

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им.проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра общей хирургии им.проф. М.И. Гульмана

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. ВинникЮ.С

Реферат на тему: "Папрапроктит"

Выполнил ординатор Журавлев М.О.
Проверил: д.м.н.доц. кафедры общей
хирургии им.проф. М.И. Гульмана
Серова. Е. В

Красноярск,2019

План реферата

1. Введение
2. Причины возникновения острого парапроктита
3. Симптомы острого парапроктита
4. Диагностика острого парапроктита
5. Дифференциальная диагностика
6. Радикальные операции
7. Список использованных источников

Введение

Возбудителем инфекции при парапроктите в большинстве случаев является смешанная микрофлора. Чаще всего обнаруживаются стафилококки и стрептококки в сочетании с кишечной палочкой, протеем. Нередко (особенно в гнойниках пельвиоректального пространства) обнаруживается присутствие бактериоидов, пептококков, фузобактерий, относящихся к неспорообразующим анаэробам.

При парапроктите чаще всего присутствуют все признаки острого воспаления: боль, отек, гиперемия, гной. Если парапроктит вызван ассоциацией микроорганизмов, но главную роль при этом играют неспорообразующие анаэробы, возникает гнилостный парапроктит, при котором поражается клетчатка на большом протяжении; но может развиваться и настоящий неклостридиальный анаэробный парапроктит с поражением не только клетчатки, но и фасций и мышц. Такие парапроктиты характеризуются быстрым распространением процесса с выраженной отечностью тканей, некрозом, вместо гноя выделяется зловонная жидкость с детритом. Иногда парапроктит вызывается клостридиями - возбудителями газовой гангрены.

Предрасполагающими факторами возникновения гнойного процесса в параректальной клетчатке являются: ослабление местного и гуморального иммунитета при истощении, алкоголизме, вследствие острой или хронической инфекции (ангина, грипп, сепсис); сосудистые изменения при сахарном диабете, атеросклерозе; функциональные нарушения (запор, понос); наличие геморроя, трещин заднего прохода, криптита и др.

Причины возникновения острого парапроктита

Анатомическая граница между прямой кишкой и анальным каналом проходит по аноректальной линии. На этом уровне находятся морганиевы крипты - кармашки, дно которых располагается примерно на границе верхней и средней трети анального канала. На дне крипт открываются выводные протоки анальных желез. Сами железы в основной массе локализируются в толще внутреннего сфинктера, за что их именуют еще внутримышечными железами. Анальные железы и морганиевы крипты - это очень важные элементы в патогенезе парапроктита. Внутримышечные железы закладываются в период внутриутробного развития, и ребенок рождается с ними, но начинают функционировать они с периода наступления половой зрелости. По этой причине парапроктит, связанный с воспалением крипт и желез, чаще возникает у взрослых. У детей младшего возраста инфекция в клетчатку попадает, как правило, через мацерированную кожу, а у новорожденных парапроктит нередко является местным очагом инфекции при септикопиемии, что подтверждается и тем, что при парапроктите у детей высевается обычно мономикробная стафилококковая флора, в то время как у взрослых флора полимикробная с непременно участием патогенных кишечных микроорганизмов.

Анальные железы имеют вид колбочек или гроздьев, размер которых колеблется от 0,75 до 2,9мм, выводные протоки очень тонкие, извитые. В каждой крипте открываются протоки нескольких желез. Анальные железы представляют собой готовые каналы, в которые проникает инфекция из просвета прямой кишки. Если происходит закупорка протока железы вследствие отека слизистой оболочки прямой кишки (при диарее), микротравмы, рубцовых изменений выводных протоков желез (перенесенный криптит) и

т.д., может развиваться острое воспаление группы анальных желез, открывающихся в крипту (крипты), и таким образом возникнет микроабсцесс в стенке анального канала.

Кнаружи от внутреннего сфинктера, как бы отделяя его от наружного жома, располагается продольный мышечный слой, который веерообразно расщепляется у нижнего края внутреннего сфинктера, фасциальные перегородки, отделяющие расщепленные волокна продольной мышцы, дистальнее делят пространство между внутренним и наружным сфинктером (межсфинктерное) на несколько слоев:

- . внутреннее пространство, сообщающееся с подслизистым слоем прямой кишки;
- . пространство между внутренним и промежуточными слоями продольной мышцы (непосредственно сообщается с пельвиоректальным клетчаточным пространством);
- . пространство между внутренним и наружным слоем продольной мышцы, сообщающееся с верхней частью ишиоректального клетчаточного пространства;
- . наружное пространство, соединяющееся с ишиоректальным пространством посредством фиброзных перегородок, проходящих через поверхностную порцию наружного сфинктера.

Микроабсцесс, возникший вследствие воспаления желез, поначалу локализуется в области крипты и не выходит за пределы внутреннего сфинктера и при благоприятном стечении обстоятельств может опорожниться через крипту. На этом этапе болезнь может быть расценена как криптит. Но если абсцесс распространяется вглубь, т. е. в межсфинктерное пространство, то это уже парапроктит. По перегородкам межсфинктерного пространства гной может пойти по разным направлениям, вызывая образование гнойников в более обширных параректальных клетчаточных пространствах.

По локализации гнойника различают: подкожный, подслизистый, межмышечный (когда гнойник располагается между внутренним и наружным сфинктером), седалищно-прямокишечный (ишиоректальный), тазово-прямокишечный (пельвиоректальный) и как один из видов тазово-прямокишечного - позади прямокишечный.

По локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления, парапроктит может быть задним, передним или боковым

Еще одним важным элементом в патогенетической цепи острого парапроктита является гнойный ход, по которому гной из межсфинктерного пространства попадает в более отдаленные зоны. Локализация этого хода имеет решающее значение при выборе метода операции. Дело в том, что гной из межмышечного пространства может попасть в другое клетчаточное пространство, минуя наружный сфинктер заднего прохода или проходя через него. Существуют следующие варианты: ход располагается кнутри от наружного жома, ход идет через подкожную порцию сфинктера, через более глубокие слои - поверхностную и глубокую порцию мышцы, ход огибает сфинктер с латеральной стороны - экстрасфинктерный ход.

Симптомы острого парапроктита

Заболевание, как правило, начинается остро. Вслед за коротким продромальным периодом с недомоганием, слабостью, головной болью появляется нарастающая боль в прямой кишке, промежности или в тазу, сопровождающаяся повышением температуры тела и ознобом. Степень выраженности симптомов острого парапроктита зависит от локализации воспалительного процесса, распространенности его, характера возбудителя, реактивности организма. При локализации гнойника в подкожной клетчатке клинические проявления выражены более ярко и определенно: болезненный инфильтрат в области заднего прохода, гиперемия кожи, повышение температуры тела вынуждают, как правило, обратиться к врачу в первые дни после начала заболевания.

Ишиоректальный абсцесс в первые дни болезни проявляется общими симптомами: познабливанием, плохим самочувствием, тупой болью в тазу и прямой кишке, усиливающимися при дефекации; местные изменения - асимметрия ягодич, инфильтрация, гиперемия кожи - появляются в поздней стадии (5-6-й день).

Наиболее тяжело протекает пельвиоректальный парапроктит, при котором гнойник располагается глубоко в тазу. В первые дни болезни преобладают общие симптомы воспаления: лихорадка, ознобы, головная боль, боль в суставах, в тазу, внизу живота. Часто пациент обращается к хирургу, урологу, женщины - к гинекологу. Нередко их лечат по поводу острого респираторного заболевания, гриппа. Продолжительность этого периода иногда достигает 10-12 дней. В дальнейшем отмечаются усиление боли в тазу и прямой кишке, задержка стула, мочи и выраженная интоксикация. острый хронический парапроктит параректальный

Если происходит гнойное расплавление стенки прямой кишки, гной прорывается в просвет прямой кишки, у женщин может быть прорыв гноя из пельвиоректального пространства во влагалище. Осложненное течение пельвиоректального парапроктита с опорожнением гнойника в кишку или влагалище часто смазывает картину заболевания, так как уменьшается боль и снижается температура. В этих случаях выделения гноя и крови из кишки и влагалища могут привести на мысль о дизентерии, гинекологических заболеваниях и т. д.

Такие симптомы, как задержка стула, тенезмы, дизурические расстройства, боль внизу живота, особенно часто бывают при локализации гнойника в пельвиоректальном пространстве, но могут быть при любом виде парапроктита

Осложнения

Самые грозные осложнения острого парапроктита - распространение воспаления на клетчаточные пространства таза, гнойное расплавление стенки прямой кишки выше уровня аноректальной линии. В этом случае кишечное содержимое попадает в параректальную клетчатку и открывается возможность широкого распространения инфекции. Отмечены случаи гнойного расплавления уретры. Учитывая непосредственное соседство с тазовой брюшиной, сообщение тазовой клетчатки с забрюшинной, нельзя исключить возможность прорыва гноя в брюшную полость и забрюшинное пространство.

Кроме того, возможны и другие осложнения острого парапроктита: прорыв гноя из одного клетчаточного пространства в другое, прорыв гнойника (пельвиоректального) в просвет прямой кишки или влагалище, прорыв гноя из полости абсцесса через кожу промежности (спонтанное вскрытие).

После вскрытия гнойника спонтанно или хирургическим способом без ликвидации гнойного хода и пораженной крипты в дальнейшем, как правило, формируется свищ прямой кишки. Если свищ не образовался, но при этом остался очаг воспаления в области анальных желез и межсфинктерного пространства, то через какое-то время возникает рецидив острого парапроктита.

Диагностика острого парапроктита

Первая и главная задача диагностики острого парапроктита - на основании жалоб пациента, клиники и осмотра распознать наличие и локализацию гнойника в клетчаточном пространстве, окружающем прямую кишку.

Достаточно проста диагностика подкожного парапроктита. Гнойник, локализующийся в подкожной клетчатке перианальной зоны, проявляется быстро и ярко: боль, гиперемия кожи на стороне поражения, сглаженность складок перианальной кожи. При расположении гнойника вблизи заднепроходного отверстия оно может приобретать щелевидную форму. Пальпация в области воспаления резко болезненна, но флюктуации вначале может и не быть - это поздний симптом. Несмотря на то что диагноз кажется несомненным уже при наружном осмотре и пальпации, необходимо выполнять пальцевое исследование прямой кишки и анального канала. При этом нужно не только установить связь гнойника с кишкой, найти пораженную крипту, но и помнить, что гной в подкожной клетчатке может появиться вследствие прорыва его из других клетчаточных пространств, чаще всего из ишиоректального. Введение пальца в кишку следует делать осторожно по стенке анального канала, противоположной расположению гнойника. При подкожном

парапроктите верхняя граница абсцесса определяется ниже аноректальной линии. Выше этой зоны стенка кишки эластична.

Таким образом, диагноз острого подкожного парапроктита можно поставить на основании клинической картины, наружного осмотра, пальпации и пальцевого исследования прямой кишки. Ано-, ректороманоскопия, сфинктерометрия и другие исследования обычно не проводятся в связи с тем, что инструментальные исследования при остром парапроктите очень болезненны.

Ишиоректальный парапроктит может давать изменения, видимые глазом, в поздней стадии, когда появляются выраженная асимметрия ягодиц, сглаживание перианальных складок. Поэтому, если больной обратился по поводу познания, ухудшения самочувствия, сна и тупой постоянной боли в прямой кишке и тазу, усиливающейся при дефекации, но без видимых на глаз изменений в области заднего прохода, следует выполнить пальцевое исследование прямой кишки. Уже в самые ранние сроки заболевания можно выявить уплощение стенки кишки выше анального канала, сглаженность складок слизистой оболочки на стороне поражения. К концу 1-й недели заболевания инфильтрат выбухает в просвет прямой кишки, местно отмечается повышение температуры. Воспалительный инфильтрат может распространиться на предстательную железу и уретру, в этом случае пальпация их вызывает болезненный позыв к мочеиспусканию.

Характерные признаки острого ишиоректального парапроктита - наличие инфильтрата в анальном канале на уровне и выше аноректальной линии (при этом пальцем удается достичь верхнюю границу этого инфильтрата), усиление боли при толчкообразном исследовании со стороны промежности. Если диагноз ясен, инструментальные методы исследования так же, как и при подкожном парапроктите, не применяются.

Подслизистый парапроктит диагностируется при пальцевом исследовании прямой кишки. Обычно выбухание гнояника в просвет кишки бывает выраженным, гной может распространяться вниз в подкожное клетчаточное пространство или идти вверх, отслаивая слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки. Подслизистый парапроктит часто вскрывается самостоятельно в просвет кишки, и если дренаж достаточный, может наступить выздоровление.

Тазово-прямокишечный (пельвиоректальный) парапроктит протекает наиболее тяжело и зачастую диагностируется поздно. Воспалительный процесс локализуется глубоко в тазу. Верхняя граница пельвиоректального пространства - тазовая брюшина, нижняя граница - мышцы, поднимающие задний проход. От кожи промежности до пельвиоректальной клетчатки два клетчаточных пространства - подкожное и ишиоректальное, поэтому наружный осмотр промежности обычно не позволяет диагностировать пельвиоректальный парапроктит. Признаки пельвиоректального парапроктита, видимые при наружном осмотре пациента, появляются только в том случае, если гнойный процесс распространяется на ишиоректальную область и на подкожную клетчатку, т. е. в поздней стадии.

Уже в начальной стадии пельвиоректального парапроктита при пальцевом исследовании можно определить болезненность одной из стенок средне- или верхнеампулярного отдела прямой кишки, можно обнаружить тестоватость кишечной стенки или инфильтрат за ее пределами. В более поздней стадии стенка кишки утолщается, отмечается сдавление ее извне, а еще позднее - выбухание в просвет кишки эластичного опухолевидного образования, иногда определяется флюктуация. Следует отметить, что при пельвиоректальном парапроктите верхний полюс гнояника пальцем обычно не достигается даже при положении больного на корточках. Пельвиоректальный гнояник, как правило, можно распознать, применив только пальцевое исследование прямой кишки. Зачастую необходимости в применении инструментальных методов

диагностики нет. Но если диагноз неясен, нужно использовать ректороманоскопию и ультрасонографию.

Эндоскопическая картина при тазово-прямокишечном парапроктите имеет особенности: слизистая оболочка ампулярного отдела кишки над областью инфильтрации гиперемирована, сосудистый рисунок усилен, сетчатый. В поздней стадии, когда инфильтрат выбухает в просвет кишки, слизистая оболочка над ним гладкая, ярко-красного цвета, контактно кровоточит. Если произошел прорыв гноя в просвет кишки, при надавливании тубусом ректоскопа на стенку кишки в месте инфильтрации выделяется гной. Увидеть отверстие в кишке при этом удается не всегда.

Ультрасонография открыла большие возможности в диагностике парапроктита. Исследование позволяет установить локализацию, размер гнойника, характер изменений в окружающих тканях, применение ректального датчика помогает в топической диагностике гнойного хода и пораженной крипты.

И все-таки основными в диагностике острого пельвиоректального парапроктита на сегодняшний день остаются оценка клинической картины и данные пальцевого исследования прямой кишки.

Разновидностью пельвиоректального парапроктита считается позадипрямокишечный, или ретроректальный. Особенностью клинической картины при локализации воспаления в ретроректальном пространстве является выраженный болевой синдром с самого начала заболевания. И при этой форме парапроктита важнейшим диагностическим методом является пальцевое исследование прямой кишки. Гнойник располагается позади прямой кишки выше заднепроходно-копчиковой связки, исследование обычно очень болезненно. Нередко при этой форме парапроктита четко определяется пораженная задняя крипта.

Межмышечный парапроктит возникает при распространении гноя в пространство между внутренним и наружным сфинктером. Диагностируется он не так часто. Дело в том, что при наружном осмотре видимых изменений не бывает, процесс локализуется в стенке анального канала. Локализацию и границы инфильтрата можно определить с помощью пальпации большим пальцем со стороны перианальной кожи и указательным пальцем, введенным в кишку. Плотный и очень болезненный инфильтрат указывает на наличие межмышечного парапроктита. Зачастую в такой ситуации ставится диагноз инфильтративного парапроктита и начинается консервативная терапия. Как правило, через сутки гной распространяется на другие клетчаточные пространства и большой оперируется уже по поводу абсцесса.

Конечно, бывает так, что консервативная терапия оказывается эффективной и инфильтративный парапроктит разрешается. Но опыт показывает, что если в воспалительный процесс было вовлечено межсфинктерное пространство, вскоре болезнь вновь заявит о себе.

Уже упоминалось о том, что гнойник - это только часть патологического процесса при остром парапроктите. Есть еще пораженная крипта, куда открываются протоки воспаленных анальных желез, и есть гнойный ход, по которому гной распространился на клетчаточные пространства. Иногда уже во время первого осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки удается пропальпировать пораженную крипту. Но более достоверные сведения получают в операционной, когда можно не только пропальпировать область всех крипт, но и, введя красящий раствор (метиленовый синий с добавлением перекиси водорода) в полость абсцесса, увидеть окрашивание заинтересованной крипты. Гнойный ход тоже чаще выявляется уже при операции. Если процесс острый, нет рубцов, свидетельствующих о предшествующем воспалении, пропальпировать даже поверхностный ход удается не всегда. Чаще всего гнойный ход проходит через подкожную порцию наружного сфинктера, и можно иногда через перианальную кожу пропальпировать тяж, идущий от подкожного абсцесса к прямой кишке. Очень редко гнойный ход располагается строго кнутри от наружного жома.

Если же гнойный ход проходит через поверхностную, а тем более глубокую, порцию анального сфинктера, пропальпировать его, как правило, невозможно. При остром парапроктите ход еще не окружен рубцовой тканью, диаметр его невелик - 1-2 мм, зондом удается пройти по нему, если ход располагается достаточно поверхностно. При высоком расположении хода зондом можно сделать ложный ход.

После проведенного первичного осмотра мы можем сформулировать диагноз острого парапроктита с указанием локализации гнойника в клетчаточном пространстве, ориентировочно в ряде случаев предположить локализацию пораженной крипты и гнойного хода по отношению к наружному сфинктеру: интрасфинктерный, трансфинктерный и экстрасфинктерный. Интрасфинктерный гнойный ход бывает очень редко, чаще всего мы имеем дело с трансфинктерным ходом, он может пронизывать сфинктер на разных уровнях. По клинической картине мы можем судить о возбудителе парапроктита. Как правило, процесс вызывается ассоциацией микроорганизмов и налицо классические симптомы воспаления: боль, отек, гиперемия, гной.

Сведения, получаемые нами при первом осмотре пациента, дополняются в дальнейшем при проведении операции. Но здесь могут быть затруднения. Так, если локализацию гнойника и распространенность воспаления по параректальным клетчаточным пространствам действительно можно установить описанными выше методами, то локализацию гнойного хода определить бывает очень трудно. Использование доплеро-, контрастной абсцессографии не дало желаемого эффекта. Наиболее перспективным для обнаружения гнойного хода зарекомендовало себя ультразвуковое исследование с использованием ректального датчика.

Дифференциальная диагностика.

Острый парапроктит в основном приходится дифференцировать от нагноившейся тератомы параректальной клетчатки, абсцесса дугласова пространства, опухоли прямой кишки и параректальной области. Как правило, такая необходимость возникает при ишио-, пельвиоректальном парапроктите, т. е. при высоком расположении гнойника. При подкожном парапроктите иногда возникает сомнение: не является ли этот гнойник абсцедирующим фурункулом, нагноившейся атеромой? Если это парапроктит, то в подкожной клетчатке определяется тяж, идущий к заднепроходному отверстию, поскольку инфицирование идет из просвета кишки.

Отличить банальный парапроктит от нагноившейся тератомы (дермоидные и эпидермоидные кисты, солидные тератомы с наличием кистозных полостей) непросто. Следует иметь в виду, что нагноившаяся, но не вскрывшаяся киста не имеет связи с просветом прямой кишки, кисты часто имеют хорошо выраженную оболочку, четкие границы. Содержимое кист (кроме гноя) необычно для банальных гнойников - оно студнеобразное, творожистое или замазкообразное. Если киста опорожнилась в просвет кишки, то это отверстие, как правило, выше уровня крипт, в то время как при парапроктите имеется пораженная крипта, являющаяся входными воротами для инфекции из просвета кишки.

Дифференциально-диагностические различия между пельвиоректальным парапроктитом и абсцессом дугласова пространства выявляются при сборе анамнеза. Абсцесс дугласова пространства возникает как осложнение заболеваний органов брюшной полости или после оперативных вмешательств по поводу них. Помогает в правильной постановке диагноза бимануальное и бидигитальное исследования через прямую кишку и влагалище. Если при бимануальном исследовании через прямую кишку у мужчин и через влагалище у женщин удастся свести-сопоставить концы пальцев хотя бы не по средней линии, а в боковых отделах таза, то нужно считать, что у больного не абсцесс дугласова пространства, а тазово-прямокишечный парапроктит". В современных условиях чаще всего применяется ультразвуковое исследование, позволяющее достаточно точно определить локализацию гнойника.

Острый парапроктит встречается как осложнение распадающейся злокачественной опухоли прямой кишки. Распознать это удастся, применив пальцевое исследование прямой кишки.

Если воспалительный процесс в параректальной клетчатке носит индуративный характер, нужно исключить злокачественный процесс. При этом уместно применить все необходимые методы исследования: проктографию и рентгенографию крестца и копчика, ультрасонографию, биопсию.

Лечение острого парапроктита только хирургическое. Операция должна быть выполнена тотчас после установления диагноза, так как она относится к разряду неотложных. Вид анестезии играет важную роль. Необходимы полное обезболивание и хорошая релаксация. Чаще всего применяются внутривенный наркоз, перидуральная и сакральная анестезия, масочный наркоз. Местная анестезия при операциях по поводу острого парапроктита нецелесообразна из-за опасности распространения инфекции при проведении инъекции анестетика, неадекватности обезболивания и усложнения ориентации из-за инфильтрации тканей анестезирующим раствором.

Основные задачи радикальной операции - обязательное вскрытие гнойника, дренирование его, поиск и нахождение пораженной крипты и гнойного хода, ликвидация крипты и хода. Если ликвидировать связь с кишкой, можно рассчитывать на полное выздоровление пациента.

В условиях неспециализированных стационаров чаще всего выполняются только вскрытие и дренирование гнойника, радикальные операции, в основном, выполняются в колопроктологических отделениях. Стремление во что бы то ни стало сразу выполнить радикальное вмешательство без диагностических навыков и достаточных знаний анатомии анального жома и параректальных клетчаточных пространств может привести к тому, что вместе с гнойным ходом будет иссечена часть наружного сфинктера и возникнет его недостаточность.

Радикальные операции при остром парапроктите можно сгруппировать следующим образом:

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

Лечение больных острым парапроктитом является непростой задачей, требует хороших знаний анатомии и большого опыта. Наиболее просто решается проблема лечения при подкожных абсцессах и поверхностном расположении гнойного хода, когда применима операция рассечения гнойного хода в просвет кишки с иссечением пораженной крипты. При высоком расположении гнойного хода, что бывает обычно при ишио- и пельвиоректальных абсцессах, выбор способа операции бывает затруднен и определяется не только сложностью ситуации у конкретного больного, но и опытом и знаниями оперирующего.

Прогноз. При своевременно и правильно выполненной радикальной операции по поводу острого парапроктита (экстренно или в отсроченном порядке) прогноз благоприятный. При операции простого вскрытия абсцесса без ликвидации связи его с просветом кишки выздоровление маловероятно, скорее всего, сформируется свищ прямой кишки или через какое-то время возникнет рецидив острого парапроктита.

Эпителиальный копчиковый ход

Эпителиальный копчиковый ход представляет собой эпителиальное погружение в виде узкого канала, расположенного под кожей крестцово-копчиковой области и открывающегося на коже одним или несколькими точечными отверстиями (первичными) строго по средней линии между ягодицами.

Копчиковый ход имеет длину 2- 3 см, оканчивается в подкожной клетчатке слепо и с самим копчиком не связан. Эпителий, выстилающий ход, содержит волосяные луковичи, потовые и сальные железы и окружен соединительнотканными волокнами.

Причины возникновения

Эпителиальный копчиковый ход - врожденное заболевание, обусловленное дефектом развития каудального конца эмбриона, в результате чего под кожей межъягодичной складки остается ход, выстланный эпителием. Такая аномалия встречается довольно часто. Многие зарубежные специалисты, называющие ход волосяной кистой, считают причиной образования ее неправильный рост волос, что при наличии глубокой межъягодичной складки и обильного волосяного покрова приводит к врастанию (погружению) волос в кожу и образованию кисты.

Симптомы, клиническое течение

Жалобы на боль в области крестца, выделения гноя или сукровицы появляются в случае развития воспаления. Иногда больные связывают начало заболевания с травмой крестцово-копчиковой области. Не осложненный эпителиальный копчиковый ход обычно не причиняет человеку каких-либо неудобств.

Наличие эпителиального копчикового хода не оказывает заметного влияния на развитие ребенка и в первые годы жизни не дает клинических проявлений (бессимптомный период). Клиническое проявление болезни начинается с наступлением половой зрелости. В этот период в просвете эпителиального хода начинают расти волосы, скапливаются продукты деятельности сальных и потовых желез. Близость заднего прохода обуславливает обилие микрофлоры на коже крестцово-копчиковой области и в самом ходе. В тех случаях, когда первичные отверстия хода не обеспечивают достаточного дренирования его, в нем развивается воспаление, которое может перейти на окружающую клетчатку. Развитию воспаления способствуют травмы, обильный волосяной покров кожи крестцово-копчиковой области, несоблюдение гигиены.

Если в эпителиальном ходе развивается воспаление, то возникает боль в области крестца и копчика, появляются выделения из первичных отверстий хода. При распространении воспаления на окружающую клетчатку боль становится достаточно сильной, появляются уплотнение и гиперемия кожи. Чаще всего такой очаг воспаления располагается латеральнее межъягодичной складки. Местные изменения могут сопровождаться повышением температуры тела. Таким образом, возникает острое воспаление эпителиального копчикового хода, в котором различают 2 стадии: инфильтративную и абсцедирования. Если на этом этапе пациент не обращается к врачу, то после спонтанного вскрытия абсцесса бывает улучшение и даже исчезновение внешних признаков воспаления, но возможно и формирование вторичного гнойного свища, дренирующего воспалительный очаг в эпителиальном ходе. В том случае, если больной обратился к врачу в период острого воспаления, но ему по какой-либо причине не была выполнена радикальная операция, а только вскрытие абсцесса, излечение тоже не наступает - развивается хроническое воспаление хода с образованием инфильтратов, свищей, рецидивирующих абсцессов.

Таким образом, если однажды возникшее воспаление эпителиального копчикового хода самостоятельно прошло, то даже при отсутствии боли и выделений из первичных отверстий хода, пациента нельзя считать полностью выздоровевшим, поскольку у него остается очаг воспаления.

Классификация и типы

- 1) эпителиальный копчиковый ход не осложненный (без клинических проявлений);
-) острое воспаление эпителиального копчикового хода:

инфильтративная стадия,
абсцедирование;

) хроническое воспаление эпителиального копчикового хода:

инфильтративная стадия,
рецидивирующий абсцесс,
гнойный свищ;

) ремиссия воспаления эпителиального копчикового хода.

Осложнения

Воспалительные изменения в эпителиальном ходе и окружающей клетчатке при длительном отказе от радикального лечения могут привести к образованию множественных вторичных свищей, открывающихся достаточно далеко от крестцово-копчиковой области: в области кожи промежности, на мошонке, паховых складках и даже на передней брюшной стенке. Наличие вторичных свищей с гнойными выделениями иногда приводит к развитию пиодермии. Особенно сложно лечить пациентов со свищевой формой пиодермии, когда вся кожа промежности и крестцово-копчиковой области представляет систему эпителизированных ходов, в которых растут волосы, содержатся продукты сальных желез и гной. Приходится иссекать пораженную кожу на большой площади, иначе добиться излечения невозможно.

Описаны случаи развития плоскоклеточного рака при длительном существовании воспалительного процесса в эпителиальном копчиковом ходе и окружающей клетчатке.

Диагностика

Диагностика не осложненного эпителиального копчикового хода особых трудностей не представляет. Наличие первичных отверстий в межъягодичной складке является патогномичным признаком. Появление воспаления в крестцово-копчиковой области, формирование свищей на месте абсцессов при наличии первичных отверстий по средней линии в межъягодичной складке делает диагноз осложненного эпителиального хода несомненным.

Однако, если при осмотре крестцово-копчиковой области есть все признаки, подтверждающие наличие эпителиального хода, необходимо провести пальцевое исследование прямой кишки и анального канала для исключения других заболеваний этой области. При пальцевом исследовании следует обратить внимание на наличие изменений в области морганиевых крипт, помня о том, что внутреннее отверстие свища прямой кишки располагается в одной из крипт. Обязательно нужно пропальпировать через заднюю стенку прямой кишки крестцовые и копчиковые позвонки, там не должно быть изменений.

Для исключения заболеваний толстой кишки всем больным проводится ректороманоскопия, а при наличиистораживающих симптомов - колоно- или ирригоскопия, но к последним видам исследования приходится прибегать редко, поскольку большинство больных, обращающихся по поводу эпителиального копчикового хода, очень молоды.

Введение краски в свищевые отверстия с диагностической целью, как правило, не проводится. Фистулография применяется только в сложных случаях, при необходимости проведения дифференциального диагноза.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать наличие эпителиального копчикового хода иногда приходится от следующих заболеваний:

-) свищ прямой кишки;
-) копчиковая киста;
-) заднее менингоцеле;
-) пресакральная тератома;
-) остеомиелит.

Дифференциальная диагностика между свищем прямой кишки и осложненным копчиковым ходом проводится на основании данных пальцевого исследования прямой

кишки, зондирования, прокрашивания свищевых ходов и фистулографии. При наличии свища прямой кишки и внимательном исследовании обнаруживается внутреннее отверстие свища в области морганиевой крипты, зонд идет по свищевому ходу не к копчику, а к анальному каналу; краска, введенная через наружное отверстие, проникает в просвет кишки, окрашивая пораженную крипту. Фистулография служит еще одним подтверждением наличия связи с кишкой.

Эпидермоидные копчиковые кисты располагаются в крестцово-копчиковой области, пальпируются под кожей и, если нет воспаления, подвижны и безболезненны. Эти кисты могут нагнаиваться и тогда создается впечатление, что это эпителиальный ход. Но копчиковые кисты в отличие от последнего не имеют первичных отверстий.

Заднее менингоцеле располагается тоже по средней линии в межъягодичной складке, имеет вид овального возвышения, кожа над ним не изменена, на ощупь это тугоэластическое образование, почти неподвижное. Никаких первичных отверстий, как у эпителиального хода, нет. При тщательном расспросе выясняется наличие нарушений функции тазовых органов (как правило, энурез). Необходимы рентгенография крестца и копчика, дальнейшее обследование и лечение у нейрохирургов.

Пресакральные тератомы могут иметь так называемый эмбриональный ход, открывающийся на коже вблизи заднепроходного отверстия в виде эпителизированной воронки, иногда очень похожей на первичное отверстие копчикового хода. Отверстие эмбрионального хода чаще всего расположено сзади от заднего прохода по средней линии. Сами тератомы тоже могут быть причиной гнойных свищей крестцово-копчиковой области. Пресакральные тератомы располагаются между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца, что можно установить при пальцевом исследовании через задний проход. При этом определяется опухолевидное образование тугоэластической или плотной консистенции на передней стенке крестца, в то время как эпителиальный копчиковый ход располагается под кожей на задней поверхности крестца и копчика. Ультразвуковое исследование, а при наличии свища и фистулография позволят установить правильный диагноз.

Остеомиелит крестца и копчика тоже может дать свищи на коже крестцово-копчиковой области и промежности. При наличии остеомиелита пальпация крестца и копчика через задний проход помогает установить наличие тестоватости, выбухания в просвет кишки, патологической подвижности костей. При подозрении на остеомиелит необходима рентгенография костей таза и ультразвуковое исследование, а при наличии свищей рентгенография должна быть дополнена фистулографией.

Лечение

Лечение эпителиального копчикового хода только хирургическое. Следует убрать основной источник воспаления - эпителиальный канал вместе со всеми первичными отверстиями, и если уж возникло воспаление, то и с измененными тканями вокруг хода и вторичными свищами.

Вопрос о сроках и методах операции удобнее всего рассмотреть, пользуясь приведенной выше клинической классификацией.

Эпителиальный копчиковый ход неосложненный, т. е., когда есть ход с первичными отверстиями, но не было и нет воспалительных осложнений, лучше всего оперировать в плановом порядке. Операция в этом случае заключается в прокрашивании хода через первичные отверстия (обычно метиленовым синим, чтобы не осталось незамеченным какое-нибудь первичное отверстие) и иссечения окаймляющими разрезами полоски кожи межъягодичной складки со всеми открывающимися там первичными отверстиями и подлежащей клетчатки, в которой расположен сам ход. Все это иссекается единым блоком до фасции, покрывающей копчик. Операция в этой стадии выгодна по нескольким причинам: в эпителиальном ходе и окружающей клетчатке нет воспаления; микробная флора в самом ходе и на коже неагрессивна; рана после иссечения неосложненного хода не бывает обширной, а это значит, что не будет большого

натяжения тканей после затягивания швов. Таким образом, после иссечения неосложненного эпителиального копчикового хода рану можно ушить наглухо. Чаще всего применяются так называемые возвратные швы Донати. Этот способ ушивания раны при правильном исполнении обеспечивает хороший гемостаз и полное соприкосновение всех слоев раны. Но при наложении швов Донати есть особенность в послеоперационном ведении: больной должен соблюдать постельный режим в течение 5-6 дней, чтобы при ходьбе не увеличивалась нагрузка на швы. Швы при благоприятном течении снимаются на 10-12-й день после операции. Относительными противопоказаниями к применению глухого шва после иссечения неосложненного копчикового хода могут служить тучность пациента, обилие подкожной клетчатки, что приводит к образованию глубокой раны после иссечения хода. Но эта ситуация бывает нечасто, так как неосложненный ход диагностируется в основном в подростковом и юношеском возрасте, когда жировая клетчатка еще не столь выражена.

. При остром воспалении копчикового хода хирургическое лечение проводится обязательно с учетом стадии и распространенности воспалительного процесса:

а) в стадии инфильтрата, если он не выходит за пределы межъягодичной складки и располагается вдоль хода, можно сразу выполнить радикальную операцию иссечения хода и первичных отверстий. Но глухой шов в этой ситуации нежелателен, так как даже иссечение в пределах здоровых тканей не гарантирует первичного заживления. Если же инфильтрат распространяется на окружающую клетчатку за пределы межъягодичной складки, лучше вначале применить консервативные мероприятия: после тщательного бритья кожи крестцово-копчиковой области - теплые ванны, ежедневный душ; местно - повязки с мазями на водорастворимой основе (лево-син, левомеколь); физиотерапия и после уменьшения инфильтрата выполнить радикальную операцию;

б) при наличии абсцесса можно сразу осуществить радикальную операцию - иссечь сам ход и стенки абсцесса. Чаще всего это производится при небольших размерах абсцесса (до 3 см в диаметре). Рану при этом не ушивают (Ан В. К., 2002) или подшивают края раны ко дну (по типу марсупиализации). Обширная инфицированная рана обычно заживает довольно долго, рубец получается грубым. Поэтому многие специалисты предпочитают при остром воспалении эпителиального копчикового хода оперировать в два этапа: вначале вскрывается абсцесс, и после стихания воспаления производится радикальная операция.

Отсроченную операцию вполне можно выполнить через 4-5 дней после первого этапа, не выписывая больного из стационара.

Второй этап операции осуществляется в плановом порядке и в более поздний срок - через 2-3 мес. Отсроченная операция имеет преимущества: можно более экономно иссечь кожу межъягодичной складки, можно наложить швы таким образом, чтобы края раны были максимально сближены, но дно ее хорошо дренировалось.

. В стадии хронического воспаления эпителиального копчикового хода выполняется плановая радикальная операция с иссечением хода, первичных отверстий и вторичных свищей, но при отсутствии обострений воспалительного процесса. При обострении воспаления, рецидивировании абсцесса чаще всего лечение также разделяется на два этапа. Принцип остается прежним: для радикального лечения нужно иссечь сам эпителиальный ход, все первичные отверстия, вторичные свищи и рубцы.

. При ремиссии воспаления эпителиального копчикового хода обычно выполняется плановая радикальная операция с иссечением хода и рубцовых тканей.

Прогноз при радикальном лечении эпителиального копчикового хода в любой стадии болезни благоприятный, наступает полное излечение.

После операции больной должен наблюдаться у врача до полного выздоровления, периодически по мере отрастания волос по краю раны производить выщипывание их или эпиляцию и делать это до полного заживления раны. Не рекомендуется в течение первых 2-3 месяцев после операции носить узкую одежду из плотной ткани с грубым швом во

избежание травматизации области послеоперационного рубца. И конечно же, нужно соблюдать гигиену.

Хронический парапроктит (свищи прямой кишки)

Хронический парапроктит (свищ прямой кишки) - хронический воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевого хода. Пораженная крипта является при этом внутренним отверстием свища. Также свищи прямой кишки могут быть посттравматические, послеоперационные (например, после передней резекции прямой кишки).

Абсолютное большинство больных со свищами прямой кишки связывают начало заболевания с перенесенным острым парапроктитом. Примерно треть больных острым парапроктитом обращаются к врачу после спонтанного вскрытия гнояника, после чего у них часто формируется свищ прямой кишки, другая треть больных вообще не обращаются за медицинской помощью, пока у них после острого парапроктита не появится свищ. Только оставшаяся треть больных острым парапроктитом обращаются к врачу своевременно, но не всех их, по разным причинам, оперируют радикально. Примерно половине больных этой группы выполняют только вскрытие и дренирование абсцесса без ликвидации входных ворот инфекции, что зачастую приводит к формированию свища прямой кишки. Происходит постоянное инфицирование из просвета кишки, гнойный ход окружается стенкой из соединительной ткани - это уже свищевой ход. Наружное отверстие свища обычно открывается на коже промежности, диаметр его часто не превышает 1 мм, по ходу свища в клетчатке при недостаточно хорошем дренировании могут формироваться инфильтраты и гнойные полости.

Симптомы, клиническое течение

Жалобы. Обычно больного беспокоят наличие свищевого отверстия (ранки) на коже в области заднего прохода, выделения гноя, сукровицы, из-за чего он вынужден носить прокладку, делать обмывания промежности или сидячие ванны 1-2 раза в день. Иногда выделения бывают обильными, вызывают раздражение кожи, зуд.

Боль при хорошем дренировании полного свища беспокоит редко, так как характерна для неполного внутреннего свища. Она обусловлена хроническим воспалительным процессом в толще внутреннего сфинктера, в межсфинктерном пространстве и неадекватным дренированием при сомкнутом заднем проходе. Обычно боль усиливается в момент дефекации и постепенно стихает, поскольку при растяжении анального канала в момент прохождения калового комка неполный внутренний свищ лучше дренируется.

Течение заболевания. Очень часто болезнь протекает волнообразно, на фоне существующего свища может быть обострение воспаления в параректальной клетчатке. Это происходит при закупорке свищевого хода гнойно-некротическими массами или грануляционной тканью. При этом может возникнуть абсцесс, после вскрытия и опорожнения которого острые воспалительные явления стихают, количество отделяемого из раны уменьшается, исчезает боль, улучшается общее состояние, однако рана полностью не заживает, остается ранка не более 1 см в диаметре, из которой продолжают поступать сукровично-гнойные выделения, - это наружное отверстие свища. При коротком свищевом ходе отделяемое обычно скудное, если выделения обильные гнойного характера, скорее всего, по ходу свища есть гнойная полость. Кровянистые выделения должны настораживать в отношении озлокачествления свища.

В периоды ремиссий боль для свища прямой кишки нехарактерна. Общее состояние пациента в это время удовлетворительное. При тщательном соблюдении гигиенических мероприятий больной долгое время может не особенно страдать от наличия свища. Но периоды обострений сильно нарушают качество жизни. Появление новых очагов воспаления, вовлечение в процесс сфинктера заднего прохода приводят к появлению новых симптомов болезни, длительный воспалительный процесс отражается

на общем состоянии пациента, наблюдаются астенизация, головная боль, плохой сон, снижение работоспособности, страдает психика, снижается потенция.

Осложнения

Наличие свища прямой кишки, особенно сложного, с инфильтратами и гнойными полостями, сопровождающимися частыми обострениями воспалительного процесса, может приводить к значительному ухудшению общего состояния больного. Кроме того, могут возникнуть тяжелые местные изменения, обуславливающие значительную деформацию анального канала и промежности, рубцовые изменения мышц, сжимающих задний проход, в результате чего развивается недостаточность анального сфинктера. Еще одним осложнением хронического парапроктита является пектеноз - рубцовые изменения в стенке анального канала, приводящие к снижению эластичности и рубцовой стриктуре. При длительном существовании болезни (более 5 лет) в ряде случаев наблюдается озлокачествление свища.

Диагностика хронического парапроктита

Диагностика хронического парапроктита не столь уж сложна. Обычно больные сами обращаются к врачу с жалобами на наличие свища в области промежности или на гнойные выделения из заднего прохода. При наружном осмотре, если это полный свищ прямой кишки, можно увидеть наружное отверстие. При неполном внутреннем свище есть только внутреннее отверстие, наружного отверстия на коже нет.

Естественно, что осмотру пациента должен предшествовать сбор анамнеза, который уточняет продолжительность заболевания, особенности начала и течения процесса, частоту обострений, характер предыдущего лечения, выясняется наличие сопутствующих заболеваний. Во время опроса также обращают внимание на общее состояние больного (похудание, бледность и т.д.), его нервно-психический статус. Сведения о характере и количестве выделений из свища могут помочь в диагностике других болезней, также характеризующихся появлением свищей (актиномикоз, тератоидные образования, болезнь Крона), предположить наличие гнойных затеков и полостей при обильном выделении гноя. Важно расспросить о функциях кишечника (запоры, поносы, кровотечения) и анального сфинктера, особенно если ранее больной перенес операции на анальном канале.

Осмотр больного со свищем прямой кишки лучше проводить после очищения кишки от содержимого (клизмы, слабительное). Удобнее обследовать пациента в гинекологическом кресле в положении больного на спине с разведенными ногами. При осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов промежности и ягодиц, оценивают расстояние от наружного свищевого отверстия до заднего прохода, отмечают локализацию отверстия свища по окружности заднего прохода и т. д.

Для свищей прямой кишки вследствие перенесенного острого парапроктита характерно наличие одного наружного отверстия, при обнаружении отверстий справа и слева от ануса следует подумать о подковообразном свище. Наличие множественных наружных отверстий более характерно для какого-то специфического процесса. При осмотре оценивают количество и характер выделений из свища. Обычный (банальный) парапроктит характеризуется гнойными выделениями желтоватого цвета, без запаха. Если при надавливании на пораженную область гной выделяется обильно, значит по ходу свища есть полость (и).

Туберкулезный процесс сопровождается обильными жидкими выделениями из свища. При актиномикозе выделения скудные, иногда крошковидные, свищевых отверстий, как правило, несколько, свищевые ходы могут быть длинными и хорошо пальпируемыми под кожей промежности и ягодиц, кожа в окружности наружных отверстий с синюшным оттенком. Достаточно редко бывает озлокачествление. При этом характер выделений из свища меняется: они становятся кровянистыми с примесью слизи.

При наружном осмотре также обращают внимание на наличие деформации промежности, рубцов, сомкнут ли анус, нет ли зияния его, есть или нет мацерация

перианальной кожи, следы расчесов и т. п. Если пациент жалуется на плохое держание газов и кала, обязательна проверка рефлекса с перианальной кожи и кремастерных рефлексов путем нанесения штрихов на кожу с помощью зонда или неострой иглы. Это делают до пальпации и пальцевого исследования прямой кишки.

Пальпация перианальной области и промежности позволяет определить наличие рубцового процесса по ходу свища. При расположении свищевого хода в подкожно-подслизистом слое, т. е. интрасфинктерно, или когда ход идет через небольшую порцию анального сфинктера, его можно легко определить в виде тяжа от наружного свищевого отверстия к прямой кишке. Когда свищевой ход не определяется при пальпации можно с уверенностью сказать, что свищ трансфинктерный или даже экстрасфинктерный. Пальпаторно по ходу свища иногда можно обнаружить инфильтраты и гнойные затеки.

При пальцевом исследовании прямой кишки прежде всего определяется тонус сфинктера прямой кишки без волевого усилия и во время волевого сжатия большим заднего прохода. Эти данные обязательно вносят в протокол осмотра больного. Длительное существование свищей с обострениями воспалительного процесса нередко приводят к развитию недостаточности анального жома, предшествующие оперативные вмешательства также могут иметь последствия, поэтому нужно относиться к данному виду исследования очень серьезно. При пальцевом исследовании определяется локализация внутреннего отверстия свища, которое обычно располагается в одной из морганиевых крипт. По локализации внутреннего отверстия выделяют следующие виды свищей: задний, передний, боковой. Чаще всего свищи бывают задними.

Пальцевое исследование прямой кишки полезно дополнить пальпацией со стороны промежности, т. е. провести бимануальное исследование. При пальцевом исследовании можно выявить другие заболевания прямой кишки и анального канала, предстательной железы. Женщинам проводят вагинальное исследование. О наличии свищевого хода, идущего во влагалище, о состоянии ректовагинальной перегородки лучше всего судить при одновременном исследовании через прямую кишку и влагалище.

Проба с красителем должна применяться у всех больных со свищем прямой кишки. Для этой цели чаще всего используется 1% раствор метиленового синего. Краска маркирует внутреннее отверстие свища. Лучше всего видно окрашивание крипты при аноскопии. Отсутствие окрашивания внутреннего отверстия даже при добавлении перекиси водорода свидетельствует не о том, что связи с кишкой нет, а о том, что в области внутреннего отверстия есть воспалительный процесс и ход временно закрылся. В такой ситуации следует назначить промывание свищевого хода растворами антисептиков в течение нескольких дней и затем повторить пробу с краской. Назначение фистулографии для выявления хода и внутреннего отверстия при отрицательной пробе с краской нецелесообразно - исследование бывает информативным только при хорошей проходимости свища.

Зондирование свища дает возможность судить о направлении свищевого хода, ветвлении его в тканях, наличии гнойных полостей, отношении хода к наружному сфинктеру. Лучше пользоваться пуговчатым металлическим зондом. Его осторожно вводят в наружное свищевое отверстие и далее продвигают по ходу, контролируя с помощью указательного пальца свободной руки, введенного в кишку. Грубые манипуляции неуместны, так как это не только очень болезненно, но и опасно из-за возможности сделать ложный ход.

Когда свищ имеет короткий и прямой ход, зонд свободно проникает в просвет кишки. Если ход извилистый, зондом проникнуть во внутреннее отверстие часто не удается. При наличии гнойной полости зонд баллотирует. При множественных наружных свищевых отверстиях обычно зондируют все ходы.

При наличии интрасфинктерного или неглубокого трансфинктерного свища зонд идет по направлению к анальному каналу. Если же свищевой ход высокий, то зонд идет вверх, параллельно прямой кишке. По толщине мостика тканей между пальцем,

введенным в кишку, и зондом можно судить об отношении свищевого хода к наружному сфинктеру заднего прохода.

Для всех больных со свищами прямой кишки обязательна ректороманоскопия, которая нужна для выявления состояния слизистой оболочки прямой кишки, наличия других заболеваний (новообразования, воспалительные заболевания и др.).

Если при осмотре создается впечатление, что у больного имеется транс- или экстрасфинктерный свищ прямой кишки, необходимо дополнить обследование фистулографией. Рентгенологическое исследование с применением бариевой клизмы обычно используется в диагностике свища прямой кишки как вспомогательное при необходимости дифференцировать хронический парапроктит от других заболеваний.

Выше была упомянута необходимость оценки функции анального сфинктера, особенно при длительном существовании свища и повторных операциях по поводу него. При этом наиболее информативным методом исследования является сфинктерометрия.

Конечно, у больных со свищами прямой кишки иногда приходится проводить и другие дополнительные исследования при подозрении на наличие конкурирующих заболеваний, а также дифференциальную диагностику для выявления сопутствующих заболеваний других органов и систем. Но основными методами диагностики при наличии свища прямой кишки являются: наружный осмотр, пальпация, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, проба с краской, зондирование хода, ано-, ректороманоскопия, фистулография при высоких свищах, обильных выделениях и баллотировании зонда.

Большую помощь в топической диагностике свищевого хода оказывает ультрасонография.

Классификация свищей

В зависимости от расположения свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода выделяют интра-, транс- и экстрасфинктерный свищи прямой кишки.

Самые простые свищи - это интрасфинктерные свищи. Их называют также 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 крипт.

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

Транссфинктерные свищи прямой кишки встречаются чаще чем экстрасфинктерные. Причем отношение свищевого хода к наружному жому может быть разным: ход может идти через подкожную порцию сфинктера, через поверхностную, т. е. более глубоко, и еще глубже - через глубокую порцию.

Чем выше по отношению к сфинктеру расположен ход, тем чаще встречаются не прямые, а разветвленные ходы, гнойные полости в клетчатке, сильнее выражен рубцовый процесс в тканях, окружающих ход, в том числе и в сфинктере.

В 15-20 % наблюдений отмечаются экстрасфинктерные свищи, при которых ход располагается высоко, как бы огибая наружный сфинктер, но внутреннее отверстие находится в области крипт, т. е. ниже. Такие свищи образуются вследствие острого ишио-, пельвио- и ретроректального парапроктита. Для них характерно наличие длинного извитого хода, часто 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 - возникает подковообразный свищ. Подковообразный свищ может быть и задним, и передним.

Экстрасфинктерные свищи классифицируются по степени сложности. При первой степени сложности экстрасфинктерного свища внутреннее отверстие узкое без рубцов вокруг него, нет гнойников и инфильтратов в клетчатке, ход достаточно прямой. При второй степени сложности в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но нет воспалительных изменений в клетчатке. При третьей степени экстрасфинктерные свищи характеризует узкое внутреннее отверстие без рубцового процесса вокруг, но в клетчатке имеется гнойно-воспалительный процесс. При четвертой степени сложности у них широкое внутреннее отверстие, окруженное рубцами, с воспалительными инфильтратами или гнойными полостями в клетчаточных пространствах.

При трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки обследование больного необходимо дополнять фистулографией, ультрасонографией, а также определением функции сфинктеров заднего прохода. Эти исследования необходимы для того, чтобы отличить хронический парапроктит от других заболеваний, могущих быть причиной свищей.

Дифференциальная диагностика

Свищи прямой кишки обычно приходится дифференцировать от кист параректальной клетчатки, остеомиелита крестца и копчика, актиномикоза, туберкулезных свищей, свищей при болезни Крона, эпителиального копчикового хода.

Кисты параректальной клетчатки, относящиеся к тератомам, часто нагнаиваются и опорожняются наружу. В этом случае в перианальной области образуется свищ, который нужно отличить от парапроктита. Пальпация со стороны кожи промежности и пальцевое исследование прямой кишки при наличии кистозного образования позволяют в подавляющем большинстве случаев обнаружить округлое образование плотноэластической консистенции с четкими границами. Чаще всего кисты дренируются через свищ на коже и тогда нет связи наружного отверстия свища с просветом прямой кишки. При этом зонд и краска не выявляют эту связь - ее просто нет. Но иногда киста может вскрыться одновременно и на кожу и в просвет прямой кишки - возникает полный свищ. В таких случаях внутреннее отверстие в кишке расположено высоко, выше уровня крипт, в то время как при обычном свище оно обычно локализуется в одной из крипт. Выделения из криптогенного свища прямой кишки вне обострения скудные гноевидные, из кистозной полости выделения могут быть обильными, слизистые по характеру, с крошковидными включениями, иногда - замазко- или желеобразные. При наличии кисты при ректоскопии отмечаются некоторое сужение просвета, вздутие одной из стенок кишки. При фистулографии полость кисты заполняется, контур ее обычно четкий, гладкий, в отличие от обычного парапроктита, когда при заполнении затеков и полостей контур неровный, сам ход извитой и узкий. На рентгенограмме при наличии тератомы выявляется расширение ретроректального пространства. Большую помощь в диагностике оказывает ультразвуковое исследование параректальных клетчаточных пространств.

Остеомиелит тазовых костей также может привести к образованию свищей промежности, крестцово-копчиковой и ягодичной областей. При хроническом парапроктите наружное свищевое отверстие чаще всего одно, при остеомиелите их может быть несколько, располагаются они обычно далеко от заднепроходного отверстия, связи их с просветом кишки нет. Рентгенография костей таза и позвоночника позволяет поставить правильный диагноз.

Свищи при актиномикозе обычно множественные, кожа в окружности наружных отверстий с синюшным оттенком, свищевые ходы могут быть длинными и хорошо пальпируемыми под кожей промежности и ягодиц, связь с просветом кишки не выявляется. Выделения из свищей скудные, иногда крошковидные.

Свищи при болезни Крона возникают на фоне основного заболевания как его осложнение. Характерным для болезни Крона является наличие в кишке язв-трещин, в то время как при обычных свищах воспалительные изменения в слизистой оболочке прямой кишки отсутствуют или минимальны.

Редко бывает озлокачествление свища прямой кишки; при этом выделения из него становятся кровянистыми с примесью слизи. Надежным методом диагностики является цитологическое исследование соскоба из свищевого хода, причем соскоб лучше делать из глубокой части хода, а не из области наружного отверстия. В случае необходимости подвергаются гистологическому исследованию элементы самого хода.

Лечение хронического парапроктита

Единственным радикальным методом лечения свищей прямой кишки является хирургический, т. е. наличие свища является прямым показанием к операции. Конечно, существуют противопоказания к радикальной операции, в основном это тяжелые заболевания различных органов и систем в стадии декомпенсации. Если удастся добиться улучшения состояния после проведенного консервативного лечения, то операция становится возможной.

Наиболее распространенные виды операций при свищах прямой кишки:

- . рассечение свища в просвет прямой кишки;
- . иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля);
- . иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затеков;
- . иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием сфинктера;
- . иссечение свища с проведением лигатуры;
- . 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:

- . локализация свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода;
- . степень развития рубцового процесса в стенке кишки, области внутреннего отверстия и по ходу свища;
- . наличие гнойных полостей и инфильтратов в параректальной клетчатке.

Основные осложнения после операции - это рецидив свища и недостаточность анального сфинктера. Причинами рецидива могут быть как ошибки в выборе методики операции, так и технические погрешности, а также дефекты в послеоперационном ведении больного.

Прогноз. Хирургическое лечение краевых, подслизистых свищей прямой кишки, а также невысоких транссфинктерных приводит к стойкому излечению и не сопровождается какими-то серьезными осложнениями.

Список использованных источников

1. Даценко Б.М. Клинические формы, течение и лечение острого анаэробного парапроктита / Б.М. Даценко, Н.Ф. Калиниченко, С.Г. Белов // Хирургия. - 1984. - №11. - С. 61-64.
2. Егоркин, М.А. Современные подходы к лечению острого анаэробного парапроктита /М.А. Егоркин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2011. - №3. - С. 74-79.
3. Егоркин, М.А. Влияние вакуум-терапии на результаты лечения анаэробного парапроктита и гангрены Фурнье / М.А. Егоркин, С.Ю. Жидких // Материалы международ. научно-практ. конференции «Вакуумная терапия ран у детей и взрослых» (Москва, 16-17 апреля 2013 г.). - М., 2013. - С. 28-29.
4. Иммунология инфекционного процесса: руководство /под ред. В.И. Покровского. - М.: Медицина, 1994. - 306 с.

5. Карлов, В.А. Иммунокоррекция в интенсивной терапии хирургического сепсиса / В.А. Карлов, С.М. Белоцкий // Материалы международной конференции «Раны и раневая инфекция». - М.: Ин-т хир. им. А.А. Вишневского, 1998. - С. 163.
6. Карпинский, И.Г. Руководство к изучению и лечению болезней прямой кишки и заднего прохода. - СПб., 1870. - 338 с.
7. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. Анаэробные инфекции в хирургии. - Л.: Медицина, 1989. - 160 с.
8. Коплатадзе, А.М. Анаэробный парапроктит / А.М. Коплатадзе // Хирургия. - 1994. - №10. - С. 12-15.
9. Коплатадзе, А.М., Проценко, В.М., Болквдзе, Э.Э. Опыт комплексного лечения анаэробного парапроктита /А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко, Э.Э. Болквдзе // Международный медицинский журнал. - 2006. - №2. - С. 77-81.
10. Мадаминов, А.М. Результаты лечения больных с острым парапроктитом, отягощенным сахарным диабетом / А.М. Мадаминов, А.В. Мансурова // Вестник КРСУ. - 2015. - Т. 15, № 4. - С. 59-62.
11. Михайлова, В.М. Лечение анаэробного парапроктита / В.М. Михайлова, В.Г. Игнатъев,
12. Холтосунов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2012. - №4(86). - С. 69-70.
13. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. - М., 2006. - 432 с.
14. Проценко, В.М. Этиология, патогенез и лечение гнилостной формы острого парапроктита // «Проблемы проктологии»: сборник статей - М., 1988. - С. 90-95.
15. Рыжих, А.Н. Хирургия прямой кишки. - М.: Медицина, 1956. - 392 с.