

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ - ПРИЧИНЫ, ВИДЫ, СИМПТОМЫ, ЛЕЧЕНИЕ

Туланова Дилфуза

старший преподаватель кафедры "анатомия и Клиническая анатомия"

Acute paraproctitis - causes, types, symptoms, treatment

Tulanova Dilfuza

Senior Lecturer of the Department of "Anatomy and Clinical Anatomy"

Abstract: Paraproctitis is a nonspecific purulent inflammatory process of adipose tissue around the rectum or anus. It occurs in 0.5% of the population, and among the able-bodied adult population, according to various sources, 6.1-22.4%. In acute paraproctitis, when the purulent cavity is not opened and the inner hole is not removed, in the future, 50-100% of these patients develop rectal inconsistencies. Postoperative rectal recurrence occurs in 15–30% of patients, and anal sphincter insufficiency in 5–33%.

Key words: paraproctitis, colon, inflammation (colitis), anal crypt, nonspecific, specific, post-traumatic, abscesses, prodromal, microflora, phlegmon, sphincter, colorectal, constipation.

Аннотация: Парапроктит – неспецифический гнойный воспалительный процесс жировой ткани вокруг прямой кишки или заднего прохода. Встречается у 0,5% населения, а среди трудоспособного взрослого населения, по разным данным, 6,1-22,4%. При остром парапроктите, когда гнойная полость не вскрыта и не удалено внутреннее отверстие, в дальнейшем у 50-100% этих больных формируются ректальные несостоятельности. Послеоперационный ректальный рецидив встречается у 15–30% пациентов, а недостаточность анального сфинктера — у 5–33%.

Ключевые слова: парапроктит, толстая кишка, воспаление (колит), анальная крипта, неспецифический, специфический, посттравматический, абсцессы, продромальный, микрофлора, флегмона, сфинктер, колоректальный, запор.

Abstract: Paraproctitis is a nonspecific purulent inflammatory process of adipose tissue around the rectum or anus. It occurs in 0.5% of the population, and among the able-bodied adult population, according to various sources, 6.1-22.4%. In acute paraproctitis, when the purulent cavity is not opened and the inner hole is not removed, in the future, 50-100% of these patients develop rectal inconsistencies. Postoperative rectal recurrence occurs in 15–30% of patients, and anal sphincter insufficiency in 5–33%.

Key words: paraproctitis, colon, inflammation (colitis), anal crypt, nonspecific, specific, post-traumatic, abscesses, prodromal, microflora, phlegmon, sphincter, colorectal, constipation.

Причины острого парапроктита:

Воспаление прямой кишки (проктит), которая легко травмируется, играет большую роль в возникновении и развитии парапроктита. Особенно в жарком климате расстройства пищевого поведения и чрезмерное употребление острой пищи могут привести к воспалению толстой кишки (колиту) в целом и заболеваниям прямой кишки в частности. Однако парапроктит может быть вызван и другими причинами колоректального повреждения, такими как хирургическое вмешательство и лечение, или повреждения инородными телами (рыбьими костями, косточками фруктов и т. д.). Результаты многолетнего опыта и наблюдения показывают, что начало заболевания наступает тогда, когда микрофлора, проходя через анальные крипты, открывающие анальные железы в стенку прямой кишки, попадает в параректальные, т.е. начинает развиваться жировая клетчатка вокруг прямой кишки. .

По этиологическому фактору:

неспецифический; специфический; посттравматического.

Абсцессы, инфильтраты по локализации:

подкожно и подслизисто; перегородка-прямая кишка; прямая кишка;
прямая кишка.

Симптомы острого парапроктита

Заболевание обычно начинается остро, после продромального периода - 3 дня с лихорадки, озноба, болей в прямой кишке, перемежающейся хромоты. Выраженность этих симптомов может варьировать в зависимости от локализации процесса, микрофлоры и резистентности организма. В ряде случаев в клиническом течении на первый план выходят общие симптомы интоксикации, а местные симптомы проявляются за кадром. Этот процесс чаще всего проявляется в виде флегмоны, а не ограниченного абсцесса в параректальной жировой клетчатке. По мере прогрессирования процесса общее состояние больного ухудшается: нарастает утомляемость, пропадает аппетит, дрожь в вечернее время, сильное потоотделение. При ограничении гнойного процесса боль усиливается и становится «пульсирующей». Если в это время не оказать адекватного лечения, абсцесс может прорваться в ректальную полость или наружу через кожу.

Если не лечить, болезнь может иметь 3 последствия:

Образование ректального выпота (85%); Рецидивирующий парапроктит (7-11%); Спонтанное выздоровление (4-5%)

Когда отверстие при внутреннем гнойном парапроктите разрывается и разрывается одновременно с гнойным процессом, гной может прорваться в кишку или выйти из нее и затем зажить самостоятельно, что бывает очень редко. В большинстве случаев, если абсцесс вскрывается сам по себе или

иссекается хирургическим путем, а перфорация не удаляется, это неизбежно приводит к ректальному подтеканию. В этом случае единственным признаком заболевания в течение месяцев и лет является постоянное появление гноя из наружного отверстия ручья. В некоторых случаях при закупорке наружного отверстия температура тела может снова повышаться, вызывая сильную боль и дискомфорт. Каждый раз при его повторении образуются новые ветви прямой кишки и гнойные полости. Это, в свою очередь, может негативно сказаться на функции анального сфинктера, приводя к его недостаточности.

Лечение острого парапроктита:

Хотелось бы подчеркнуть, что если операцию проводит максимально специалист, можно предотвратить рецидив парапроктита или его рецидив в прямую кишку, а также недостаточность анального сфинктера. Перед операцией важно провести короткую и эффективную подготовку, такую как антибактериальная терапия, очищение кишечника шпателем, обнаружение гноя и, наконец, определение того, какая крипта (передняя, задняя или боковая) находится внутри.

Операция проводится под общим наркозом или люмбальной анестезией. Основная задача хирурга – сделать широкий разрез в гнойной полости, найти и вырезать с помощью специального зонда внутреннее отверстие, обработать его антисептиком и определить отношение воздухоносных путей к анальному сфинктеру. Это связано с тем, что поток прошел через межфазный сфинктер, трансфункцию или экстасфинктер, каждый из которых отвечает за определенный метод, и каждый специалист должен это знать в совершенстве. Если эту процедуру проводит не квалифицированный специалист, это может привести к инвалидизации пациента. При расположении абсцесса в ретроректальной, пельвиоректальной или изоректальной областях его клиническое течение более тяжелое и хирургическая операция сложнее. Наиболее тяжелая форма указанного выше

заболевания локализуется в области гнойного пельвиоректального отдела, который при своевременном не выявлении без применения современных методов обследования может представлять опасность для жизни в результате разрыва брюшной полости. полость.

Опыт узбекских колоректальных хирургов показал, что при своевременной диагностике и радикальном хирургическом вмешательстве больные быстро выздоравливают. Это, в свою очередь, снижает нетрудоспособность и способствует развитию социально-практической медицины.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдукодир Сатторов, руководитель медицинского центра «Малхам», редакция Tib.uz.
2. Ю.В. В. Дульцев, К. Н. Саламов «Парапроктит» Серия: Библиотека практического врача. Вайнейшие вопросы хирургии. М. Медицина 1981 208с.
3. Уайтфорд М.Х. Перианальный абсцесс/фистулез. Clin Colon Rectal Surg. 2007 май. 20 (2): 102-9
4. М.М. Ikramova, prof. Q.T. Tadjibayev, THE ROLE OF MITOCHONDRIA IN ENERGY EXCHANGE IN THE BODY . www.iejrd.com SJIF: 7.169 1 E-ISSN NO: 2349-0721 International Engineering Journal for Research & Development .