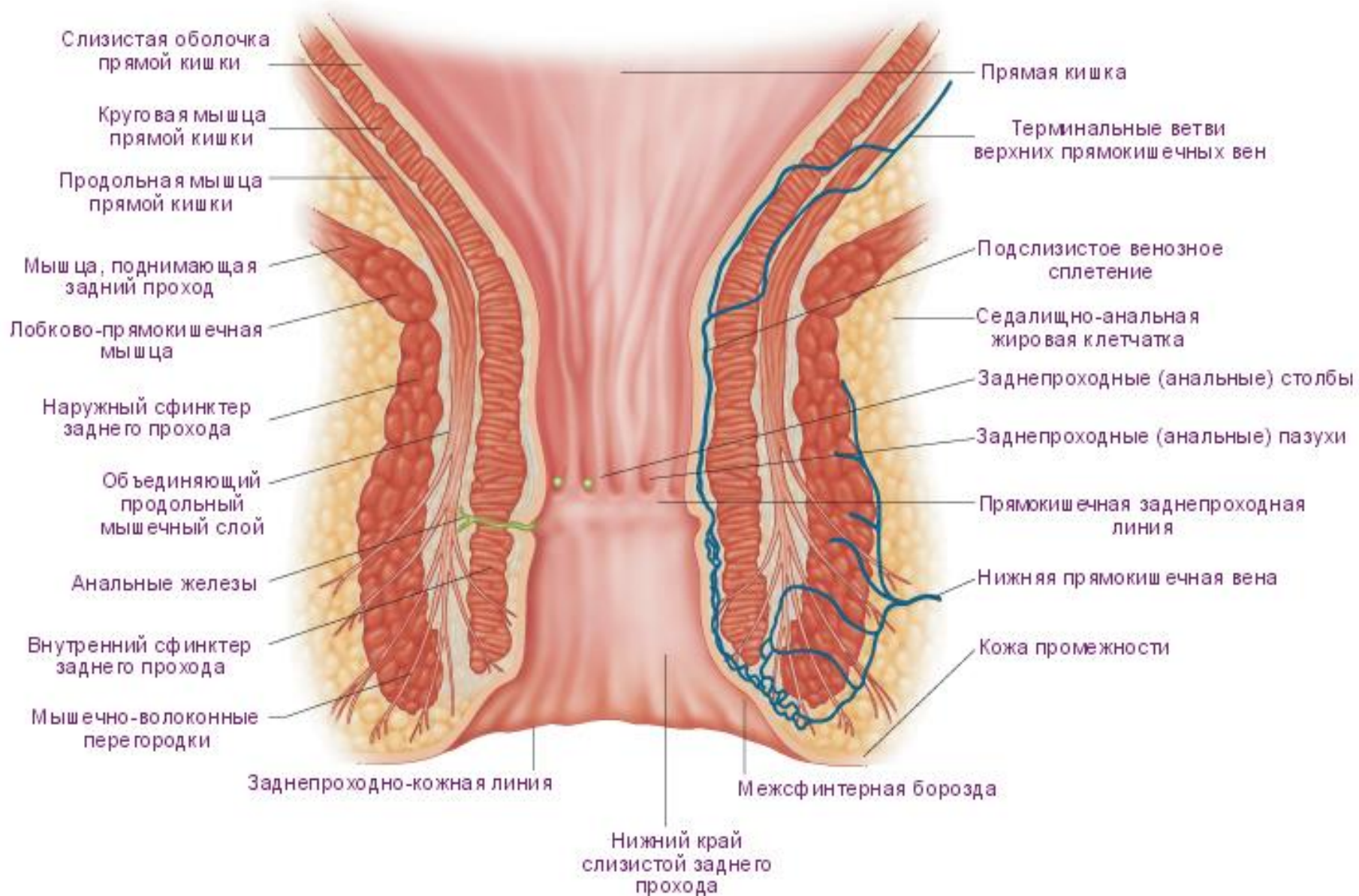


# ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

# Прямая кишка



# АНАТОМИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ



**Анальная трещина** — спонтанно возникающий линейный или эллипсовидный дефект (язва) слизистой оболочки анального канала. Ведущим патогенетическим механизмом в развитии анальной трещины является спазм внутреннего сфинктера, который приводит к нарушению кровоснабжения анодермы и появлению длительно незаживающего язвенного дефекта анодермы.





Анальная трещина одно из самых распространенных колопроктологических заболеваний. Удельный вес трещины заднего прохода среди болезней толстой кишки составляет 11—15%, а заболеваемость колеблется от 20 до 23 на 1000 человек взрослого населения .

# КЛАССИФИКАЦИЯ

По характеру течения выделяют:

- Острую анальную трещину
- Хроническую анальную трещину

По локализации дефекта выделяют:

- Заднюю анальную трещину;
- Переднюю анальную трещину
- Боковую анальную трещину

По наличию спазма сфинктера выделяют

- Со спазмом сфинктера;
- Без спазма сфинктера

**Жалобы:** на боли в области заднего прохода во время и после дефекации, выделения крови во время дефекации в виде помарок на стуле и туалетной бумаге .

**Осмотр:** пациента осматривают на гинекологическом кресле, в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами, или в коленно-локтевом положении. У соматически тяжелых больных осмотр производят в положении на боку. При наружном осмотре области промежности и заднего прохода обращают внимание на форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформаций, состояние кожных покровов.



**Пальцевое исследование:** Определяется наличие дефектов анодермы, а так же тоническое состояние анального сфинктера и сила волевых сокращений. Выявляется характерное для анальной трещины повышение тонуса сфинктера.

**Аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия:** проводятся после купирования болевого синдрома.

**Функциональные исследования запирающего аппарата прямой кишки. Профилометрия** – метод оценки давления в просвете полого органа при протягивании измерительного катетера. Аноректальная профилометрия обеспечивает регистрацию давления в разных плоскостях по всей длине анального канала. У всех пациентов с анальной трещиной имеются хотя бы один из манометрических признаков спазма внутреннего сфинктера .



### Острая анальная трещина:

- Заболевание длится менее 3-х месяцев.
- Отсутствуют рубцовые изменения в области краев и дна анальной трещины.

### Хроническая анальная трещина:

- Длительность заболевания с момента первого эпизода болевого синдрома более 3-х месяцев.
- Сторожевой бугорок.
- Рубцовые края.
- Наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта.
- Фиброзный полип анального канала.

## ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

### 1. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ (не более 6 недель)

**Показания:** Острая анальная трещина. Включает теплые сидячие ванночки и послабляющие средства (препараты содержащие пищевые волокна в виде оболочек семян подорожника: «Фитомуцил», «Мукофальк», «Метамуцил», «Файберлекс») позволяет купировать болевой синдром, добиться остановки кровотечений и заживления у 50% больных острой анальной трещиной с минимальным риском развития побочных эффектов .

**Противопоказания:** Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта; Нарушения проходимости кишечника; Онкологические заболевания с локализацией поражения в области малого таза.

### 2. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ.

**Показания:** Острая и хроническая анальная трещина. При хронической анальной трещине в схему консервативной терапии следует включать препараты для медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки .

В качестве препаратов первой линии применяют органические нитраты.

- Нитроглицериновая мазь 0,4%, Крем дилтиазема 2%, нифедипина 0,3% (осложнения-головная боль)

- Ботокс (ботулинический токсин типа А). Вводится во внутренний сфинктер по обе стороны от анальной трещины в дозе 10-100 Ед. (осложнения – недержание газов, кишечного содержимого).

## Противопоказания для проведения консервативной терапии хронической анальной трещины:

- Выпадение фиброзного полипа из анального канала или наличие фиброзного полипа более 1 см в диаметре.
- Пектеноз - ригидное сужение заднего прохода за счет фиброзных изменений внутреннего сфинктера прямой кишки вследствие его длительного спазма и нарушения кровообращения .

*При наличии указанных симптомов консервативное лечение не проводится, сразу переходят к хирургическому лечению.*

## 3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ.

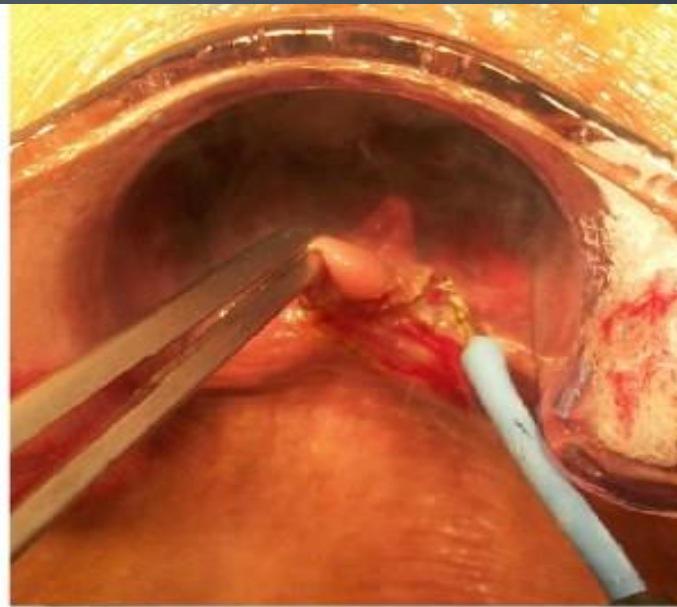
Включает в себя различные методы хирургической релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки.

Показания: неэффективность консервативной терапии.

1. Боковая подкожная сфинктеротомия.
2. Контролируемая пневмодивульсия анального сфинктера.
3. Иссечение трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера.



**Боковая сфинктеротомия**



**Иссечение трещины аппаратом Сургитрон**

## Хирургическое лечение анальной трещины

Иссекается  
слизистая  
оболочка над  
трещиной



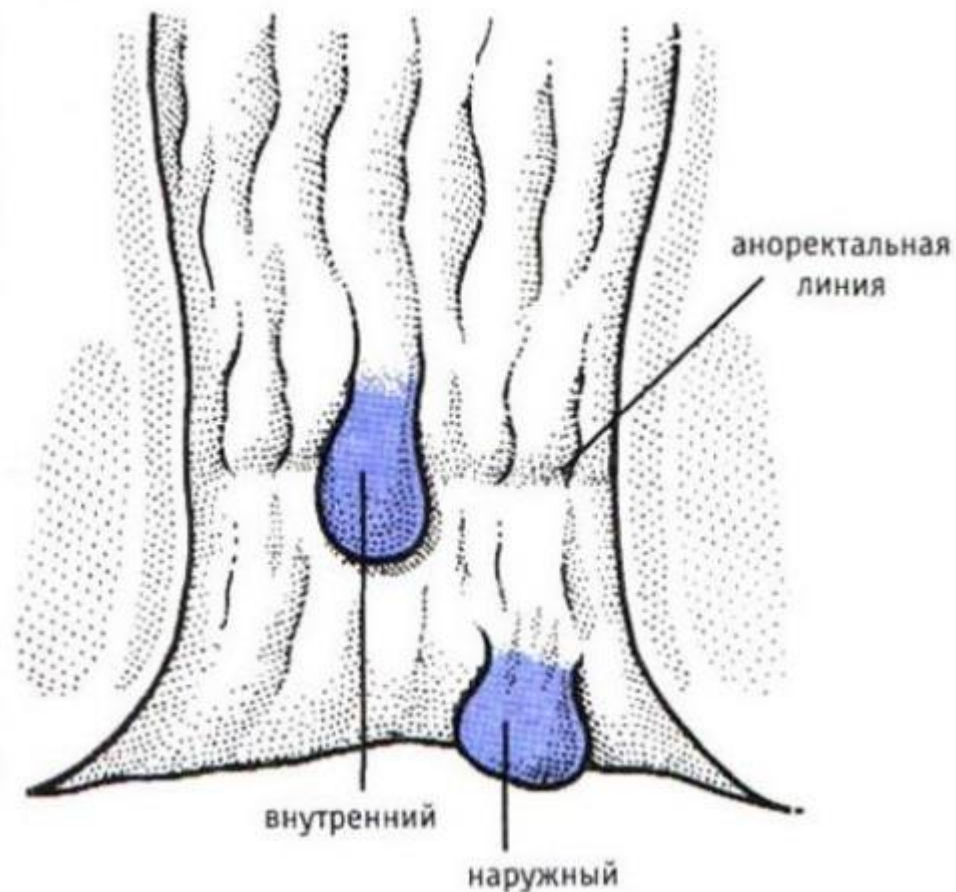
Делается надрез  
во внутренней  
анальной мышце  
сфинктера



Трещина и  
о окружающие  
ткани  
вырезаются



## Геморрой — внутренний и наружный



*ГРАЕМ ЗДОРОВ*

**Геморрой** - патологическое увеличение геморроидальных узлов . Комбинированный геморрой – увеличение одновременно наружных и внутренних геморроидальных узлов .

**Геморрой** является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу. Распространённость заболевания составляет 130-145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41 %.



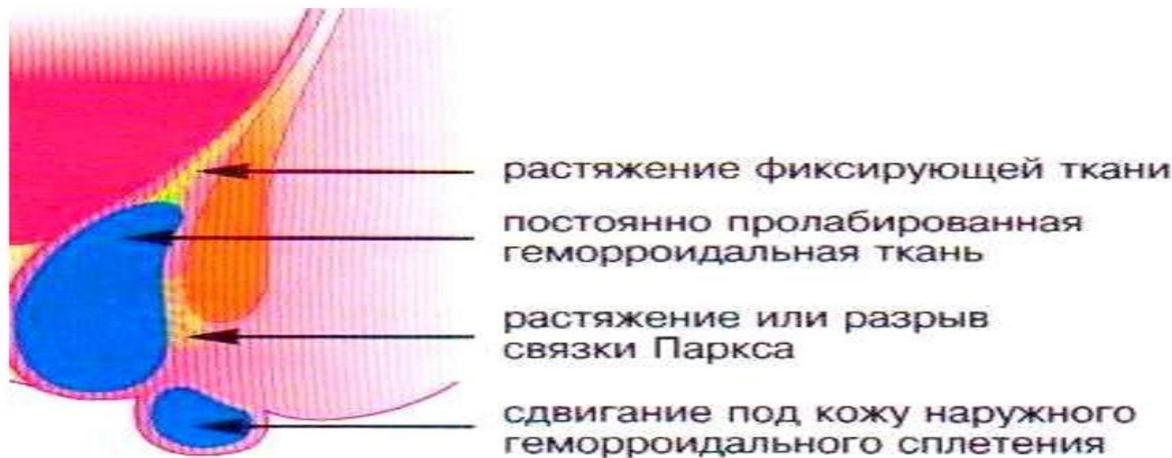
**Причиной** патологического увеличения геморроидальных узлов является :

- Острое или хроническое нарушение кровообращения в кавернозных образованиях.
- Дистрофические изменения в связочном аппарате геморроидальных узлов.

Под действием перечисленных факторов геморроидальные узлы увеличиваются в размерах, смещаются в дистальном направлении, при этом нарастают процессы дистрофии в удерживающем аппарате, и геморроидальные узлы начинают выпадать из анального канала.

Развитие дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале, приводит к постепенному, но необратимому смещению геморроидальных узлов в дистальном направлении.

Разрушение поддерживающего аппарата внутреннего геморроидального сплетения (связки Паркса и мышцы Трейца), приводит к выпадению узла



## КЛАССИФИКАЦИЯ

### Форма:

1. Внутренний
2. Наружный
3. Комбинированный

### Течение: 1. Хроническое 2. Острое

Острое течение	Степени	Симптоматика
	1	Тромбоз узлов без воспалительной реакции
	2	Тромбоз узлов с их воспалением
	3	Тромбоз узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки узлов

Под острым течением заболевания также понимается профузное, обильное кровотечение из внутренних геморроидальных узлов, требующее срочной госпитализации пациента в стационар

Хроническое течение	Степени	Симптоматика
	1	Кровотечение, без выпадения узлов
	2	Выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал, с/без кровотечения
	3	Выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с/без кровотечения
	4	Постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал, с/без кровотечения



## ДИАГНОСТИКА

К основным клиническим симптомам острого геморроя относятся:

- боли в области заднего прохода и прямой кишки,
- появление плотного болезненного образования (ий) в области расположения наружных и/или внутренних геморроидальных узлов,
- профузное обильное выделение крови из прямой кишки, не останавливающееся с помощью консервативных мероприятий (свечи, мази, местное применение холода, флеботропные препараты и т.п.).

При развитии воспалительных осложнений острого тромбоза геморроидальных узлов с переходом воспалительного процесса на окружающие ткани, параректальную клетчатку возможно появление общих воспалительных симптомов, таких как повышение температуры тела, лихорадка.

К основным клиническим симптомам хронического геморроя относятся:

- выпадение внутренних геморроидальных узлов из заднего прохода при дефекации,
- выделение крови из заднего прохода при дефекации (примесь алой крови к стулу, выделение крови в виде капель или струйки),
- наличие увеличенных наружных геморроидальных узлов,
- чувство дискомфорта , зуд, жжение в области заднего прохода.

Болевые ощущения при хроническом геморрое встречаются редко и, как правило, связаны с осложнениями заболевания (тромбоз наружных и/или внутренних геморроидальных узлов) или появлением анальной трещины, свища прямой кишки.

**Оценка анального рефлекса.** Выполняется штриховое раздражение кожи перианальной области для определения рефлекторных сокращений анального сфинктера.

**Пальцевое исследование прямой кишки.** Определяется тоническое состояние анального сфинктера и сила волевых сокращений, болезненность при исследовании, наличие дефектов слизистой анального канала, объемных образований анального канала и прямой кишки .

**Аноскопия.** Осматривается анальный канал и дистальная часть прямой кишки, оценивается расположение и степень выраженности внутренних геморроидальных узлов, состояние слизистой оболочки, покрывающей внутренние геморроидальные узлы, зубчатая линия с анальными криптами, состояние слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки.

**Ректороманоскопия** (до 25 см) Диагностика сопутствующих заболеваний прямой и сигмовидной кишки.

**Колоноскопия и ирригоскопия.** Диагностика сопутствующих изменений толстой кишки, исключение воспалительных изменений характерных для язвенного колита и болезни Крона. Колоноскопия или ирригоскопия показана с целью исключения новообразований толстой кишки всем пациентам старше 50 лет

**Исследование функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки** (профилометрия, сфинктерометрия, электромиография). Показано перед операцией у больных с изначальными клиническими признаками нарушения функции анального сфинктера.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Направлено на нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта и устранение запоров, с помощью потребления адекватного количества жидкости и пищевых волокон.

В качестве источника пищевых волокон традиционно применяют пшеничные отруби, морскую капусту и льняное семя в их природном виде, или в форме фармакологических препаратов, семена и шелуху подорожника (мукофальк, фитомуцил), обладающих высокой водоудерживающей способностью, что позволяет избегать натуживания при дефекации.

**Однако, только консервативная терапия, направленная на нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта, не является самостоятельным эффективным методом лечения геморроя, особенно при 3-4 стадии**

## Фармакотерапия острого и хронического геморроя преследует следующие цели :

1. купирование симптомов острого геморроя;
2. предотвращение осложнений;
3. профилактика обострений при хроническом течении;
4. подготовка больного к операции;
5. послеоперационная реабилитация.

При **болевым синдроме** показано применение ненаркотических анальгетиков и местных комбинированных обезболивающих препаратов в виде гелей, кремов, мазей и суппозиториев (Проктозан, Ауробин, Ультрапрокт, Прокто-гливенол, Постеризан, Релиф Адванс, Нефлуан, Эмла ).

При **тромбозе геморроидальных узлов** показано применение антикоагулянтов местного действия (мазевые основы содержащие гепарин, мазь с троксерутоном).

При **тромбозе геморроидальных узлов, осложненном воспалением окружающих мягких тканей** (в случае если исключен гнойно-воспалительный процесс), показано использование комбинированных препаратов содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты (Проктоседил, Ауробин, Прокто-гливенол, Проктозан, Гепатромбин), а также комбинированных флеботонических препаратов (Детралекс, Флебодия, Гинкор Форте, Цикло-3-форте, Гливенол, Троксерутин).

**Для купирования воспаления и обезболивания** применяют топические препараты и НПВС с комбинированным действием (Ксефокам, Кетопрофен, Диклофенак, Вольтарен, Индометацин).

**При геморроидальных кровотечениях** возможно использование местных препаратов в виде суппозиторий (Натальсид, Релиф, свечи содержащие адреналин), а также системных флеботонических (Детралекс, Флебодия) и гемостатических препаратов (Этамзилат, Тронексам).



# МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Показания:

- неэффективность консервативной терапии
- геморрой 1-3 ст

## **1. Склерозирование внутренних геморроидальных узлов**

Показания: 1-3 стадии кровоточащего геморроя; наибольшая эффективность метода отмечается при кровоточащем геморрое 1-2 стадии.

Противопоказания : острый геморрой, острый парапроктит, анальная трещина.

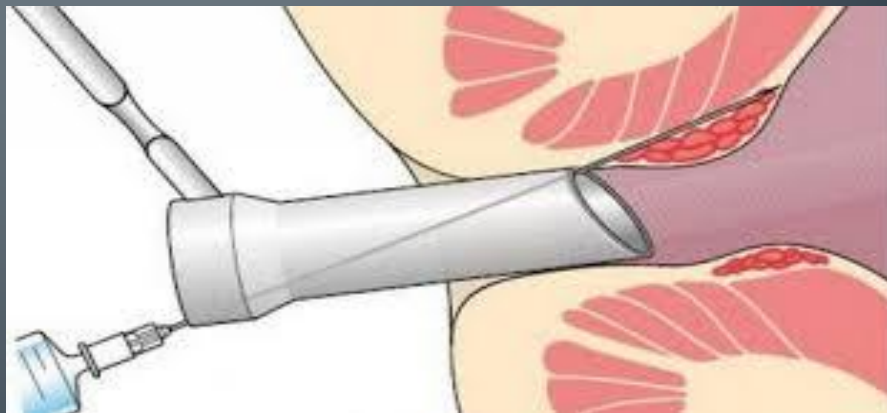
Эффективность данного метода составляет 75-89%.

## **2. Инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов**

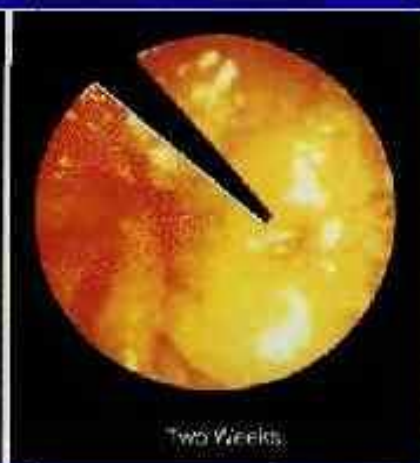
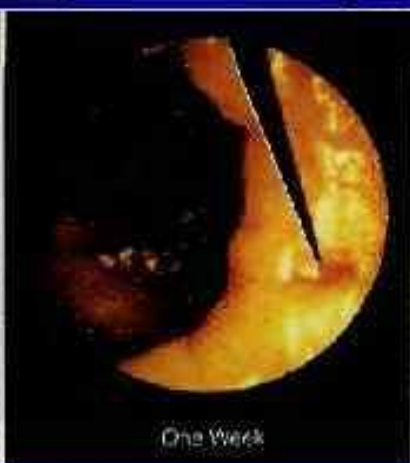
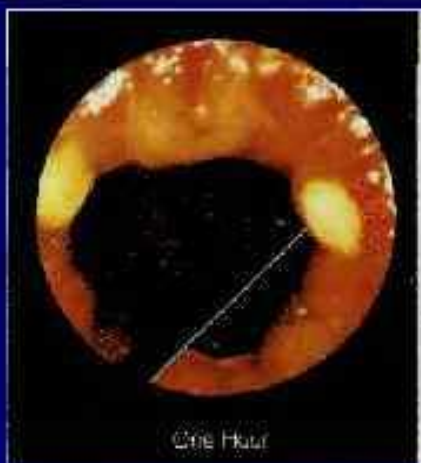
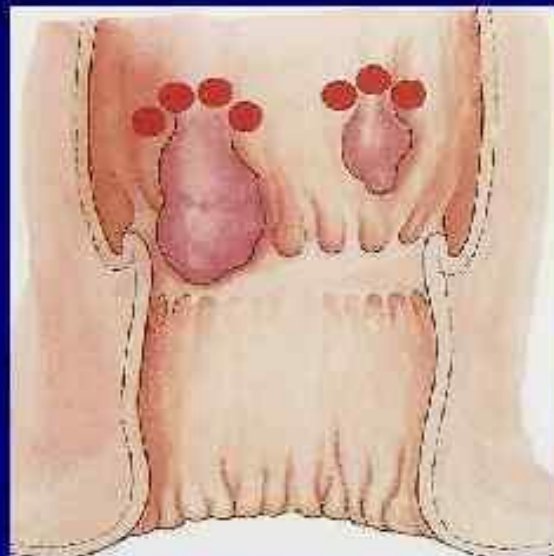
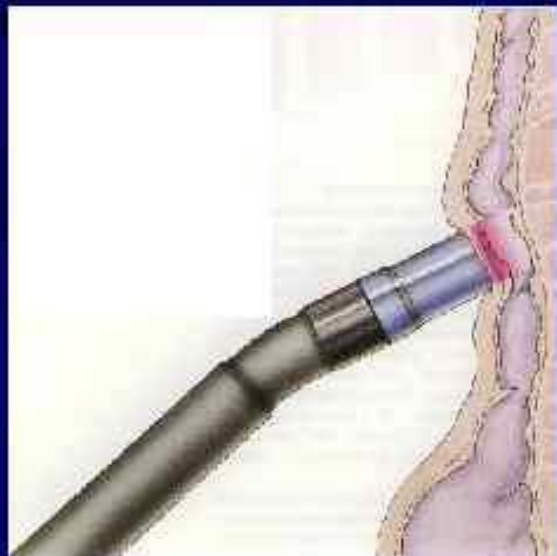
Показания: кровоточащий геморрой 1-2 стадии.

Противопоказания: воспалительные заболевания аноректальной области и промежности.

Эффективность метода составляет 60-70%.



# Инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов



### 3. Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами .

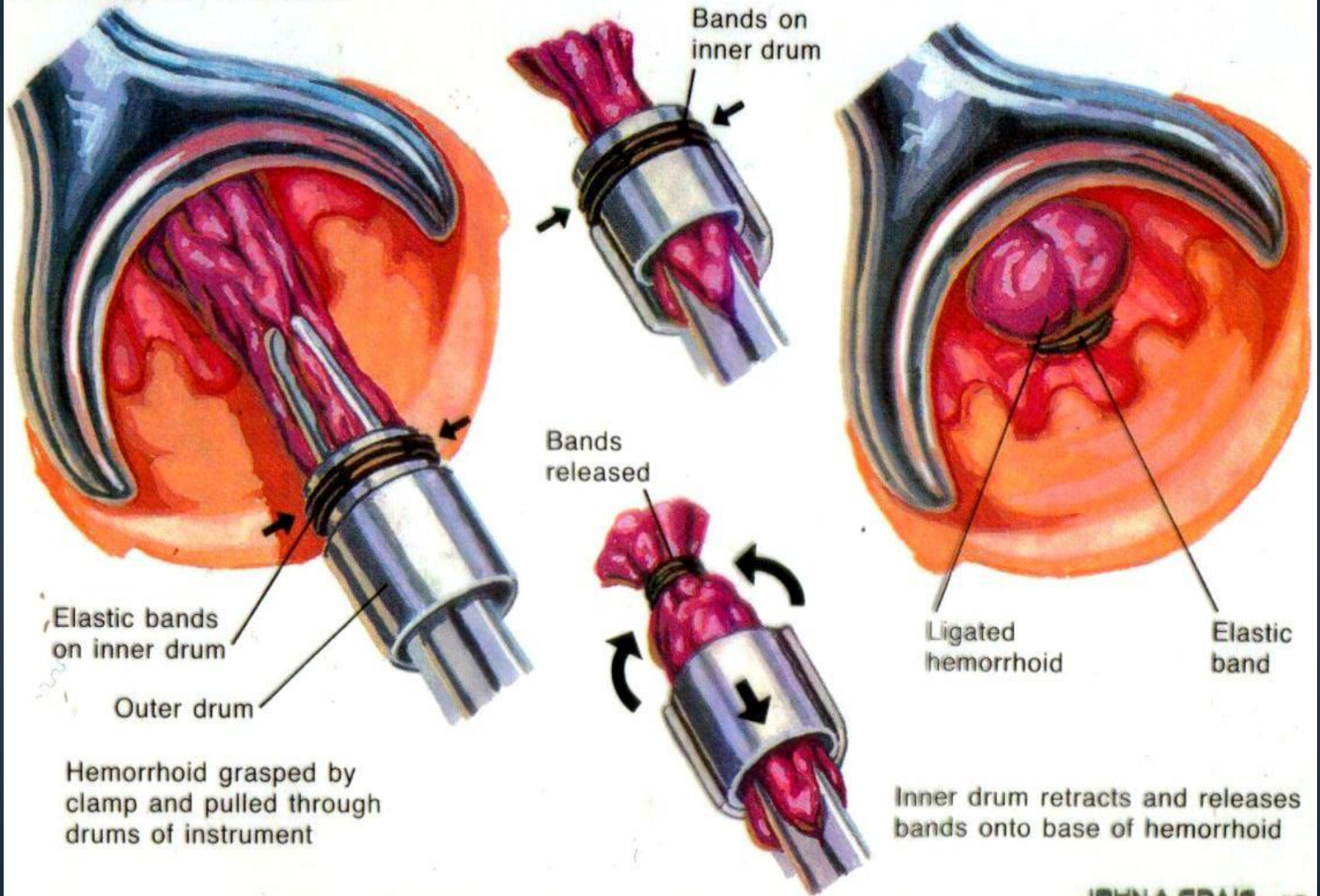
Показания: 2-3 стадии геморроя с наличием отдельно расположенных внутренних геморроидальных узлов с четкими границами .

Противопоказания: циркулярный геморрой, отсутствие четких границ между наружным и внутренним компонентом, анальная трещина, свищи прямой кишки.

*Считается эффективным методом малоинвазивного лечения геморроя, имеет низкий процент рецидивов. Однако характерен интенсивный болевой синдром , имеется риск возникновения тромбоза наружных геморроидальных узлов и в редких случаях могут встречаться воспалительные осложнения .*



# Elastic ligation technique



#### **4. Дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии**

Показания: геморрой 2-4 стадии.

Противопоказания: воспалительные заболевания аноректальной области и промежности.

Эффективность методики составляет 81% у пациентов с 2-3 стадией геморроя. После операции не требуется проведение антибактериальной терапии и использование наркотических анальгетиков.

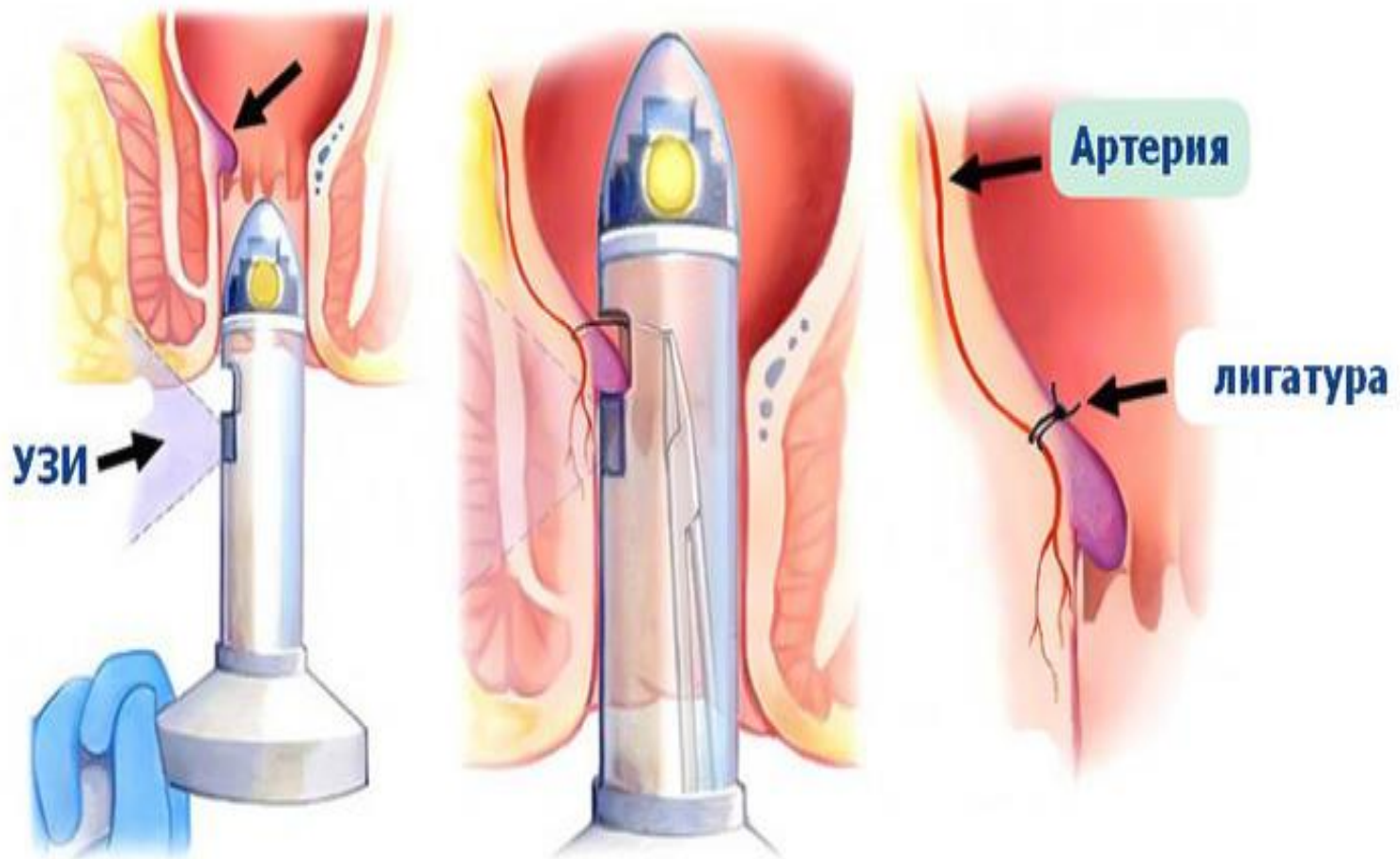
#### **5. Дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией**

Показания: геморрой 2-4 стадии.

Противопоказания: воспалительные заболевания аноректальной области и промежности.

*В настоящее время дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией является наиболее эффективным и безопасным методом лечения больных со 2-3 стадией геморроя .*

# Дезартеризация геморроидальных узлов HAL





Активация Windows  
Чтобы активировать Windows, перейдите к параметрам компьютера.

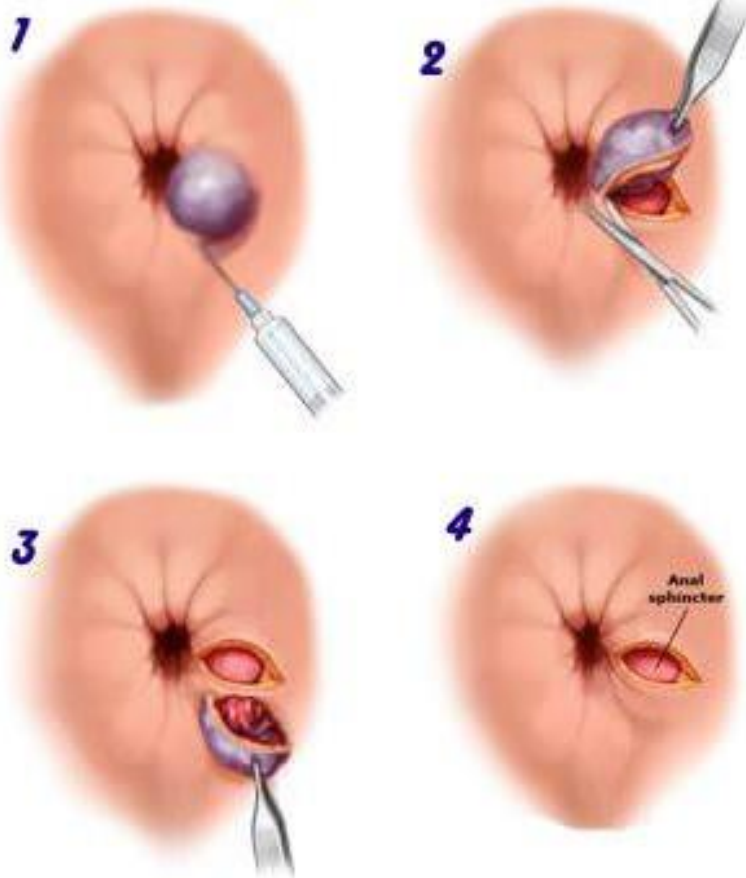
## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Геморроидэктомия показана пациентам при 3-4 стадии заболевания с выраженными наружными геморроидальными узлами, при неэффективности или невозможности применения малоинвазивных хирургических методов . Один из самых эффективных методов лечения. Высокая частота осложнений.

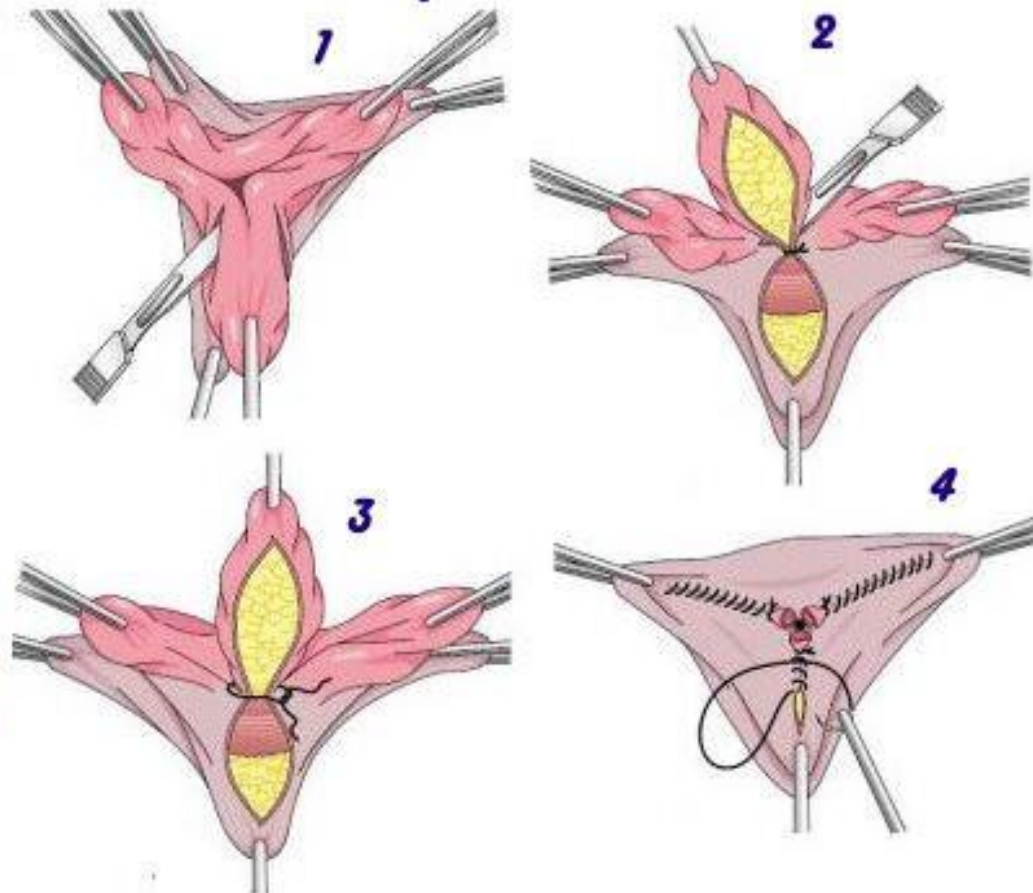
1. Закрытая геморроидэктомия (с восстановлением слизистой оболочки анального канала) Применяется при отсутствии четких границ между наружным и внутренним геморроидальными узлами .
2. Открытая геморроидэктомия. Применяется у пациентов с 3-4 стадией заболевания как отдельный метод, а также в случаях сочетания геморроя с наличием воспалительных заболеваний анального канала (анальная трещина, свищ прямой кишки (операция Милигана-Моргана)
3. Подслизистая геморроидэктомия. Методика позволяет без деформации и натяжения полностью восстановить слизистую оболочку анального канала и прямой кишки с подслизистым расположением культи узла. В связи с повышенной кровоточивостью тканей при подслизистом выделении кавернозной ткани операция сопровождается техническими сложностями.
4. Степлерная геморроидопексия (операция Лонго) Показанием к применению метода является геморрой 3-4 стадии, а так же сочетание геморроя с выпадением слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки.

# Геморроидэктомия

открытая



закрытая



Лазерная геморроидэктомия. Наружный геморрой. ДНМУ г. Дружковка Hemorrhoidectomy



Активация Windows  
Чтобы активировать Windows, перейдите на сайт [www.microsoft.com](#) по параметрам компьютера.



## Осложнения.

1. Кровотечение
2. Тромбоз геморроидальных узлов
3. Воспалительный процесс, развившийся в окружающей клетчатке в результате тромбоза геморроидальных узлов.
4. На поздних стадиях заболевания осложнениями являются зуд и трещины заднего прохода.





**Острый парапроктит** – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез.

Острый парапроктит является самым распространенным заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии. Пациенты этой группы составляют около 1% всех госпитализированных в различные стационары хирургического профиля и 5% среди страдающих заболеваниями ободочной и прямой кишок. В числе острых гнойных поражений аноректальной зоны, частота ОП приближается к 45%.

#### **Этиология.**

Развитие ОП обусловлено рядом предрасполагающих факторов: ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции, сосудистые изменения вследствие сахарного диабета, желудочно-кишечные расстройства, наличие геморроя, трещин, криптита.



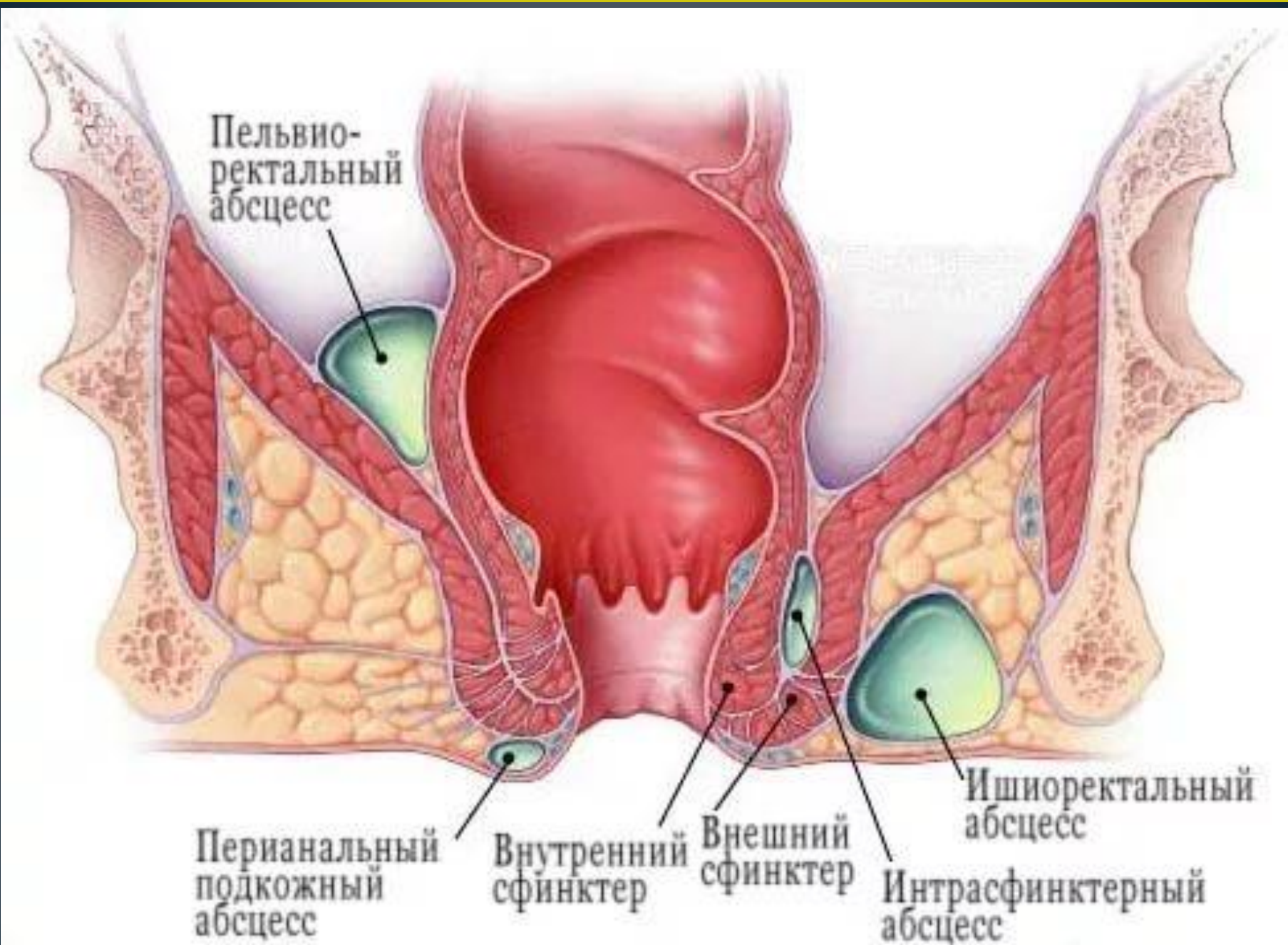
## Классификация острого парапроктита.

### I. По характеру возбудителя:

1. Аэробный.
2. Анаэробный:
  - клостридиальный;
  - неклостридиальный.

### II. По локализации поражения:

- а) подкожный;
- б) подслизистый;
- в) межмышечный;
- г) седалищно-прямокишечный (ишиоректальный);
- д) тазово-прямокишечный:
  - пельвиоректальный;
  - ретроректальный;
  - подковообразный.



Пельвио-ректальный абсцесс

Перианальный подкожный абсцесс

Внутренний сфинктер

Внешний сфинктер

Интрасфинктерный абсцесс

Ишиоректальный абсцесс

### III. По локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления:

- А. Задний.
- Б. Передний.
- В. Боковой.

### IV. По характеру гнойного хода:

- а) интрасфинктерный;
- б) трансфинктерный;
- в) экстарсфинктерный.

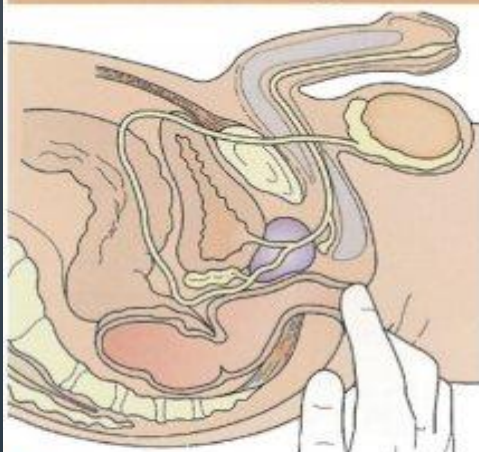


## ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ.

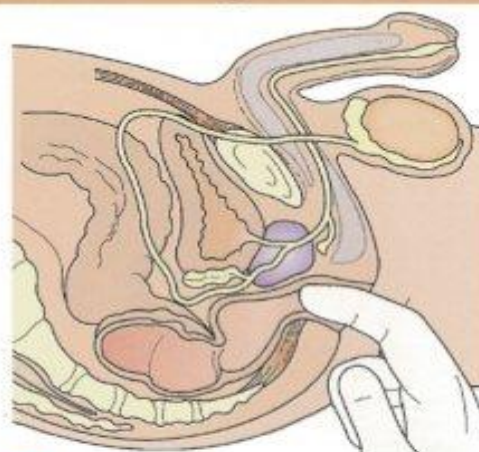
Диагностика острого парапроктита основана на жалобах больного, степени их выраженности, длительности болезни, анализе результатов клинического и объективного обследования пациента.

К основным клиническим проявлениям ОП относятся: острое начало заболевания, нарастающая боль в прямой кишке, промежности или в тазу, повышение температуры тела.

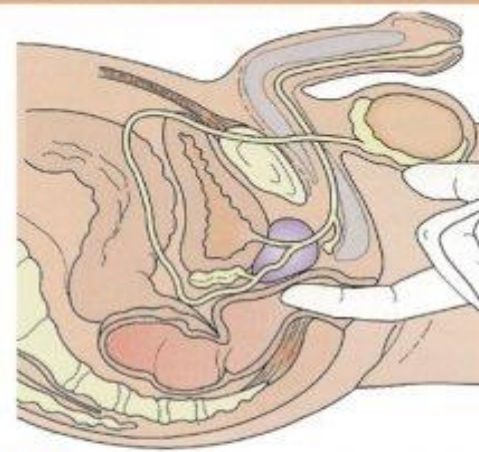
### Проведение пальцевого ректального обследования



**1** Пациент может нервничать по поводу проведения пальцевого ректального обследования, поэтому важно сделать его настолько безболезненным, насколько это возможно. Врач смазывает палец в перчатке лубрикантом перед введением его во вход прямой кишки, анус.



**2** Палец вводится, следуя линии крестца, затем разворачивается таким образом, чтобы врач мог пальпировать простату через переднюю стенку прямой кишки. Это делается для оценки консистенции, формы и размера железы и оценки чувствительности.



**3** Здоровая предстательная железа достигает 3 см в поперечнике и выступает в прямую кишку примерно на 1 см. На ощупь железа эластичная и упругая. Борозда, разделяющая две доли, отчетливо выражена. При наличии рака простаты доли могут различаться по размеру или могут пальпироваться плотные узлы.

### **Осмотр больного.**

Проводят на гинекологическом кресле в положении на спине или в колено-локтевом положении. При этом оценивают гиперемию, припухлость кожных покровов перианальной, крестцово-копчиковой области и ягодиц, наличие резко болезненного инфильтрата или флюктуации в этой области. При осмотре промежности и заднего прохода выявляют патологические выделения гноя или слизи, сопутствующие заболевания - анальная трещина, геморрой, свищи или выпадение прямой кишки .

### **Пальцевое исследование прямой кишки.**

Этот диагностический прием является основным при остром парапроктите и несет определяющую информацию при сложных разновидностях заболевания:

- выявляют болезненность одной из стенок прямой кишки,
- тестоватую консистенцию и инфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за её пределами,
- определяют утолщение стенки кишки, оттеснение её извне, выбухание в просвет эластичной, иногда флюктуирующей, опухоли, над которой слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной.

### **Фистулография.**

Не является обязательным методом обследования, используют для уточнения диагноза.

Определяется расположение и размеры гнойной полости, ход свища по отношению к наружному сфинктеру.

## Бактериологическое исследование.

*Не является обязательным методом обследования.*

Заключается в видовом исследовании микрофлоры гнойного очага для уточнения диагноза и проведения адекватной антибиотикотерапии.

Материал берется двумя тампонами, один из которых для микроскопии, а другой для посева. В послеоперационном периоде в динамике определяют число микробных тел на раневой поверхности или в 1 г пораженной ткани. «Сигнальным» показателем является число 10, уменьшение степени которого свидетельствует о благополучном течении воспалительного процесса, а увеличение— вызывает необходимость различных коррегирующих действий.

Исследование необходимо для решения вопроса о возможности выполнения отсроченной радикальной операции



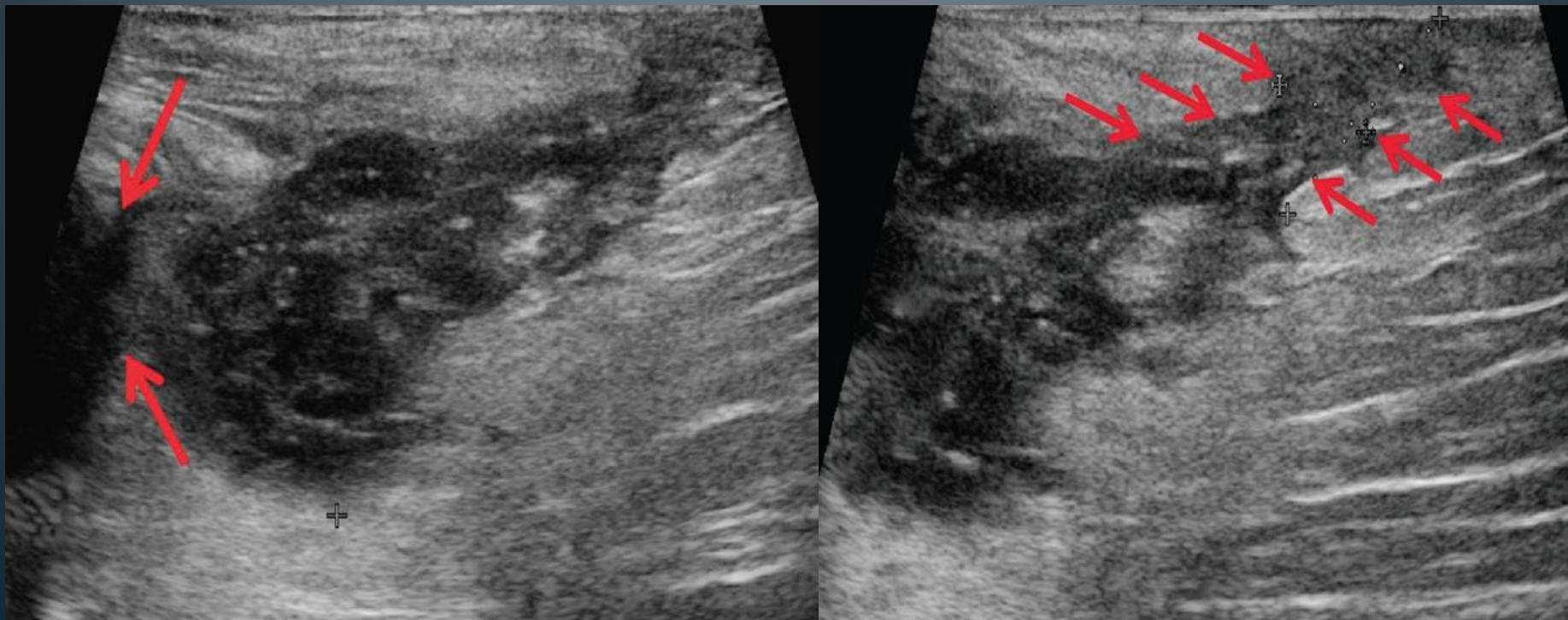


## ЭНДОРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

*Не является обязательным методом обследования, используют для уточнения диагноза.*

УЗ-исследование со стороны промежности и трансректальная сонография позволяют оценить локализацию, размеры, структуру патологического очага, наличие дополнительных ходов, степень вовлечения в воспалительный процесс стенки прямой кишки и волокон наружного сфинктера, глубину расположения патологического очага от кожных покровов.

Эффективность ультразвукового исследования в определении ОП составляет 80-89%  
Точность ультразвукового исследования достигает 90%.

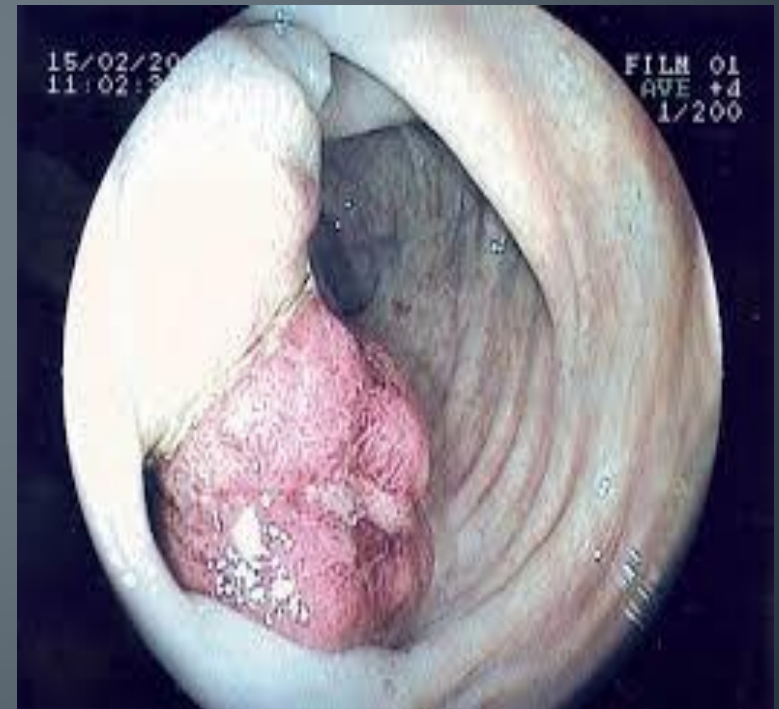


## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Учитывая особенности клинических проявлений острого парапроктита, в основном проводят дифференциальную диагностику с :

- нагноившейся тератомой параректальной клетчатки,
- абсцессом дугласова пространства, вскрывшимся в параректальную клетчатку.

Парапроктит так же может являться осложнением распадающейся опухоли прямой кишки.



## ***ЛЕЧЕНИЕ.***

### **Лечение острого парапроктита только хирургическое.**

Операция должна быть выполнена в ближайшие часы после верификации диагноза. Промедление с операцией не только ухудшает состояние больного, но и отягощает прогноз, т.к. чревато опасностью распространения гнойного

процесса по клетчаточным пространствам таза, разрушения мышечных структур сфинктера и тазового дна, стенки прямой кишки.

Хирургическое лечение может быть как радикальным одномоментным, так и многоэтапным. Наиболее целесообразно разделение хирургического лечения на несколько этапов.

На первом из них производится неотложное вскрытие гнойника, на втором – ранние отсроченные радикальные операции, осуществляемые 5-7 дней спустя, после полного стихания воспалительных явлений.

**Цель – вскрытие и дренирование гнойника, поиск и ликвидация пораженной крипты и гнойного хода .**

## МНОГОЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.

Наиболее целесообразный и оправданный метод лечения острого парапроктита.

### Основные хирургические принципы первого этапа:

- выполнение оперативного вмешательства в возможно ранние сроки;
- широкое вскрытие подкожного гнойника для обеспечения достаточного оттока гнойного содержимого и адекватное дренирование гнойной полости;
- обеспечение интактности волокон анального сфинктера при ликвидации абсцесса;
- исключение применения скальпеля при манипуляциях в глубине раны;
- выполнение различных действий в просвете гнойной полости только под контролем введенного в прямую кишку пальца другой руки;
- обязательное вскрытие и адекватное дренирование основного гнойного очага, а не только воспалительного фокуса в подкожной клетчатке .

## РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Показаниями к радикальному оперативному лечению пациентов с острым парапроктитом являются:

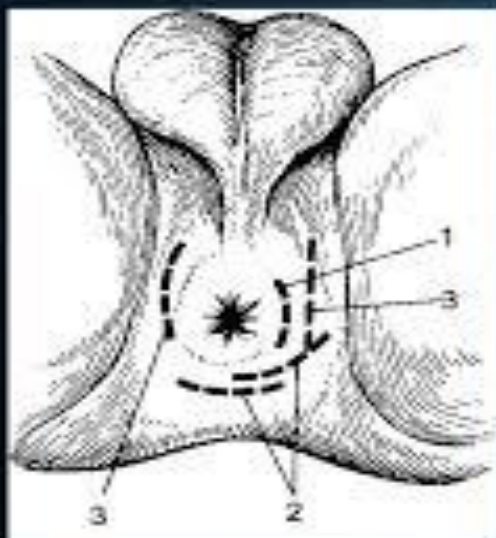
1. четкое представление о локализации гнойника, гнойного хода и пораженной крипты,
2. относительная интактность окружающих гнойный очаг тканей.

Противопоказанием к проведению радикальных операций являются:

1. Невозможность определения пораженной крипты,
2. тяжелое соматическое состояние пациента,
3. выраженные воспалительные изменения тканей в зоне предполагаемого оперативного вмешательства.

Включают в себя:

- вскрытие и дренирование абсцесса;
- иссечение пораженной крипты и гнойного хода в просвет кишки.
- сфинктеротомия (межсфинктерный парапроктит)
- проведение эластической дренирующей лигатуры (транссфинктерное или экстрасфинктерное поражение).



РАЗРЕЗЫ,  
ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ  
ОСТРОМ  
ПАРАПРОКТИТЕ:  
1 - ПЕРИАНАЛЬНЫЙ  
АБСЦЕСС;  
2 - ПОЗАДИПРЯ-  
МОКИШЕЧНЫЙ;  
3 - ИШИОРЕК-  
ТАЛЬНЫЙ.

В послеоперационном периоде как после радикального, так и после первого этапа многоэтапного лечения пациентам проводят:

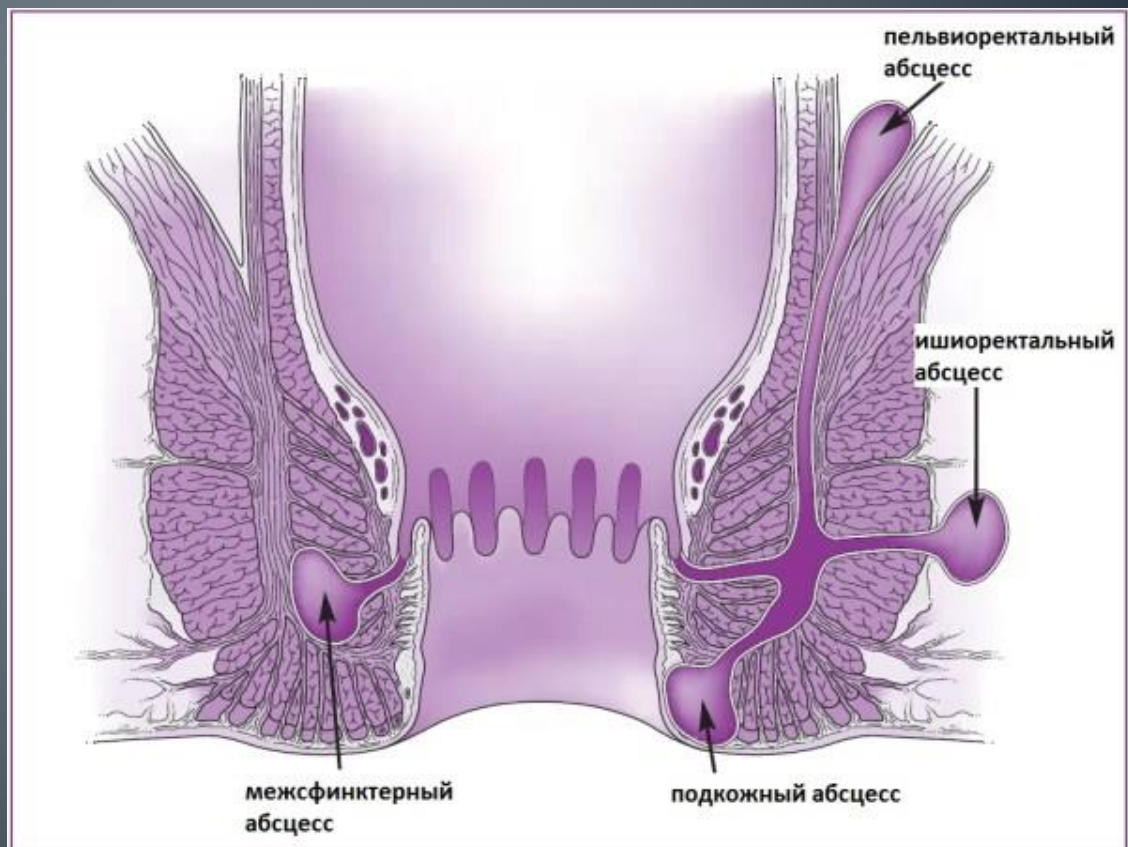
1. Ежедневные перевязки послеоперационной раны с использованием перекиси водорода, антисептиков на йодной (Бетадин, Йодопирон, Йод-повидон и др.) или спиртовой (Хлоргексидин, Диоксидин) основе.
2. Местное применение мазей ускоряющих репарацию тканей (Метилурацил) и обладающих антимикробным и противовоспалительным эффектами (Левомеколь, Левосин, Фузимет) до заживления раны.
3. Комплексное физиотерапевтическое лечение - ежедневные десятиминутные сеансы УФО облучения, использование воздействия УВЧ в диапазоне 40-70 Вт и микроволновая терапия в пределах 20-60 Вт.

**Хронический парапроктит** (свищ заднего прохода, свищ прямой кишки) – это хронический воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке, сопровождающийся формированием свищевого хода. При этом пораженная крипта является внутренним отверстием свища.

В 30-50 % случаев после острого парапроктита у больных формируется свищ прямой кишки.

Свищи прямой кишки могут быть другой этиологии:

- посттравматические, в т. ч. послеоперационные;
- Свищи, дренирующие параректальные кисты;
- Свищи при болезни Крона



### Классификация :

- полный (есть внутреннее и наружное свищевое отверстие)
- неполный внутренний (есть только внутреннее отверстие)

### По локализации внутреннего отверстия бывают:

- задний
- передний
- боковой

### В зависимости от расположения наружного сфинктера выделяют:

- интрасфинктерный
- транссфинктерный
- экстрасфинктерный

### Экстрасфинктерные свищи имеют 4 степени сложности:

- I – нет рубцов вокруг внутреннего отверстия, нет гнойников и инфильтратов
- II-рубец около внутреннего отверстия без воспаления
- III –внутреннее отверстие без рубцов, но есть воспаление в клетчатке
- IV – внутреннее отверстие широкое с рубцами воспалительным инфильтратом в клетчатке.

**Свищи прямой кишки высокого уровня (расположены выше зубчатой линии в ниже-ампулярном отделе прямой кишки)**



**Интрасфинктерные свищи** - самые простые свищи, составляющие 25-30% всех свищей прямой кишки. Также данные свищи называются подкожно-подслизистыми, краевыми. Свищевой ход, как правило, бывает прямым, рубцовый процесс не выражен, давность заболевания обычно небольшая. Наружное свищевое отверстие чаще всего локализуется вблизи от ануса, внутреннее может быть в любой из анальных крипт.

**Трансфинктерные свищи** – встречаются наиболее часто, составляют 40-45%. Причем отношение свищевого хода к наружному жому может быть разным – ход может идти через подкожную, поверхностную или еще выше – через глубокую порцию.

**Экстрасфинктерные свищи** – встречаются в 15-20% наблюдений. Свищевой ход располагается высоко, как бы огибает наружный сфинктер, но внутреннее отверстие находится в области крипт, то есть ниже. Такие свищи, как правило, образуются вследствие острого пельвиоректального и ретроректального парапроктита. Для них характерно наличие длинного извитого хода, часто по ходу свища обнаруживаются гнойные затеки, рубцы. Нередко очередное обострение воспалительного процесса приводит к образованию новых свищевых отверстий. Иногда воспалительный процесс переходит из клетчаточного пространства одной стороны на другую и возникает подковообразный свищ. Подковообразный свищ может быть и задним, и передним.

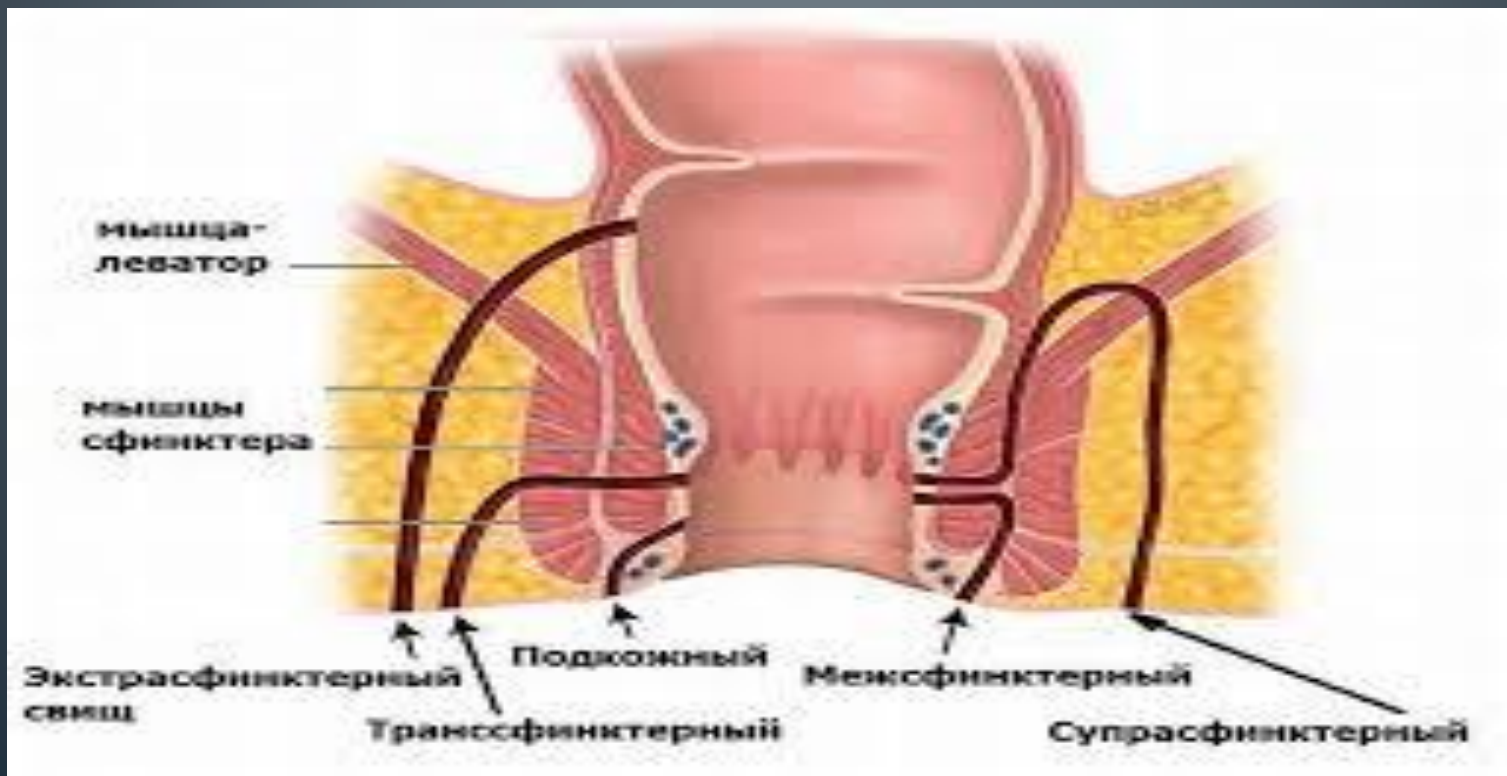
## Клиника:

- наличие наружного свищевого отверстия на коже перианальной области;
- выделения из наружного свищевого отверстия ;
- периодически возникающий болезненный инфильтрат в перианальной области в области наружного свищевого отверстия ;
- боли, дискомфорт в области заднего прохода.



**Интрасфинктерные свищи** - самые простые свищи, составляющие примерно 25-30% всех свищей прямой кишки

Диагностика этого вида свищей достаточно проста: пальпация перианальной области позволяет определить свищевой ход в подслизистом и подкожном слое, зонд, введенный в наружное свищевое отверстие, обычно свободно проходит в просвет кишки через внутреннее отверстие или подходит к нему в подслизистом слое. Проба с красителем (метиленовым синим) у больных с таким свищем обычно бывает положительной. Функция сфинктера сохранена. Фистулография и другие дополнительные методы исследования обычно не требуются.



**Трансфинктерные свищи** – встречаются наиболее часто, составляют 40-45%. Причем отношение свищевого хода к наружному жому может быть разным – ход может идти через подкожную, поверхностную или еще выше – через глубокую порцию. При низких трансфинктерных свищах ход определяется в мягких тканях в виде плотного тяжа, идущего от наружного свищевого отверстия к передней, задней или боковой стенке анального канала. Чем выше по отношению к сфинктеру расположен ход, тем чаще встречаются не прямые, а разветвленные ходы, чаще в клетчатке обнаруживаются полости затеков, сильнее выражен рубцовый процесс в тканях, окружающих ход, в том числе и в сфинктере.



## Экстрасфинктерные свищи

Проба с красителем у данной категории больных не всегда является положительной, при зондировании определяется глубокий свищевой ход, чаще всего идущий параллельно прямой кишке. В область внутреннего свищевого отверстия, как, правило, конец зонда не проникает.

При транссфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки обследование больного необходимо дополнять фистулографией, эндоректальной ультрасонографией, МР-томографией для определения порции сфинктера через которую проходит свищ, локализации внутреннего свищевого отверстия, оценки расположения гнойных полостей, а также для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями при которых может появляться свищевой ход и свищевое отверстие.

## Диагностика:

- Жалобы, анамнез,
- Наружный осмотр перианальной и кресцово-копчиковой области
- Исследование анального рефлекса
- Пальпация мягких тканей в области свища
- Пальцевое исследование анального канала, прямой кишки
- Зондирование свища
- Проба с красителем
- Аноскопия
- Ректороманоскопия
- Колоноскопия, фистулография
- УЗИ ректальным датчиком
- КТ малого таза
- МРТ

***Единственным радикальным методом лечения свищей прямой кишки является хирургический.***

### Операции в основном плановые

При обострении хронического парапроктита с формированием абсцесса – экстренная операция

### Наиболее распространенные виды операций при свищах прямой кишки:

1. рассечение свища в просвет прямой кишки;
2. иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля);
3. иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затеков;
4. иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием сфинктера;
5. иссечение свища с проведением лигатуры;
6. иссечение свища с перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища.

Выбор метода операции определяется следующими факторами:

1. локализация свищевых ходов по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода;
2. степень развития рубцового процесса в стенке кишки, области внутреннего отверстия и по ходу свища;
3. наличие гнойных полостей и инфильтратов в параректальной клетчатке

