

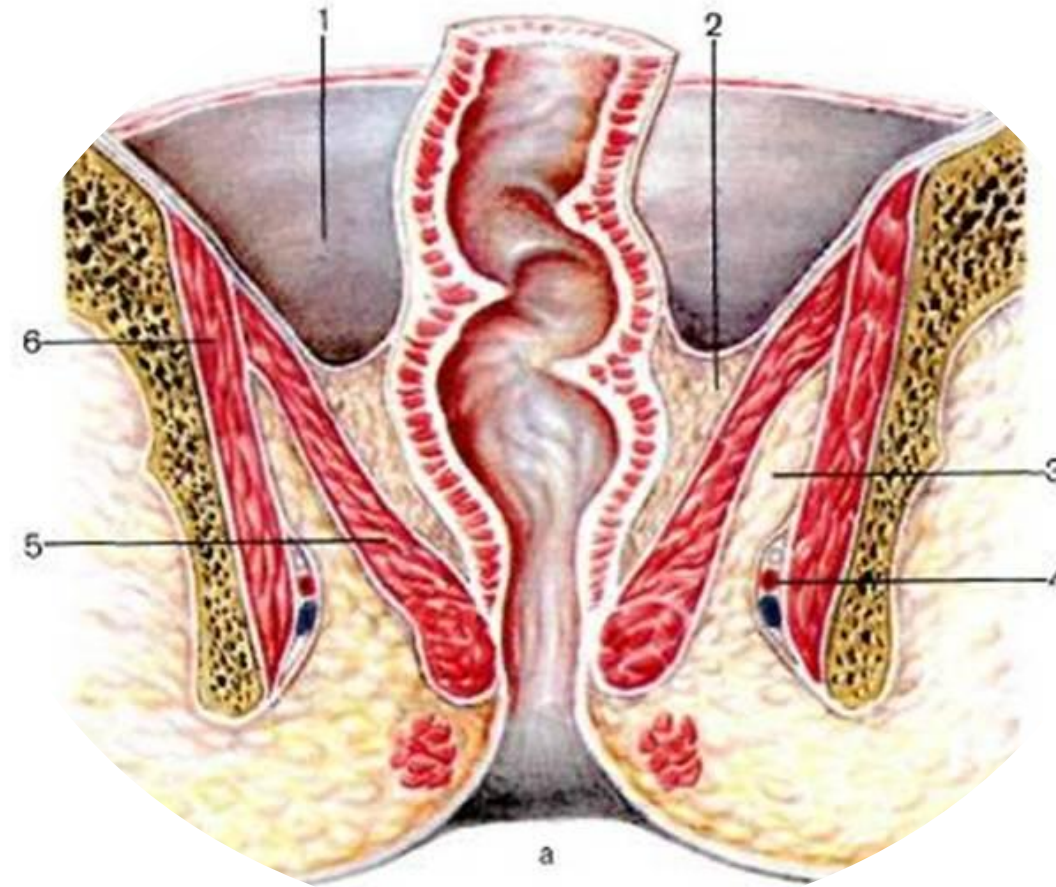
Парапроктит

ст. гр. Л - 512:
Ковалев А.В.
Шаропатый В.В.

Топография таза

Этажи таза:

- 1) Брюшинный
- 2) Подбрюшинный
- 3) Подкожный (седалищно -
прямокишечная ямка)



- 4) Внутренние половые сосуды
- 5) *M. levator ani*
- 6) *M. obturatorius int.*

Топография таза

1) Брюшинный этаж:

Содержит покрытые брюшиной части тазовых органов - прямую кишку(надампулярная часть), мочевой пузырь, у женщин - матку, широкие маточные связки, маточные трубы, яичники и верхнюю часть задней стенки влагалища.

Ход брюшины:

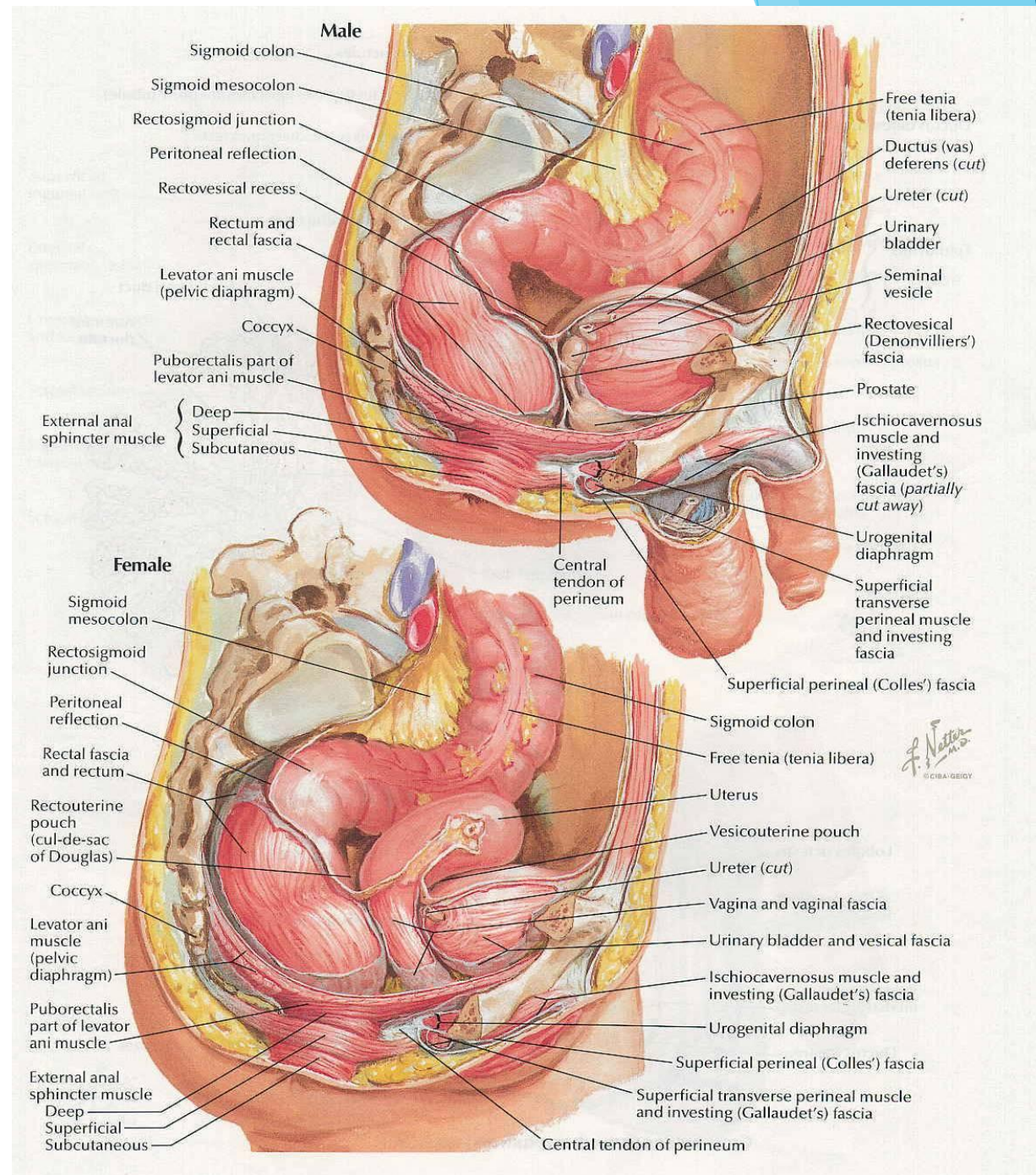
- plica vesicalis transversa;
- fossa paravesicalis;

У мужчин:

- excavatio rectovesicalis;
- plicae rectovesicales;

У женщин:

- Excavatio vesicouterina;
- excavatio rectouterina;
- Plicae rectouterinae;
- Ligamenti latae uteri;



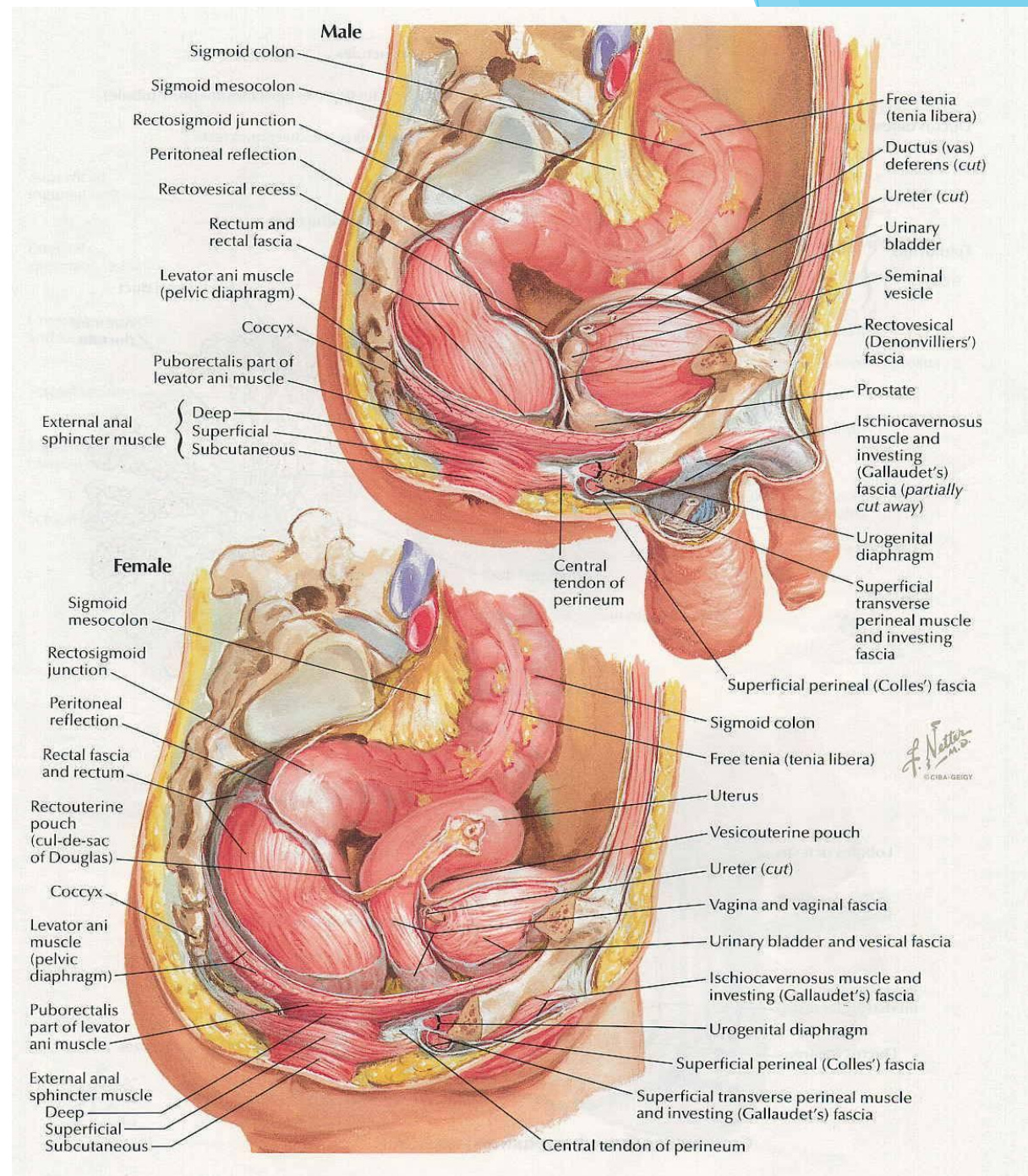
Топография таза

2) Подбрюшинный этаж:

Содержит кровеносные и лимфатические сосуды, лимфатические узлы, нервы, внебрюшинные части тазовых органов - мочевого пузыря, прямой кишки, тазовые части мочеточников.

У женщин: влагалище, шейка матки.

У мужчин: предстательная железа, тазовая часть семявыносящих протоков, семенные пузырьки.



Топография таза

3) Подкожный этаж:

Содержит заполненную жировой клетчаткой седалищно - прямокишечную ямку, с проходящими в ней внутренними половыми сосудами и половым нервом, дистальную часть прямой кишки.

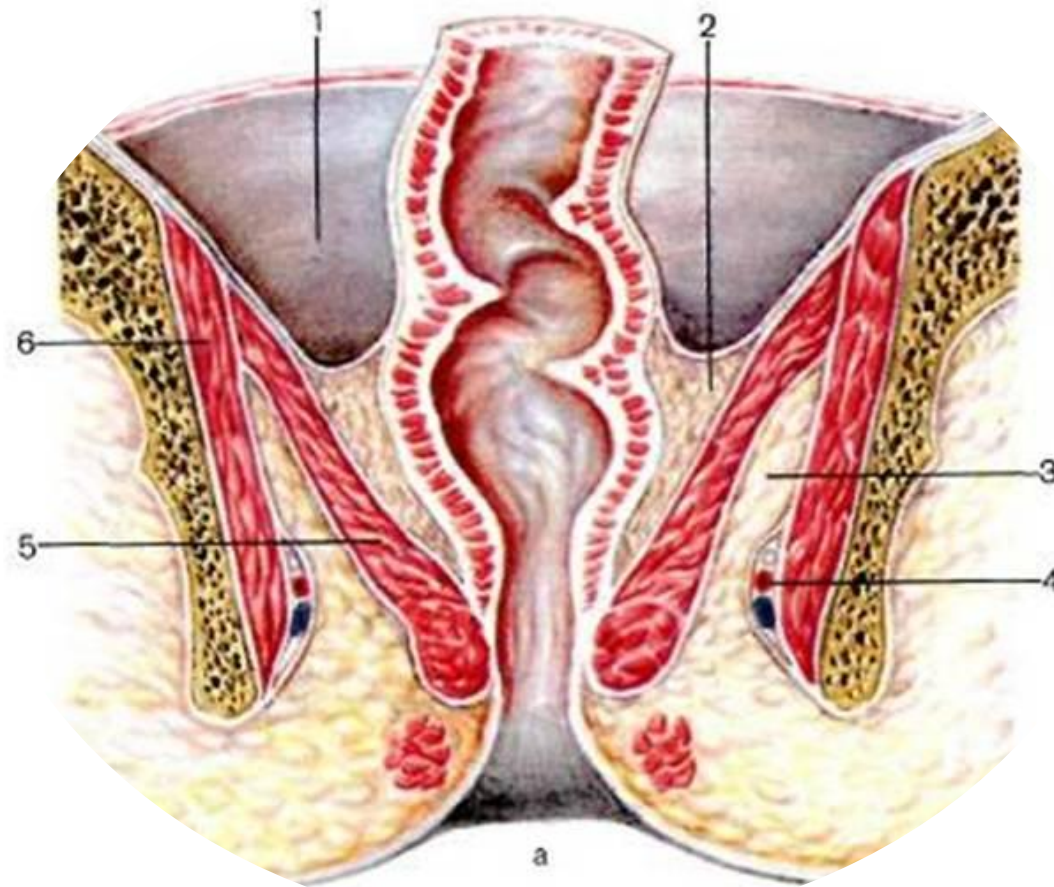
Границы седалищно - прямокишечной ямки

спереди - *m. peroneus trans. superf.*;

сзади - нижний край *m. gluteus max.*;

латерально - *m. obturatorius int.*;

сверху и медиально - диафрагма таза.



Фасции и клетчаточные пространства таза

Fascia pelvis является продолжением внутрибрюшной фасции. Париетальный листок выстилает стенки таза. Висцеральная фасция выстилает внебрюшинные части тазовых органов и образует 2 сагитальных отроча:

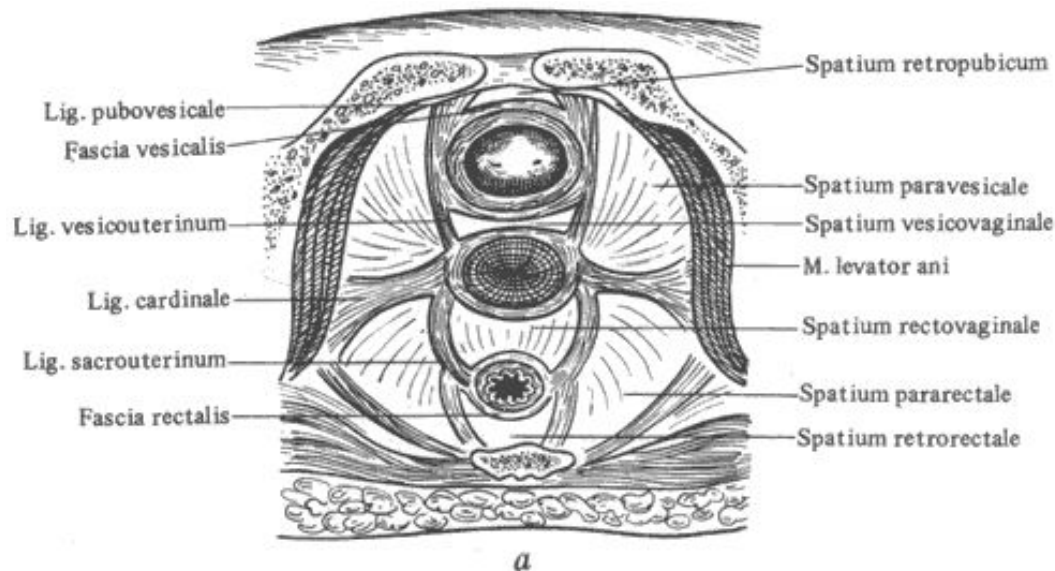
- 1) **Лобково - предстательная связка** у мужчин, **лобково - пузырная** у женщин.
- 2) **Прямокишечно - копчиковая, прямокишечно - пузырная** связки у мужчин, **прямокишечно - маточная** у женщин.

Перечисленные связки отделяют латерально расположенные клетчаточные пространства от непарных околоорганых пространств - позадипрямокишечного, предпузырного, предбрюшинного и позадипузырного.

Выстилая тазовые органы, висцеральная фасция образует **капсулу прямой кишки (Амюсса), капсулу предстательной железы (Пирогова - Рейтция)**. Спереди от прямой кишки во фронтальной плоскости расположена **брюшинно - промежностная фасция (апоневроз Денонвиллье - Салищева)**, отделяющая позадипузырное пространство от околопрямокишечного.

Клетчаточные пространства таза:

- боковое;
- предбрюшинное;
- предпузырное;
- околопузырное;
- позадипузырное;
- позадипрямокишечное;
- околопрямокишечное;
- околоматочное.



Топография промежности

Промежность (perineum) представляет собой комплекс мягких тканей, закрывающих выход из полости малого таза.

Границы:

спереди - **нижний край лобкового симфиза**;

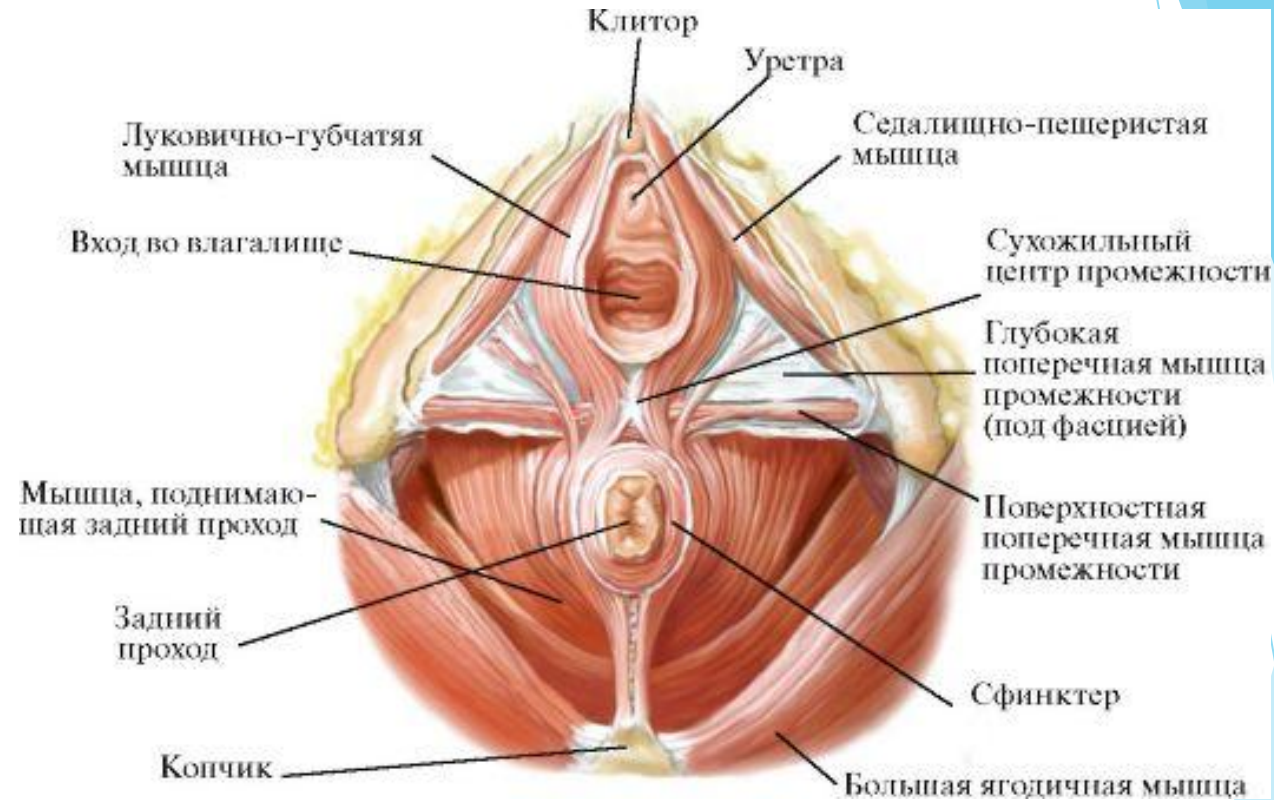
сзади - **верхушка копчика**;

по бокам - **седалищные бугры**.

Две части: **мочеполовая область** (reg. Urogenitalis) и **заднепроходная область** (reg. analis).

В пределах мочеполовой области находится **мочеполовая диафрагма**, она представлена m. perineus trans. prof. и верхней и нижней фасциями мочеполовой диафрагмы.

В заднепроходной области - **диафрагма таза** (m. levator ani + верхняя и нижняя фасции диафрагмы таза).



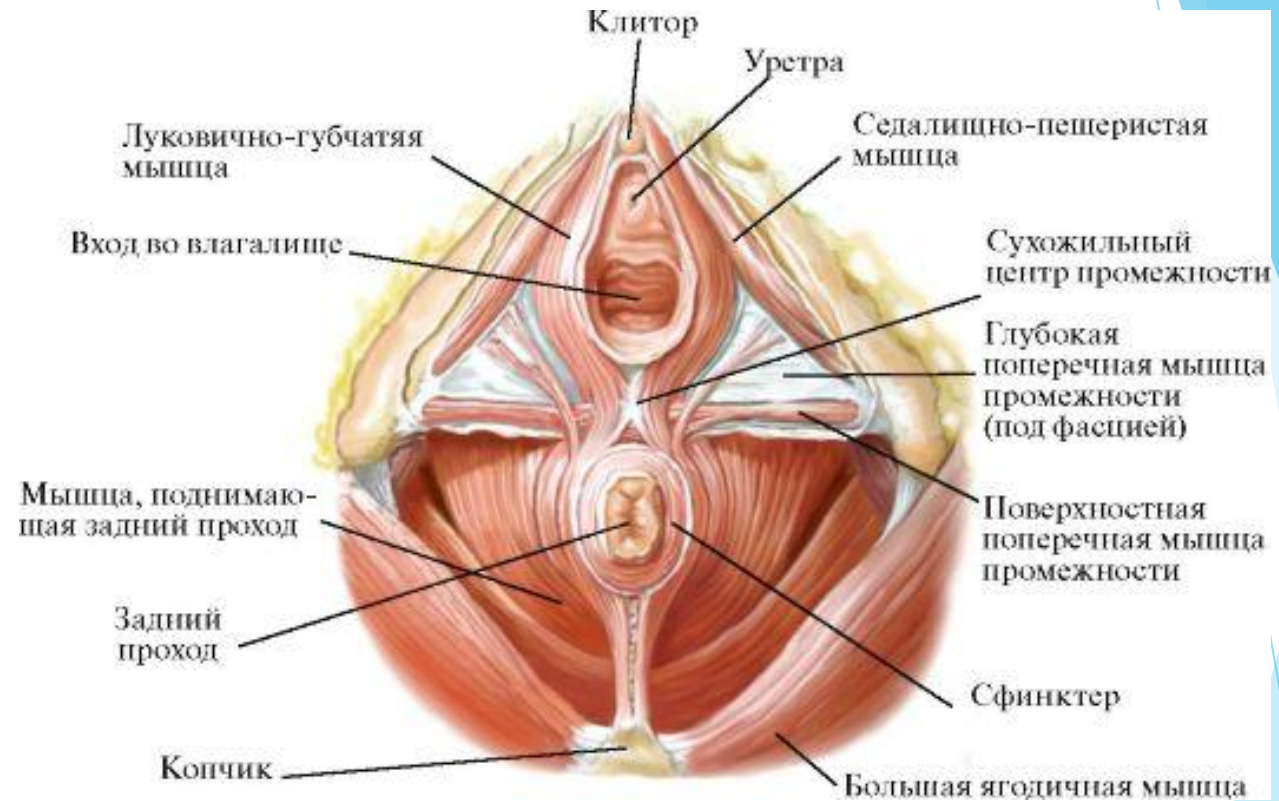
Топография промежности

Мышцы мочеполовой области:

- 1) **Поверхностный слой:** m. trans. perinei superf., m. ischiocavernosus, m. bulbospongiosus;
- 2) **Глубокий слой:** m. trans. perinei prof.; m. sphincter urethrae.

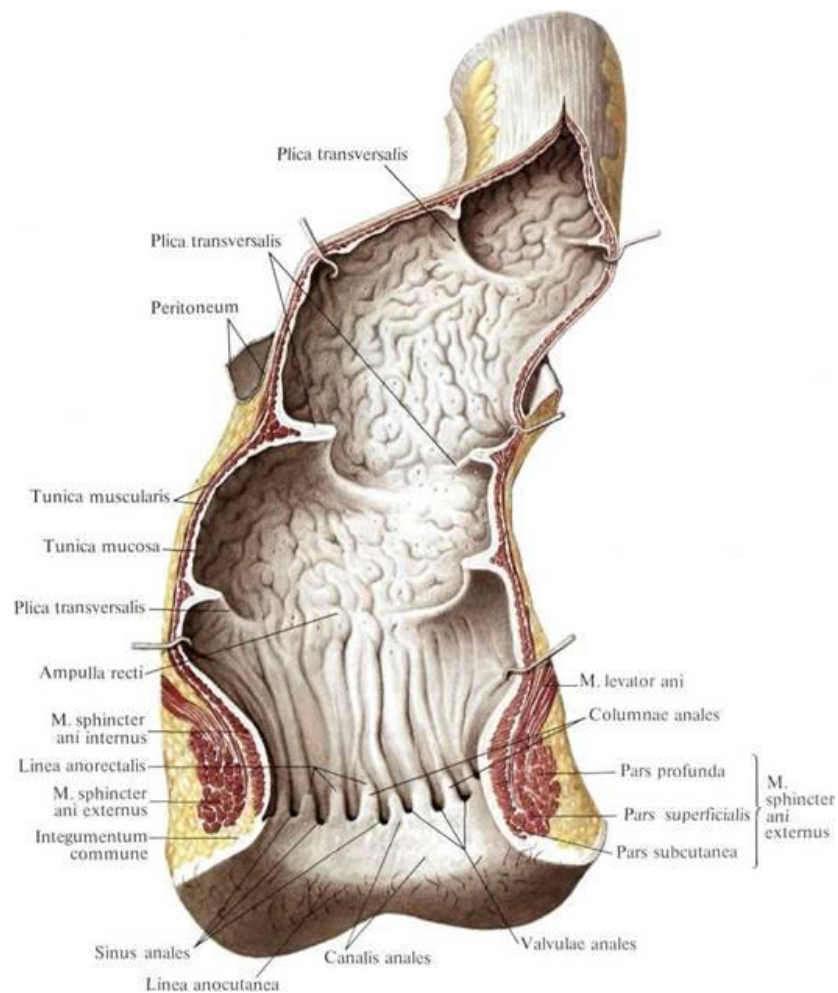
Мышцы заднепроходной области:

- 1) **Поверхностный слой:** m. sphincter ani ext.
- 2) **Глубокий слой мышц:** m. levator ani; m. coccygeus.



Сфинктеры прямой кишки

Циркулярный слой мышечной оболочки формирует утолщения: нижнее, расположенное на расстоянии 3 - 4 см от заднепроходного отверстия и образующее **внутренний сфинктер заднего прохода (m. sphincter ani int.)**, и верхнее, расположенное на расстоянии 10 см от заднепроходного отверстия (**3 - й сфинктер заднего прохода - m. sphincter tertius**). Вокруг заднепроходного канала под кожей **расположен наружный сфинктер прямой кишки (m. sphincter ani ext.)**, относящийся к мышцам промежности.



Этиология

Общепризнано, что возбудителем инфекции при парапроктите в большинстве случаев является смешанная микрофлора. Чаще всего в посевах обнаруживают стафилококки и стрептококки в сочетании с *E.coli* (98% всех наблюдений). Такой парапроктит называют обычным или банальным. Специфическая инфекция является возбудителем в общей сложности в 1 - 2% случаев.

При парапроктите, вызванном аэробной инфекцией, в гное могут быть обнаружены микробы, не вызывающие каких-либо проявлений. Вместе с тем острая анаэробная инфекция может выявиться в виде газовой флегмоны клетчатки таза, гангренозного, гнилостного парапроктита и анаэробного сепсиса на почве парапроктита.

Роль актиномицетов при парапроктите сравнительно мало изучена. Большинство таких наблюдений носит казуистический характер. По суммарным данным (А. Н. Рыжих, Р. З. Давыдова, В. И. Селиванова и А. М. Аминова (1973)), из 5300 больных хроническим парапроктитом свищи на почве актиномикоза были у 8 (0,15%).

Роль туберкулезной микобактерии в этиологии свищей прямой кишки дискутируется на протяжении многих лет. И. Г. Карпинский (1870), Н. А. Бонч - Осмоловская (1930), В. А. Шаак (1937), Р. Gaillard (1971) и др. допускают, что причиной возникновения свищей является в 1 - 10% случаев туберкулезная инфекция.

Патогенез

Пути внедрения инфекции в параректальную клетчатку.

Анальные железы. Большинство современных исследователей считают наиболее вероятным проникновение инфекции в параректальную клетчатку из протоков анальных желез. Впервые эту точку зрения высказал Н. Chiari (1878). Позднее G. Hermann и L. Desjosses (1880) дали анатомическое обоснование этой теории. Инфекция из просвета кишки попадает в анальные железы, разрушает их и проникает в параректальное пространство.

Анальные железы наиболее часто расположены на 9 - 12 часах [Когон А. И., 1962]. В каждую анальную крипту открывается 6 - 8 анальных желез, 70% желез имеют разветвления в количестве от 1 до 46. Предрасполагающим фактором к образованию свищей из нагноившейся анальной железы является большая анальная крипта, которая служит входными воротами инфекции. Самый большой синус обычно локализуется в области задней крипты, поэтому чаще наблюдаются задние свищи прямой кишки. [Когон А. И., 1962; Аминева В. А., 1974; Lilius H. G., 1968; и др.]. Большинство авторов считают, что парапроктит возникает в результате нагноения внутримышечных анальных желез.

Возможен и другой вариант возникновения парапроктита. Инфекция через крипты проникает в анальные железы, инфицирует их, вследствие чего наступают отек и закупорка протока, соединяющего железу с криптой, и образуется нагноившаяся ретенционная киста, по вскрытии которой инфекция распространяется в перианальное и параректальное пространства. Инфекция из этих кист может распространяться гематогенным и лимфогенным путем, что также ведет к образованию абсцесса в параректальной клетчатке.

Повреждения слизистой оболочки. Многие авторы считают микротравму слизистой оболочки прямой кишки и анального канала основной причиной возникновения острого парапроктита. Непереваренные частички пищи, плотные комочки кала могут вызывать ссадины и разрывы слизистой оболочки при дефекации. Острая травма стенки кишки инородными телами (рыбья кость, фруктовая косточки и т. п.) также может иногда привести к образованию парапроктита.

Внедрению инфекции в стенку прямой кишки и окружающую клетчатку способствуют скопление, застой и длительное пребыванию кишечных масс в прямой кишке при запорах. Это может привести к повреждению слизистой оболочки нижнего отдела прямой кишки содержащимся в каловых массах плотными и нередко остроконечными включениями. Запоры встречаются у 2 - 20% больных. Микротравмы также возможны при диарее, проктите, проктосигмоидите.

Описаны случаи острого парапроктита, возникшего в **результате повреждения стенки кишки при лечебных манипуляциях.**

Патогенез

Ряд авторов находят и прослеживают связь парапроктита с другими заболеваниями прямой кишки. Известно значение **геморроя** как заболевания, предшествующего и сопутствующего парапроктиту. Геморрою придавали значение проводника инфекции. А. И. Аминев (1973), суммировав данные 15 авторов о 4278 пациентах парапроктитом, установил, что геморрой предшествовал образованию парапроктита у 1255 (29,3%).

Анальная трещина может быть причиной парапроктита в 0,7 - 6% случаев.

Ряд исследователей считают парапроктит довольно частым осложнением **НЯК** и **болезни Крона**.

Гематогенный и лимфогенный пути проникновения инфекции следует признать чрезвычайно редкими.

Воспалительные заболевания параректальной клетчатки в связи с заболеваниями соседних органов должны быть выделены в отдельную группу. Прямая кишка может быть интактна или поражена вторично. Гнойные процессы в клетчаточных пространствах вокруг прямой кишки наблюдается при заболеваниях предстательной железы, уретры, парауретральных, куперовских желез, органов женской половой сферы (периметриты, бартолиниты), иногда при остеомиелите костей таза, туберкулезе позвоночника. Нередки параректальные затеки при эпителиальных копчиковых ходах. Нагноение дермоидных или эпидермоидных кист таза могут симулировать картину парапроктита. Широко известны перианальные постинъекционные абсцессы, осложнившиеся распространением воспаления на параректальную клетчатку. Группу вторичных парапроктитов характеризует, как правило, хроническое течение воспалительного процесса.

Классификация форм парапроктита

Классификация НИИ проктологии

I. По этиологическому признаку:

- банальный
- специфический
- посттравматический

II. По активности воспалительного процесса:

- острый
- инфильтративный
- хронический (свищи прямой кишки)

III. По локализации гнойников, инфильтратов, затеков:

- подкожный
- подслизистый
- ишиоректальный
- пельвиоректальный
- ретроректальный

Классификация форм парапроктита

- IV. По расположению внутреннего отверстия свища:
 - передний
 - задний
 - боковой

- V. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера:
 - интрасфинктерный
 - трансфинктерный
 - экстрафинктерный

Классификация форм парапроктита

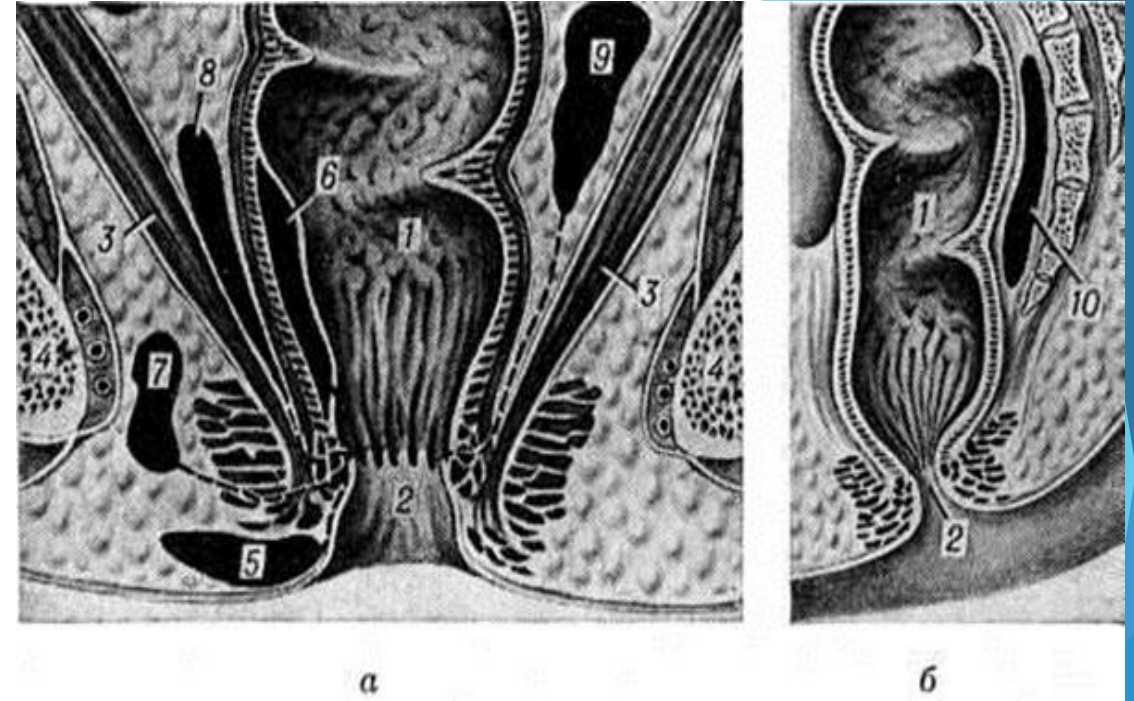
I. Острый парапроктит

1. По этиологическому принципу

- обычный
- анаэробный
- специфический
- травматический

2. По локализации гнойников, инфильтратов, затеков

- подкожный
- подслизистый
- ишиоректальный
- пельвиоректальный
- ретроректальный
- некротический



а— фронтальный разрез; б—сагиттальный разрез; 1— полость прямой кишки, 2— заднепроходный канал, 3— мышцы тазового дна, 4— седалищные кости, 5 — гнойники (5— подкожный, 6— подслизистый, 7 — ишиоректальный, 8 — 9 — пельвиоректальные, 10 — ретроректальный); пунктиром обозначены пути распространения гноя.

Классификация форм парапроктита

II. Хронический парапроктит (свищи прямой кишки)

1. По анатомическому признаку

- полные
- неполные
- наружные
- внутренние

2. По расположению внутреннего отверстия свища

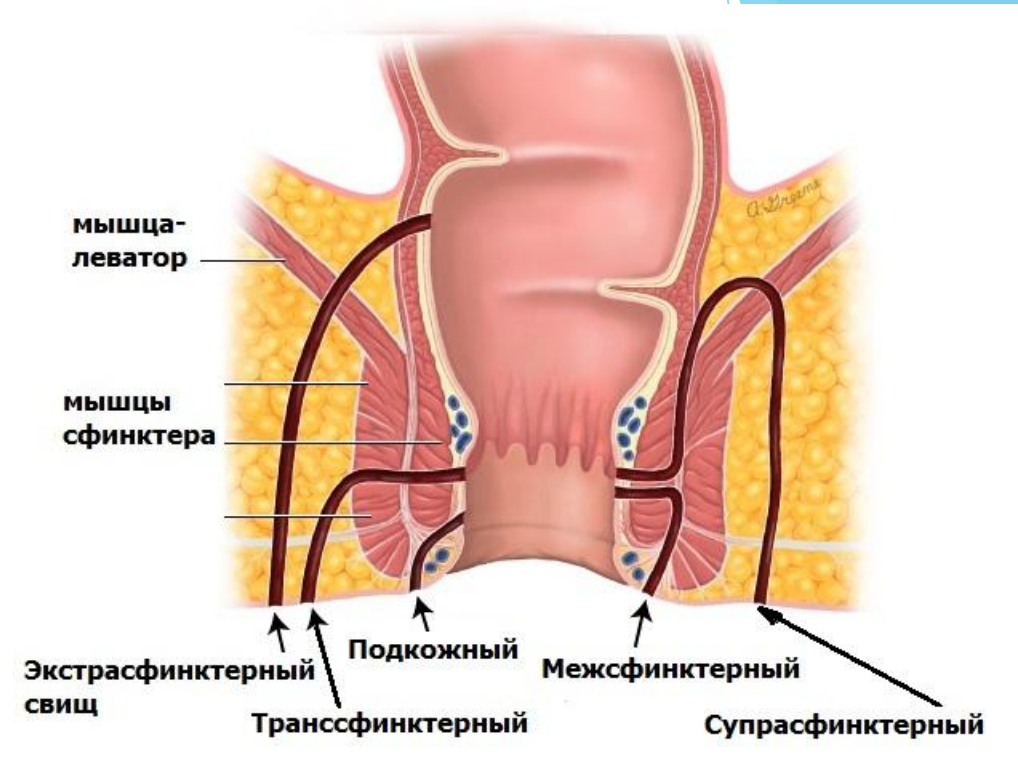
- передний
- задний
- боковой

3. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера (1976 г. Паркс)

- интрасфинктерный
- трансфинктерный (высокие и низкие)
- экстрасфинктерный
- супрасфинктерный

4. По степени сложности

- простые
- сложные



Классификация анальных свищей

Классификация Паркса (1976), основанная на изображении свищевого хода в виде кривой, имеющей 3 измерения:

Межсфинктерные (70% всех анальных свищей). Проходят через внутренний сфинктер в межсфинктерное пространство и далее выходят на промежность. Возможно формирование слепых каналов, не выходящих на промежность, либо идущих вверх к нижним отделам прямой кишки или в полость малого таза.

Транссфинктерные (23-25% всех свищей). Проходят через нижнюю часть внутреннего и наружного сфинктеров в ишиоректальную ямку, потом выходят на промежность. Могут встречаться высокие слепые ответвления. По отношению к зубчатой линии транссфинктерные свищи делят на **высокие и низкие**.

Супрасфинктерные (до 5% всех анальных свищей). Идут через верхнюю часть межсфинктерного пространства над лобково-прямокишечной мышцей в ишиоректальную ямку и выходят на промежность. Могут формироваться высокие слепые ответвления, которые пальпируются через стенку прямой кишки.

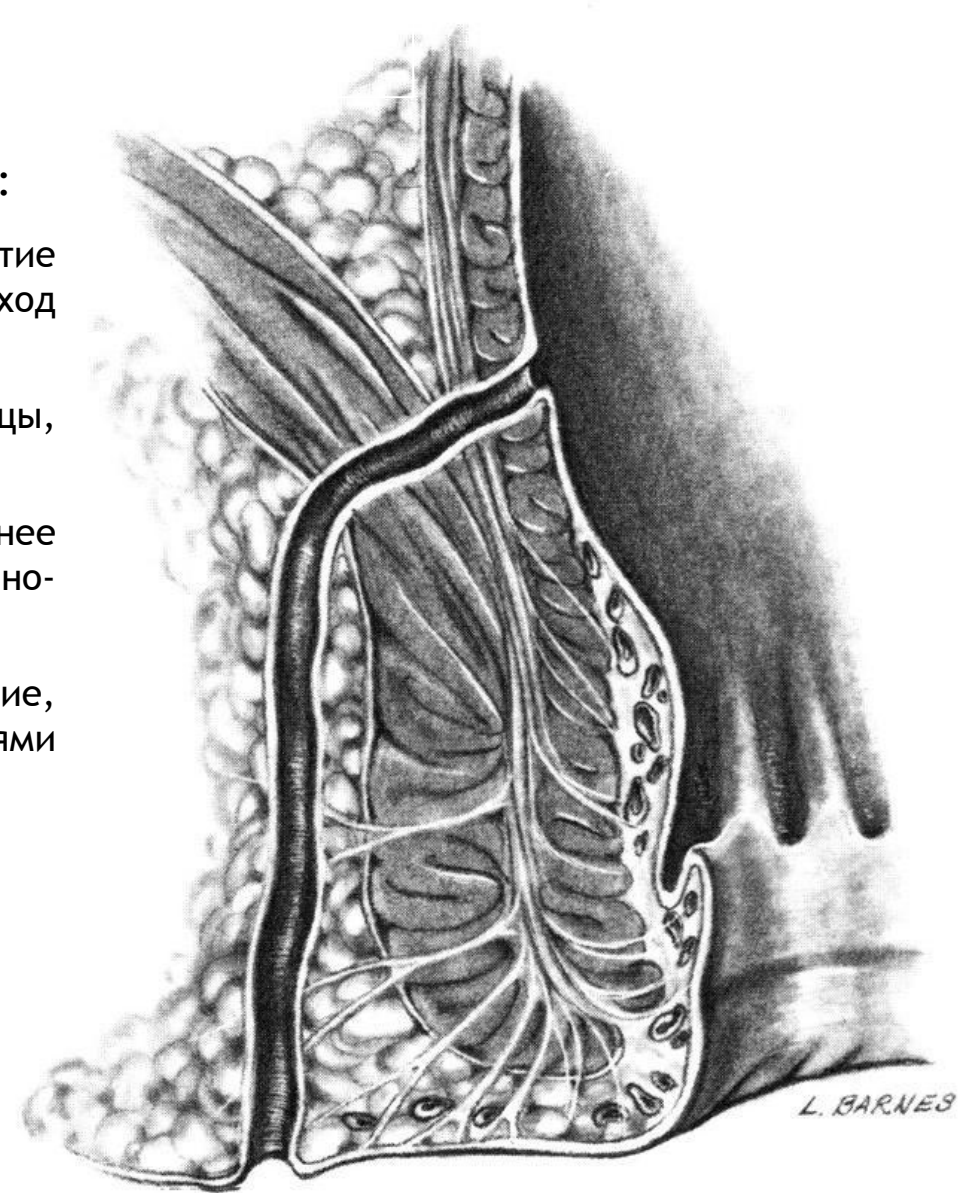
Экстрасфинктерные (1-2% всех свищей). Весь канал проходит от перианальной кожи через *m. levator ani* к стенке прямой кишки вне сфинктерного аппарата.



Классификация анальных свищей

Экстрасфинктерные свищи классифицируются по степени сложности:

1. При первой степени сложности экстрасфинктерного свища внутреннее отверстие узкое без рубцов вокруг него, нет гнойников и инфильтратов в клетчатке, ход достаточно прямой (27,1% больных).
2. При второй степени сложности в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но нет воспалительных изменений в клетчатке (16,1% больных).
3. При третьей степени экстрасфинктерные свищи характеризует узкое внутреннее отверстие без рубцового процесса вокруг, но в клетчатке имеется гнойно-воспалительный процесс (23% больных).
4. При четвертой степени сложности у них широкое внутреннее отверстие, окруженное рубцами, с воспалительными инфильтратами или гнойными полостями в клетчаточных пространствах (31,8% больных).



Классификация анальных свищей

По Н.Е. Васон (1945):

1. Простые (имеют внутреннее и наружное отверстие)
2. Сложные (разветвленные, глубоко расположенные)
3. Осложненные (сообщающиеся с другими органами)

Основанная на рентгенологических признаках (Туйджанов, 1973):

- I. Подкожно-подслизистые свищи:
 - а) короткие
 - б) длинные
 - в) разветвленные
- II. Трансфинктерные свищи:
 - а) разветвленные
 - б) неразветвленные
- III. Экстрасфинктерные свищи:
 - а) разветвленные
 - б) неразветвленные
- IV. Неполные внутренние свищи:
 - а) глубокие
 - б) неглубокие
- V. Неполные наружные свищи

Классификация анальных свищей

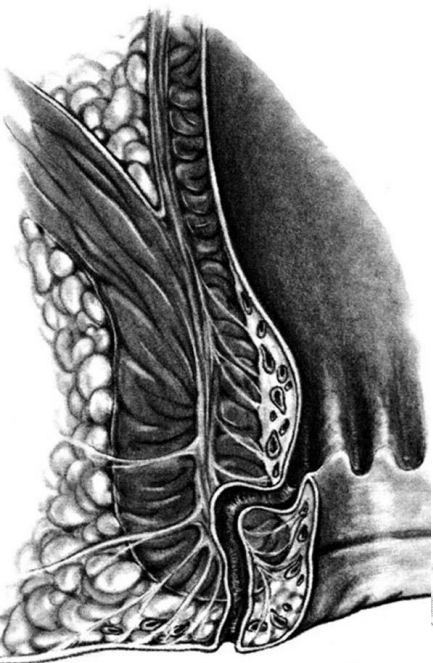
Хирурги при описании операций используют классификацию анальных свищей на:

1. подкожные
2. субмулярные (межсфинктерные и низкие транссфинктерные)
3. комплексные
4. рецидивирующие (высокие транссфинктерные, супрасфинктерные и экстрасфинктерные, множественные ходы, рецидивные)

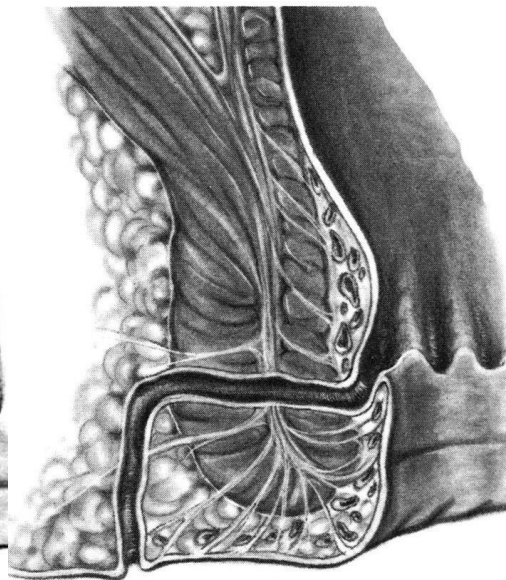
Классификация, разработанная в университетском госпитале Святого Джеймса (St. James University Hospital) в Великобритании:

- I степень - простой межсфинктерный свищ, который пенетрирует внутренний сфинктер и идет в каудальном направлении через межсфинктерное пространство. Свищ может открываться на коже, не имеет вторичного хода через наружный сфинктер
- II степень - межсфинктерный свищ с межсфинктерным абсцессом или вторичным свищевым ходом. Полость абсцесса расположена в межсфинктерном пространстве, ограничена наружным сфинктером. Для абсцесса типична форма «подковы».
- III степень - транссфинктерный свищ, который проникает через оба сфинктера в область ишиоректальной или ишиоанальной ямок и открывается на коже. Ассоциируется с вторичным ходом, абсцессом или распространением в краниальном направлении до мышцы, поднимающей задний проход (m. levator ani).
- IV степень - транссфинктерный свищ с формированием абсцесса или хода в ишиоректальную или ишиоанальную ямки.
- V степень - над- или транслеваторные абсцессы (по отношению к мышце поднимающей задний проход).

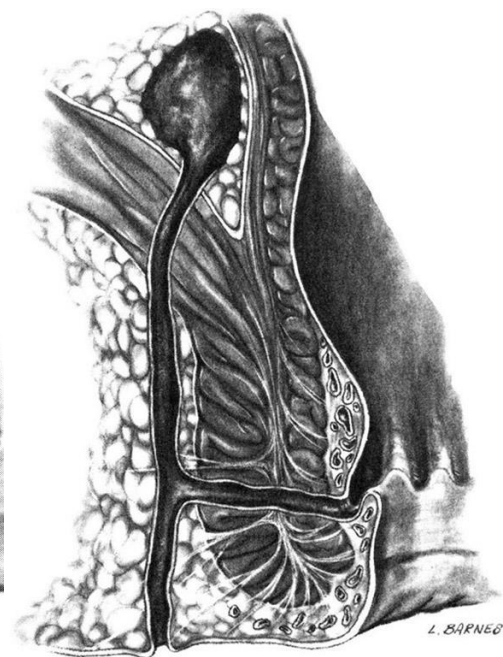
Классификация анальных свищей



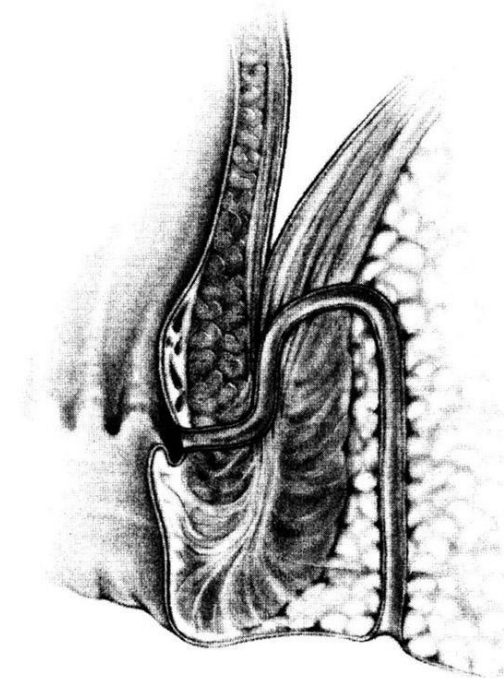
Интерсфинктерный свищ прямой кишки



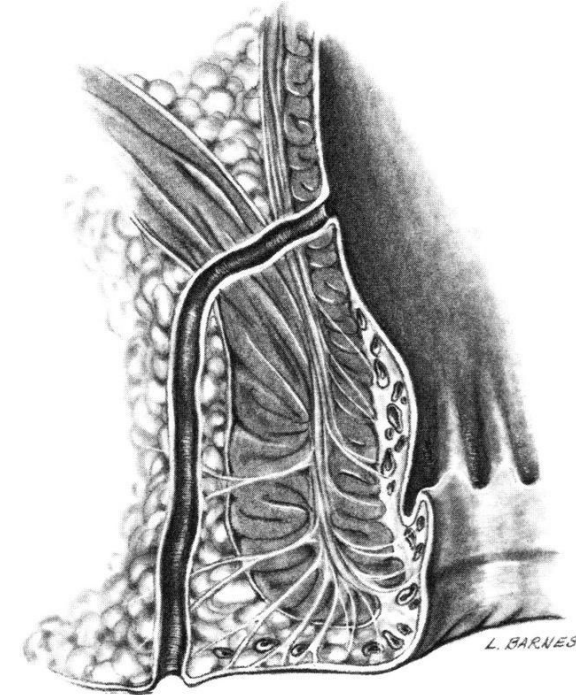
Транссфинктерный свищ прямой кишки



Транссфинктерный свищ с надлеваторной экстензией



Супрасфинктерный свищ



Экстрасфинктерный свищ

Транссфинктерные с надлеваторной экстензией — транссфинктерно расположенный ход раздваивается, одна его часть открывается на кожу промежности, а другая — распространяется в надлеваторное пространство в виде ответвления, перфорирующего леватор и заканчивающегося в пельвиоректальной клетчатке в виде гнойного затека

Клиническая картина различных форм парапроктита

Острый парапроктит

Характерными признаками острого парапроктита являются: боли в области заднего прохода и прямой кишки, нарушения акта дефекации (запоры, поносы), задержка мочеиспускания, иррадиация болей в нижнюю половину живота, бедра и половые органы. Наличие тех или иных симптомов, а также степень их выраженности зависит от локализации воспалительного процесса, распространенности его, характера возбудителя и реактивности организма.

Подкожный парапроктит. Эта форма встречается наиболее часто. При ней возникают острые и быстро нарастающие боли в области заднего прохода, промежности. Они носят пульсирующий характер, усиливаются при движении, напряжении брюшного пресса, кашле, акте дефекации. Могут наблюдаться дизурические явления, задержка стула. Температура тела достигает 38-39°С. При осмотре отмечаются гиперемия кожи промежности на стороне поражения, сглаживание складок у заднего прохода. Последний деформируется, становится щелевидным. Пальпация перианальной области резко болезненна, часто определяется флюктуация. Пальцевое исследование прямой кишки сопровождается усилением болей и позволяет выявить размеры инфильтрата и его верхнюю границу.

Клиническая картина различных форм парапроктита

Подслизистый парапроктит. Встречается реже подкожного и составляет 2-6% всех форм острого парапроктита. Клинически он протекает более легко. Основные жалобы больных - это умеренно выраженные боли в области прямой кишки, которые усиливаются во время акта дефекации. Температура тела субфебрильная. При осмотре местные изменения не обнаруживаются, однако если гнойник опустился ниже гребешковой линии и переходит на подкожную клетчатку (подкожно-подслизистый парапроктит), то выявляется отёк перианальной области. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить болезненное образование округлой формы и тугоэластической консистенции, которое располагается выше гребешковой линии в подслизистом слое.

Межсфинктерный парапроктит. В отечественной литературе этот вид упоминается редко. Впервые описан Эйзенхаммером, подразделившим эту локализацию абсцесса на высокий и низкий типы. Встречается в 2-5% наблюдений. Источником всегда является пораженная анальная крипта. Больные жалуются преимущественно на анальный дискомфорт и ложные позывы на дефекацию. Локально определяется плотный болезненный инфильтрат, деформирующий анальный канал. *Отличается от подслизистого парапроктита наличием между полостью абсцесса и анальной слизистой оболочкой порции внутреннего сфинктера.* При пальцевом исследовании возможно ощущение пальпируемого конгломерата тромбированных внутренних геморроидальных узлов. Сомнения развеиваются при выполнении аноскопии или ректоскопии. Общая симптоматика выражена умеренно.

Клиническая картина различных форм парапроктита

Седалищно-прямокишечный (ишиоректальный) парапроктит. Встречается у 35-40% больных. Вначале пациенты жалуются на общую слабость, озноб, расстройство сна. Затем присоединяются ощущение тяжести и боль тупого характера в области прямой кишки или таза. В последующем состояние пациентов ухудшается. Температура тела достигает 39-40°С, боли в зоне поражения становятся острыми, пульсирующими, усиливаются при кашле, акте дефекации. Если гнойник локализуется вблизи предстательной железы и мочеиспускательного канала, наблюдаются дизурические нарушения. Появляются припухлость и гиперемия кожи промежности в зоне расположения гнойника. При пальпации определяется тестоватой консистенции инфильтрат без резкой болезненности. При пальцевом исследовании выше анального канала имеет место уплотнение стенки прямой кишки со сглаженностью её складок. В процессе прогрессирования ишиоректального парапроктита воспалительный инфильтрат увеличивается и вызывает взбухание на стороне поражения.



Ишиоректальный парапроктит. Взбухание и гиперемия мягких тканей промежности на стороне поражения

Клиническая картина различных форм парапроктита

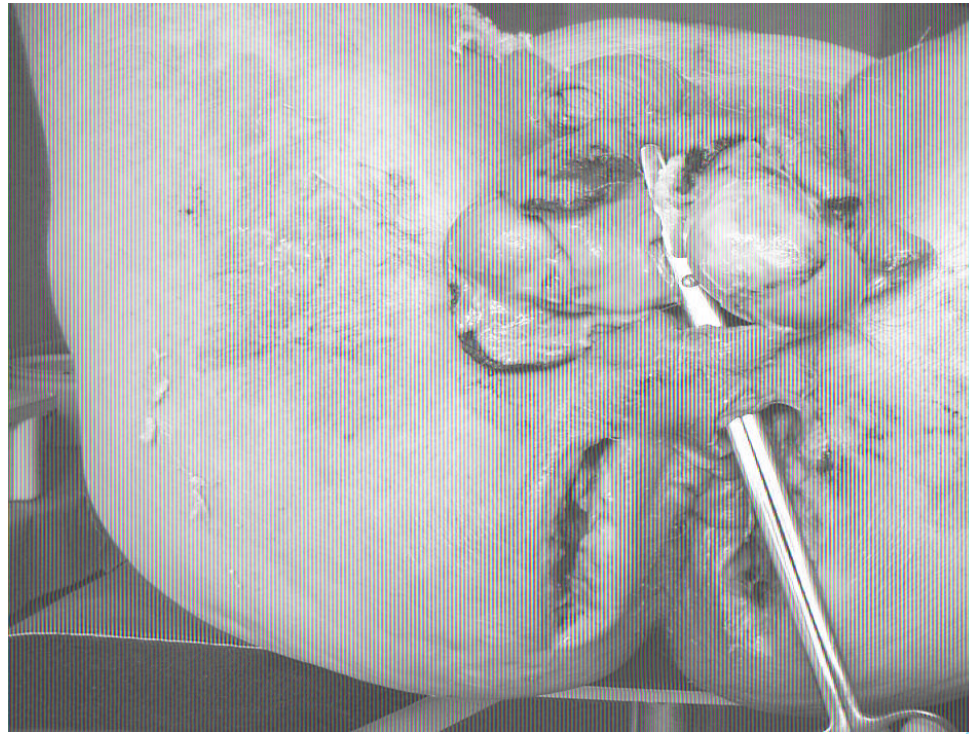
Тазово-прямокишечный (пельвиоректальный) парапроктит. Наиболее тяжелая форма, встречается у 2-7% больных острым парапроктитом. Заболевание начинается с общих симптомов, обусловленных интоксикацией. Постепенно состояние пациентов ухудшается, появляются лихорадка, ознобы, головная боль, боль в суставах. Все это может напоминать клинику простудных заболеваний или гриппа. В последующем присоединяются боли в нижней половине живота, в области таза, однако в ряде случаев они могут отсутствовать, что значительно затрудняет диагностику. Такие больные первоначально нередко лечатся у других специалистов (урологов, гинекологов, терапевтов, инфекционистов) в связи с ошибочно установленным диагнозом. Пальцевое исследование прямой кишки и ректоскопия позволяют выявить начальные признаки пельвиоректального парапроктита. К ним относятся болезненность и тестоватая консистенция стенок верхних отделов прямой кишки, наличие инфильтрата за её пределами, верхний полюс которого не удается определить при пальцевом исследовании. Слизистая оболочка на уровне инфильтрата гиперемирована, её сосудистый рисунок имеет чёткое сетчатое строение. При значительном выбухании очага поражения в сторону просвета прямой кишки слизистая оболочка теряет складчатость, становится гладкой, легко кровоточит от прикосновения ректороманоскопа или колоноскопа. Местные симптомы манифестируются при распространении гнойного процесса на ишиоректальную и подкожную клетчатку с возможным переходом воспалительного процесса на противоположную сторону в виде подковообразного парапроктита. В редких случаях гнойник может опорожниться через дефект стенки прямой кишки вследствие её расплавления. У женщин может наблюдаться прорыв гноя из пельвиоректального пространства во влагалище. Течение пельвиоректального парапроктита с опорожнением гнойника в кишку или влагалище часто смазывает картину заболевания, так как при этом уменьшается боль и снижается температура, а выделение гноя и крови из кишки и влагалища могут навести на мысль о дизентерии, гинекологических заболеваниях и т. д.

Клиническая картина различных форм парапроктита

Позадипрямокишечный (ретроректальный) парапроктит. Эта форма острого парапроктита характеризуется выраженным болевым синдромом. Боли локализуются в области прямой кишки и крестца, усиливаются при акте дефекации. Внешние признаки заболевания обычно отсутствуют и появляются лишь после распространения гнойника под кожу промежности или в подслизистый слой прямой кишки. При пальпации крестцово-копчиковой области отмечается различной степени выраженности болезненность. Во время пальцевого исследования определяется резко болезненное выбухание задней стенки прямой кишки.

Клиническая картина различных форм парапроктита

Некротический парапроктит - особая форма заболевания, которая отличается быстрым распространением с отмиранием обширных участков мягкой тканей. Это самый тяжелый вид парапроктита, который приводит больного к крайне плохому состоянию. Вызывается болезнь клостридиями, анаэробными бактероидами и фузобактериями, гнилостными микроорганизмами (протей и другие). Клиническая картина некротического парапроктита ярко выражена: быстрое наступление сильной интоксикации (за период от нескольких часов до 2-х суток), невыносимые боли в промежности, тахикардия, резкое падения давления, синюшность кожи. При этом покраснения и гноя в зоне воспаления не образуется, вместо них возникает некроз тканей вследствие сильного отека и газообразования под воздействием токсического поражения возбудителями. Жир, мышцы, фасциальные оболочки распадаются, происходит гниение с выделением зловонной жидкости, содержащей пузырьки газа («болотный» газ). Отмирание может захватывать соседние участки, у мужчин частое осложнение - переход процесса на половые органы (гангрена Фурнье). Лечение болезни - хирургическое, с иссечением всех затронутых тканей и необходимостью в дальнейшем проводить восстановительные операции.



Клиническая картина различных форм парапроктита

Хронический парапроктит

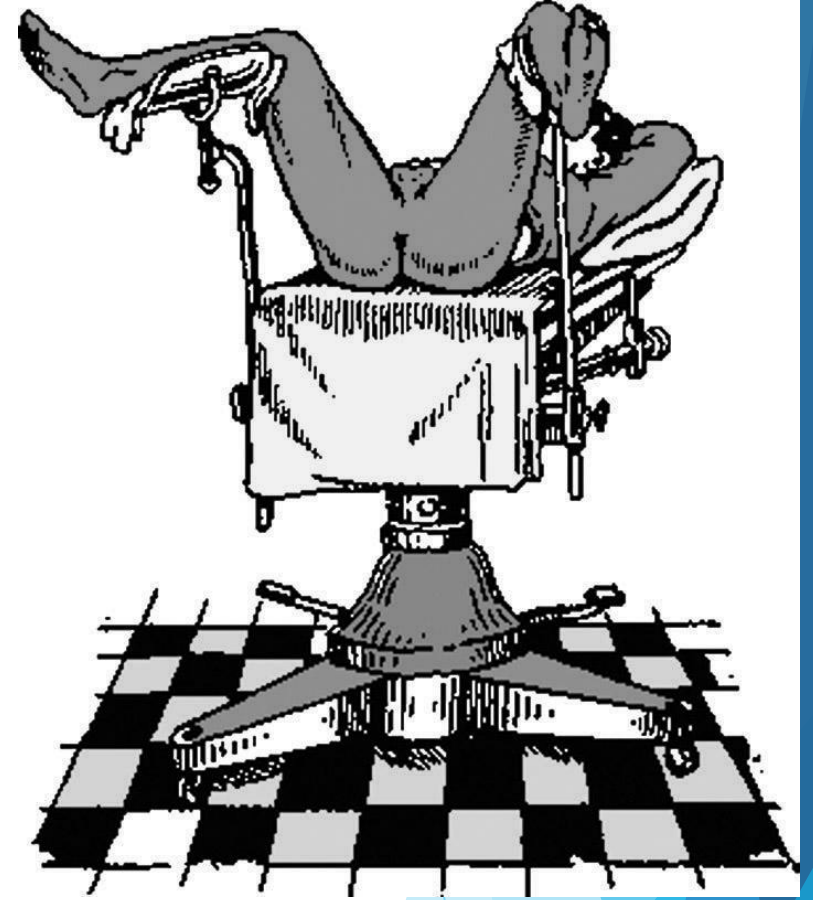
Жалобы. Обычно больного беспокоят наличие свищевого отверстия (ранки) на коже в области заднего прохода, выделения гноя, сукровицы, из-за чего он вынужден носить прокладку, делать обмывания промежности или сидячие ванны 1–2 раза в день. Иногда выделения бывают обильными, вызывают раздражение кожи, зуд. Боль при хорошем дренировании полного свища беспокоит редко, так как характерна для неполного внутреннего свища. Она обусловлена хроническим воспалительным процессом в толще внутреннего сфинктера, в межсфинктерном пространстве и неадекватным дренированием при сомкнутом заднем проходе. Обычно боль усиливается в момент дефекации и постепенно стихает, поскольку при растяжении анального канала в момент прохождения калового комка неполный внутренний свищ лучше дренируется.

Очень часто болезнь протекает волнообразно, на фоне существующего свища может быть обострение воспаления в параректальной клетчатке. Это происходит при закупорке свищевого хода гнойно-некротическими массами или грануляционной тканью. При этом может возникнуть абсцесс, после вскрытия и опорожнения которого острые воспалительные явления стихают, количество отделяемого из раны уменьшается, исчезает боль, улучшается общее состояние, однако рана полностью не заживает, остается ранка не более 1 см в диаметре, из которой продолжают поступать сукровично-гнойные выделения, – это наружное отверстие свища. При коротком свищевом ходе отделяемое обычно скудное, если выделения обильные гнойного характера, скорее всего, по ходу свища есть гнойная полость. Кровянистые выделения должны настораживать в отношении озлокачествления свища.

Лечение парапроктита

Острый парапроктит

Лечение только оперативное. Основная цель операции - вскрытие и дренирование гнойника, по возможности дополненное иссечением внутреннего отверстия, сообщающего полость гнойника с прямой кишкой. Гемостаз предпочтительно выполнять с помощью электро- или фотокоагуляции, при выраженном кровотечении рекомендуется прошивание сосуда рассасывающейся атравматичной нитью. Следует избегать оставления в ране капрона или других гидрофильных нерассасывающихся нитей, так как они могут быть источником лигатурных свищей.



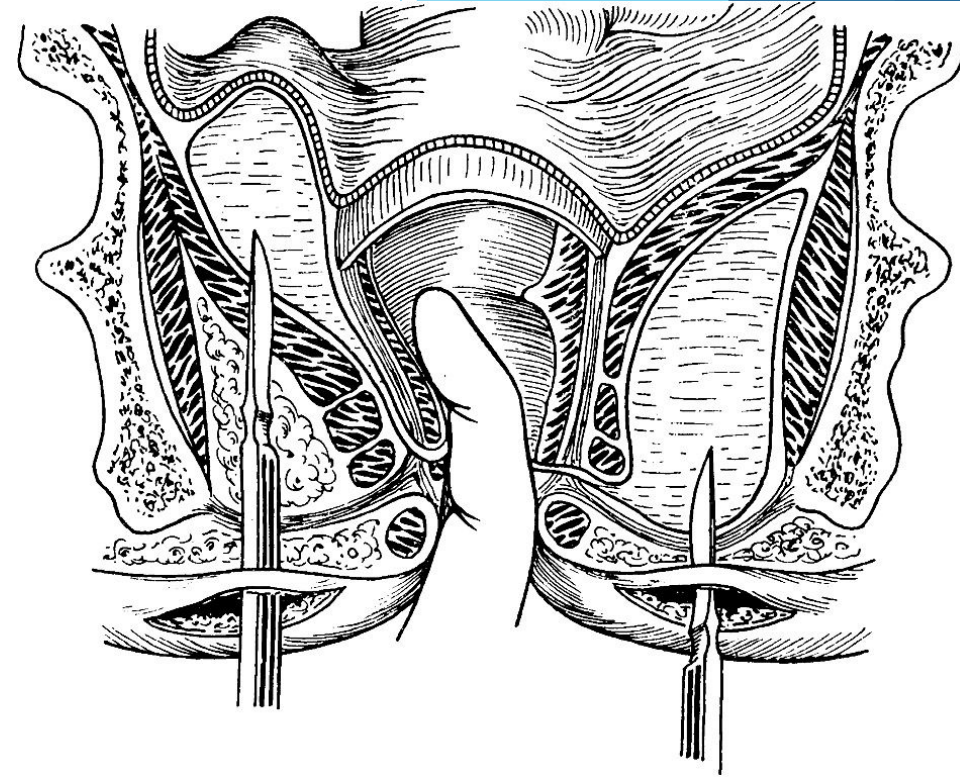
Положение больного на операционном столе

Лечение парапроктита

Операция при остром подкожно-подслизистом парапроктите. Выполняется в литотомической позиции. Необходимо произвести не только вскрытие и дренирование гнойника, но также найти внутреннее отверстие и иссечь его вместе со стенками гнойной полости. Для этого производится радиальный разрез, идущий от гребешковой линии через пораженные анальные крипты на перианальную кожу вглубь до мышечного слоя. Длина разреза зависит от протяженности воспалительной инфильтрации слизистой оболочки и кожи. Края разреза, нависающие над вскрытой гнойной полостью, и пораженная крипта с внутренним отверстием свища иссекаются на всем протяжении. После иссечения краёв рана, принявшая эллипсоидную форму, санится водными растворами антисептиков и рыхло тампонируется. Швы не накладываются.

Лечение парапроктита

Операции при остром седалищно-прямокишечном парапроктите. Полулунным разрезом вскрывается гнойник, расположенный в ишиоректальной клетчатке. Длина и глубина разреза должны обеспечить полную эвакуацию гноя. Как только начнется свободный отток гноя, в абсцесс заводится палец и рана расширяется под его контролем. Ощупываются стенки гнойной полости, разрываются разделительные перегородки, удаляются гной и некротизированные ткани. Полость гнойника промывается раствором перекиси водорода, осушается и дренируется. Производится поиск внутреннего отверстия. Если оно обнаружилось, целесообразно выполнить его иссечение, что может позволить в последующем избежать формирования свища. При двухэтапной тактике вмешательство, направленное на ликвидацию внутреннего отверстия, осуществляется через 5-7 суток после вскрытия параректального гнойника в условиях стихающих острых воспалительных явлений.

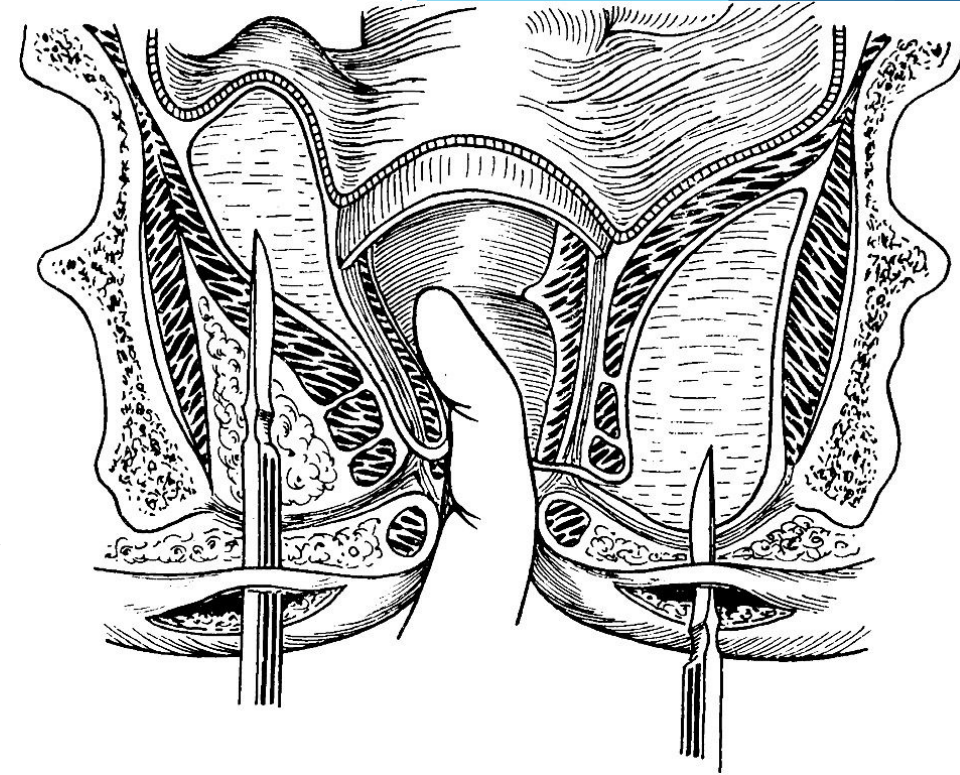


Вскрытие ишиоректального и пельвиоректального абсцессов

Лечение парапроктита

Операции при остром тазово-прямокишечном парапроктите. Под контролем пальца, введенного в прямую кишку, производится доступ в перианальное и ишиоректальное пространство до нижней поверхности мышцы, поднимающей задний проход. Волокна последней тупо расслаиваются и надлежательно расположенный абсцесс дренируется в образовавшуюся рану. Далее разрез расширяется таким образом, чтобы выпрямить и расширить дренируемый канал.

Внутренний (чрескишечный) доступ к абсцессам показан лишь при парапроктитах, уже вскрывшихся в прямую кишку, когда необходимо расширить отверстие для дренирования гнойника, или же в случаях, когда определяется некроз стенки кишки и миграция гнойника в кишку неизбежна. Расширяют задний проход зеркалом, обнажают место воспалительной инфильтрации стенки кишки, которую предварительно обследуют пальцем. Место инфильтрата пунктируют иглой и, получив гной, по игле в продольном направлении рассекают стенку кишки. Отверстие в кишке расширяют корнцангом и при необходимости удлиняют разрез до 1,5–2 см. В полость абсцесса вводят трубку с боковыми отверстиями, которую фиксируют одним швом к коже у анального отверстия.



Вскрытие ишиоректального и пельвиоректального абсцессов

Лечение парапроктита

Операции при остром ретроректальном (пресакральном) парапроктите. Полость ретроректального гнойника чаще всего сообщается с просветом кишки через заднюю крипту. Вскрытие и дренирование могут быть осуществлены двумя путями: из полулунного разреза справа или слева от средней линии без пересечения заднепроходно-копчиковой связки или из полулунного разреза по средней линии с пересечением этой связки. Учитывая частое двустороннее поражение параректальной клетчатки, пересечение заднепроходно-копчиковой связки обеспечивает большой обзор и широкое дренирование ретроректального пространства. Этот разрез целесообразен и в тех случаях, когда до операции трудно предвидеть распространенность воспалительного процесса. Промывание и дренирование гнойной полости производится стандартно.

Лечение парапроктита

Принципы лечения анаэробных парапроктитов. В основу лечения анаэробных парапроктитов положен комплексный метод, сочетающий в себе максимальный хирургический радикализм, мероприятия, направленные на борьбу с инфекцией и интоксикацией, и повышение защитных сил организма с соблюдением противоэпидемических мероприятий.

В зависимости от локализации первичного очага широкими разрезами вскрываются ишиоректальные или пельвиоректальные клетчаточные пространства. При необходимости широко рассекаются участки инфильтрации и некроза тканей в области промежности, бёдер, мошонки, ягодичных областей, нижней стенки живота. При манипуляциях в области корня мошонки следует проявлять осторожность, чтобы не повредить уретру. Участки некротизированных тканей иссекаются, раны промываются 3% раствором перекиси водорода и рыхло тампонируются салфетками, смоченными перекисью водорода. Повязки меняют 2-3 раза в день, вновь появившиеся инфильтраты вскрывают. При анаэробном парапроктите проводится специфическое лечение. Эффективна гипербарическая оксигенация на фоне массивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, иногда с применением экстракорпоральных методов детоксикации. Также эффективен бесповязочный метод лечения обширных и глубоких ран промежности в условиях управляемой абактериальной среды с помощью пластикового изолятора, создающего полную герметичность и позволяющего визуально контролировать состояние раны. Поддержание необходимой температуры и влажности позволяет ране заживать под влажным струпом. Это возможно, например, с помощью аппарата УАС-001, применяемого для лечения ран конечностей.

Лечение парапроктита

Хронический парапроктит

Лечение ректальных свищей хирургическое. Противопоказания к радикальной операции - тяжёлые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации.

Выбор методики операции зависит от отношения свищевого хода к волокнам сфинктера. **Интрасфинктерный** свищ иссекается в просвет кишки по Габриэлю (иссечении свищевого хода от наружного отверстия до дна гнойной полости по зонду, введённому в его просвет). **Трансфинктерный** свищ, расположенный поверхностно, иссекается в просвет кишки по аналогии с интрасфинктерным свищом. При глубоком трансфинктерном расположении свища он может быть иссечён в просвет с последующим швом сфинктера или оперирован как экстрасфинктерный свищ. **Экстрасфинктерный** свищ предпочтительно иссекать, либо рассекать с оставлением свищевых ходов открытыми при одновременной ликвидации внутреннего отверстия свища. При этом ключевым этапом операции является ликвидация внутреннего свищевого отверстия. Предпочтительными для ушивания являются пластические способы с использованием мобилизации и перемещения вышележащих или соседних порций слизистой оболочки и подслизистого слоя. Возможна также пластика внутреннего отверстия путём низведения и подшивания полнослойного сегмента стенки прямой кишки. Кроме того, допустимо использование лигатурного метода, предусматривающего проведение через свищевой ход нити и её постепенное затягивание в послеоперационном периоде до полного прорезывания и отхождения.

Лечение парапроктита

Хронический парапроктит

Лигатурный метод.

Самый древний метод - лигатурный - наиболее распространен при лечении свищей и является, по мнению ряда авторов, достаточно радикальным и надежным. Суть операции сводится к постепенному рассечению свищевого хода и сфинктера лигатурой. Ко времени прорезывания лигатуры в перианальных тканях формируется рубец, исключающий возможность расхождения волокон пересеченных мышц и недостаточности анального сфинктера.

Большинство современных авторов пользуются шелковой нитью. С целью постепенного пересечения мышечных волокон Т. Burckhart (1953) предложил не затягивать лигатуру, а подвешивать к ней дозируемый груз, А. Н. Рыжих (1968) рекомендовал этапно затягивать нить на резиновой трубке через день, начиная с 18 - 20 - го дня после операции.

Лигатурный метод лечения свищей прямой кишки широко пропагандируется в основном зарубежными хирургами, в России он был введен И. Г. Карпинским (1879), однако достаточного распространения не получил, т.к. считают, что он весьма груб и не дает удовлетворительных результатов. Следует заметить, что выводы многих противников метода основаны на сравнительно небольшом количестве материала.

Следует подчеркнуть, что результаты лечения во многом зависят от правильного определения локализации внутреннего отверстия свища, сроков затягивания и прорезывания лигатуры, способа ведения операционной раны. Этими обстоятельствами объясняется разница в исходах лечения свищей прямой кишки лигатурным методом у разных авторов.