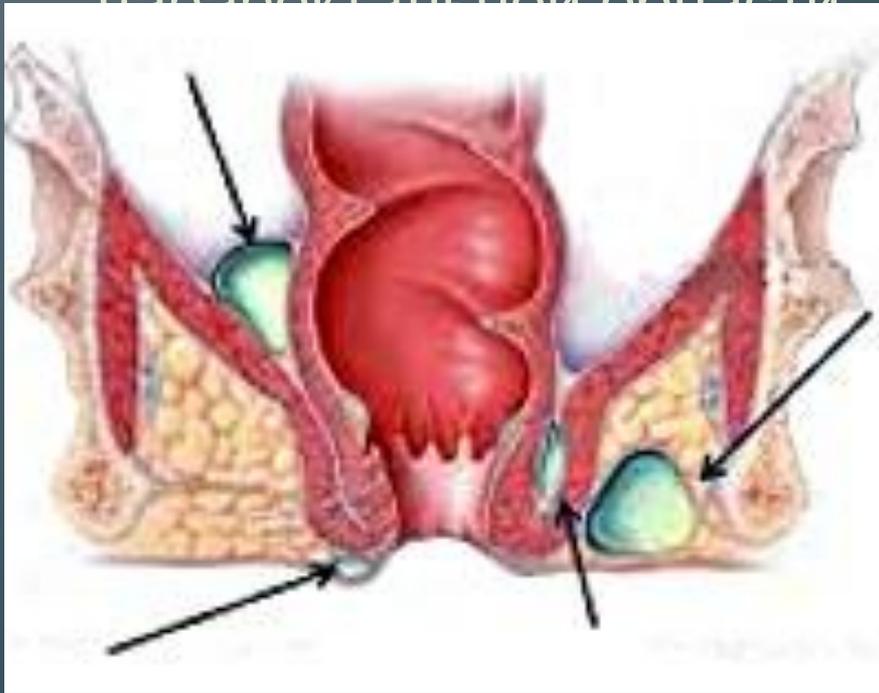


Парапроктит.

Выполнила: Зурначева Дина

Группа МС-311

- Парапроктит – заболевание, характеризующееся воспалением и нагноением окружающих прямую кишку тканей в результате проникновения бактериальной инфекции из просвета прямой кишки через анальные железы дна морганиевых крипт в глубокие слои парапроктальной области.



- Это одно из самых распространенных проктологических заболеваний, которое составляет 20-40% от всех патологий прямой кишки.
- По распространенности парапроктит уступает только анальным трещинам, геморрою и колитам (воспаление толстого кишечника).
- Мужчины заболевают в 1,5-4 раза чаще по сравнению с женщинами.
- Парапроктит встречается практически только у взрослых. Случаев у детей описано очень мало.
- Распространенность парапроктита среди населения – 0,5% (заболевание имеется у 5 человек из 1000).
- Чаще всего заболевают люди в возрасте 30-50 лет.

- В месте перехода прямой кишки в анальный канал на слизистой оболочке находятся крипты – углубления в виде мешков. На дне каждой крипты открываются протоки слизистых желез (они называются анальными железами), находящихся в толще сфинктеров. Эта анатомическая особенность имеет важное значение в развитии парапроктита



Причины.

Микроорганизмы, которые могут вызывать парапроктит:

- Чаще всего: **стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, протей**. При обычном парапроктите в гнойнике, как правило, обнаруживают сочетание разных видов перечисленных микроорганизмов.
- Анаэробные бактерии – обитающие в бескислородных условиях. Заболевание, вызванное этими возбудителями, протекает в тяжелых формах:
 - гнилостный парапроктит;
 - газовая флегмона таза;
 - анаэробный сепсис.
- Специфические инфекции. Парапроктит может быть одним из проявлений таких заболеваний, как **туберкулез, сифилис, актиномикоз**. Распространенность таких видов парапроктита составляет 1-2% от общего количества.

Пути проникновения возбудителей в околопрямокишечную клетчатку.

- При **воспалении прямокишечных крипт и анальных желез**. Обычно инфекция из крипты попадает в проток, а затем в саму железу. Происходит закупорка протока, в результате чего железа превращается в гнойник. По мере распространения воспаления вглубь, развивается парапроктит.
- Попадание инфекции из прямой кишки **через лимфатические сосуды** при проктитах.
- **Травмы слизистой оболочки прямой кишки**. Могут происходить при попадании в кишку инородного тела, присутствии острых предметов в кале, во время различных медицинских процедур и вмешательств на прямой кишке.
- **Травмы таза и заднего прохода**. При этом инфекция попадает в жировую клетчатку из внешней среды.
- Распространение воспаления **из соседних органов**: предстательной железы (при простатите), мочеиспускательного канала (при уретрите), женских половых органов (при аднексите, сальпингоофорите).

Классификации.

- Характер течения:
- **Острый**. Протекает в виде острого гнойного воспаления. В околопрямокишечной клетчатке образуется абсцесс (гнойник).
- **Хронический** (свищ прямой кишки). Почти всегда (в 95% случаев) развивается после перенесенного острого парапроктита.

Виды острого парапроктита в зависимости от расположения гнойников:

- **подкожный** – под кожей в области заднего прохода;
- **подслизистый** – в непосредственной близости к прямой кишке, под слизистой оболочкой;
- **ишиоректальный** – возле седалищной кости;
- **пельвиоректальный** (тазово-прямокишечный) – в полости малого таза;
- **ретроректальный** – позади прямой кишки.

Тазово-прямокишечный абсцесс



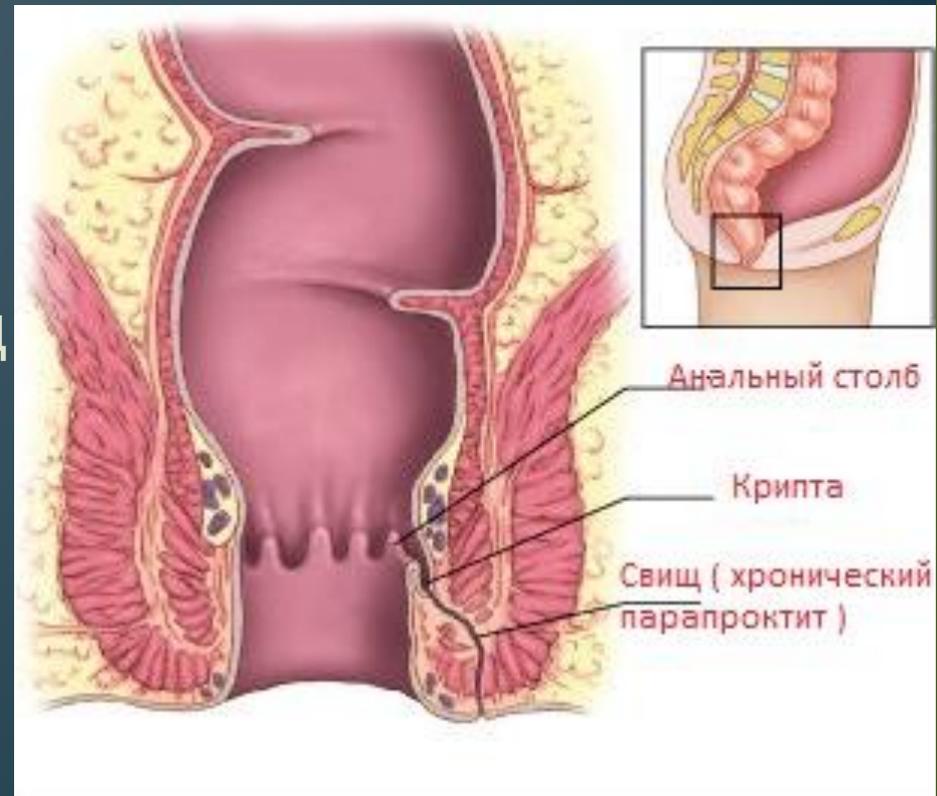
Ишиоректальный абсцесс

Подкожный абсцесс

Подслизистый абсцесс

Виды свищей при хроническом парапроктите:

- **полные** – имеют два отверстия: на слизистой оболочке внутри прямой кишки и на коже;
- **неполные** – имеют одно отверстие, а второй конец свища заканчивается слепо, наподобие мешка;
- **наружные** – отверстие находится на коже;
- **внутренние** – отверстие находится на слизистой оболочке прямой кишки.



Симптомы.

Острый парапроктит проявляется характерными для местного гнойного воспаления симптомами, **болью, гиперемией, гипертермией и отеком тканей, гноетечением.**

- В отличие от неспецифической аэробной флоры, анаэробные микроорганизмы способствуют не гнойному расплавлению, а **некротической деструкции тканей**. Преобладание гнилостное анаэробной флоры способствует развитию гнилостного парапроктита, который характеризуется масштабным поражением, высокой скоростью деструкции тканей и выраженной **интоксикацией**. При неклостридиальном анаэробном парапроктите зачастую в патологический гнойный процесс вовлекаются мышцы и фасциальные структуры.

СИМПТОМЫ.

- Сильные боли в области прямой кишки или промежности (промежуток между задним проходом и наружными половыми органами).
- Повышение температуры тела, озноб.
- Нарушение общего самочувствия:
слабость; вялость; недомогание; снижение работоспособности, повышенная утомляемость.
- Головные боли.
- Бессонница.
- Мучительные позывы на дефекацию.
- Задержка стула.
- Нарушение мочеиспускания.

Симптомы Подкожного.

- дергающие боли, усиливаются во время натуживания, дефекации;
- нарушение мочеиспускания;
- повышение температуры тела до 39°C с ознобами;
- отечность, покраснение и выпячивание на коже рядом с анусом;
- резкая боль во время ощупывания выпячивания на коже.

Симптомы Ишиоректального.

- повышение температуры тела и озноб – симптомы, с которых обычно начинается заболевание;
- признаки интоксикации организма: ухудшение общего самочувствия, слабость, недомогание;
- тупые боли глубоко в промежности, которые постепенно становятся пульсирующими, острыми;
- усиление болей во время физических нагрузок, кашля, натуживания, дефекации;
- нарушение мочеиспускания – происходит, если гнойник расположен спереди от прямой кишки;
- через 5-7 дней на коже появляется припухлость и покраснение;
- появляется асимметрия ягодичных складок.

- Симптомы Подслизистого.

- боли слабые, усиливаются во время дефекации;
- температура тела повышается, но, как правило, не более 37-37,5°C.

- Симптомы Ретроректального.

- сильные боли в области прямой кишки, в крестце;
- усиление болей во время надавливания на копчик, дефекации, в положении сидя;
- боль может отдавать в бедра.

Пельвиоректальный.

Симптомы в начале заболевания:

- признаки интоксикации: слабость, вялость, недомогание, повышенная утомляемость, снижение аппетита;
- повышение температуры тела в пределах $37-37,5^{\circ}\text{C}$;
- боли в суставах ноющего характера;
- тупые боли в низу живота.

Симптомы на 7-20-й день заболевания (когда происходит нагноение в околопрямокишечной клетчатке):

- повышение температуры тела в вечерние часы до $39-41^{\circ}\text{C}$;
- ухудшение общего состояния;
- усиление болей в области прямой кишки;
- тенезмы – мучительные позывы на дефекацию;
- запоры;
- нарушение мочеиспускания;
- со временем гной расплавляет ткани, возникает отек, боль и покраснение в области промежности (между анальным отверстием и наружными половыми органами).

- Хронический парапроктит является результатом недолеченного острого парапроктита, поэтому симптоматика его чаще всего повторяет таковую острого парапроктита, однако их выраженность обычно меньше. При хроническом парапроктите зачастую развивается **параректальный свищ**, который проявляется выделениями в область промежности сукровицы или гноя. Постоянные выделения способствуют раздражению кожи промежности и возникновению зуда.
- Хорошо дренируемый (имеющий свободный выход для гноя) параректальный свищ обычно не беспокоит пациента болью или дискомфортом. **Болевой симптом характерен для неполного внутреннего свища**. При этом боль усиливается во время дефекации и стихает после нее (это связано с улучшением дренирования свища в момент растяжения анального клапана).
- Клинические признаки параректального свища проявляются волнообразно, стихая и вновь обостряясь. Это связано с периодической закупоркой свищевого просвета, формированием гнойного абсцесса, после вскрытия которого наступает облегчение. Самостоятельно свищ не заживает, гнойные процессы в нем продолжают. Если в гнойном отделяемом появились примеси крови, необходимо произвести исследования на предмет злокачественного образования.

Осложнения острого парапроктита.

Наиболее опасным осложнением острого парапроктита является

- проникновение гнойного процесса в заполненные клетчаткой пространства малого таза,
- гнойное расплавление всех слоев кишечной стенки выше аноректальной линии.

При этом происходит выход каловых масс в параректальную клетчатку, поражая близлежащие органы и угрожая выходом инфекции в кровяное русло (развитием сепсиса).

- Анатомическая близость тазовой брюшины делает возможным распространение инфекции с развитием **перитонита**. Соседство тазовой клетчатки с забрюшинной позволяет прорваться гною в забрюшинное пространство.

Такое распространение гнойного процесса характерно для пожилых и ослабленных лиц при позднем обращении к врачу.

- Помимо прочего, парапроктит может осложниться **прорывом абсцесса в прямую кишку, влагалище, на кожу промежности**. Обычно после спонтанного вскрытия гнойника без осуществления мер по дренированию формируется свищевой ход. Если свищ не сформировался, но очаг инфекции сохранился, то со временем происходит рецидив – формирование нового гнойника.

парапроктита

- **Проктит** – воспаление слизистой оболочки прямой кишки.
- **Проктосигмоидит** – воспаление слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки.
- **Рубцевание стенок анального канала и мышцы**, сжимающей задний проход. При этом возникает недержание газов, кала.
- **Озлокачествление** – развитие на месте свища злокачественной опухоли. Обычно происходит, когда свищ существует в течение 5-ти лет и более.

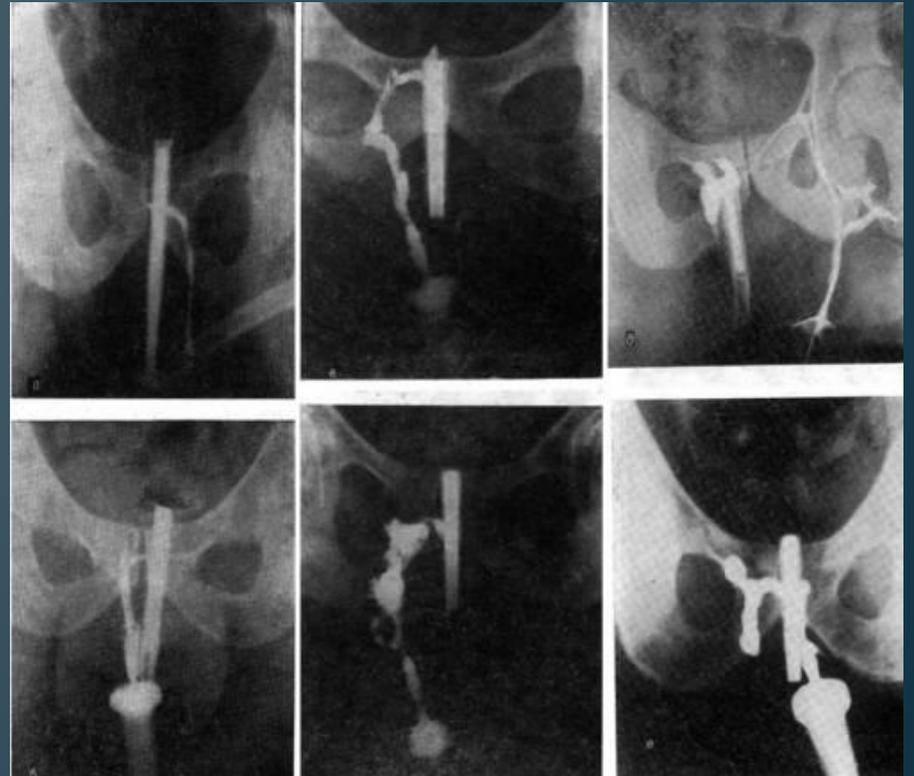


Диагностика.

- При остром парапроктите диагноз ясен без дополнительного обследования. Хирург назначает общий анализ крови, мочи. Исследования, при которых в прямую кишку вводят специальные инструменты (аноскопия, ректороманоскопия) не проводят, так как при остром парапроктите они очень болезненные, а диагноз ясен и без них.
- При хроническом:
 1. Зондирование свища.
 2. Аноскопия(эндоскопия с введением аноскоопа с миниатюрной видеокамерой, можно оценить состояние слизистой оболочки, увидеть крупные свищевые отверстия, рубцы.).
 3. Ректороманоскопия(От аноскопии ректороманоскопия отличается тем, что инструмент вводится глубже, врач может осмотреть прямую кишку и вышележащий отдел кишечника – сигмовидную кишку; проводят для того, чтобы отличить парапроктит от других заболеваний.).
 4. Проба с красителем.
 5. Фистулография.
 6. Узи с применением ректального датчика(врач может обнаружить пораженную крипту и свищевой ход)



В наружное отверстие свища на коже вводят краситель. Он проходит через весь свищ и достигает внутреннего отверстия, из которого начинает вылепяться.



Рентгеновское исследование, во время которого свищ прокрашивается рентгенконтрастным веществом. При этом становятся видны все ответвления, карманы, имеющиеся по ходу свища.

Лечение.

- При **остром парапроктите показана операция**. Её необходимо выполнить как можно раньше (хирургическое вмешательство при остром парапроктите относится к категории неотложных). В противном случае возможно развитие осложнений и переход острого парапроктита в хронический.
- Местное обезболивание при операции по поводу острого парапроктита применять нельзя, так как оно чаще всего не способно полностью устранить боль. Введение иглы может способствовать распространению гноя.

Применяется общий наркоз: масочный или внутривенный.

Три главные задачи, которые должен решить врач во время операции:

- вскрыть и очистить гнойник;
- иссечь пораженную крипту – так как она является источником гнойной инфекции;
- рассечь и очистить гнойный ход, который соединяет крипту и гнойник.

Ход операции:

- Хирург уточняет расположение гнойника при помощи осмотра прямой кишки на ректальных зеркалах.
- Затем вскрывают гнойник и очищают от гноя. Хирург должен внимательно исследовать полость, вскрыть все карманы, разрушить имеющиеся перегородки.
- Полость гнойника промывают раствором антисептика.
- В ране оставляют дренаж (выпускник, через который оттекает гной, сукровица).
- В прямую кишку может быть вставлена специальная трубка для отвода газов.
- В дальнейшем ежедневно проводятся перевязки, больному назначают антибиотики



Сроки хирургического лечения при хроническом парапроктите:

- **во время обострения** – срочное хирургическое вмешательство, не откладывая;
- **при подостром течении** (когда в стенке прямой кишки имеются воспалительные уплотнения): операция проводится после консервативного лечения в течение 1-3 недель;
- **во время улучшения состояния** – проводится консервативная терапия до очередного обострения.

Операция проводится под наркозом. В ходе хирургического вмешательства иссекают свищ и рубцы, вскрывают и очищают все гнойные полости.

Хирургическая тактика, которую выбирает хирург, и тяжесть операции зависят от расположения, размеров свища.

Лечение хронического парапроктита

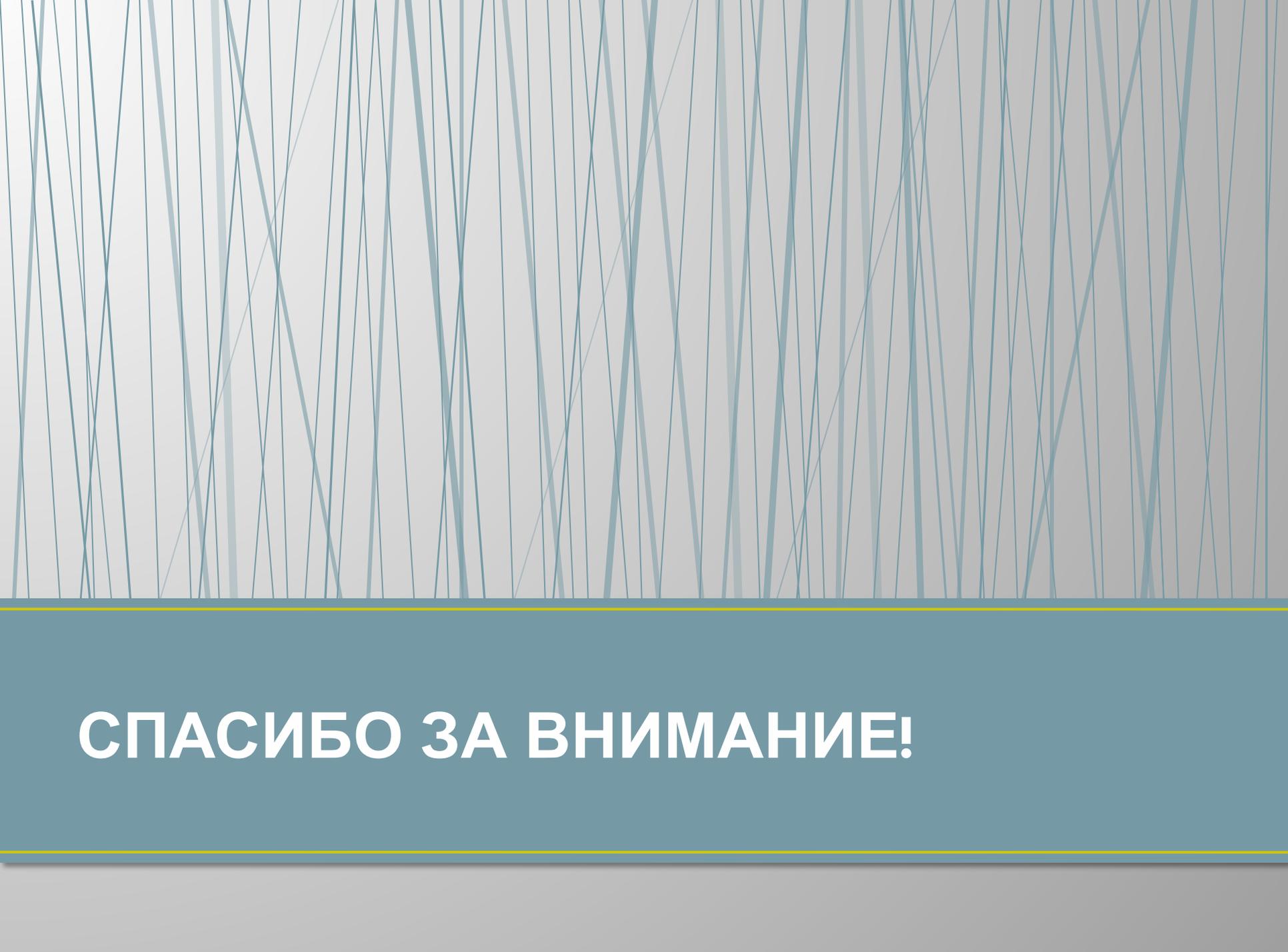
Хронический парапроктит удастся вылечить **без операции крайне редко.**

Показания к консервативной терапии:

- у пожилых пациентов, имеющих противопоказания к хирургическому вмешательству;
- во время подготовки к операции.

Методы лечения:

1. Сидячие ванны.
2. Промывание свища антисептическими растворами.
3. Введение антибиотиков в свищевой ход.
4. Микроклизмы:
 - с облепиховым маслом;
 - с колларголом.

The image features a background of thin, vertical, light blue lines of varying lengths and positions, creating a textured, rain-like effect. A solid teal horizontal bar spans the bottom of the image, containing the text "СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!".

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!