

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего  
профессионального образования «Тюменский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России)  
Кафедра оперативной хирургии и топографической  
анатомии

# Парапроктит

Выполнила: студентка 439  
группы педиатрического  
факультета  
Закоулова А.С.

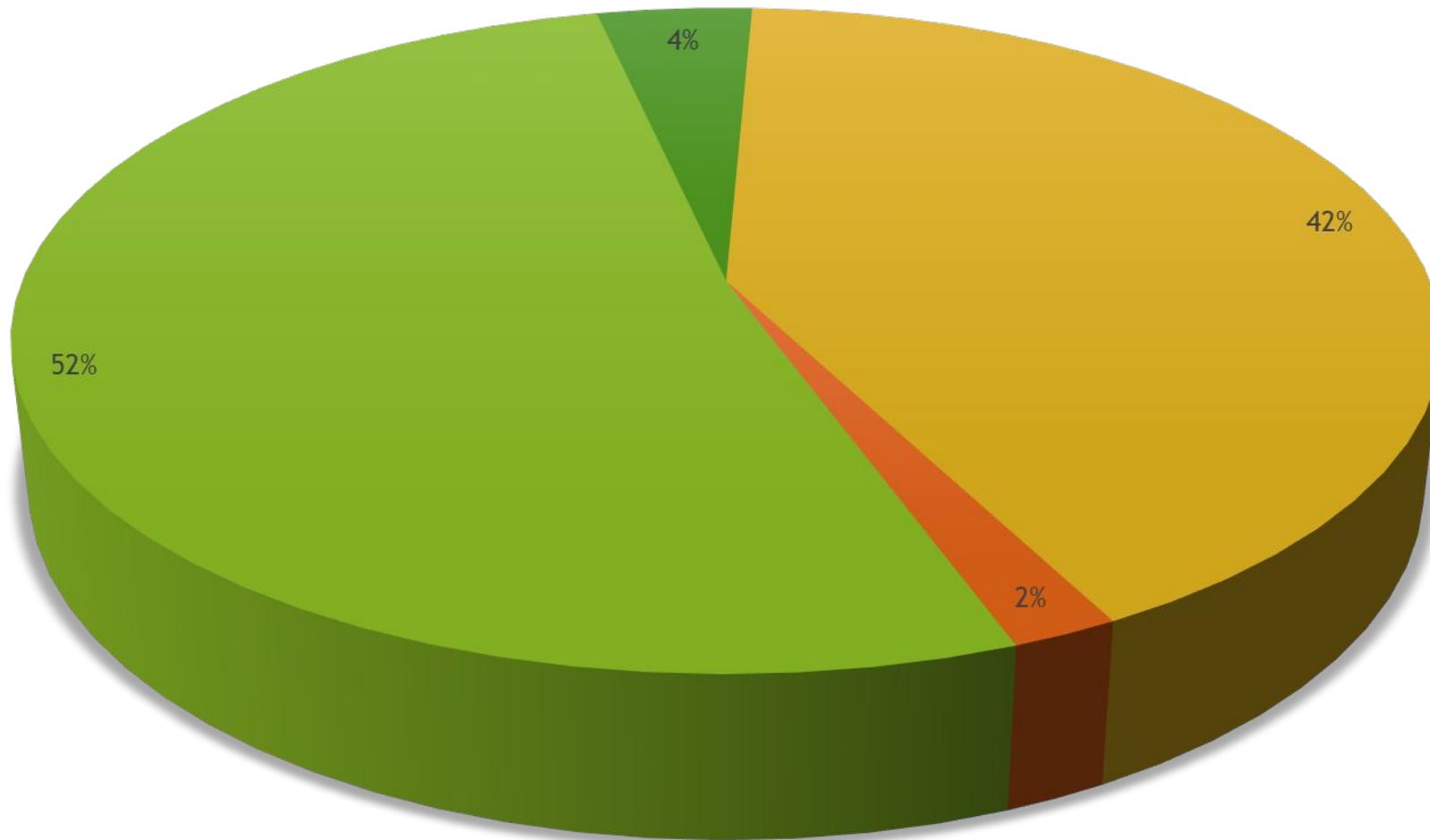
# Парапроктит

- ▶ (параректальный абсцесс) – острое или хроническое бактериальное воспаление околопрямокишечной клетчатки

# Классификация:

- I. **По этиологическому признаку парапроктиты делят:** на банальный, специфический и посттравматический.
- II. **По активности воспалительного процесса:** на острый, инфильтративный и хронический (свищи прямой кишки).
- III. **По локализации гнойников, инфильтратов, затёков:** на подкожный и подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный.
- IV. **По расположению внутреннего отверстия свища:** на передний, задний, боковой.
- V. **По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера:** на интрасфинктерный (подкожно-подслизистый), трансфинктерный, экстрасфинктерный (I—IV степени сложности).
- VI. **По расположению патологического процесса:**
  - ▶ **поверхностный и глубокий.**

## частота различных форм

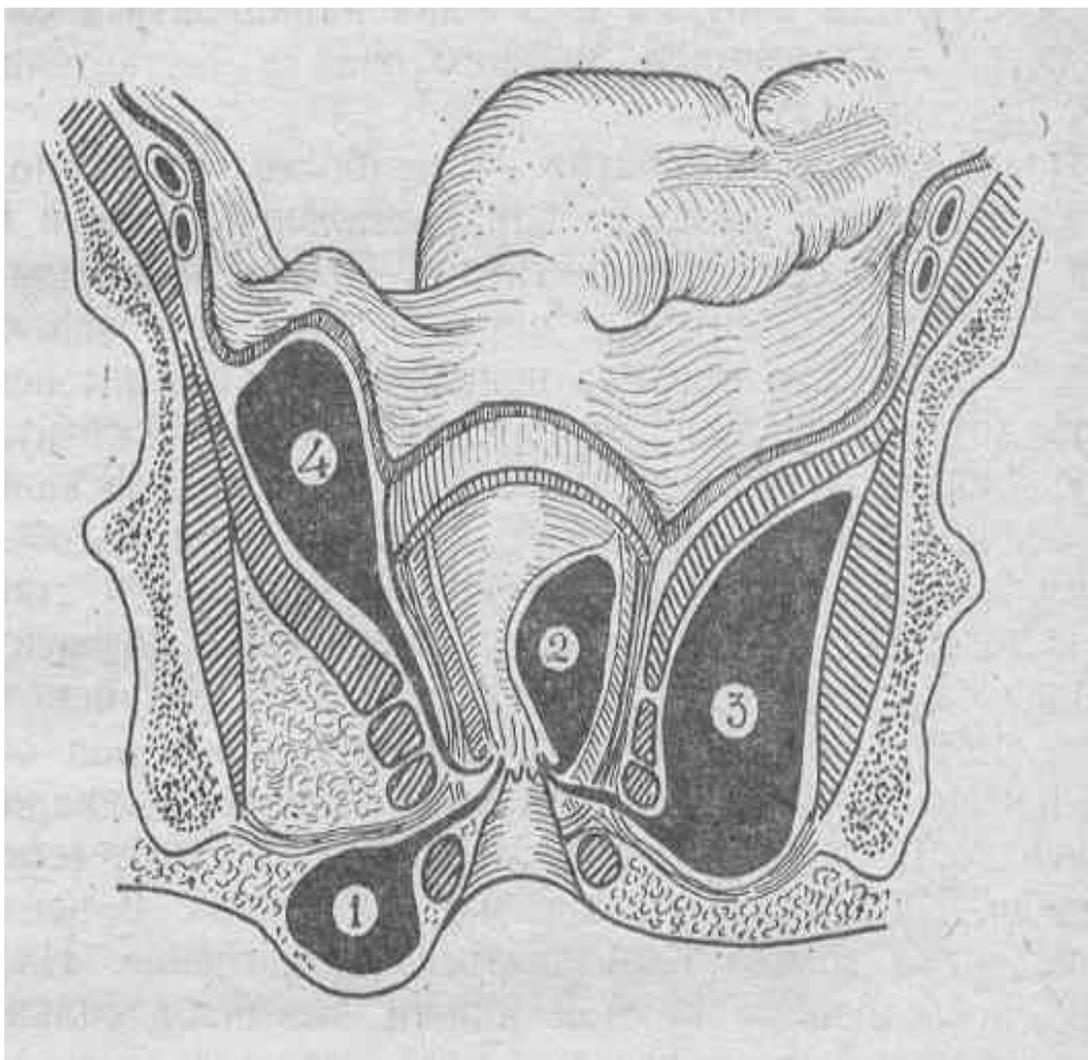


■ подкожный

■ подслизистый

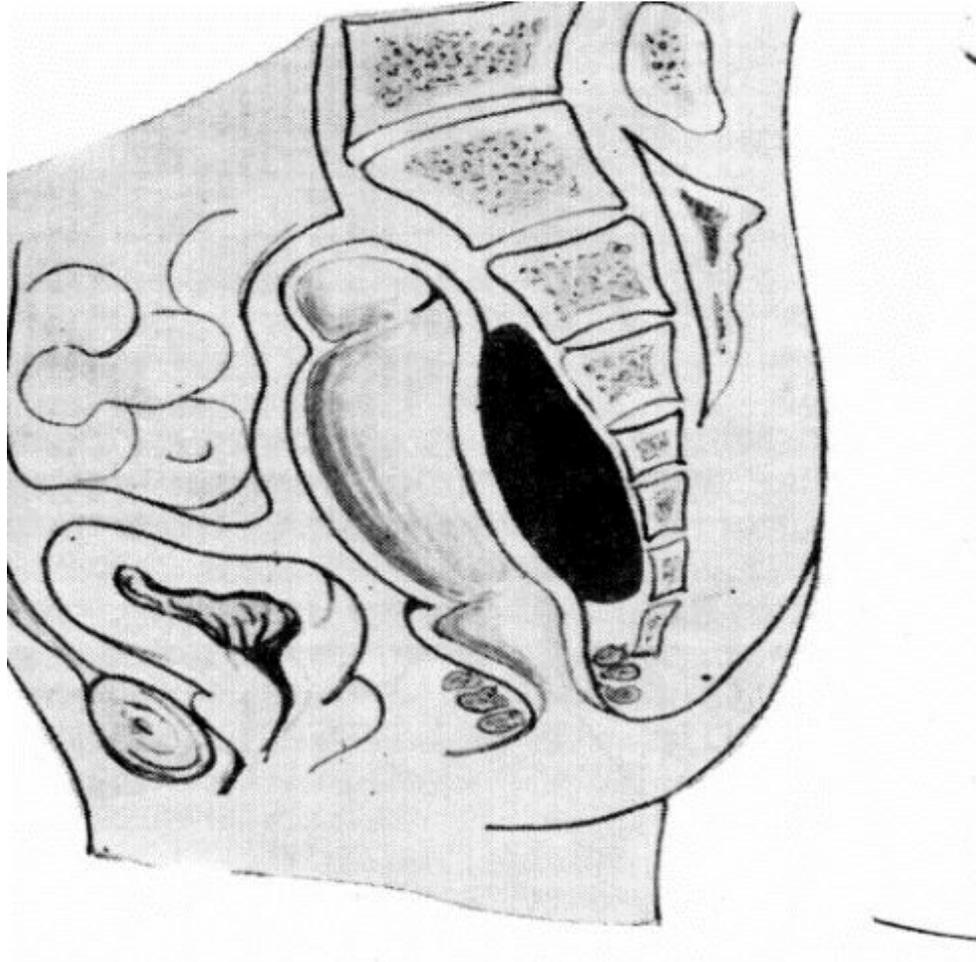
■ седалищно-прямокишечный

■ тазово-прямокишечный



- ▶ 1-подкожный;
- ▶ 2-подслизистый;
- ▶ 3-седалищно-прямокишечный;
- ▶ 4-тазово-прямокишечный;
- ▶ 5- позади-прямокишечный.

# Ретроректальный парапроктит



# Подкожный парапроктит



- ▶ Подслизистый абсцесс располагается под слизистой оболочкой прямой кишки.
- ▶ При ишиоректальном абсцессе гнойный очаг располагается над мышцей, поднимающей задний проход.



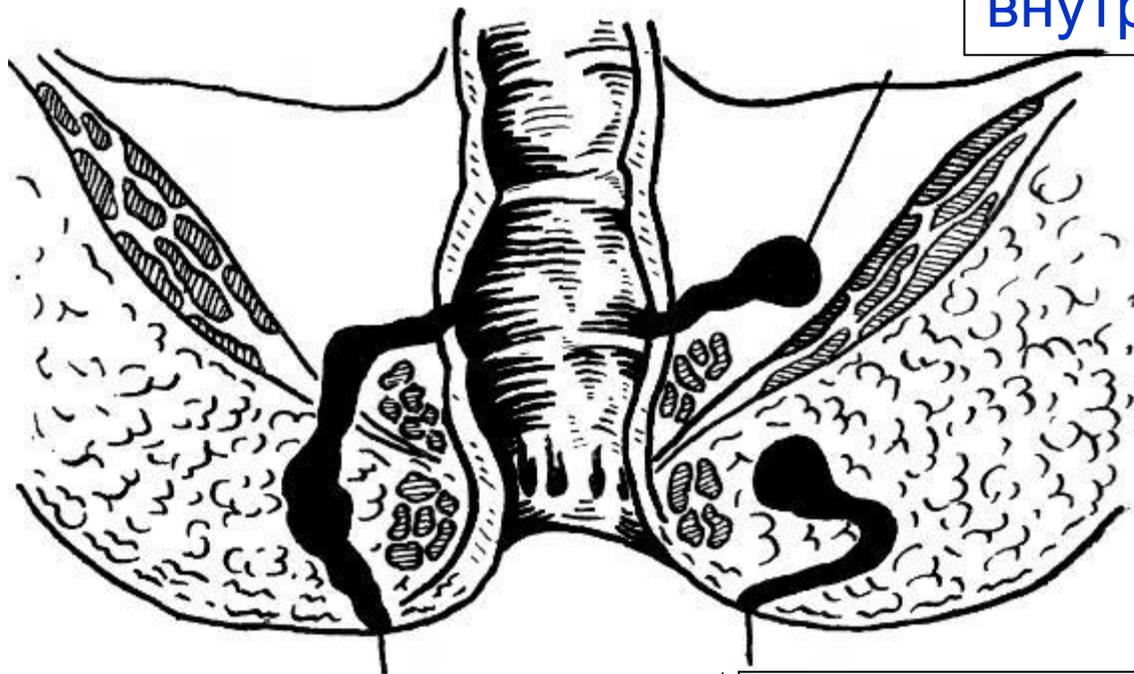
- ▶ Наиболее тяжело протекает **пельвиоректальный абсцесс**. Это редкая форма острого парапроктита, когда гнойный очаг располагается выше мышц, образующих тазовое дно, от брюшной полости его отделяет тонкий слой брюшины.

# Хронический парапроктит

- ▶ Хронический парапроктит проявляется гнойными свищами
- ▶ Свищами называют гнойные проходы в клетчатке, окружающей прямую кишку и задний проход.
- ▶ Прямокишечные свищи возникают, как правило, вследствие острого парапроктита, при котором в просвет кишки (в одной из морганьевых крипт) всегда имеется точечное внутреннее отверстие гнойника.
- ▶ Если это отверстие прочно заживает, наступает стойкое выздоровление; если оно остается зияющим (открытым), возникает свищ прямой кишки.
- ▶ Если внутреннее отверстие параректального абсцесса заживает непрочным втянутым рубцом, развивается рецидивирующий парапроктит.

- ▶ В зависимости от наличия свищевых отверстий различают:
- ☒ Полные свищи прямой кишки, имеющие внутренне и наружное свищевое отверстие;
- ☒ Неполные внутренние свищи, открывающиеся только внутрь - в полость прямой кишки;
- ☒ Неполные наружные свищи, открывающиеся только на коже промежности

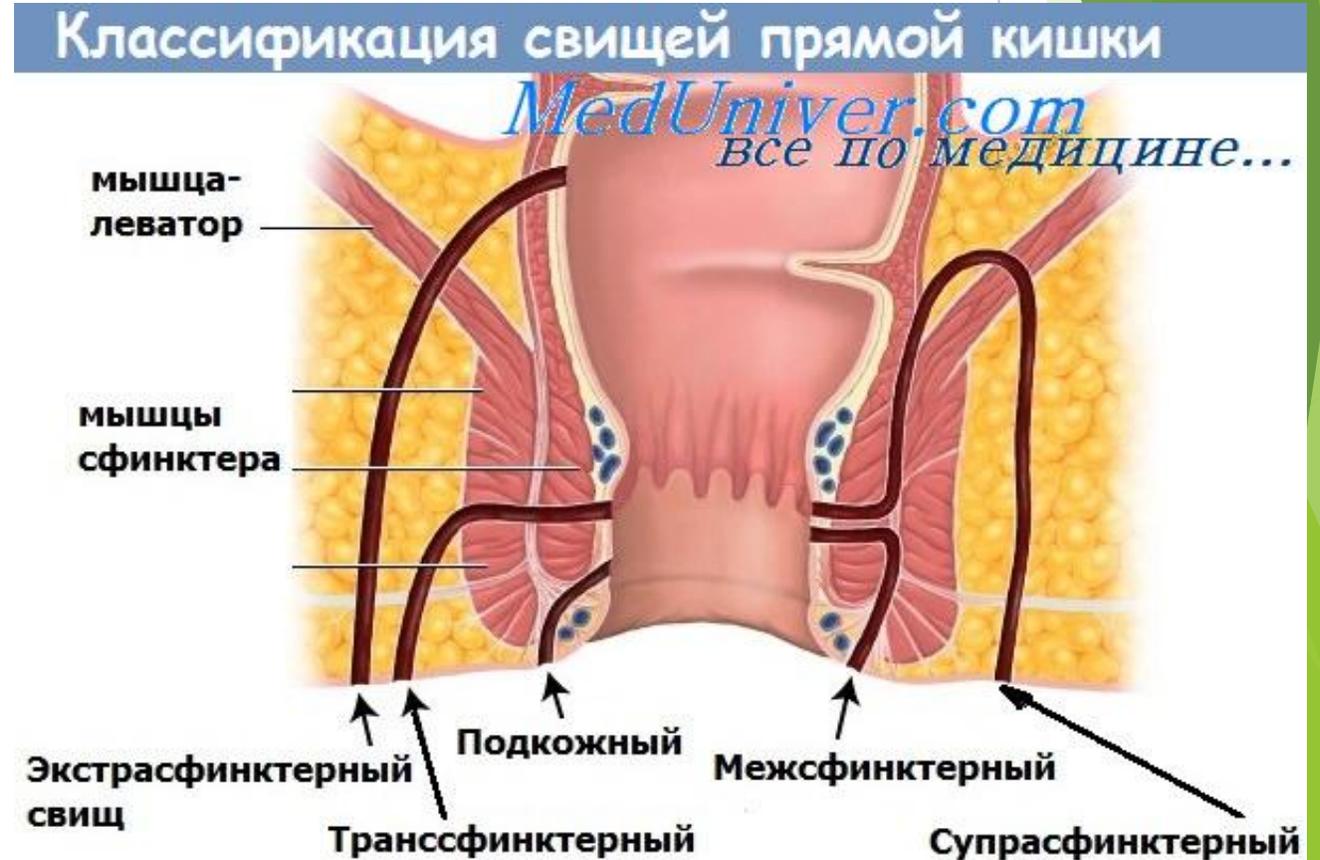
неполный  
внутренний свищ



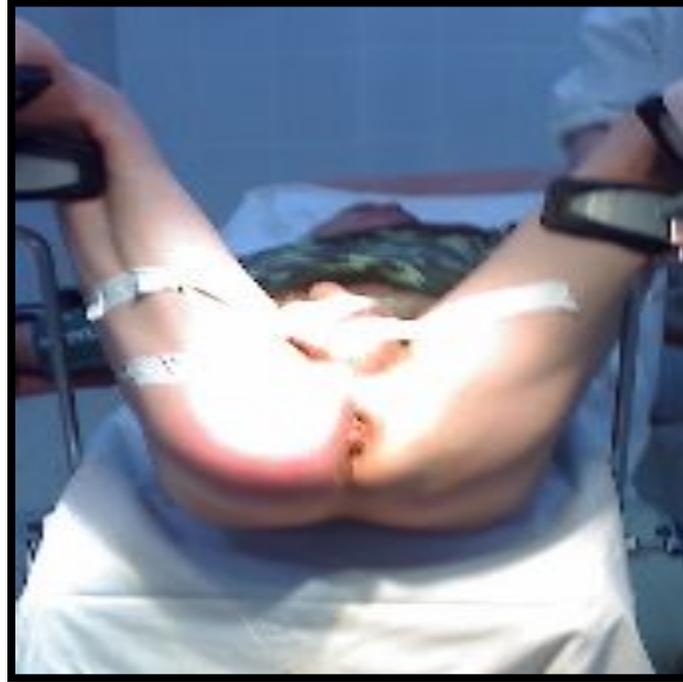
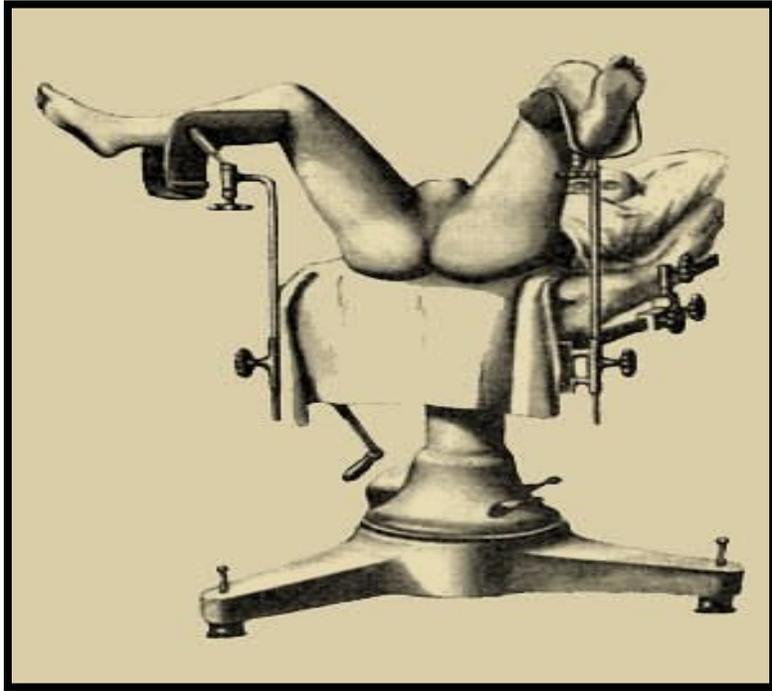
полный седалищно-  
прямокишечный свищ

неполный наружный  
свищ

- ▶ Классификация, наиболее полезная в клинической практике, по отношению свища к волокнам сфинктера (Классификация по Parks):
- ▶ 1. интерсфинктерные (интрасфинктерные);
- ▶ 2. трансфинктерные;
- ▶ 3. супрасфинктерные;
- ▶ 4. экстрасфинктерные.



**Все операции при парапроктите и необходимо выполнять в классическом положении больного на операционном столе и придерживаться следующих правил.**



**□ Положение больного на операционном столе на спине.**

- Нижние конечности помещают на специальные подставки, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах под углом до 45 градусов.
- Таз больного должен быть выдвинут за край стола, ножные пластины стола убирают.
- Операционному столу придают наклонное положение Тренделенбурга с опусканием головного конца стола до 12 градусов, что обеспечивает хороший обзор области операции.

# Радикальные операции при остром парапроктите можно сгруппировать следующим образом

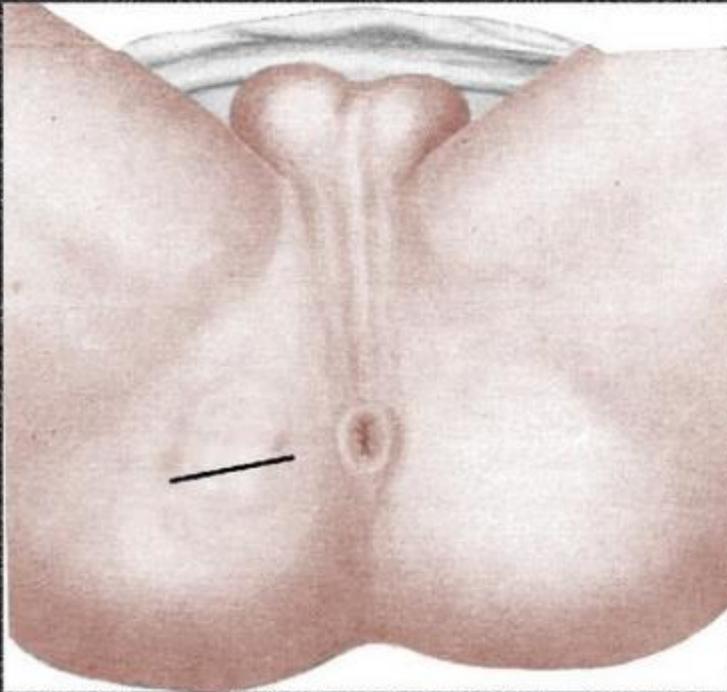
- ▶ 1. вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и рассечение гнойного хода в просвет кишки;
- ▶ 2. вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и сфинктеротомия;
- ▶ 3. вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты, проведение лигатуры;
- ▶ 4. вскрытие и дренирование абсцесса, отсроченное иссечение пораженной крипты и перемещение лоскута слизистой оболочки кишки для прерывания путей инфицирования из просвета прямой кишки

- Применяют радиальный, полулунный, крестообразный разрезы, наиболее удобные из них - полулунный и радиальный. Они обеспечивают зияние раны и отток гнойного экссудата, а также менее травматичны.



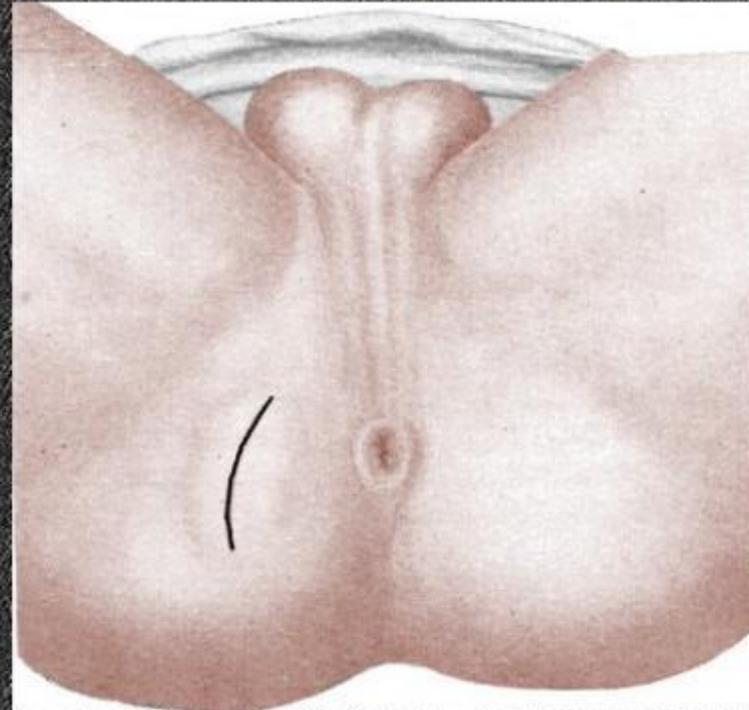
## Виды разрезов при остром парапроктите

Радиальный

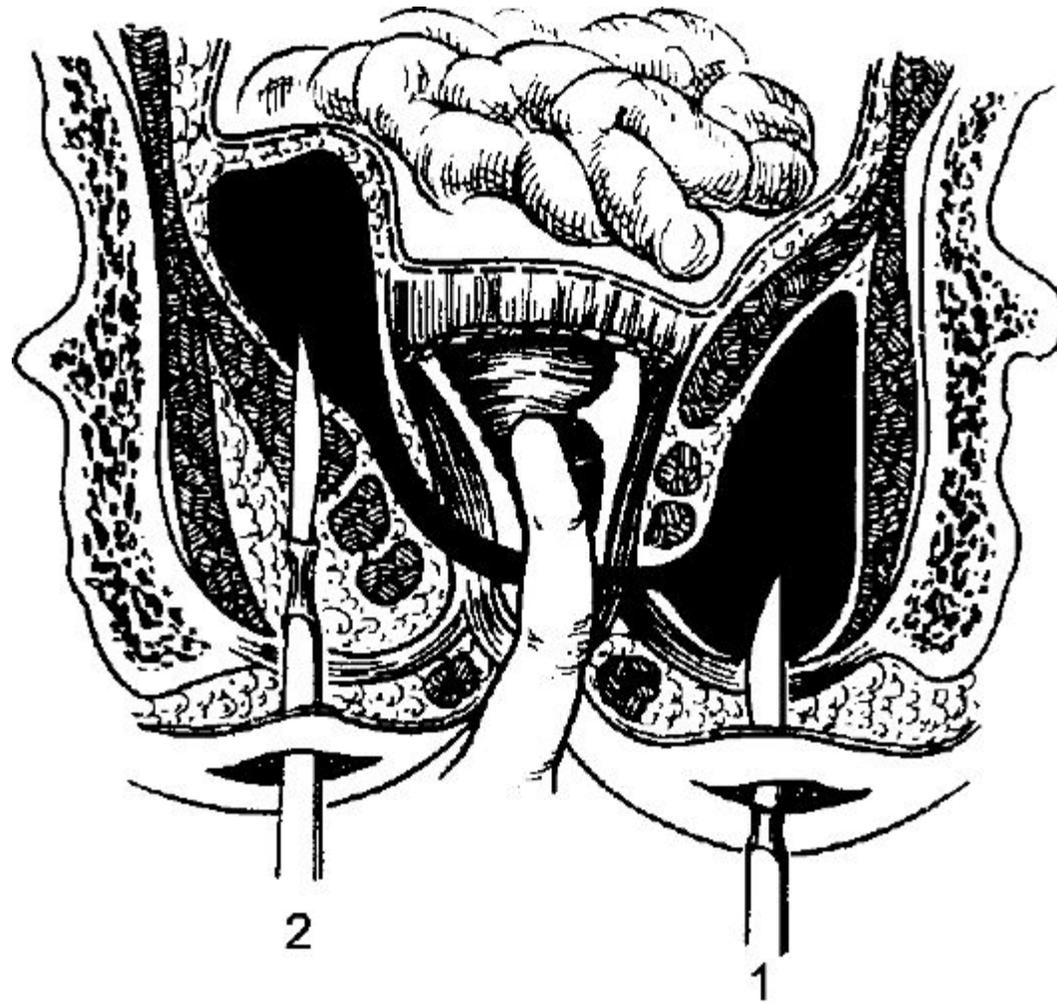


1. Радиальный разрез выполняется при подкожных и подслизистых парапроктитах, когда свищевой ход располагается интрасфинктерно

Полулунный



2. Полулунный разрез выполняется при тазово-прямокишечных, седлищно-прямокишечных и позади-прямокишечных парапроктитах



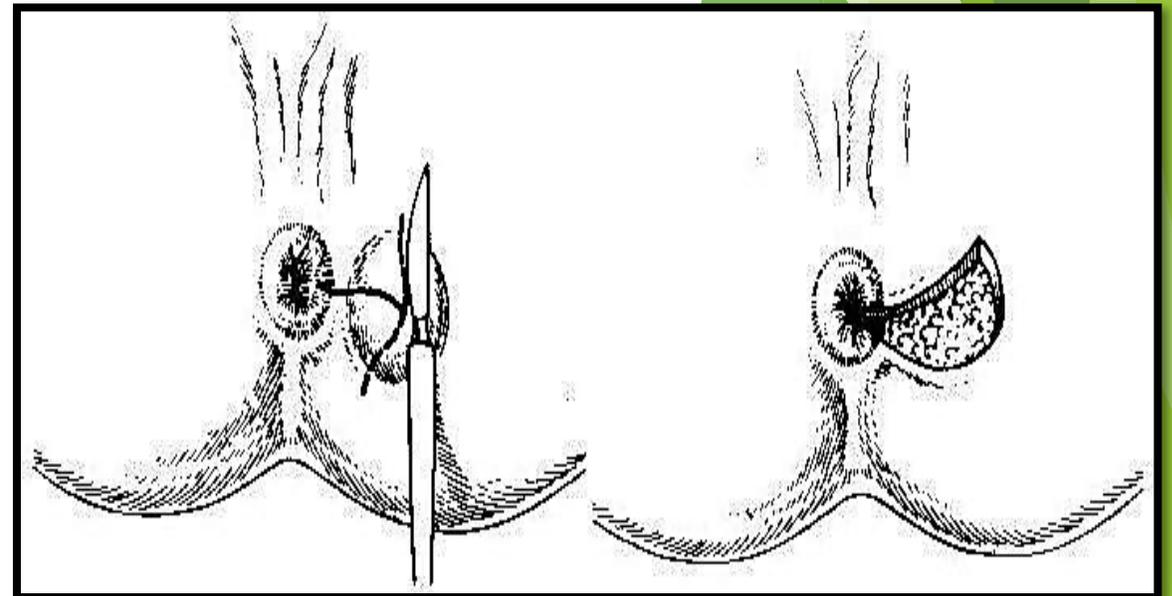
- ▶ Хирургические доступы, применяемые при ишиоректальном (1) и пельвиоректальном (2) абсцессах.

# Оперативное лечение подкожных острых парапроктитов:

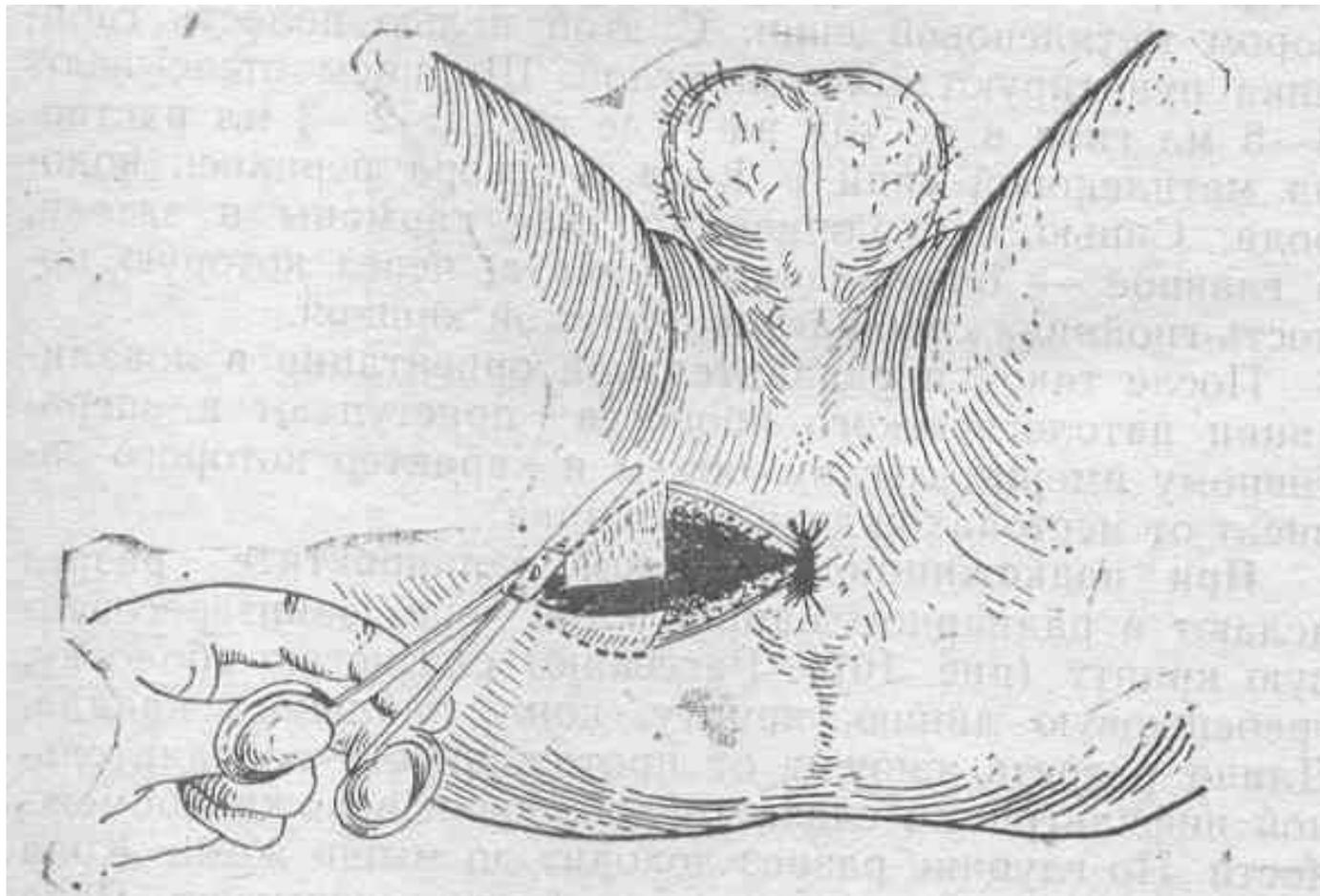
- ▶ Чаще всего для лечения подкожных острых парапроктитов используют способ *Рыжиха–Бобровой*.
- ▶ Техника. Отступив от края заднего прохода не менее чем на 3 см (во избежание повреждения наружного сфинктера заднего прохода), непосредственно над очагом размягчения делают радиальный разрез длиной 5 см. Эвакуируют гной, из раны в просвет кишки через внутреннее отверстие свища проводят желобоватый зонд и рассекают свищевой ход по зонду. Кожу и слизистую оболочку иссекают в виде треугольника, вершина которого расположена в заднепроходном канале, а основанием служит разрез на коже промежности. Тщательно иссекают слизистую оболочку с поражённой заднепроходной пазухой в области внутреннего отверстия свища. Рану рыхло тампонируют, в просвет прямой кишки вводят дренажную трубку.

# Оперативное лечение подслизистых острых парапроктитов

- ▶ Техника. Подслизистый острый парапроктит вскрывают со стороны просвета прямой кишки радиальным разрезом до мышечной оболочки, идущим от прямокишечно-заднепроходной линии (*linea anorectalis*) через поражённые заднепроходные пазухи на кожу. Затем иссекают края разреза на всём протяжении от верхнего до нижнего угла раны, а также поражённую заднепроходную пазуху с внутренним отверстием свища. После иссечения краёв рана приобретает эллипсоидную форму. Полость абсцесса рыхло тампонируют, а в просвет прямой кишки вводят дренажную трубку.



При подкожно-подслизистом парапроктите разрез делают в радиарном направлении через заинтересованную крипту.



# Оперативное лечение седалищно-прямокишечного острого парапроктита

- ▶ Седалищно-прямокишечный парапроктит чаще всего бывает трансфинктерным или экстрасфинктерным. В случае экстрасфинктерного расположения свищевого хода, когда между ним и просветом прямой кишки располагается вся толща мышечных волокон сфинктера заднего прохода, могут быть использованы способы *Рыжиха–Бобровой* или лигатурный.

## **Операция *Рыжиха-Бобровой***

- ▶ Техника. Полулунным разрезом вскрывают гнойник на высоте инфильтрата между седалищным бугром и заднепроходным отверстием, отступив от последнего на 4 см. Удаляют гной, в полость вводят указательный палец и разрывают перегородки, что создаёт благоприятные условия для заживления раны. Указательным пальцем другой руки определяют локализацию свищевого отверстия со стороны просвета прямой кишки. Желобоватым зондом находят экстрасфинктерный свищ, соединяющий полость гнойника с прямой кишкой, продлевают полулунный разрез кожи до средней линии кзади от заднего прохода, если внутреннее отверстие свища находится в задней крипте, или кпереди, если внутреннее отверстие располагается в передней стенке кишки. Затем производят временное выключение функции наружного сфинктера заднего прохода путём дозированной сфинктеротомии через внутреннее отверстие свища. У мужчин сфинктер рассекают на глубину до 1,2 см по переднему (мошоночному) или заднему (копчиковому) промежностному шву. У женщин рассечение сфинктера производят только по копчиковому шву на глубину 1 см (переднюю стенку прямой кишки у женщин ввиду близости влагалища рассекать не следует). Если свищ расположен трансфинктерно, рассекают свищевой ход в просвет кишки по зонду, а затем производят клиновидное иссечение внутреннего отверстия свища с криптами. В прямую кишку вставляют резиновую трубку для эвакуации газов. В этом случае рана наружного сфинктера заднего прохода заживает с полным восстановлением его функции.

## Лигатурный метод

- ▶ Лигатурный метод практически вытеснил сфинктеротомию.
- ▶ **Техника.** После вскрытия и дренирования гнойника при помощи желобоватого зонда находят экстрасфинктерный свищ, соединяющий полость гнойника с прямой кишкой. Продлевают полулунный разрез кожи до средней линии кзади от заднего прохода, если внутреннее отверстие свища находится в задней крипте, или кпереди, если внутреннее отверстие располагается в передней стенке кишки. В заднепроходный канал вводят ректальное зеркало, внутреннее отверстие свища иссекают окаймляющим разрезом на глубину до мышечного слоя. Верхний угол раны в просвете кишки должен находиться примерно на 1 см выше внутреннего отверстия свища, нижний угол соединяют с медиальным углом промежностной раны. В указанных пределах иссекают слизистую оболочку. Через внутреннее отверстие свища с помощью зажима проводят толстую шёлковую лигатуру. Её укладывают строго по средней линии впереди или позади заднепроходного канала в зависимости от расположения внутреннего отверстия свища и затягивают. Все проктологические операции, как правило, заканчивают рыхлой тампонадой раны с оставлением в просвете прямой кишки дренажной трубки.

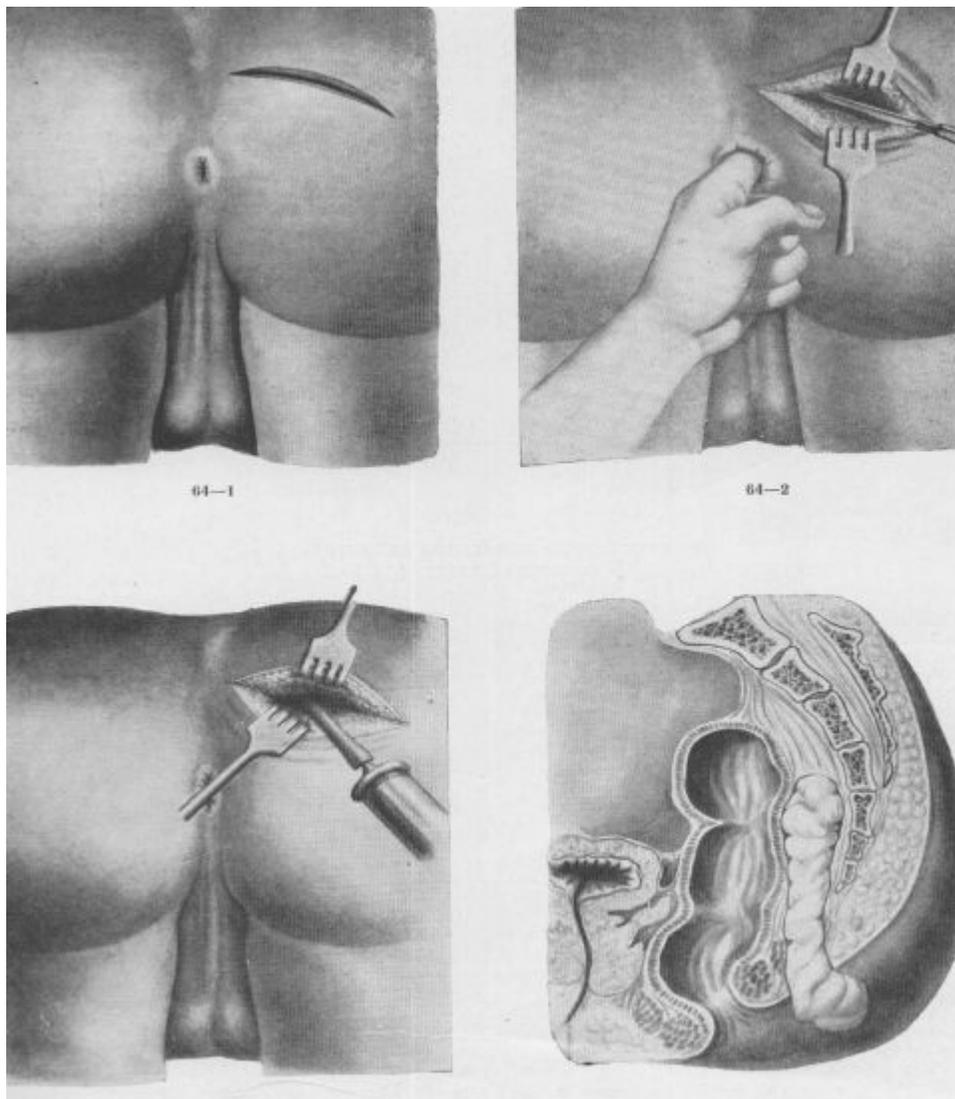
# Оперативное лечение тазово-прямокишечного острого парапроктита

- ▶ Вскрытие тазово-прямокишечного острого парапроктита, сочетающегося обычно с экстрасфинктерным расположением свища, представляет более трудную задачу. При данной локализации абсцесса также рекомендуют использовать способ *Рыжиха—Бобровой* или лигатурный метод.
- ▶ Техника. Обычно проводят полулунный разрез на высоте инфильтрата между седалищным бугром и заднепроходным отверстием, отступив от последнего на 4 см. В полость вводят указательный палец и разрывают перегородки, отделяющие различные карманы, что создаёт благоприятные условия для заживления раны. После этого указательный палец вводят в просвет прямой кишки и нащупывают место расположения абсцесса, пунктируют скальпелем последовательно периаанальное и седалищно-прямокишечное пространства до нижней поверхности мышцы, поднимающей задний проход. Далее прокалывают мышцу, поднимающую задний проход, по направлению кверху и попадают в полость тазово-прямокишечного абсцесса.
- ▶ У женщин тазово-прямокишечный гнойник вскрывают через задний свод влагалища. В полость вскрытого абсцесса вводят дренажную трубку.

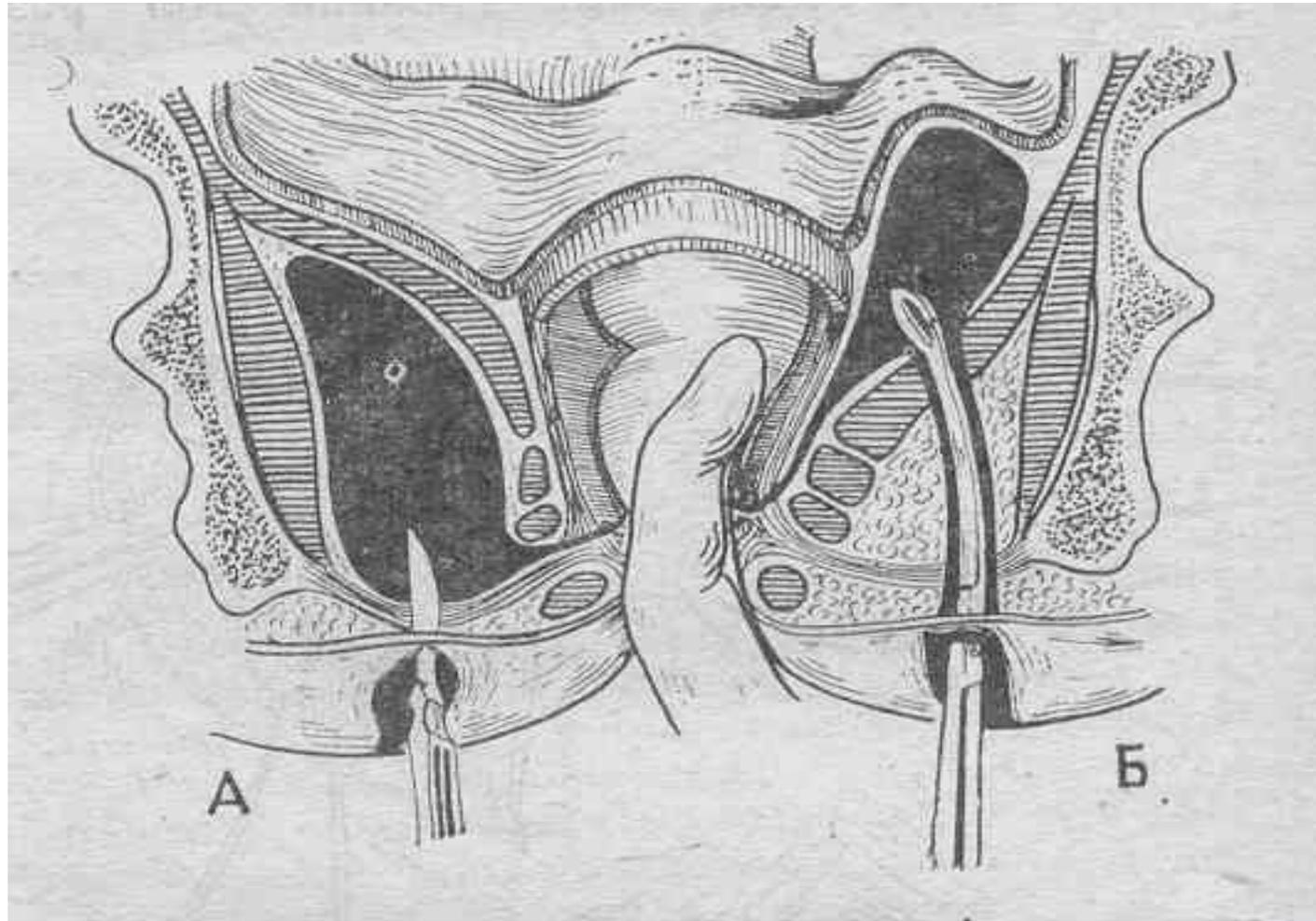
# Оперативное лечение позадипрямокишечного парапроктита

- ▶ Позадипрямокишечный острый парапроктит, как правило, сочетается с экстрасфинктерным расположением свища, и полость гнойника чаще всего сообщается с просветом кишки через заднюю крипту. Операцию проводят в два этапа:
- ▶ Первый этап — дренирование гнойника. Дренировать абсцесс можно через полулунный разрез кожи длиной до 5 см между проекцией верхушки копчика и задним краем заднепроходного отверстия справа или слева от средней линии (чтобы не пересечь прямокишечно-копчиковую связку) или через полулунный разрез по средней линии (с пересечением прямокишечно-копчиковой связки).
- ▶ Второй этап — проведение лигатуры через внутреннее отверстие свища с пересечением прямокишечно-копчиковой связки на расстоянии 1 см от верхушки копчика.

# Вскрытие ретроректального парапроктита



# Ревизия полости гнойника



# Общий план оперативного лечения хронических форм парапроктита

- ▶ Интраоперационная ревизия, введение серебряного зонда, введение перекиси водорода/краски и т.д.
- ▶ Выбор оптимального метода с учетом локализации и степени вовлечения сфинктера: рассечение/иссечение свища: при вовлечении сфинктера < 10-20%.
- ▶ Проведение лигатуры: дренирующая или пересекающая лигатура - сложный или рецидивный свищ.
- ▶ Пластика низведенным лоскутом стенки прямой кишки с/без иссечения свища.
- ▶ Пломбирование свищевого хода (фибриновый клей, коллагеновая пломба): длинный узкий ход без активного нагноения.
- ▶ Изменение хода и направления свища.
- ▶ Наружная пластика кожным лоскутом.