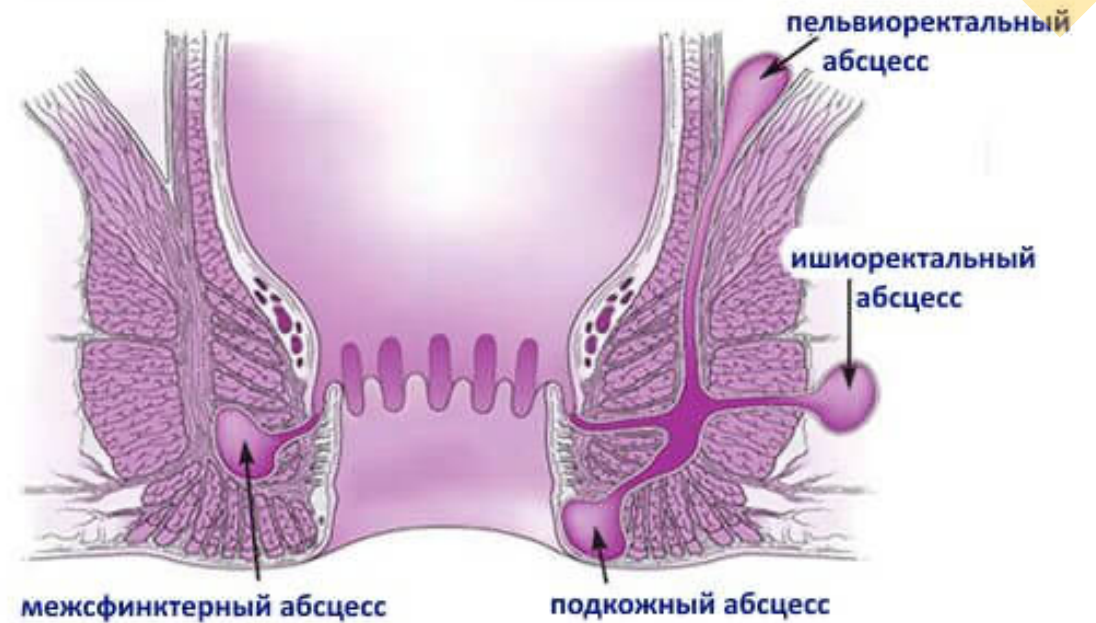


# Парапроктит

- **Парапроктит** –  
воспаление  
околопрямокишечной  
клетчатки, обусловленное  
распространением  
воспалительного процесса  
из анальных крипт и  
анальных желез



# Классификация

- **I. По характеру возбудителя:**
  - **1. Аэробный.**
  - **2. Анаэробный:**
    - *кlostридиальный;*
    - *некlostридиальный*

- **II. По локализации поражения:**
- подкожный;
- подслизистый;
- межмышечный;
- седалищно-прямокишечный (ишиоректальный);
- тазово-прямокишечный:
- - *пельвиоректальный;*
- - *ретроректальный;*
- - *подковообразный.*

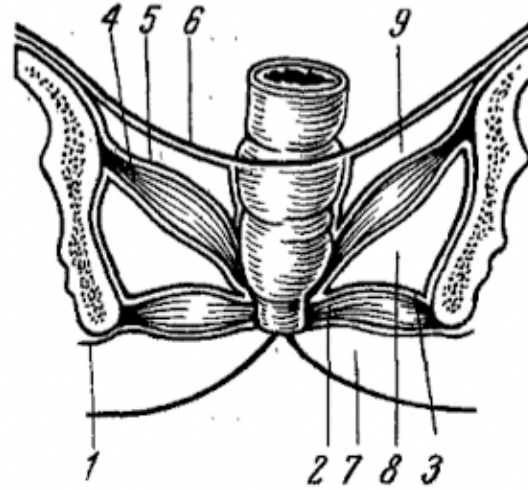


Рис. 48. Основные мышцы, фасции и клетчаточные пространства малого таза. 1 — поверхностная фасция промежности; 2 — поперечная мышца промежности; 3 — собственная фасция таза; 4 — мышца, поднимающая задний проход; 5 — фасция таза; 6 — брюшина таза; 7 — подкожное клетчаточное пространство; 8 — седалищно-прямокишечное клетчаточное пространство; 9 — подбрюшинное, или тазовопрямокишечное, клетчаточное пространство.

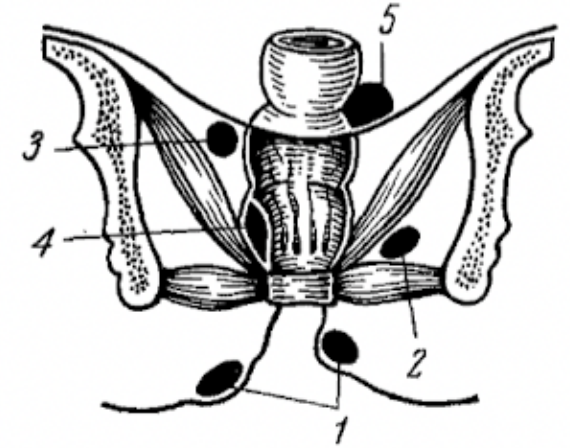


Рис. 49. Основные виды острых парапроктитов. 1 — подкожный; 2 — седалищно-прямокишечный; 3 — тазово-прямокишечный; 4 — подслизистый; 5 — абсцесс дугласова пространства.

Тазово-прямокишечный абсцесс



Ишиоректальный абсцесс

Подкожный абсцесс

Подслизистый абсцесс

### **III. По локализации кривты, вовлеченной в процесс воспаления:**

- **задний;**
- **передний;**
- **боковой.**

### **IV. По характеру гнойного хода**

- **Интрасфинктерный**
- **Экстрасфинктерный**
- **Транссфинктерный**

#### **IV. По характеру 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.

# Эпидемиология

- **Парапроктит** - одно из самых частых проктологических заболеваний( 20-40 % всех болезней прямой кишки)
- **Парапроктит** по частоте стоит на 4-м месте после *геморроя, анальных трещин и колитов*. Мужчины болеют парапроктитом чаще, чем женщины. Это соотношение колеблется от 1,5:1 до 4,7:1.

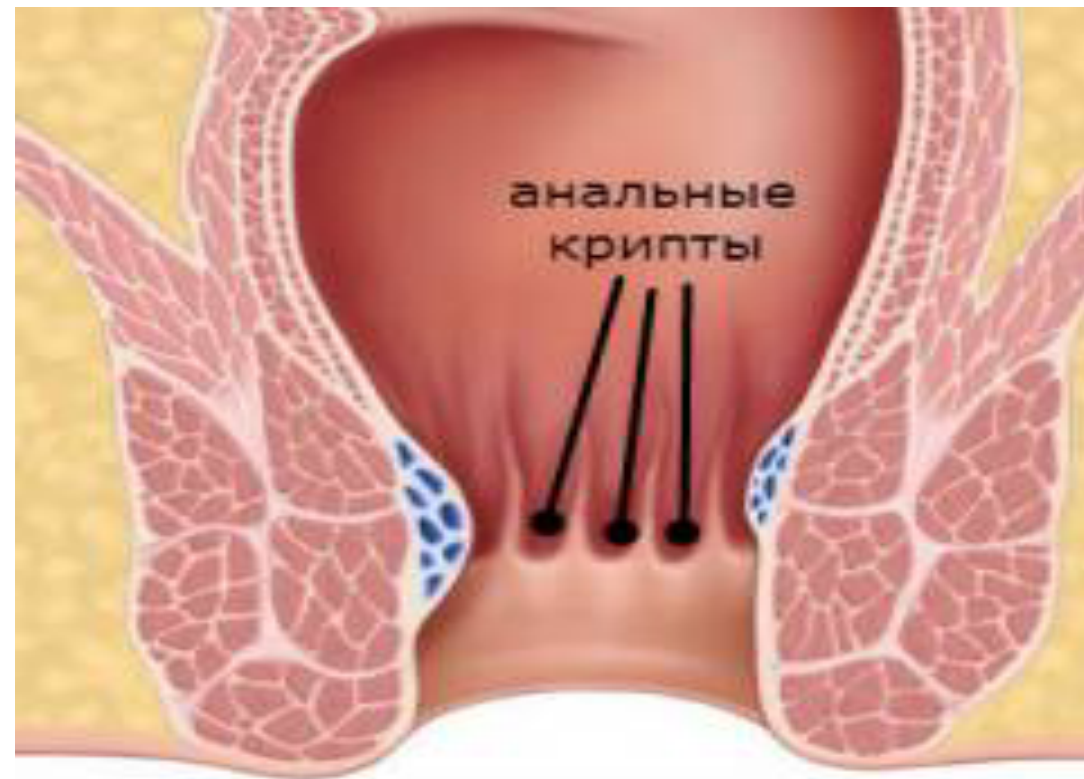


# Этиология

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.

- 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.



# 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).

# 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 продолжаться. 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).

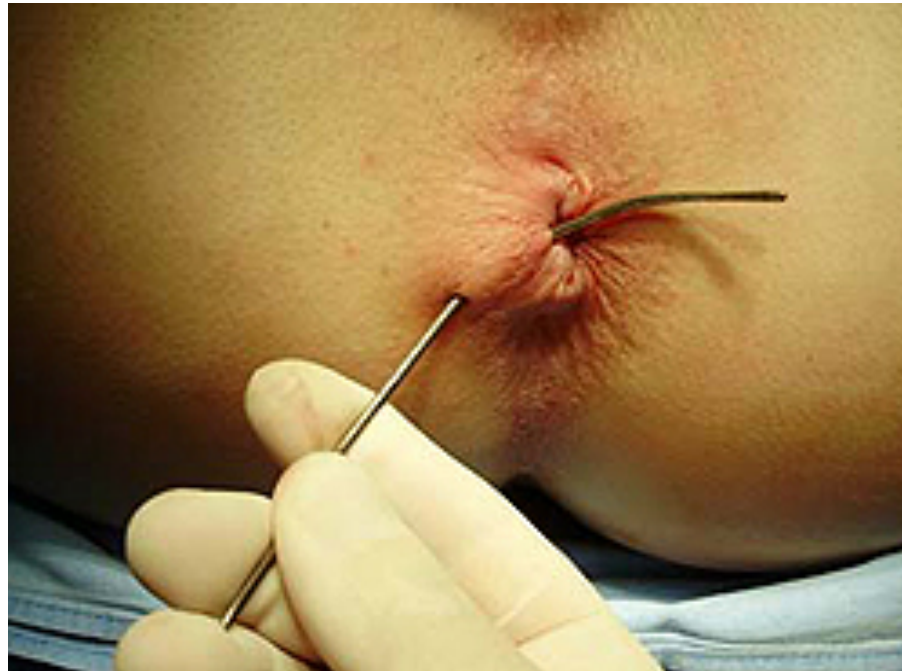
- Анатомическая близость тазовой брюшины делает возможным распространение инфекции с развитием перитонита. Соседство тазовой клетчатки с забрюшинной позволяет прорваться гноем в забрюшинное пространство.

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.

# Осложнения хронического 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.

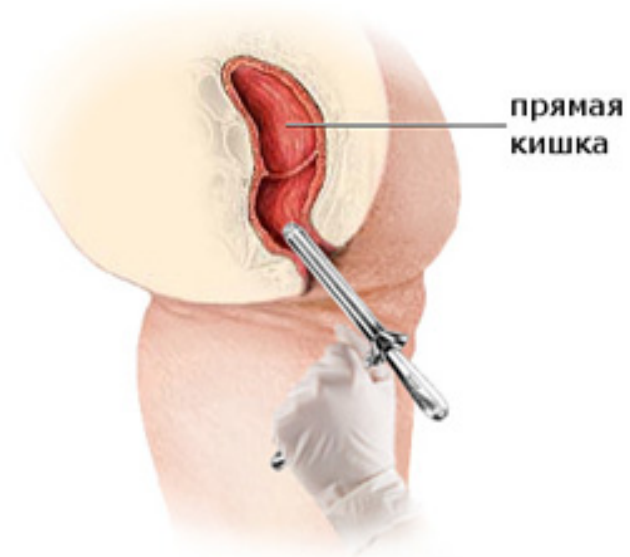


- **Пальцевое исследование прямой несет определяющую информацию при сложных разновидностях заболевания:**

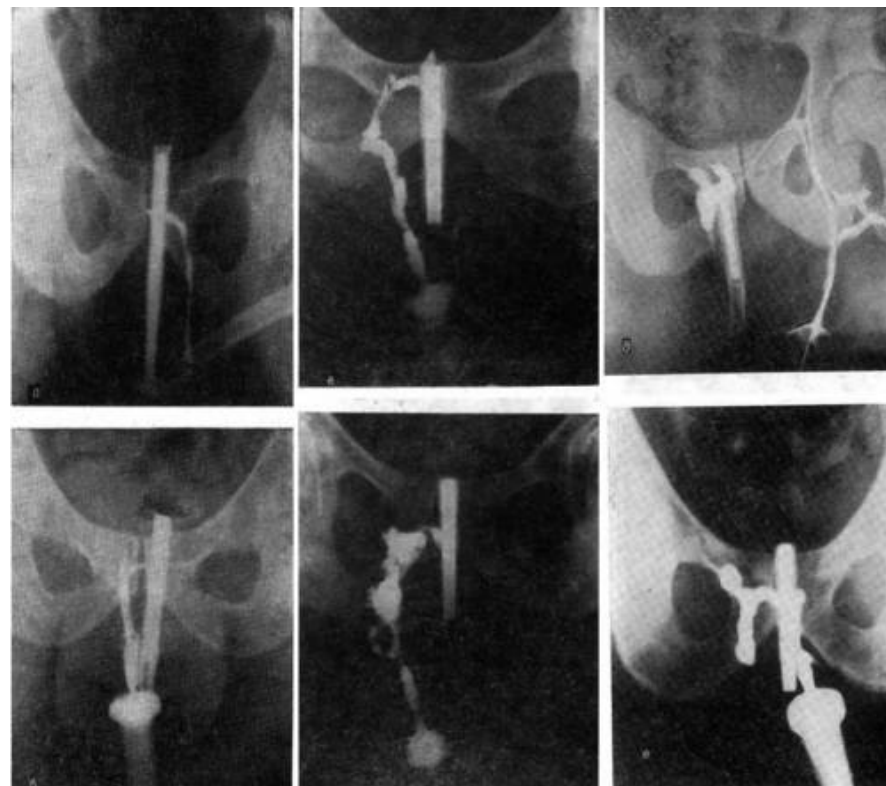
- при тазово-прямокишечном парапроктите выявляют болезненность одной из стенок среднеампулярного или верхнеампулярного отдела прямой кишки, тестоватой консистенции инфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за её пределами. В более поздних стадиях определяют утолщение стенки кишки, оттеснение её извне, затем выбухание в просвет эластичной, иногда флюктуирующей опухоли, над которой слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной;
- при позадипрямокишечной форме определяют выбухание в области задней стенки прямой кишки, а так же усиление боли при давлении на копчик;
- при подковообразной форме острого парапроктита выявляют уплощение и уплотнение стенки кишки выше анального канала, сглаженность складок на стороне поражения, повышение температуры в кишке. К концу первой недели заболевания, воспалительный инфильтрат оттесняет стенку кишки и выбухает в её просвет. Если, воспалительная инфильтрация ткани захватывает предстательную железу и мочеиспускательный канал, пальпация их вызывает болезненный позыв на мочеиспускание;
- при внутрстеночно-инфильтративном парапроктите выше зубчатой линии, непосредственно над ней, или высоко в ампулярном отделе прямой кишки, через стенку кишки пальпируют плотный, неподвижный, безболезненный инфильтрат, часто без четких границ

# 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 выделяться.



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





- 1) Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и гнойного хода в просвет кишки.
- Показания: расположение гнойного хода кнутри от наружного сфинктера или захват только подкожной его порции .
- Методика: под обезболиванием проводят ревизию анального канала с целью поиска пораженной крипты внутреннего свищевого отверстия. Для четкой визуализации свищевого хода и гнойной полости используют пробу с красителем. Для уточнения расположения хода относительно волокон сфинктера проводят исследование пуговчатым зондом. После этого производят широкий полулунный разрез кожи на стороне поражения, а затем полностью иссекают пораженные ткани. Хорошие результаты лечения в раннем периоде после операции отмечаются в 65- 88% случаев .
- 2) Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и сфинктеротомия
- Показания: межсфинктерный парапроктит .
- Методика: производят полулунный разрез кожи на стороне поражения, затем отделяют волокна внутреннего сфинктера от окружающих тканей и под визуальным контролем рассекают только внутренний сфинктер .
- 3) Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты, проведение эластической дренирующей лигатуры.
- Показания: транссфинктерное (захватывает более 20 % сфинктера) или экстрасфинктерное расположение гнойного хода .
- Методика: производят широкий полулунный разрез кожи на стороне поражения, затем после эвакуации гноя и обнаружения гнойного хода разрез продлевается до средней линии. Из просвета кишки производят окаймляющий разрез вокруг пораженной крипты с его продолжением по всей длине анального канала до соединения с углом промежностной раны. Узкой полоской иссекают выстилку анального канала и перианальную кожу. Через отверстие в месте удаленной крипты проводят эластический дренаж Сетона, один конец которого выводят из раны промежности по средней линии, а второй через внутреннее отверстие в просвете кишки. Лигатура затягивается [

Операции при тазово-прямокишечном парапроктите.

1) Вскрытие и дренирование пельвиоректального парапроктита.

- Показания: гнойники, локализующиеся в пельвиоректальном пространстве.
- Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, отступя от края ануса не менее чем на 3 см., рассекают кожу, подкожную и ишиоректальную клетчатку. Продольным разрезом рассекают мышечную ткань диафрагмы таза. Эта манипуляция должна выполняться под визуальным контролем. Если её не удастся произвести на глаз, расслаивание мышцы может быть осуществлено тупым путём – пальцем, браншами большого зажима Бильрота, или корнцангом. Дренирование гнойника выполняется с таким расчётом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным. С этой целью кожную рану расширяют и заполняют тампоном с дренажной трубкой ]. Хорошие результаты лечения в послеоперационном периоде отмечаются в 77,5% случаев . Количество ранних послеоперационных осложнений составляет 8,1 %.

2) Вскрытие и дренирование ретроректального парапроктита

- Показания: Гнойники, локализующиеся в ретроректальном пространстве.
- Методика: производят разрез кожи по середине, между проекцией верхушки копчика и задним краем анального отверстия, длиной до 5 см. Заднепроходно- копчиковая связка пересекается на расстоянии 1 см от верхушки копчика. Далее манипуляции выполняют тупым путем. Полость гнойника обследуют пальцем, при этом разъединяют соединительнотканые перемычки. После эвакуации гноя рану осушивают и обрабатывают перекисью водорода. Край раны, прилегающий к стенке кишки, с помощью крючка отводят и хорошо экспонируют заднюю стенку анального канала, окруженного мышцами сфинктера. Операция заканчивается тампонированием ретроректального пространства. Хорошие отдаленные результаты сохраняются у 92,2% пациентов, в то время как осложнения наблюдаются лишь у 3% больных .

3) Вскрытие и дренирование подковообразного парапроктита.

- Показания: Подковообразное или двустороннее расположение гнойников при остром парапроктите .
- Методика: Объём вмешательства зависит от отношения гнойного хода к мышцам сфинктера, направления и локализации дуги подковы. Опорожнив гнойник, и сориентировавшись в направлении гнойного хода и его ответвлений, рану тампонируют и выполняют аналогичное вмешательство на противоположной стороне. Раскрыв гнойные полости, находят дугу подковы и гнойный ход, ведущий в кишку. Определяют его отношение и дуги подковы к мышцам сфинктера. Если дуга расположена в подкожной клетчатке, её рассекают по зонду. Точно так же поступают, если она располагается в пельвиоректальном пространстве. При этом пересекают заднепроходно-копчиковую связку. Рану дренируют и тампонируют . Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты отмечаются у 94,8% пациентов .

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 удается 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.

### Наркотические анальгетики

1	Тримеперидин	2% - 1 мл	4 р/д	в/м	1-2 дня	для обезболивания в послеоперацион ном периоде	В
<b>Ненаркотические анальгетики</b>							
2	Метамизол натрия или	50% - 2мл	1-2 р/д	в/м	3-4 дня	для купирования болевого синдрома	С
3	Кетопрофен	100–200 мг	2-3 раза	в/м	в течение 2-3 дней	для купирования болевого синдрома	А

# Антибактериальный препараты

4	Ампициллин или	0,5 г	4 р/д	в/в, в/м	5–10 дней до	группа полусинтетических пенициллинов широкого спектра	А
5	Амоксициллин	500 мг	2-3 р/д	в/м, в/в	5-10 дней	группы полусинтетических пенициллинов широкого спектра	А
6	Цефтазидим или	1–2 г	2-3 раза в сутки	в\м, в/в	7-14 дней	Цефалоспорины 3-го поколения	А
7	Цефтриаксон или	1–2 г.	1-2 раза	в\м, в/в	7-14 (зависит от течения заболевания)	Цефалоспорины 3-го поколения	А
8	Цефотаксим или	1 г	2-3 раза	в\м, в/в	7-14 дней	Цефалоспорины 3-го поколения	А
9	Цефепим или	0,5–1 г	2-3 раза	в\м, в/в	7–10 дней и более	Цефалоспорины 4-го поколения	А
10	Цефоперазон	2–4 г	2 р/д	в\м, в/в	7-10 дней	Цефалоспорины 3-го поколения	А
11	Амикацин или	0,5-1г.	2-3 раза	в/в, в/м	7-10 дней	аминогликозиды	А
12	Гентамицин	80мг	2-3 раза	в/м	7-8 дней	аминогликозиды	В
13	Ципрофлоксацин или	500мг	2 раза	в/в	7-10 дней	Фторхинолоны	В
14	Левифлоксацин	250–750 мг	1 раз в сутки	Внутрь, в/в	7-10 дней	Фторхинолоны	А
15	Дорипенем или	500 мг	3 р/д	в/в	7-10 дней	карбапенемы	А
16	Меропенем или	500 мг- 1 г	3 р/д	в/в	7-10 дней	карбапенемы	А
17	Имипенем	0,5-1,0 г	1 раз в сутки	в/в	7-10 дней	карбапенемы	А
18	Азитромицин или	по 500 мг/сут	1 раз в сутки	внутри	3 дня	макролиды	А
19	Кларитромицин	по 250–500 мг	2 раза в сутки	внутри	10 дней	макролиды	А
20	Метронидазол	500 мг	2-3 р/д	в/в, внутри	7-10 дней	производное нитроимидазола	В

**Антикоагулянты прямого действия**

23	Гепарин	5000 МЕ	4-6 р/д	в/в, п/к	7-10 дней	(для профилактики тромбозов)	А
24	Надропарин	0,3 мл	1 раз в сутки	в/в, п/к	7 дней	для профилактики тромбозов	А

**Антиагреганты**

25	Пентоксифиллин	600 мг	1–2 раза	в/в	5-7 дней	Антиагрегант, ангиопротектор	В
----	----------------	--------	----------	-----	----------	------------------------------	---

**Антисептики**

26	Повидон – йод или	10%	ежедневно	Наружно	По мере необходимости	для обработки кожных покровов и дренажных систем	В
42	Хлоргексидин	0,05%	Для обработки операционного поля, рук хирурга	наружно	однократно	для обработки кожных покровов и дренажных	А
43	Этанол	70%;	Для обработки операционного поля, рук хирурга	Наружно	однократно	для обработки кожных покровов	А
44	Перекись водорода	3%	Для обработки ран	Наружно	По мере необходимости	окислитель, для обработки ран	А