



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней №1

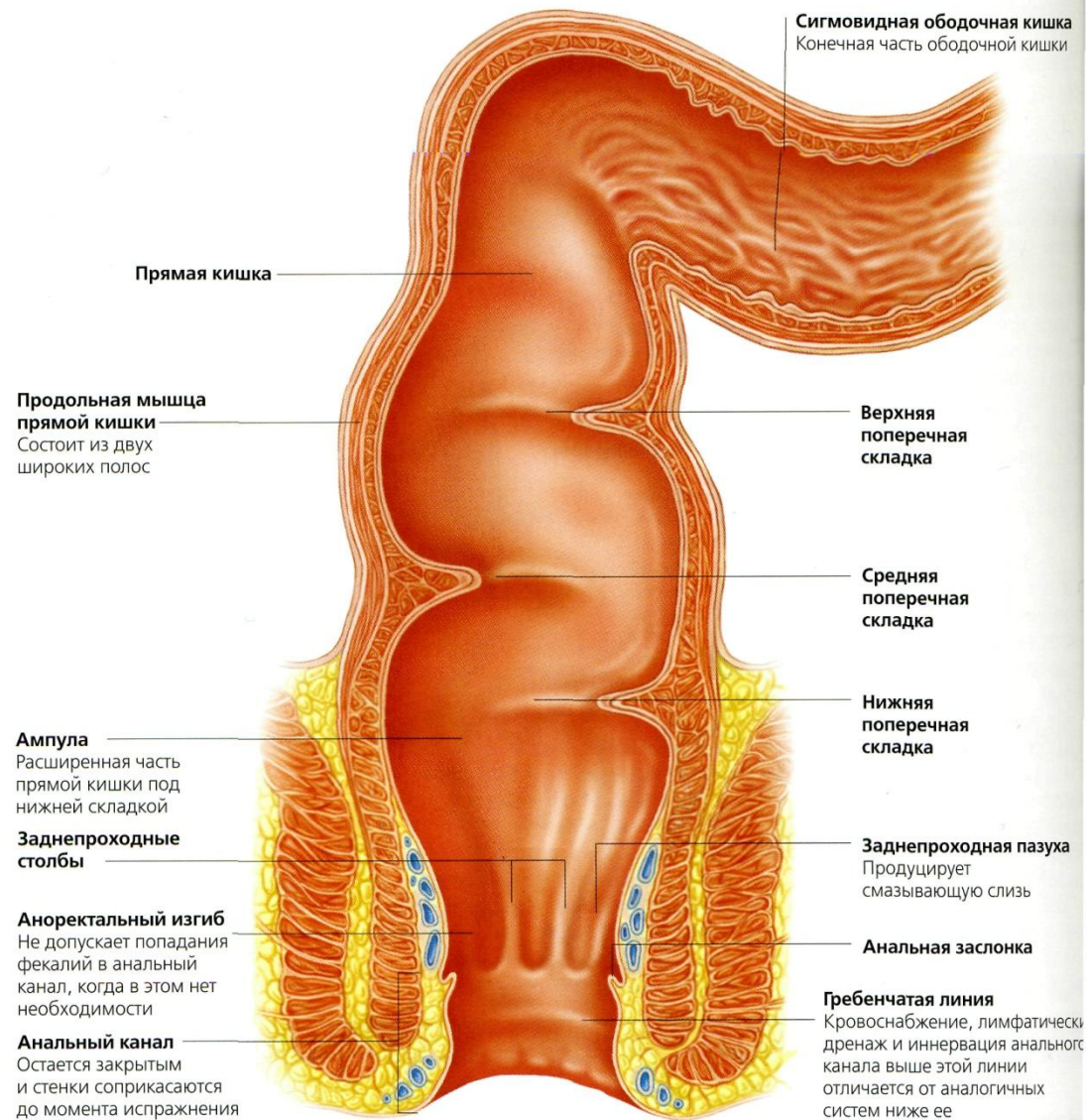
Хирургические заболевания и повреждения прямой кишки.



Заведующий кафедрой: д.м.н. профессор
Макаров Игорь Валерьевич

Преподаватель: д.м.н. Сатыбалдиев Тамерлан Джимранович
Выполнила: студентка №442 группы педиатрического
факультета Лаврова Екатерина Федоровна.

Венечный разрез прямой кишки и анального канала



Проктология

– это наука
о болезнях
прямой
кишки.

Методы исследования проктологических больных.

При сборе анамнеза следует выяснить наличие

- **боли** до-, во время- или после дефекации,
- ***характер*** боли (тупая, сильная, приступообразная, ноющая, непостоянная, при ходьбе, акте дефекации),
- ***локализацию*** при возникновении (внизу живота, чувство тяжести в тазу, давление на низ, в прямой кишке, в заднем проходе),
- ***иррадиацию*** боли,
- ***время*** появления (внезапно, в течение дня, недели, месяцев, лет),

- **частоту дефекации**
- **и характер стула**: его окраску, наличие примесей слизи, гноя, крови;
 - ***при появлении крови*** - её цвет (алая или тёмная), наличие сгустков; отдельно от кала, покрывает кал снаружи или смешана с ним,
- **выделения кала и газов *помимо заднего прохода***, что бывает при свищах прямой кишки,
- **при выпадении** слизистой оболочки или стенки прямой кишки – во время акта дефекации или просто при натуживании, кашле,
- **температуру тела** (нормальная, субфебрильная, высокая, постоянная или временами).

Объективное обследование

1. ПОЛОЖЕНИЕ:

обычное, вынужденное (ноги приведены к животу, лежит на боку, не может лежать с вытянутыми ногами), не находит себе место.

2. СОСТОЯНИЕ ЦНС:

адекватный, заторможенный, возбужденный,
без сознания.

3. КОЖА:

обычного цвета, бледная, сухая, влажная,
холодная, тургор тканей снижен.

4. СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

Частота дыхательных движений, пульс, артериальное давление.

5. ЖИВОТ:

- **форма живота** (обычная, косой, вздут);
- **участие в акте дыхания** (участвует, не участвует);
- **пальпация** (доступная, не доступная в нижнем отделе живота, симптомы раздражения брюшины);
- **перкуссия** (свободная жидкость в полости);
- **аускультация** (кишечные шумы).

Локально:



1. Осмотр заднего прохода:

- мацерация,
- расчёсы,
- рубцы на коже,
- наличие свищей,
- характер отделяемого из них,
- наличие геморроидальных узлов и других патологических образований.

2. Пальцевое исследование

прямой кишки и анального канала

В положении – гинекологическом или коленно-локтевом, сидя на корточках, лёжа на боку с приведёнными к животу ногами.

- У женщин необходимо проводить влагалищное исследование.

3. Инструментальные методы исследование:

- **Аноскопия** дает возможность осматривать до 8-12 см анального канала, включая аноректальную область с внутренними геморроидальными узлами, которые при натуживании выпадают в просвет аноскопа.



Проктоскоп (аноскоп) - инструмент с источником света, который позволяет врачу обследовать задний проход и нижнюю часть прямой кишки.

- **Осмотр** ректальным зеркалом, ректоскопом, колонофиброскопом, (возможна биопсия).

- **Ирригография** - Р-графия толстого кишечника с контрастным веществом.

- **Р-графия лёгких, УЗИ печени, цистография** (для исключения метастазирования из прямой кишки).

Геморрой -

варикозное расширение ректальных вен

Система венозного оттока прямой кишки и заднего прохода

Под выстилкой прямой кишки и анального канала находится прямокишечное венозное сплетение.

Оно делится на две части:

- **внутреннее прямокишечное венозное сплетение;**
- **внешнее прямокишечное венозное сплетение -** находится снаружи мышечного слоя.

Причины геморроя:

- **наследственность;**
- **запоры, двухмоментный акт дефекации;**
- **тяжелый труд и длительное пребывание во время работы в положении сидя или стоя;**
- **беременности и роды;**
- **хронические заболевания женской половой сферы;**
- **опухоли малого таза;**
- **аденома предстательной железы;**
- **гипертоническая болезнь;**
- **бронхиальная астма;**
- **злоупотребление алкоголем;**
- **неумеренный приём острой и солёной пищи.**

•Классификация по локализации-

Внутренний геморрой - варикозное расширение вен в подслизистом слое дистального отдела прямой кишки.

Наружный геморрой - расширение вен в области окружности заднепроходного отверстия и заднепроходного канала.

Для **первой** стадии характерным признаком является **выделение крови из анального канала без выпадения геморроидальных узлов.**

Вторая стадия характеризуется **выпадением геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал (с кровотечением или без него).**

Отличительной особенностью **третьей** стадии является **необходимость ручного вправления геморроидальных узлов при выпадении (с кровотечением или без него).**

Четвертая стадия характеризуется **постоянным выпадением узлов и невозможностью их вправления в анальный канал (с кровотечением или без него).**

Клинические проявления

- Простое увеличение геморроидальных узлов **может не вызывать болей.**
- Узлы **набухают при натуживании**, акте дефекации, а затем спадаются.
- Постепенно развивается **недостаточность сфинктера.**
- Появляются **выделения** из прямой кишки, что приводит к загрязнению белья.
- Беспокоит зуд в области анального отверстия, **мацерация** кожи и боли.
- В конце акта дефекации периодически небольшое **кровотечение.**

Осложнения геморроя

- **Кровотечение** (кровь красная, каплями, струйкой, иногда даже не виден кал).
- **Анемия.**
- **Геморрагический шок.**
- **Тромбофлебит** геморроидальных узлов.
- **Выпадение** узлов и их ущемление сфинктером.
- **Нагноение** тромбированных узлов.

Острый геморроидальный тромбоз

по клиническому течению разделяется на три стадии (Воробьев Г.И., 1999):

I. Тромбоз геморроидальных узлов без воспалительного процесса.

**II. Тромбоз,
осложненный
воспалением
геморроидальных
узлов.**

III. Тромбоз геморроидальных узлов,
осложненный воспалением подкожной клетчатки
и перианальной кожи.

Лечение геморроя

Консервативное (начальная стадия):

- **нормализация стула;**
- **диетотерапия;**
- **гигиенический уход за анальной областью:**
 - **подмывания прохладной водой,**
 - **не допускать мокнущих и мацераций кожи;**
- **геморроидальные узлы нельзя вправлять, разминать;**
- ***при тромбозе* тёплые, сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия;**
- **свечи с анестезином, *при кровотечении* с адреналином 2-3 раза в день после акта дефекации.**

Оперативное лечение

(тенденция к кровотечению и воспалению) — *перевязка и иссечение геморроидальных узлов.*

- За 3-5 дней до операции назначается **бесшлаковая диета.**
- **Клизмы** в течение 2-3 дней, а вечером и в день операции утром 2 клизмы с интервалом в 1 час.
- **Газоотводную трубку** ставят на 30 минут для эвакуации оставшихся промывных вод.

Малоинвазивные методы лечения геморроя

1. Инфракрасная фотокоагуляция
геморроидальных узлов —
тепловой поток энергии, проходящий
через световод, коагулирует
поверхность геморроидального узла

2.Склерозирующее лечение геморроя -

введение флебосклерозирующих препаратов (3% растворы тромбовара и этоксисклерола) в просвет геморроидального узла ближе к его ножке, при этом происходит денатурация

белков оболочки артериовенозных шунтов, тромбоз узла с последующей облитерацией его просвета.

3. Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами

Через аноскоп с осветителем при помощи вакуумного или механического лигатора набрасывают латексное кольцо на внутренний геморроидальный узел, который отторгается вместе с латексной лигатурой на 7-10 день.

Оперативное лечение

**Геморроидэктомия – иссечение
геморроидальных узлов**

Послеоперационный период

- Со 2 дня назначают жидкую, бедную клетчаткой пищу. Запрещают: молоко, хлеб, фрукты, капусту.
- Перевязку производят через 2-3 суток после операции. Удаляют тампон и трубку.
- После перевязки вводят рыхлый тампон.
- Дальнейшие перевязки через день.
- Стул после слабительных или клизмы на 7-8 день.
- После акта дефекации сидячие ванны.
- Через неделю можно выписать на амбулаторное лечение.

• Трещина заднего прохода –
это линейный дефект слизистой оболочки
анального канала.

Классификация анальных трещин:

- 1. острые,**
- 2. хронические и**
- 3. рецидивирующие.**

Факторы возникновения анальной трещины:

- **механические** - повреждение слизистой твёрдым калом или инородным телом;
- **инфекционные** - это воспаление анальных желёз;
- **нервно-рефлекторные** - неврит нервных волокон стенки анального канала;
- **сосудистый спазм** - спазм мелких артерий.

Клинические проявления:

- **Острая боль** в заднем проходе во время и после акта дефекации, от несколько минут вплоть до следующего акта дефекации.
- Из-за боли больной умышленно **задерживает стул**.
- В последующем отмечается **примесь крови** полоской по калу или несколько капель.

Лечение анальной трещины:

Консервативное

- ликвидация запоров;
- диетотерапия, исключение острых, солёных, раздражающих блюд;
- гигиенический уход за анальной областью;
- сидячие тёплые ванночки с марганцем, ромашкой;
- физиолечение: УВЧ, диатермия;
- свечи с анестезином 2-3 раза в день после акта дефекации.

Оперативное

– иссечение анальной трещины.

Потенциальные проблемы пациента в послеоперационном периоде:

- кровотечение,**
- задержка мочеиспускания,**
- боль в результате тугого тампонирования,**
- в более позднем периоде возможен рецидив трещины.**

Выпадение прямой кишки -

это состояние, при котором вся прямая кишка или только её часть на короткий или длительный срок выворачивается через задний проход наружу.

Факторы способствующие выпадению прямой кишки:

- 1. врождённая дряблость промежности;**
- 2. слабая фиксация прямой кишки вследствие атрофии жировой клетчатки;**
- 3. рахит, гипотрофия у детей;**
- 4. дизентерия;**
- 5. запоры;**
- 6. чрезмерно долгое пребывание на горшке;**
- 7. анатомические особенности прямой кишки у детей,**
- 8. как осложнение геморроя с склонностью выпадения узлов наружу.**

Производящие факторы выпадения прямой кишки:

- 1. поднятие тяжестей,**
- 2. воспалительные заболевания прямой кишки,**
- 3. разрывы промежности после родов,**
- 4. истощение,**
- 5. прыжки,**
- 6. полипы,**
- 7. двухмоментная дефекация.**

Формы заболевания:

1. выпадение **слизистой** оболочки заднего прохода;
2. выпадение **заднего прохода**;
3. выпадение **прямой кишки** при невыпадающем заднем проходе;
4. выпадение **заднего прохода и прямой кишки**.

Стадии функциональных нарушений:

Выпадение прямой кишки возникает

I. *лишь при дефекации*, вправляется самостоятельно, тонус сфинктера сохранён или незначительно ослаблен;

II. при *физических напряжениях*, тонус сфинктера значительно снижен, недержание газов, каломазание, вправление кишки ручное;

III. при самом *незначительном напряжении* брюшного пресса, постоянное недержание газов и кала;

IV. вправленная кишка *тотчас выпадает вновь* при вставании, кал и газы не удерживаются.

Клинические проявления:

- ощущение инородного тела в заднем проходе,**
- боль,**
- выделение слизи и крови в результате раздражения и травмы слизистой оболочки,**
- недержание газов и кала.**

Осложнения выпадения прямой

КИШКИ:

- ущемления,
- разрывы,
- опухоли,
- воспаление,
- непроходимость кишечника.

Лечение выпадения прямой кишки.

Консервативное.

1. ликвидация запоров,
2. диетотерапия, с достаточным содержанием клетчатки,
3. запрещают высаживать ребёнка на горшок (испражняться в лежачем положении на боку или на спине),
4. контроль за тем, чтобы кишка не выпадала, а при выпадении быстро вправлять её.
5. гигиенический уход за анальной областью,
6. при безуспешности консервативного лечения проводят склерозирующую терапию.

Оперативное лечение

направлено на фиксацию прямой кишки или на укрепление замыкающего аппарата (сфинктера).

Больные нуждаются в продолжительном освобождении от тяжёлого труда, соответствующей диете, ЛФК.

• **Парапроктит**

**– воспаление клетчатки,
окружающей прямую кишку.**

Причины парапроктита:

- **воспаление анальных желёз,**
- **трещина слизистой заднего прохода,**
- **геморрой,**
- **микротравмы при расчёсах покровов заднего прохода,**
- **воспалительные заболевания прямой кишки и соседних органов, инфекция, проникающая лимфогенным путём,**
Способствуют - сидячий образ жизни, длительная и частая езда в автомобиле, злоупотребление спиртными напитками.

Классификация по анатомо-топографическому расположению:

- *подкожный,*
- *подслизистый,*
- *ишиоректальный* (седалищно-прямокишечный),
- *пельвиоректальный* (тазово-прямокишечный),
- *ретроректальный* (позади прямокишечный)

Подкожный парапроктит

Процесс развивается **остро**. Пациента **беспокоит**:

- **боль** в области заднего прохода, которая усиливается при дефекации, движениях, кашле, чихании и становится пульсирующей;
- больные стараются **сидеть на здоровой ягодице**, при ходьбе отставляют зад («**поза павиана**»);
- **задерживается стул** из-за болезненной дефекации;
- при формировании гнойника спереди от заднего прохода присоединяются **дизурические** расстройства;
- в первые сутки заболевания **повышается t** - 38-39, снижается работоспособность, появляется **головная боль**, нарушение сна, аппетита, озноб.

Местные проявления -

в подкожной клетчатке появляется

- резко болезненный *инфильтрат*;
- *кожа* над ним шаровидно приподнята, гиперемирована, напряжена, складчатость сглажена;
- деформируется *форма заднего прохода*;
- иногда отмечается *недержание газов*, подтекание слизи.

Подслизистый парапроктит

встречается реже, пациента **беспокоит**:

- боль в прямой кишке, которая усиливается при дефекации;
- чувство переполнения кишки, тяжести в ней,
- субфебрильная температура, снижение работоспособности.
- Гнойник может вскрыться в просвет кишки.

Ишиоректальный парапроктит

(седалищно-прямокишечный) развивается постепенно.

Пациента беспокоит:

- **боль** и тяжесть в глубине промежности, усиливающаяся при дефекации. Через 5-7 дней боли становятся пульсирующие, особенно при движении.
- Симптомы **интоксикации** постепенно нарастают, и к 5-7 дню резко ухудшается состояние.
- На соответствующей стороне может появиться **инфильтрация тканей**, лёгкая гиперемия кожи.
- Воспалительный процесс может переходить в противоположную седалищно-прямокишечную ямку и тогда формируется “подковообразный” парапроктит.

Пельвеоректальный парапроктит

(тазово-прямокишечный) протекает тяжело.

- Боли возникают при дефекации, иногда они иррадиируют в матку, мочевой пузырь.
- Появляется чувство тяжести в тазу, давление “на низ”.
- Постепенно ухудшается общее состояние.
- При ректороманоскопии определяются изменения слизистой оболочки кишки в зоне инфильтрата.

Ретроректальный парапроктит

(позади прямокишечный) встречается крайне редко. Пациента **беспокоит**:

- Тяжесть, боли в прямой кишке, крестце, копчике, усиливающиеся в положении сидя и при дефекации.
- Пальпация выявляет резкую болезненность при давлении на область копчика.

Лечение

только оперативное.

Вскрытие и дренирование гнойной полости через рану промежности с одновременной ликвидацией внутреннего отверстия свища.

Осложнения парапроктита.

- В 95-98% случаев развивается *хронический* вялотекущий *парапроктит*.

• Параректальные *свищи*

неполные (поверхностные или внутренние) и полные, когда свищ сообщает просвет прямой кишки с промежностью.

- Постоянные слизисто-гнойные выделения ведут к *раздражению и мацерации кожи*, загрязняют бельё.

Послеоперационный период.

- Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.
- В течение 2 дней приём жидкости до 800мл.
- С 3 дня назначают бедную шлаками диету: бульон, мясо в виде пюре, отварную рыбу, творог, сухарики, кашу манную, рисовую.
- Постепенно больного переводят на менее щадящую диету, которая способствует отпавлению кишечника.
- Первую перевязку делают на следующий день после операции.
- Тампон удаляют из полости гнойника, назначают ванночку с раствором перманганата калия (1:1000).
- В дальнейшем ежедневно после дефекации делают сидячие ванночки.
- После появления здоровых грануляций в полость гнойника вводят тампон с мазями содержащие антибиотики или бальзам Вишневского.

Повреждения заднего прохода и прямой кишки.

Причины :

- проглатывание инородных тел (кости, зубные протезы, гвозди, иголки);
- насильственное грубое введение инородных тел;
- падение на твёрдые предметы промежностью или задним проходом;
- переломы костей таза;
- огнестрельные ранения.

*Рентгеновский
снимок таза
пациента показывает
причину его
дискомфорта -
бутылку в прямой
кишке.*

Повреждения прямой кишки

сопровождаются:

- **ШОКОМ,**
- **обильным кровотечением,**
- **отхождением через раневой канал мочи, газов, кала,**
- **признаками раздражения брюшины в тазовом отделе, тошнотой, рвотой (если рана прямой кишки сообщается с брюшной полостью).**

Особенности подготовки

проктологических пациентов к операции:

- **за 3-5 дней до операции назначаются бесшлаковую *диету*, слабительные при запорах;**
- **очистительные *клизмы* за 2-3 дня,**
- **перед операцией вечером и утром с интервалом в час делают двукратно **КЛИЗМЫ**;**
- **в день операции после клизмы вводят газоотводную трубку для эвакуации оставшихся промывных вод.**

ЗАПОМНИТЕ!

- Появление *дискомфорта* прямой кишки – это повод для обращения к проктологу.
- *Запоры* являются причиной многих заболеваний прямой кишки.
- Перед обследованием и операцией на прямой кишке необходимо в течение нескольких дней *подготовить кишечник* (диета, слабительные средства, клизмы).
- *Геморрой осложняется* кровотечением, тромбофлебитом, ущемлением узла.
- *Рак* развивается исподволь, незаметно.
- *Операбельны* 1 и 2 стадии рака.
- Помните о стеснительности пациента, *создайте комфорт* во время обследования и лечения.

Рак прямой кишки

- Рак прямой кишки составляет 80% раковых поражений кишечника, и на 4-5% всех раков. У лиц в возрасте старше 60 лет встречается в 5-6 раз чаще, чем в более молодом возрасте.
- Мужчины болеют чаще женщин в 1,5 раза
- За последние 10 лет заболеваемость в РФ возросла на 30%

Классификация рака прямой кишки (по характеру роста)

- Экзофитный – 20%
- Эндофитный – 30%
- Смешанный – 50%

Классификация рака прямой кишки (по локализации)

- Ректосигмоидный отдел - 30%
- Ампулярный отдел - 60%
- Анальный канал – 10%

- Высокая частота мультицентрического рака (10-20% и более)

По гистологической структуре:

- плоскоклеточные,
(промежностные)
- железистый,
- солидный,
- смешанные формы.

Факторы риска

- Диета (высокое содержание мяса и животных жиров, низкое содержание растительной пищи, злоупотребление алкоголем, курение) – приводит к застою плотных каловых масс
- Наследственность
- Полипоз (аденомы), воспалительные заболевания
- Возраст старше 50 лет, мужчины, городское население

Выделяют 4 стадии рака прямой кишки:

- **1 стадия** - опухоль занимает небольшой участок слизистого и подслизистого слоя прямой кишки, подвижная, регионарных метастазов нет.
- **2 стадия** - а) опухоль или язва занимает до половины окружности кишки, не выходя за ее пределы, и нет метастазов в регионарные лимфоузлы; б) опухоль может быть такого же или меньшего размера, но с наличием метастазов в регионарные лимфоузлы.
- **3 стадия:** а) опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает всю стенку ее или спаяна с окружающими тканями и органами; б) опухоль любых размеров с множественными метастазами в регионарных лимфатических узлах.
- **4 стадия** - обширная опухоль, прорастающая окружающие органы и ткани, или имеются отдаленные метастазы.

Международная классификация TNM

- **T1** - опухоль занимает $1/3$ или менее окружности прямой кишки и не инфильтрирует мышечный слой.
- T2** - опухоль, занимающая более $1/3$, но не более половины длины или окружности прямой кишки, или инфильтрирующая мышечный слой, но без ограничения смещаемости кишки.
- T3** - опухоль занимает более половины длины или окружности кишки или определяется ограничение смещаемости ее, но нет распространения на соседние структуры.
- T4** - опухоль распространяется на соседние структуры.

Международная классификация TNM

N – регионарные лимфатические узлы

- **NX** – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
- **N0** – нет метастазов в регионарные лимфатические узлы
- **N1** – метастазы в 1-3 регионарных лимфатических узлах
- **N2** – метастазы в 4 и более регионарных лимфатических узлов

Международная классификация TNM

- Для характеристики прорастания опухоли в глубь стенки кишки вводится символ P с делением на 4 степени:
 - P1** - рак, инфильтрирующий только слизистую оболочку;
 - P2** - рак, инфильтрирующий подслизистый слой, но не захватывающий мышечную;
 - P3** - рак, инфильтрирующий мышечную, но не захватывающий субсерозную оболочку;
 - P4** - опухоль инфильтрирует серозную оболочку или выходит за ее пределы.

Клиническая картина

- 1. **Патологические выделения из прямой кишки** (кровь, слизь гной).
- 2. **Расстройства функции кишечника** (затруднения дефекации, ощущения неполной дефекации, запоры, поносы, ложные позывы, недержание кала и газов, изменение формы испражнений).
- 3. **Болевые и другие неприятные ощущения в прямой кишке или прилежащих областях** (боли, нарушения функции органов малого таза)
- **+ общие симптомы рака** - слабость, похудание

Клиническая картина

- **Ректосигмоидный отдел** – кишечная непроходимость
- **Ампулярный отдел** – тенезмы, патологические примеси, боли (при прорастании опухоли в окружающие органы), непроходимость (при больших размерах опухоли)
- **Анальный канал** – боли, изъязвления, свищи, непроходимость, недержание кала

Диагностика рака прямой кишки

- Жалобы, анамнез
- Пальцевое исследование прямой кишки (диагноз в 50-80% наблюдений),осмотр зеркалом.
- Ирригоскопия
- Колоноскопия
- Ректороманоскопия с биопсией
- Комплекс исследований для уточнения стадии заболевания (рентгенография легких, УЗИ, КТ, лапароскопия)



Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику рака прямой кишки проводят между:

- доброкачественными опухолями (полипы, фибромы, гемангиомы) и злокачественными процессами (саркома, меланома)
- неспецифическими воспалительными процессами (язвенные процессы, трещины заднего прохода, гранулемы, геморрой, сифилис, туберкулез, лучевые язвы у женщин после сочетанной лучевой терапии по поводу рака, шейки матки и др.).

Хирургическое лечение

- 1. **Радикальные операции:**
 - - экстирпация (менее 7 см от ануса) с колостомией
 - - резекция с низведением (ампулярный отдел)
 - - передняя резекция (ректосигмоидный отдел)
 - - операция типа Гартмана (обструктивная резекция прямой кишки с наложением колостомы)
- 2. **Паллиативные операции:** колостомия.
- Пятилетняя выживаемость после радикальной операции 45-50%.

Комбинированное лечение рака прямой кишки

- Предоперационная лучевая терапия показана при местнораспространенном раке (Т3-4); при поражении параректальной клетчатки и регионарных ЛУ – послеоперационная ЛТ.
- Послеоперационная химиотерапия показана при Т3-4 и N1-2
- При анальном раке результаты ЛТ не уступают результатом хирургического лечения.

