

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА
В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

РЕФЕРАТ:

Острый парапроктит

Выполнил: ординатор 1 го

года: Кокозов А. Э.

Проверил: д.м.н., профессор кафедры

и клиники хирургических болезней

им. проф. Ю.М.Лубенского

Здзитовецкий Д.Э.

Содержание

1. Введение
2. Определение и классификация острого парапроктита
3. Диагностика
4. Лечение
5. Список использованной литературы

Введение

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%. ОП распространён повсеместно и на протяжении многих десятилетий является предметом оживленных дискуссий на страницах отечественной и зарубежной литературы. Наиболее часто обсуждаются ишиоректальные, пельвиоректальные, ретроректальные и подковообразные гнойники, встречающиеся, по разным данным, с впечатляющим размахом - от 5% до 58% ОП. 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, криптитов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

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

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

В настоящее время в клинической практике используется классификация, подразделяющая острый парапроктит по характеру возбудителя, локализации поражения, по локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления, по характеру гнойного хода. Классификация применяется для определения тяжести поражения и выбора метода лечения.

В клинической практике данная классификация чаще всего используется в таком виде:

- 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.

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 ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

. 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

- Сбор анамнеза. Выявляются жалобы больного, длительность заболевания, характер и интенсивность болей, а так же этиологические факторы возникновения заболевания: ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции, сосудистые изменения вследствие сахарного 7 диабета, желудочно-кишечные расстройства, наличие геморроя, трещин, криптита, историю предыдущих анарктальных или промежностных оперативных вмешательств
- Осмотр больного. Проводят на гинекологическом кресле в положении как

для литотомии или в колено-локтевом положении. При этом оценивают гиперемию, припухлость кожных покровов перианальной, крестцово-копчиковой области и ягодич, 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: - 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 болей 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.

- 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. Взятие материала (гной), производится в условиях операционной во время пункции гнойника. Материал берется двумя тампонами, один из которых для микроскопии а другой для посева. Не более чем через 1 час после взятия, весь материал доставляется в бактериологическую лабораторию для немедленного посева В послеоперационном периоде в динамике определяют число микробных тел на раневой поверхности или в 1 г пораженной ткани.

«Сигнальным» показателем является число 10^5 , 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% Методика. Исследование проводится на эхотомографах, работающих в режиме реального времени и серой шкалы, снабженных секторальными конвексными и линейными датчиками от 2 до 5 мГц, а также на ультразвуковых сканерах, работающих в режиме серой шкалы и цветном доплеровском режиме (CDI) с датчиками PVV-375 АТ (3-6 мГц), РІМ-805 АТ (6-12 мГц). Результаты исследования документируются на фотоприставке с осуществлением необходимых измерений на экране монитора и Video Printer P-91-Е. Больному, находящемуся в коленно-локтевом положении или на боку, в анальный канал вводят ректальный датчик на расстояние 8 см с предварительно надетым на него резиновым баллончиком и откачанным из него воздухом. Через переходник баллончик заполняют дистиллированной водой 30-50 мл, что обеспечивает хорошую проводимость УЗ-луча. Датчиком проводят вращательные движения по часовой стрелке и проводят линейное УЗ-сканирование путем

проведения продольных сечений анального канала, вращая датчик. Точность ультразвукового исследования достигает 90%

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 ОП 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.

Показания к госпитализации – верифицированный диагноз острого парапроктита любой этиологии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.

Сам по себе, вопрос о радикальном лечении гнойного очага при остром парапроктите не вызывает сомнений, поэтому первостепенные хирургические действия заключаются в неотложном широком вскрытии гнойного промежностного очага, ревизии и санации послеоперационной раны. Вид оперативного вмешательства зависит от величины и локализации гнойника, распространенности воспалительного инфильтрата в окружающих тканях.

Эффективность лечения при ОП составляет 98% однако по данным иностранных авторов количество осложнений может достигать 43%.

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Показаниями к радикальному оперативному лечению пациентов с острым парапроктитом являются: четкое представление о локализации гнойника, гнойного хода и пораженной крипты, относительная интактность окружающих гнойный очаг тканей.

Противопоказанием к проведению радикальных операций являются: невозможность определения пораженной крипты, тяжелое соматическое состояние пациента, выраженные воспалительные изменения тканей в зоне предполагаемого оперативного вмешательства.

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.

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. Цель: вскрытие и дренирование межсфинктерного пространства в просвет кишки.

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.

Цель: создание адекватного оттока для подготовки к проведению последующей радикальной операции.

МНОГОЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.

Наиболее целесообразный и оправданный метод лечения острого парапроктита. Квалифицированные действия на первом этапе хирургического лечения играют определяющую роль в дальнейшем течении воспалительного процесса.

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.

Операции при тазово-прямокишечном парапроктите.

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 удаётся 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.

Вскрытие и дренирование ретроректального парапроктита.

Показания: Гнойники, локализующиеся в ретроректальном пространстве.

Методика: производят разрез кожи посередине 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.

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.

ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ:

- операция при остром парапроктите должна выполняться незамедлительно – недопустима необоснованная задержка оперативного лечения;
- недопустимо проведение операции в условиях недостаточного обезболивания и миорелаксации;
- при длительно сохраняющейся после вскрытия абсцесса температуре недопустимо назначение антибактериальной терапии без проведения диагностических мероприятий и ревизии раны;
- недопустимо проведение сложных пластических операций (низведение лоскута) в условиях выраженного воспаления и отека окружающих тканей;
- нежелательна длительная отсрочка в проведении радикальной операции после вскрытия и дренирования абсцесса.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ.

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. Местное применение мазей ускоряющих репарацию тканей (Метилурацил) и обладающих антимикробным и противовоспалительным эффектами (Левомеколь, Левосин, Фузимет) до заживления раны.
2. Комплексное физиотерапевтическое лечение - ежедневные десятиминутные сеансы УФОоблучения, использование воздействия УВЧ в диапазоне 40-70 Вт и микроволновая терапия в пределах 20-60 Вт. Объем физических воздействий

выбирают на основании целого ряда факторов, отражающих общее состояние пациента, но определяющими из них являются распространенность и выраженность воспалительных проявлений.

Продолжительность самого лечения зависит от клинической, лабораторной и бактериологической картины полного купирования признаков острого процесса. Продолжительности, этот период в большинстве случаев составляет от 5 до 10 дней после поступления больного в стационар, а при инфильтративном процессе в кишке – до 2 недель или несколько дольше.

Список использованной литературы

1. Акопян А.С. и др. Улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом // Сб. 12 Проблемы колопроктологии. – М., 2002. – Вып. 7. – С. 24-28.2..Болквадзе Э. Э. Сложные формы острого парапроктита. Обзор литературы. Колопроктология, 2009. 27 (1). С. 38-46.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М. : Медицинское информационноеагентство, 2006. 430 с.
4. Жуков БН, Исаев ВР, Чернов АА. Основы колопроктологии для врача общейпрактики: монография. Самара, РФ: Офорт; 2009. 218 с.