5,9
<i>Staphylococcus saprophyticus</i> + <i>Pseudomonas aeruginosa</i> + <i>Escherichia coli</i>	7	5,9
<i>Enterococcus faecalis</i> + <i>Staphylococcus epidermidis</i>	4	3,4
<i>Escherichia coli</i> + <i>Candida albicans</i>	3	2,5
<i>Escherichia coli</i> + <i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Enterococcus faecalis</i>	1	0,8
Микроскопические грибы		
<i>Candida albicans</i>	6	5,1
<i>Candida tropicalis</i>	3	2,5
Микрофлора не выявлялась	18	15,2
Всего	118	100,0

Из представленных данных следует, что на момент вскрытия ОП в содержимом гнойного очага определялась смешанная грамположительная и грамотрицательная микрофлора, а в ряде случаев также выявлялись микроскопические грибы рода *Candida*. При этом наблюдалось преобладание содержания факультативно-анаэробных грамотрицательных микроорганизмов. У 30 (25,4%) пациентов 1-й группы были выявлены ассоциации из двух или трех микроорганизмов. Как правило, общая микробная нагрузка превышала 10⁶ микроорганизмов в 1 г ткани, что свидетельствовало о высокой степени микробной контаминации. У 18 (15,2%) пациентов на момент вскрытия ОП гноеродная микрофлора не выявлялась. Следует также подчеркнуть, что у пациентов 2-й группы, у которых выполнялось только рутинное бактериологическое исследование содержимого гнойного очага в условиях стандартной лаборатории муниципального учреждения здравоохранения, как правило, выявляли достаточно ограниченное количество видов микроорганизмов (чаще всего сапрофитную микрофлору), а в 52 (48,1%) наблюдениях микрофлору не удалось обнаружить (отрицательный результат посева биоматериала или бактериологическое исследование вообще не проводилось).

У пациентов 1-й группы в условиях целенаправленного проведения этиотропной противомикробной терапии и мониторинга микробного пейзажа раневого отделяемого полноценную эрадикацию микрофлоры отмечали в среднем на 29,11 ± 33,76 сут. после вскрытия ОП. Сроки нахождения пациентов 1-й группы в ССКП после вскрытия ОП колебались от 4 до 26 ч и в среднем составили 12,89 ± 5,7 ч.

У пациентов 2-й группы оперативное лечение ОП в условиях стационара общего хирургического профиля ограничивалось вскрытием и дренированием гнойной полости, затем лечение гнойной раны проводилось

по общепринятым принципам. Сроки нахождения пациентов в общехирургическом стационаре варьировали от 1 до 6 сут. (в среднем 4,2 ± 1,56 сут.), после чего лечение продолжалось в амбулаторных условиях.

В 1-й группе больных сроки полного заживления и эпителизации основной раны (за исключением зоны нахождения дренирующей лигатуры) после вскрытия ОП колебались от 15 до 137 сут., медианное значение составило 67,0 (57,0; 78,0) сут. У пациентов 2-й группы полное заживление и эпителизацию послеоперационной раны наблюдали в сроки от 15 до 110 сут., медианное значение – 68 (58,25; 82,50) сут., что статистически достоверно незначимо превышало аналогичный показатель по сравнению с 1-й группой больных ($p = 0,573$).

Основные результаты исследования

Сравнительная оценка структуры и частоты послеоперационных осложнений у пациентов с ОП в исследуемых группах представлена в *табл. 5*.

Из данных, представленных в *табл. 5*, следует, что после хирургического вмешательства у пациентов 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й группы значительно чаще развивались осложнения тяжелой степени (классы IIIb и IVb по градации Clavien-Dindo): 12,96% против 5,08% ($p = 0,022$). При этом у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й в два раза чаще ($p = 0,274$) отмечалось раннее кровотечение из послеоперационной раны, что потребовало выполнения повторной ревизии раны и проведения механического или физического гемостаза под общим обезболиванием. Следует также отметить, что в обеих группах больных развивались такие тяжелые осложнения, как гнойный перитонит и сепсис. Развитие гнойного перитонита было связано с недостаточно радикальным вскрытием пельвиоректального ОП, что в последующем привело к прорыву гнойника в свободную брюшинную полость и потребовало проведения экстренной

Таблица 5. Сравнительная оценка характера и частоты послеоперационных осложнений у пациентов с острым парапроктитом в 1-й и 2-й группах

Table 5. Comparative analysis of the frequency and patterns of postoperative complications in patients with acute paraproctitis in groups 1 and 2

Характер осложнений	Класс (степень) осложнения по классификации Clavien-Dindo	Число пациентов				p
		1-я группа (n = 118)		2-я группа (n = 108)		
		абс.	%	абс.	%	
Кровотечение из послеоперационной раны	IIIb	2	1,69	4	3,70	0,274
Гнойный затек	IIIb	2	1,69	7	6,48	0,040
Гнойный перитонит	IIIb	1	0,84	1	0,92	0,398
Сепсис	IVb	1	0,84	2	1,85	0,487
Всего пациентов с осложнениями		6	5,08	14	12,96	0,022

операции. Также у одного пациента в 1-й группе и у двух пациентов во 2-й группе после вскрытия ОП с глубокими гнойными затеками в параректальных клетчаточных пространствах таза отмечалось развитие сепсиса. Из их числа умерли два пациента (один в 1-й группе и один во 2-й группе). Соответственно, летальность в исследуемых группах была практически идентичной (0,8% – в 1-й группе и 0,9% – во 2-й группе). При этом необходимо отметить, что оба пациента из 1-й группы с указанными тяжелыми осложнениями, которым вскрывался ОП в условиях стационара кратковременного пребывания, в дальнейшем были в срочном порядке госпитализированы в отделение экстренной хирургии муниципального учреждения здравоохранения.

У пациентов 1-й группы после вскрытия ОП и проведения эластической дренирующей лигатуры рецидива заболевания не наблюдали. При этом во всех случаях отмечали формирование консолидированного свища по ходу дренирующей лигатуры, который в последующем подлежал ликвидации на втором этапе хирургического лечения парапроктита путем применения различных малоинвазивных вмешательств. Во 2-й группе рецидив заболевания имел место у 19 (17,59%) пациентов, что потребовало повторной госпитализации этих больных в неотложном порядке и выполнения экстренного оперативного вмешательства. У 23 (21,29%) пациентов имел место самопроизвольный частичный прорыв гнойника на кожу промежности после развития рецидива ОП в том же анатомическом клетчаточном пространстве таза с образованием несформированного гнойного свища.

Дополнительных результатов в ходе исследования получено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования было установлено, что в ССКП в отличие от общехирургического отделения всем пациентам выполнялись дополнительные аппаратно-инструментальные методы диагностики, что позволяло точно оценить характер, объем и локализацию гнойника в параректальном клетчаточном пространстве таза и его топографо-анатомические взаимоотношения с прямой кишкой и наружным анальным сфинктером. В свою очередь, это позволило выполнить особые приемы хирургического лечения ОП (проведение свободной дренирующей лигатуры через свищевой канал).

Анализ полученных нами результатов однозначно показал очевидные преимущества хирургического лечения пациентов с ОП в условиях ССКП по сравнению

со стандартным хирургическим отделением общего профиля муниципальной больницы. Так, в специализированном колопроктологическом стационаре в отличие от хирургического отделения общего профиля всем пациентам выполнялось ТРУЗИ прямой кишки и/или МРТ малого таза, что позволяло точно оценить характер, объем и локализацию гнойника в параректальном клетчаточном пространстве таза и его топографо-анатомические взаимоотношения с прямой кишкой и наружным анальным сфинктером. Это в значительной мере позволяло в каждом конкретном случае определить оптимальный вариант хирургического вмешательства. В ходе хирургического вмешательства у больных с ОП в условиях специализированного колопроктологического стационара во всех случаях проводилась интраоперационная проба с красителем с целью выявления внутреннего отверстия гнойного хода в зоне пораженной крипты. После радикального вскрытия абсцесса в обязательном порядке проводили эластическую дренирующую лигатуру через внутреннее отверстие гнойного хода с выведением ее концов наружу через анальный канал и рану промежности. Проведению дренирующей лигатуры отдавали приоритетное значение, т.к. это обеспечивало надежный контроль за процессом консолидации свищевой ходы по ходу дренажного канала. При этом данную процедуру расценивали как обязательное мероприятие для подготовки к радикальному хирургическому вмешательству, направленному на полную ликвидацию свища. В то же время в хирургическом стационаре общего профиля оперативное вмешательство у пациентов с ОП сводилось к рутинному вскрытию гнойника и традиционному дренированию раны промежности, что не позволяло ликвидировать гнойно-воспалительный процесс в зоне пораженной крипты и контролировать в последующем формирование свищевой ходы. Это предопределяло высокий риск персистенции гнойно-воспалительного процесса и развития рецидива ОП после проведенной операции с повторным образованием гнойников в параректальных клетчаточных пространствах таза и их самопроизвольным прорывом на кожу промежности или ягодицы.

Ограничение исследования

К ограничению исследования относится его ретроспективный характер, при котором анализ результатов основан на данных, полученных из вторичных источников информации (электронной и бумажной медицинской документации), что обусловило отсутствие некоторых данных. В частности, во 2-й группе не у всех пациентов была исследована раневая микрофлора.

В отличие от ССКП, где наряду со стандартным бактериологическим исследованием дополнительно применялся метод ПЦР, в общехирургическом стационаре ограничивались рутинным посевом биологического материала на стандартные питательные среды, что суживало спектр выявляемой микрофлоры, как правило, до одного вида, а в 48,1% случаев не позволило обнаружить какие-либо микроорганизмы (или бактериологическое исследование вовсе не проводилось).

Кроме того, отсутствие данных ТРУЗИ и/или МРТ, а также отказ от интраоперационной визуализации свищевого хода и проведения свободной дренирующей лигатуры через операционную рану у пациентов, получавших лечение в общехирургическом стационаре в системе муниципального бюджетного здравоохранения, не позволили провести достоверный сравнительный анализ полученных результатов в данной группе больных по отношению к группе пациентов, у которых лечение ОП проводилось в условиях ССКП.

Интерпретация результатов исследования

Указанные выше причины вполне логично объясняют лучшие результаты хирургического лечения ОП, полученные в основной группе пациентов, которым оказывалась квалифицированная медицинская помощь в условиях ССКП, по сравнению с контингентом больных, лечившихся в хирургическом стационаре общего профиля (группа сравнения). Так, в основной группе пациентов по сравнению с пациентами группы сравнения количество послеоперационных осложнений тяжелой степени по градации Clavien-Dindo снижалось с 12,96 до 5,08%, т.е. на 788% ($p = 0,022$). Это вполне сопоставимо с данными других исследователей, которые приводят аналогичные показатели осложнений (в пределах 20–40%) [25, 26].

Основной причиной отсутствия рецидивов заболевания у пациентов основной группы являлось наличие в послеоперационной ране свободной дренирующей лигатуры, установленной в свищевой ход. За счет контролируемого формирования свища по ходу дренажной лигатуры у пациентов основной группы не отмечено рецидивов заболевания, тогда как у пациентов в группе сравнения количество рецидивов ОП после его изначального вскрытия достигало 17,59%. При этом необходимо отметить, что на высокую частоту рецидива заболевания (31–85%) после хирургического лечения ОП указывают и другие исследователи [25, 27].

Полученные нами данные убедительно свидетельствуют о возможности эффективного хирургического лечения пациентов с ОП в амбулаторных (стационарозамещающих) условиях на базе ССКП. Вместе

с тем необходимо обратить особое внимание на два случая крайне тяжелых послеоперационных осложнений (гнойный перитонит и сепсис), один из которых закончился летальным исходом, имевших место у пациентов в основной группе. Анализ этих неблагоприятных исходов лечения свидетельствует о том, что пациентов с тяжелыми формами ОП и анатомически глубокой локализацией гнойников в параректальных клетчаточных пространствах таза (пельвиоректальный, ретроректальный абсцесс) не следует лечить в условиях стационара кратковременного пребывания. Такие пациенты после верификации диагноза должны изначально направляться для проведения стационарного лечения в стандартное специализированное отделение колопроктологического профиля. Таким образом, необходим строгий отбор пациентов с ОП для их госпитализации и проведения амбулаторного варианта хирургического лечения в условиях ССКП.

ВЫВОДЫ

Проведенное нами клиническое исследование наглядно показало преимущества хирургического лечения пациентов с ОП в условиях ССКП по сравнению с хирургическим отделением общего профиля, что подтверждается уменьшением частоты послеоперационных осложнений тяжелой степени с 12,96 до 5,08% (на 788%) ($p = 0,022$) и отсутствием рецидивов заболевания в основной группе больных. Лучшие результаты лечения ОП, полученные у пациентов 1-й группы, во многом были обусловлены более оптимальной организацией оказания хирургической помощи в условиях ССКП по сравнению с хирургическим отделением общего профиля. Прежде всего, это касалось применения у пациентов основной группы дополнительных аппаратно-инструментальных диагностических методов, позволявших точно определять локализацию ОП по отношению к прямой кишке и наружному анальному сфинктеру, четко визуализировать в ходе операции свищевой ход и установить в него свободную дренирующую лигатуру после вскрытия гнойной полости. Это значительно снижало риск развития послеоперационных раневых инфекционных осложнений и рецидива заболевания. Установка дренирующей лигатуры через внутреннее свищевое отверстие способствовала формированию консолидированного параректального свища, а также позволяла в большинстве случаев добиться полной каудальной миграции лигатуры и перехода сложного свища в более простой, что в последующем существенно упрощало выполнение радикального этапа хирургического лечения, направленного на ликвидацию свища. Кроме того, важную роль в достижении

хороших результатов хирургического лечения у больных с ОП в основной группе больных играла четкая верификация раневой микрофлоры, что позволяло проводить эффективную этиотропную противомикробную терапию в послеоперационные сроки.

Вместе с тем необходим тщательный отбор пациентов с ОП для хирургического лечения в амбулаторных (стационарозамещающих) условиях на базе ССКП. Исключению подлежат пациенты с тяжелыми формами

ОП при глубокой (высокой) локализации гнойников в параректальных клетчаточных пространствах таза и проявлениями выраженной эндогенной интоксикации. Такие пациенты должны быть изначально госпитализированы в традиционный хирургический стационар колопроктологического профиля.

Поступила / Received 25.03.2026

Поступила после рецензирования / Revised 12.04.2026

Принята в печать / Accepted 14.04.2026

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Шельгин ЮА, Ачкасов СИ., Аксельров МА, Алиев ФШ, Амирова АХ, Грошилин ВС и др. Клинические рекомендации. Острый парапроктит (К61, К61.0, К61.1, К61.2, К61.3, К61.4), взрослые, дети. *Колопроктология*. 2025;24(1):10–19. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-1-10-19>. Shelygin YuA, Achkasov SI, Akselrov MA, Aliev FS, Amirova AK, Groshilin VS et al. Clinical guidelines. Perianal abscess (K61, K61.0, K61.1, K61.2, K61.3, K61.4), adults, children. *Koloproktologia*. 2025;24(1):10–19. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-1-10-19>.
2. Ladinsky A, Smiley A, Latifi R. Elderly Patients Managed Non-Operatively with Abscesses of the Anorectal Region Have Five Times Higher Rate of Mortality Compared to Non-Elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(7):5387. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075387>.
3. Guner Ozenen G, Akaslan Kara A, Ozer A, Kacar P, Ergun D, Aydin A et al. Perianal abscess in children: an evaluation of microbiological etiology and the effectiveness of antibiotics. *Pediatr Surg Int*. 2023;39(1):272. <https://doi.org/10.1007/s00383-023-05556-1>.
4. Мадаминов АМ, Лихоманов ЛВ. Результаты хирургического лечения острого парапроктита с использованием лазера. *Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета*. 2024;24(1):34–38. <https://doi.org/10.36979/1694-500X-2024-24-1-34-38>. Madaminov AM, Likhomanov LV. Results of surgical treatment of acute paraproctitis using laser. *Vestnik KRSU*. 2024;24(1):34–38. (In Russ.) <https://doi.org/10.36979/1694-500X-2024-24-1-34-38>.
5. Денисенко ЭВ. Свищи прямой кишки: современное состояние проблемы, направления хирургического лечения (обзор литературы). *Новости хирургии*. 2023;31(5):383–396. Режим доступа: <https://surgery.by/details.php?&lang=ru&year=2023&issue=5&number=4#close>. Denisenko EV. Rectal Fistulas: Current State of the Problem, Directions of Surgical Treatment (Literature Review). *Novosti Khirurgii*. 2023;31(5):383–396. (In Russ.) Available at: <https://surgery.by/details.php?&lang=ru&year=2023&issue=5&number=4#close>.
6. Wright WF. Infectious diseases perspective of anorectal abscess and fistula-in-ano disease. *Am J Med Sci*. 2016;351(4):427–434. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2015.11.012>.
7. Туманбаева АМ, Жумадыловой НБ, Сыдыкова УО. Практическое значение ультразвукового исследования для диагностики парапроктита. *Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета*. 2023;23(5):88–93. <https://doi.org/10.36979/1694-500X-2023-23-5-88-93>. Tumanbaeva AM, Zhumadylova NB, Sydykov UO. Practical significance of ultrasonic examination for the diagnosis of paraproctitis. *Vestnik KRSU*. 2023;23(5):88–93. (In Russ.) <https://doi.org/10.36979/1694-500X-2023-23-5-88-93>.
8. Горбунов ИН, Егоркин МА, Поликарпова СВ, Жирякова АС, Болквезде ЭЭ, Дациева ПШ, Дадырова АН. Микробиота и рациональная эмпирическая антибактериальная терапия острого парапроктита. *Колопроктология*. 2025;24(3):87–94. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-3-87-94>. Gorbunov IN, Egorkin MA, Polikarpova SV, Zhiryakova AS, Bolkvadze EE, Dacueva PSh, Dadyrova AN. Microbiota and rational empirical antibacterial therapy of anorectal abscess. *Koloproktologia*. 2025;24(3):87–94. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-3-87-94>.
9. Chakarov D, Hadzhieva E, Kalchev Y, Hadzhiev D. Aerobic Microbiological Spectrum and Antibiotic Resistance in Children Operated for Anorectal Abscesses. *J Clin Med*. 2024;13(8):2414. <https://doi.org/10.3390/jcm13082414>.
10. Chen CY, Cheng A, Huang SY, Sheng WH, Liu JH, Ko BS et al. Clinical and microbiological characteristics of perianal infections in adult patients with acute leukemia. *PLoS ONE*. 2013;8(4):e60624. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060624>.
11. Guner Ozenen G, Akaslan Kara A, Ozer A, Kacar P, Ergun D, Aydin A et al. Perianal abscess in children: an evaluation of microbiological etiology and the effectiveness of antibiotics. *Pediatr Surg Int*. 2023;39(1):272. <https://doi.org/10.1007/s00383-023-05556-1>.
12. Alabbad J, Abdul Raheem F, Alkhalifa F, Hassan Y, Al-Banoun A, Alfouzan W. Retrospective Clinical and Microbiologic Analysis of Patients with Anorectal Abscess. *Surg Infect*. 2019;20(1):31–34. <https://doi.org/10.1089/sur.2018.144>.
13. Hong J-C, Chen J-S, Jiang Z-J, Chen Z-C, Ruan N, Yao X-P. Microbiota in adult perianal abscess revealed by metagenomic next-generation sequencing. *Microbiol Spectr*. 2024;12(4):e0347423. <https://doi.org/10.1128/spectrum.03474-23>.
14. Сергацкий КИ, Никольский ВИ, Ковешникова ТМ, Просточенко ОВ, Герасимов АВ, Юмангулова РР. Характеристика возбудителей и оптимальная антибактериальная терапия у больных острым парапроктитом. *Фундаментальные исследования*. 2015;1(2):371–375. Режим доступа: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36906>. Sergatsky KI, Nikolsky VI, Koveshnikova TM, Prostothenko OV, Gerasimov AV, Yumangulova R. Characteristics of pathogens and optimal antibacterial therapy in patients with acute paraproctitis. *Fundamental Research*. 2015;1(2):371–375. (In Russ.) Available at: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36906>.
15. Alabbad J, Abdul Raheem F, Alkhalifa F, Hassan Y, Al-Banoun A, Alfouzan W. Retrospective Clinical and Microbiologic Analysis of Patients with Anorectal Abscess. *Surg Infect*. 2019;20(1):31–34. <https://doi.org/10.1089/sur.2018.144>.
16. Bender F, Eckert L, Fritzenwanker M, Liese J, Askevold I, Imirzalioglu C et al. Drug resistant bacteria in perianal abscesses are frequent and relevant. *Sci Rep*. 2022;12(1):14866. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-19123-6>.
17. Болквезде ЭЭ, Егоркин МА. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита. Пятнадцатилетний опыт. *Колопроктология*. 2012;(2):13–16. Режим доступа: https://akr-online.ru/magazine-proctology/archive/_2_2012. Bolkvadze EE, Egorkin MA. Classification and treatment of complex forms of acute paraproctitis. Fifteen years of experience. *Koloproktologia*. 2012;(2):13–16. (In Russ.) Available at: https://akr-online.ru/magazine-proctology/archive/_2_2012.
18. Hadzhieva E, Chakarov D, Hadzhiev D, Kalchev Y. Surgical Tactics and Treatment of Anorectal Abscesses in Adult Patients. *Scr Scient Med*. 2023;55(1):28–32. <https://doi.org/10.14748/ssm.v55i0.9252>.

19. Alligood DM, Laurendeau MV, Perez EA, Huerta CT. Conservative versus operative management of perianal abscess and fistula-in-ano in infants: a narrative review. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2026;11:26. <https://doi.org/10.21037/tgh-25-73>.
20. Сергацкий КИ., Никольский ВИ. Результаты оптимизации лечебно-диагностического алгоритма у больных острым парапроктитом анаэробной этиологии. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова.* 2019;178(3):39–42. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2019-178-3-39-42>.
Sergatskiy KI, Nikolskiy VI. Results of Optimization of the Medical and Diagnostic Algorithm in Patients with Acute Paraproctitis of Anaerobic Etiology. *Grekov's Bulletin of Surgery.* 2019;178(3):39–42. (In Russ.) <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2019-178-3-39-42>.
21. Васильев СВ, Гор ИВ, Недозимованый АИ, Попов ДЕ, Скуридин ГМ, Васильева ЕС. Дренирующая лигатура в лечении парапроктита. *Амбулаторная хирургия.* 2021;18(2):98–104. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-98-104>.
Vasiliev SV, Gor IV, Nedozimovaniy AI, Popov DE, Skuridin GM, Vasilieva ES. Loose set-on in the treatment of paraproctitis. *Ambulatornaya Khirurgiya.* 2021;18(2):98–104. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-98-104>.
22. Белик БМ, Ковалев АН. Применение постоянной силиконовой петли «Seton» как подготовительный этап к радикальному хирургическому лечению трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки. *Московский хирургический журнал.* 2018;(3):86–87. Режим доступа: <https://www.mosj.ru/jour/article/view/214/214>.
Belik BM, Kovalev AN. The use of a permanent silicelooop "Seton" as a preparatory stage for radical surgical treatment of transsphincteric and extrasphincteric rectal fistulas. *Moscow Surgical Journal.* 2018;(3):86–87. (In Russ.) Available at: <https://www.mosj.ru/jour/article/view/214/214>.
23. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, Lightner AL, Shogan BD, Sun MY et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Clinical Practice Guidelines for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Col Rect.* 2022;65(8):964–985. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002473>.
24. Gandhi ND, Alibo EO, Gipe JH. Anal Abscess and Fistula. *Surg Clin North Am.* 2026;106(1):51–63. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2025.08.012>.
25. Сергацкий КИ, Никольский ВИ, Ивачев АС, Арапова ОМ, Бирюкова ЯВ. Расширенная градация осложнений у пациентов с острым парапроктитом. *Известия вузов. Поволжский регион. Медицинские науки.* 2022;(4):36–44. <https://doi.org/10.21685/2072-3032-2022-4-4>.
Sergatskiy KI, Nikol'skiy VI, Ivachev AS, Arapova OM, Biryukova YaV. Extended grading of complications in patients with acute paraproctitis. *University Proceedings. Volga Region. Medical Sciences.* 2022;(4):36–44. (In Russ.) <https://doi.org/10.21685/2072-3032-2022-4-4>.
26. Штыркова СВ, Соболева ОА, Сабиров КР, Новиков ВА, Данишян КИ, Паровичникова ЕН. Диагностика и лечение сложных форм острого парапроктита у пациентов с опухолевыми заболеваниями системы крови. *Колопроктология.* 2024;23(1):117–128. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-1-117-128>.
Shtyrkova SV, Soboleva OA, Sabirov KR, Novikov VA, Ntanishyan KI, Parovichnikova EN. Diagnostics and treatment of complicated perianal abscess in patients with hematologic malignancies. *Koloproktologia.* 2024;23(1):117–128. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-1-117-128>.
27. Sarofim M, Ooi K. Reviewing perianal abscess management and recurrence: lessons from a trainee perspective. *ANZ J Surg.* 2022;92(7-8):1781–1783. <https://doi.org/10.1111/ans.17750>.

Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования – Б.М. Белик, А.Н. Ковалев
Сбор и обработка материалов – Б.М. Белик, А.Н. Ковалев
Статистическая обработка – А.Н. Ковалев, А.А. Орехов
Написание текста – Б.М. Белик, А.Н. Ковалев
Редактирование – Б.М. Белик, А.Н. Ковалев

Contribution of authors:

Concept and design of the study – Boris M. Belik, Aleksei N. Kovalev
Collection and processing of the material – Boris M. Belik, Aleksei N. Kovalev
Statistical processing – Aleksei N. Kovalev, Alexey A. Orekhov
Writing of the text – Boris M. Belik, Aleksei N. Kovalev
Editing – Boris M. Belik, Aleksei N. Kovalev

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Белик Борис Михайлович, д.м.н., профессор, профессор кафедры общей хирургии, Ростовский государственный медицинский университет; 344022, Россия, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29; bbelik@yandex.ru

Ковалев Алексей Николаевич, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии, Ростовский государственный медицинский университет; 344022, Россия, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29; врач – хирург-колопроктолог, Международный медицинский центр «УРО-ПРО»; 350901, Россия, Краснодар, ул. 40 лет Победы, д. 108; Kovalev.come@mail.ru

Орехов Алексей Анатольевич, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой общей хирургии, Ростовский государственный медицинский университет; 344022, Россия, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29; ale_orekhov@yandex.ru

Information about authors:

Boris M. Belik, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of General Surgery, Rostov State Medical University; 29, Nakhichevan Lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia; bbelik@yandex.ru

Aleksei N. Kovalev, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of General Surgery, Rostov State Medical University; 29, Nakhichevan Lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia; Coloproctologist-Surgeon, International Medical Center "URO-PRO"; 108, 40 years of Victory St, Krasnodar, 350901, Russia; Kovalev.come@mail.ru

Alexey A. Orekhov, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor, Head of the Department of General Surgery, Rostov State Medical University; 29, Nakhichevan Lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia; ale_orekhov@yandex.ru