

المستقيم وقناة الشرج *Rectun & Anal canal*

- (أ) تشريح المستقيم وقناة الشرج .
- (ب) وظائف المستقيم وقناة الشرج .
- (ج) أمراض المستقيم وقناة الشرج .
 - 1 - تدلى المستقيم .
 - 2 - سلس الغائط .
 - 3 - البواسير .
 - 4 - شروخ وإنشقاق الشرج .
 - 5 - تلوث المستقيم والشرج .
- (أ) خراج الشرج والمستقيم .
 - (ب) نواصير الشرج .
 - 6 - التهاب المستقيم .

(أ) تشريح المستقيم والشرح :

يبلغ طول المستقيم من 12 - 15 سم ، وهو أدنى جزء من الأمعاء الغليظة ، ويبدأ مع نهاية الفقرة العجزية الثالثة لينتهي بالقناة الشرجية ، ولا توجد بالمستقيم الإنتفاخات الكيسية كتلك التي توجد ببقيّة القولون ، ولا توجد به الأشرطة القولونية ولا الزوائد الشحمية ويتمثل صمام المستقيم « صمام هاوستون Houston » ، فى ثنايا مخاطية ، تحت مخاطية وعضلات دائرية وعضلات طولية ، ويغضى الجزء العلوى من المستقيم بالغشاء الصفاقى من الأمام والجانبين ، أما الثلث الأوسط فيغضى بالغشاء الصفاقى من الأمام فقط ، ويخلو الثلث السفلى من الغطاء الصفاقى .

أما قناة الشرح فهى نهاية الأمعاء الغليظة ، وقناة الشرح الجراحية تبدأ بالحلقة الشرجية المستقيمة وتنتهى بفتحة الشرح ، ويبلغ طولها 4 سم ، وتستمر الطبقة العضلية الدائرية للأمعاء الغليظة لتكون الصمام الداخلى ، أما الصمام الخارجى فهو مكون من عضلات دائرية وتلتف حول كل قناة الشرح وتتكون من ثلاث أجزاء ، جزء سطحى وجزء تحت السطحى وجزء عميق ، وحديثاً تم معرفة التحام العضلات العانية المستقيمة بالجزء العميق للصمام الخارجى للشرح ، ويربط الصمامين عضلات ناعمة طولية . ويتكون بذلك الصمام الخارجى من ثلاث أشرطة عضلية بشكل حرف (U) وعند انقباض الشرح فإن هذه الأشرطة الثلاثة تنقبض بإتجاه أساس شدها حيث يشد الشريط العلوى والسفلى عن طريق انقباضهما الجدار الخلفى للقناة الشرجية للأمام ، ويشد الشريط الأوسط الجدار الأمامى لقناة الشرح للخلف ، وعليه فإن كل شريط عضلى يعتبر صمام بذاته ويكمل غيره للمحافظة على الأحكام الكامل للشرح .

الشرايين المغذية للمستقيم والقناة الشرجية :

1- الشريان المستقيمي العلوى « الشريان البواسيرى العلوى » إستمرار للشريان المساريقى السفلى ويغذى المستقيم والجزء العلوى من قناة الشرح .

2- الشريان المستقيمي الأوسط « الشريان البواسيرى الأوسط » فرع من الشريان الحرقفى الداخلى بكلا الجانبين ويتشابك مع الشريان المستقيمي العلوى .

3- الشريان المستقيمي السفلى « الشريان البواسيري السفلى » فرع من الشريان الفرجي الداخلي بكلا الجانبين ، ويغذى عضلات الصمام الشرجي .

4- الشريان العجزى الأوسط .. ويعطى أفرع ليست ذات أهمية تغذية المستقيم .

الأوردة الدموية التي تقوم بدرنجة المستقيم وقناة الشرج :

يتم ذلك عن طريق الأوردة الدموية العامة والوريد البوابي ، فالوريد المستقيمي « البواسيري » العلوى ، ويجمع الدم من المستقيم والجزء العلوى بقناة الشرج للوريد البوابي عن طريق الوريد المساريقي السفلى .

أما الوريد المستقيمي الأوسط والسفلى فيتبع كل منهما الشريان المقابل له لتصب بالجهاز الوريدي العام . وإتساع الأوردة المستقيمية السفلى يؤدي إلى البواسير الخارجية . أما الأوردة المستقيمية العلوى والأوسط والسفلى فإنها تلتقى لتكون الوريد المستقيمي « البواسيري » الداخلي ، وإتساعها يؤدي إلى تكون البواسير الداخلية .

الدرنجة اللمفية للمستقيم والقناة الشرجية :

يصعد اللمف من الجزء العلوى والأوسط من المستقيم عن طريق الأوعية اللمفية المستقيمية العليا ليصل إلى الغدد اللمفية المساريقية العليا ، أما الجزء السفلى من المستقيم والجزء العلوى من قناة الشرج فدرنجه عن طريق الأوعية اللمفية المستقيمية العليا وجانبى هذا الجزء عن طريق الأوعية اللمفية المستقيمية الوسطى . أما اللمف من قناة الشرج تحت الخط المسنن فإنه يتم درنجه للغدد اللمفية المستقيمية العليا إلى الغدد اللمفية على جانبى الحوض أو للغدد الأربية .

(ب) وظائف المستقيم والشرح :

يمكن اعتبار منطقة الشرج والمستقيم كأنبوبين ، يتكون الأنبوب الداخلى من غشاء مخاطى وطبقة تحت مخاطية ، وعضلات دائرية « الصمام الداخلى » ، وعضلات طولية ويغذيها الجهاز العصبى اللاإرادى ، وعليه فلا يمكن مراقبتها إراديا . أما الأنبوب الخارجى فهو العضلات الجسمية المحيطة والتي تحتك بالأنبوب الداخلى ، وتتكون من عضلات الصمام الخارجى ، العضلة العانية المستقيمية والعضلات الرافعة للشرح والتي تشبه القمع وتكون أرضية الحوض .

ويعتمد أحكام الشرج على التركيبية الشكلية لمنطقة الشرج والمستقيم ، كذلك على إنقباضية العضلات والصمام الخارجى ، والصمام الداخلى اللاإرادى .

وإتساع المستقيم بالجزء السفلى من المستقيم يسبب إنبساط عضلات الصمام الداخلى حالا مما يثير إنقباض عضلات الصمام الخارجى مما يسبب إستمرار إحكام الشرج . أما حال التبرز فإن وضع الجلوس يساعد على إستقامة الزاوية بين المستقيم وقناة الشرج ويساعد فى إفراغ المستقيم وبمساعدة عملية « فالسالفا Valaslva » التى تخلق زيادة الضغط داخل البطن التى تساعد فى انبساط عضلات أرضية الحوض وعضلات الصمام الخارجى مما يساعد على هبوط أرضية الحوض وإمرار البراز .

(ج) أمراض المستقيم والشرج :

1- تدلى المستقيم RECTAL PROLAPSE :

حالة يسببها أساسا اضطراب الوظائف الشرجية المستقيمية ، وينقلب فيها جدار المستقيم بما فى ذلك الطبقة العضلية داخله للخارج تماما مثل القفاز بحيث تصبح الطبقة الخارجية للجزء المتدلى مكونة من غشاء ظهارى مفرز للمخاط ، وليس مظهر التدلى فقط بسبب الضائفة ولكن كثرة كمية الإفرازات المخاطية بلل وتلوث المنطقة العجانية وإلتهابها ، وفى البداية يحدث التدلى فقط مع التبرز ويكون عندها سهل الإرجاع ، لكن مؤخرا يحدث التدلى مع أى زيادة للضغط داخل التجويف البطنى كالكحة ، وحمل أثقال أو حتى المشى ، ويحدث التدلى عند الأطفال دون الخامسة وعند النساء المسنات ، وعادة ماىختفى ذاتيا فى الأطفال عند بلوغهم سن الخامسة ، وسبب حدوثه عند الأطفال غير معروف وقليل ما يكون التدخل الجراحى مطلوب لعلاج تدلى المستقيم عند الأطفال ، فالنصائح وتمارين وظائف الأمعاء الغليظة كافيا ، أما فى البالغين فإن أكثر الشذوذ حدوثا مع تدلى المستقيم هو تراخى صمامات الشرج ، ويظهر التدلى أكثر عند النساء الذين لم ينجبن الأطفال وعليه فلا يمكن إدانة الإصابات أثناء الولادة كسبب لحدوث التدلى .

وأهم الأعراض هى عدم إحكام الشرج مما يسبب تسرب البراز وعليه فيحس المصابين بأنهم لا يستطيعون الإبتعاد عن بيوتهم ويخشون كثرة الأختلاط .

ويعتمد العلاج على شدة الأعراض وعمر المصاب وحالته الصحية ، وقد بدأ الجراحين الآن أكثر من أى وقت مضى يحدون التدخل الجراحي للعلاج مبكرا لأن المصابين سيكونون أكثر قدرة على تحمل العمليات الكبرى . ويجب إجراء أى من عمليات تثبيت المستقيم عن طريق الفتحة السفلى بالبطن وذلك لتثبيت المستقيم بعظمة العجز لمنع من التدلى .

2- سلس الغائط INCONTINENCE

عادة ما يصاحب سلس الغائط تدلى المستقيم الشديد ، ولكن سلس الغائط قد يحدث دون أى تدلى للمستقيم ، ويصيب النساء أكثر من الرجال ، وفي معظم الأحيان لا يوجد سبب لذلك ، ولكن يفترض بعض الباحثين أن أمراض العضلات الناتجة عن تلف العصب الفرجى ، وفي هذه الحالات يمكن علاجه بعمليات شد العضلى والتي تعمل تحت القناة الشرجية وذلك لإرجاع الزاوية بين المستقيم والقناة الشرجية ولتقشير العضلات لكي يكون عملهم أكثر كفاءة .

وقد يكون سلس الغائط نتيجة مرض عضوى آخر بالقولون أو القناة الشرجية ، فمثلا فى الشخص الطبيعى الذى يعمل عنده الصمام الشرجى بكفاءة قد يصاب بسلس الغائط إذا أصيب بإسهال شديد وكذلك بعض إلتهابات القولون ، أما إذا كان هناك ضعف ولو بسيط بالصمام الشرجى فإن الإسهال قد يحدث سلس شديد بالغائط ، كذلك فى كبار السن الذين تفقد عضلات أرضية الحوض لديهم توترها ويصابون بإلتهاب القولون المقترح يشاهد لديهم سلس الغائط ، وإصابات وإضطرابات الصمام الشرجى كذلك تؤدى إلى سلس الغائط ، وقد يحدث ذلك بعد إجراء عمليات نواصير الشرج ولكن ذلك يمكن إصلاحه عن طريق عمليات تجميل الصمام الشرجى .

3- البواسير HEMORRHOIDS

يبطن قناة الشرج العليا فى الإنسان بوسادة من الأنسجة الوعائية الخاصة تحت مخاطية تشبه الأنسجة الانتصابية وتتكون من مادة من الأنسجة الضامة المطاطية تحوى خيوط عضلية ناعمة تبرز من الصمام الشرجى الداخلى والعضلات الطولية الملتحمة وهى بذلك تدعم أوردة الضفائر الوريدية للصمام الشرجى الداخلى الكبيرة والمتسقة طبيعيا ،

وهذه الوسادة الوعائية منفصلة وبذلك تظهر قناة الشرج على شكل شق ثلاثى بحيث يكون أحد رؤوس هذا الشق الثلاثى فى خط الوسط خلفا ، وتفصل ذراعيه الآخرين ثلاثة وسائد وعائية ثابتة الموضع يسار جانبي ، يمين أمامى ويمين خلفى ، وقد توجد ثانياً أخرى بهذه الوسائد . ووظائف هذه الوسائد الوعائية مثار جدل . ويظهر مرض البواسير عندما تتضخم هذه الحالة وتظهر أعراض على المصاب ، وكثيرا من الأسباب افترض تسببه فى هذه الحالة ، مثل الوقوف الطويل ، عدم وجود الصمامات الوريدية ، انسداد الإرتجاع الدموى الوريدي ، والضعف الوراثى للأوردة ، وعند التبرز نتيجة للضغط ومرور براز جاف صلب بكميات صغيرة ينتج عنه احتقان شديد للوسائد الشرجية الذى قد يسبب إصابة للغشاء المخاطى مما يتسبب فى نزيف أحمر قانى . ونتيجة لتكرار مثل هذه الإصابات ، يحدث تلف للوسائد الوعائية مما يتلف الدعم الطبيعى ويسهل تدلى هذه الوسائد الوعائية خارج الشرج ، وفى بداية المرض يمكن لهذه الوسائد المتدلية « البواسير » من الرجوع ذاتيا ، ولكن مع تكرار حدوثها يصبح الحالة غير إرتجاعية مما يضطر إلى الإرجاع اليدوى ومع تكرار ذلك ومع طول زمن التدلى فإن الأغشية المخاطية المستقيمة المنبسطة فوق الوسائد الشرجية تتشد مع التدلى مما يزيد الكتلة المتدلية التى يمكن إطلاق تسمية البواسير التقليدية عليها . وقد يحدث اختناق للبواسير المتدلية خارج الصمام الشرجى المنقبض طبيعيا مما قد يسبب غنغارينا وانسلاخ . وقد يكون السبب وراء البواسير هو نوع الأكل خاصة ذاك الذى لا يبقى كمية كبيرة من البراز .

أنواع البواسير :

- 1- البواسير الداخلية : تضخم بالوسائد الوعائية تقع طبيعيا فوق الخط المسنن وتغطى بالغشاء المخاطى المبطن لقناة الشرج .
- 2- البواسير الخارجية : الوريدات المتسعة للضفيرة البواسيرية السفلى وتقع تحت الخط المسنن وتغطى بغشاء ظهاري قشرى .
- 3- البواسير المختلطة : خليط من البواسير الداخلية والخارجية .
- 4- البواسير المتدلية : بواسير داخلية تبرز تحت الخط المسنن أو تقع خارج قناة الشرج . وعادة تكون مصحوبة بغشاء مخاطى شرجى متدلى .

5- البواسير المتخثرة : والتي يحدث فيها تخثر الدم داخل وخارج الأوعية الدموية .

6- الرقعة الجلدية الخارجية : منطقة من النسيج الضام المتليف مغطاة بالجلد والتي عادة تكون نتيجة بواسير متخثرة سابقاً أو نتيجة لعمليات جراحية .

أعراض المرض وسماته :

البواسير الخارجية عادة ماتكون بدون أعراض ونادراً ماتحدث حكة وأكلان ، وقد يكون أول الأعراض ألم مع تخثر البواسير ، وقد يحدث التخثر مجدداً في نفس البواسير أو بمكان آخر .

أما البواسير الداخلية فعادة ما يتم معرفتها نتيجة نزيف شرجي أحمر قاني غير مصحوب بألم ، مع التبرز ، وتدلى البواسير قد يلاحظ نتيجة بلله لمنطقة الشرج ، وبداية يمكن للبواسير المتدلية الرجوع ذاتياً وبعد أن تصبح البواسير مزمنة فإنها تتدلى باستمرار مما يسبب إلتهابها وتخثرها .

وقد تظهر البواسير الداخلية بفقر دم ، إستسقاء ، تقيح ، وتقرح ، تليف ، إختناق ، ونادراً ما يحدث إلتهاب الأوردة الدموية مع غنغارينا ، والألم ليس من أعراض البواسير إلا إذا صاحبها تخثر أو إلتهاب ، ولكنه قد يعنى مرض آخر بالشرج يصاحب البواسير كشرخ فتحة الشرج ، وإلتهاب القولون ، كذلك فإن إفراز الشرج ليس من أعراض البواسير سواء أكان مصحوباً بحكة وأكلان أو لم يكن مصحوباً بهما ولكنه يعنى مرض آخر كالناصور الشرجي ، إلتهاب المستقيم أو الأورام .

وبمساعدة منظار الشرج يمكن رؤية البواسير الداخلية ، ولكن يجب استخدام المناظير القولونية للتأكد من عدم وجود أية أعراض أخرى قد تكون السبب في البواسير .

العلاج :

البواسير النازفة يجب بدء علاجها بدون تدخل جراحى ، وحقن البواسير بمادة تسبب تليف الأنسجة ويجب عمله فقط لإزالة الأعراض مؤقتاً ويجب عمله فقط في البواسير النازفة غير المصحوبة بمضاعفات أخرى . وإحدى الطرق الأخرى لعلاج

البواسير دون تدخل جراحى هي ربط هذه الوسائد الوعائية المتدلية باستخدام رباط مطاطى بجهاز خاص ، وتدخل هذه الأربطة المطاطية عاليا بالقناة الشرجية فى أكثر الوسائد الوعائية تدليا مباشرة فوق البواسير الداخلية . والجزء الذى يحسر تحت الرباط المطاطى يسقط تلقائيا فى غضون أسبوع تاركا رقعة التهابية ينتج عنها تليف وثبات ، ويمكن إزالة الرباط إذا تسبب فى ضيق شديد للمصاب لأن ذلك يعنى أن الرباط قد وضع أسفل محله الذى يجب أن يوضع به . ولهذا النوع من العلاج نتائج جيدة ويمكن ربط 2 - 3 وسائد فى المرة الواحدة .

أما العلاج بتجميد البواسير باستخدام غاز النيتروجين السائل أو أكسيد النيتروز حتى درجة 150 - 170 درجة مئوية تحت الصفر لیتسبب فى نكرزة الأنسجة . وإذا استخدم بطريقة جيدة وحذرة واستخدم فقط للأجزاء العليا من مناطق البواسير عند إلتقاء قناة الشرج بالمستقيم ، وتعطى هذه الطريقة نتائج جيدة كالرباط المطاطى ، غير أن هذه الطريقة أقل ألماً ، غير أنها والرباط المطاطى لاتعالج الحالات المتقدمة من البواسير والتي لا بد من استخدام التدخل الجراحى لإستئصالها .

العلاج الجراحى :

بعد وقت يحدث تدلى دائم للغشاء المخاطى ، مصحوب بيبروز شديد أثناء التبرز ، ولذلك فإن أى علاج تحفظى لن يكون ذا جدوى ، والغرض من التدخل الجراحى هو إزالة كل الأنسجة البواسيرية الوعائية بالطبقة التحت مخاطية وإصلاح التشوهات الناتجة عن تدلى الغشاء المخاطى ، وإستئصال كل الأنسجة الزائدة ، كذلك فإن الطبقة الظهارية القشرية والتي تبرز خارج الشرج نتيجة التدلى يجب إرجاعها لسابق مكانها والتي كثيرا ما يتم إستئصالها على أنها أنسجة غير مرغوب فيها ولكن لذلك عواقبه حيث ينتج عنه تبطين الشرج بغشاء ظهارى ثانوى نامى من الجلد المجاور للشرج والذى ليس له نفس حساسية الغشاء الظهارى الأسمى المبطن للشرج قبل إجراء العملية .

4- شرج وإنشقاق الشرج ANAL FISSURE

تمزق بالجلد المبطن لجزء من القناة الشرجية ، ويحدث بالتساوى بين الذكور والإناث ، وتحدث أكثر الشروح فى خط الوسط الخلفى للشرج والبقية القليلة بخط الوسط

الأمامي ، فالجلد الخلفي أكثر ثباتا وكذلك انحناء قناة الشرج يسبب إصابة البراز للمنطقة التي يحدث فيها الشرح .

والشروح الحادة سطحية ، ومؤلمة جدا خاصة أثناء وبعد التبرز ، ولا يحدث أى تغير استسقاءى بالجلد ، وباستخدام مليونات البراز ومخففات الاحتكاك فإن معظم هذه الشروح تشفى .

والشروح المزمنة فإنها تحدث بسبب تكرار إصابة المنطقة التي يحدث فيها الشرح ، وعادة تكون عميقة ، وقد تظهر بها واضحة الألياف العضلية للصمام الشرجى الداخلى ، وقد يكون سبب أزمان الشروح بعض اضطرابات الصمام الشرجى الداخلى ، ويسبب تشنج الصمام الداخلى عند هؤلاء المصابين يجعل التبرز يثير حساسية الشرح ويسبب تشنج انعكاسى شديد مما يجذب قناة الشرج للأعلى عند الانقباض ويسبب فى إصابة الشرح بالبراز تكرارا لهذا الشرح .

وتشخيص شروح الشرج لايسبب أى مشكلة ، فالألم أثناء وبعد التبرز كذلك قطرات من الدم الأحمر القانى بعد التبرز ، كذلك موقع الشرح فى خط الوسط الخلفى أو الأمامى ، أما وجود شرح فى مكان آخر فعادة يعنى أمراض التهابية أخرى مثل مرض كرون الذى قد يكون أو سماته شرح شرجى .

والفحص اليدوى يجب أن يجرى بحرص شديد حتى لايسبب ألم شديد ، ويمكن استخدام مخدر موضعى قبل ذلك ويتم تأكيد التشخيص باستخدام مناظير الشرج ومناظير المستقيم ، وذلك لابعاد أى أمراض أخرى قد تحدث بالمستقيم وقناة الشرج .

العلاج :

يوجه العلاج لإنقاص الألم وإنقاص تشنج صمام الشرج المصاحب ، عند ذلك فإن كل الشروح السطحية تشفى . والعلاج التحفظى يتكون من مليونات البراز وتسهيل إمراره ، وحمادات دافئية للراحة .

وشروح الشرج عند الأطفال عادة سطحية ونادرا ماتحتاج للتدخل الجراحى ، ويجب توجيه العلاج لديهم لإنقاص الإمساك . وإذا لم تعالج البواسير بذلك فإن توسيع الصمام الشرجى بدون تخدير كاف .

وإذا فشل العلاج التحفظي لشروخ الشرج فإن التدخل الجراحي يصبح ضروري ، وأساس العلاج هو توسيع منطقة قناة الشرج التي يبطنها الجلد ، كذلك إزالة تشنج الصمام الشرجي أثناء وبعد التبرز ، ويجب الإبتعاد عن شق الشرخ والصمام بخط الوسط الخلفي لأن ذلك يعطل الشفاء ، كذلك فإن قطع الصمام الشرجي بخط الوسط الخلفي قد يسبب تسرب برازي ، أما توسيع الصمام الشرجي فهو مفضل عند الكثيرين ولو أنه يتسبب في قطع عدد غير متحكم فيه من الألياف العضلية بصمام الشرج ، ويحتاج إلى تخدير ، ولعل العلاج المثالي لشروخ الشرج هي القطع الجزئي الجانبي لصمام الشرج الداخلي وهذه العملية يمكن عملها بالتخدير الموضعي أو العام .

5- تلوث الشرج والمستقيم ANORECTAL INFECTION

(أ) المرحلة الحادة : خراج الشرج والمستقيم ABSCESS

يكون التلوث بالمنطقة بين الصمامين الشرجيين الداخلي والخارجي وسط قناة الشرج ، ويبدأ باحدى الغدد الشرجية ، وقد يكون الخراج بسيطاً أو مركباً ولكن خراج الشرج يقسم إلى :

خراج داخل الصمام الشرجي قد يكون بدون أعراض وقد يسبب ألم نابض شديد ويشبه ألم شرخ الشرج من حيث تأثيره بالتبرز ، وقد يكون شديداً بحيث يمنع المصاب من النوم ، ولا يوجد معه أى شرخ شرجي ، وقد لا يتم تشخيص الخراج بحيث يستمر في هذا الموضع مسبباً آلام شرجية متقطعة .

خراج حول الشرج ، وهنا ينتشر الخراج من منطقة داخل الصمام الشرجي للأسفل حتى حافة الشرج وقد يشاهد كبروز بجوار الشرج وقد يشخص خطأ على أنه تخثر دموي خارج الشرج .

خراج وركي مستقيمي .. وهنا ينتشر الخراج خلال الصمام الخارجي للنقرة النوركية المستقيمية وهنا قد يكون خراج كبير يمتد للأعلى حتى نهاية النقرة وللأسفل حتى الجلد المجاور للشرج ، وقد يشكو المصاب من ألم وحمى قبل ظهور الانتفاخ بعدها يحمر الانتفاخ وتظهر عليه علامات الخراج .

خراج جدار المستقيم .. ينتشر الخراج هنا للأعلى ويشكو المريض من ألم حوضي غير مميز وحمى .. ويفحص المستقيم يدويا يمكن الاستدلال على وجود الخراج كانتفاخ مؤلم ، وإذا لم يعالج هذا النوع فعادة ينفجر داخل تجويف المستقيم ذاتيا .

العلاج :

يجب تصريف أى من الأنواع السابقة من الخراج فور تشخيصه .

(ب) المرحلة المزمنة . نواصير الشرج FISTULA IN ANO

النواصير بالتعريف ؛ اتصال غير طبيعي بين سطحين من الغشاء الظهاري وكذلك هي نواصير الشرج ، فالفتحة الخارجية للناصور هي الجلد المجاور للشرح والتي تعتبر جيب يؤدي إلى خراج شرجي مزمن بمنطقة بين الصمامين الشرجيين ، وهذا الخراج المزمن متصل بتجويف المستقيم حيث أن أصله إلتهاب بأحد غدد الشرج ، وأيضا قد يتصل الخراج بتجويف الشرج لتصريف محتوياته .

قد تظهر النواصير على أنها خراج حاد ، أو قد تلاحظ فقط على أنها جيب صغير مفرز ، والإفراز من هذا الجيب قد يسبب حكة وتآكل جلدى .

وبالفحص يمكن تتبع الناصور عن طريقة فتحته الخارجية المندملة حتى منطقة الشرج وهو دليل وجود قناة مختفية ، وبالفحص الشرجي يمكن الإستدلال على إنتفاخ عقدي يدل على المكان الأصلي للخراج .

وتحديد طريق الناصور يعتمد على التركيب التشريحي للمنطقة حيث أنها تمر بالمناطق الحاوية للأنسجة الدهنية والليفية . فمن الخراج المزمن بين صمامي الشرج ينتشر الإلتهاب مكونا نواصير فى عدة إتجاهات أهمها :

(أ) ناصور داخل صمام الشرج .. أكثر الأنواع شيوعا حيث ينتشر الإلتهاب مباشرة للأسفل حتى حدود الشرج .

(ب) ناصور عبر صمام الشرج .. وهنا تعبر قناة الناصور خلال الصمام الشرجي الخارجى وتدخل النقرة الوركية المستقيمية فى طريقها للجلد ، ويعتمد علاجها

على كمية الأنسجة العضلية فوقها وتحتها أى يعتمد على مكان عبورها لصمام الشرج وعلاجها بصفة عامة غير صعب .

(ج) ناصور فوق صمام الشرج .. تمر قناة الناصور أولاً لأعلى بداخل الصمام ثم تتجه للجانب عند نهاية العضلة الحرقفية المستقيمة ونهاية للأسفل للنقرة الوركية المستقيمة للجلد وهى تعبر فوق كل العضلات التى تحكم سلس الغائط قبل أن تبدأ بالنزول للأسفل للجلد المجاور للشرج .

ويتضح جلياً أن قطع كل الصمام الشرجى الخارجى يجعل المصاب لا يتحكم فى الغائط ، مما يجعل علاج هذا النوع صعب ، ولحسن الحظ فإنه يندر حدوثها .

(د) الناصور خارج صمام الشرج .. أكثر ندرة لحسن الحظ أيضاً ، ويمر من الجلد بمنطقة العجان للأعلى خلال النقرة الوركية المستقيمة وعبر العضلات الرافعة لأرضية الحوض ثم تتصل بالمستقيم ويمر الناصور خارج كل العضلات التى تحكم سلس الغائط وعليه يطلق عليها هذا الاسم وعلاجها بالطرق التقليدية يجعل سلس الغائط أمر لا مفر منه ، وقد يكون سببها مرض كرون أو سرطان قناة الشرج ونتيجة لموقعها العلوى حيث الضغط مرتفع فإن دخول براز ومخاط لفتحها الداخلى يعطل شفاءها وعلاجها صعب وقد تتطلب عمل نفوه قولونى .

(هـ) ناصور حذاء الفرس ، تمر قناة ناصور حذاء الفرس بشكل دائرى ، فناصور داخل صمام الشرج تخترق الصمام الخارجى وتنقسم لكلا النقرين الوركيين المستقيمين ويحتاج لعلاجها لقطع كبير ولكنها ليست صعبة العلاج كما يعتقد .

علاج نواصير الشرج :

العلاج التقليدى للنواصير الشرجية يتم بإمرار أنبوب معدنى دقيق خلال الناصور وقطع كل الأنسجة تحت الأنبوب بحيث يتم فتح كل قناة الناصور حتى الشرج وتركها مفتوحة مما قد يتسبب فى قطع جزء من الصمام الشرجى بكمية تختلف من حالة

لأخرى ، ويأتى هنا الفهم الجيد لتشريح الناصور ليحدد نتائج علاجه ، وعلاج جميع النواصير عامة متساوى عدا تلك النادرة والتي تكون خارج الصمام الشرجى .

6- إلتهاب المستقيم PROCTITIS

قد يصاب المستقيم بعدة إلتهابات منها الخاص وغير الخاص ، وغير الخاص قد يكون محبب وهو نوع من إلتهاب القولون المتفرح الذى يصيب المستقيم ، وقد يكون غير محبب وعادة يكون مرض كرون بالمستقيم ، وقد يصاب المستقيم بإلتهابات بكتيرية مثل السيلان ، وقد يكون الإلتهاب أميبي ، وقد يكون نتيجة لبعض الإصابات أو الإشعاع .