

**С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д. АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра хирургических болезней №2

Заболевания прямой кишки и заднего прохода

**Выполнила : Жолдасбекова А.
Ом 65-01.
Проверил: Шарунов Г.И**

План лекции:

- 1. Геморрой, причины, клиника, лечение.**
- 2. Трещина прямой кишки, клиника, лечение.**
- 3. Выпадение прямой кишки, формы заболевания, лечение.**
- 4. Парапроктит, его формы, клиника, лечение.**
- 5. Особенности ведения в послеоперационном периоде проктологических больных.**

Геморрой — заболевание, связанное с тромбозом, воспалением, патологическим расширением и извитостью геморроидальных вен, образующих узлы вокруг прямой кишки.

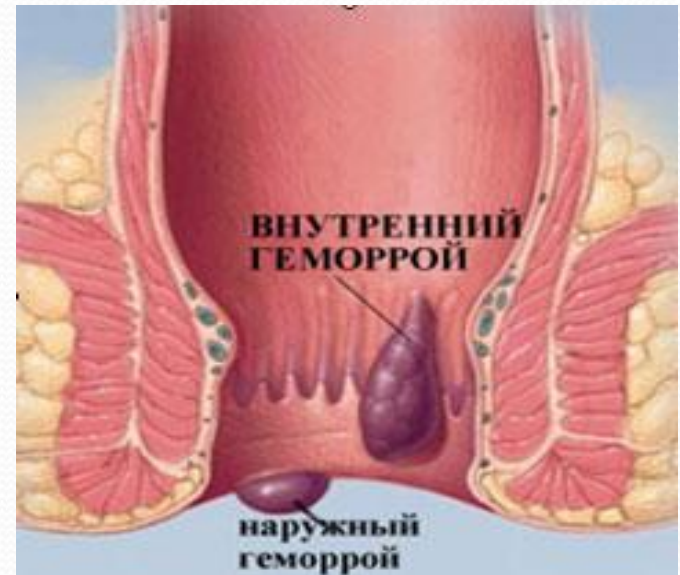
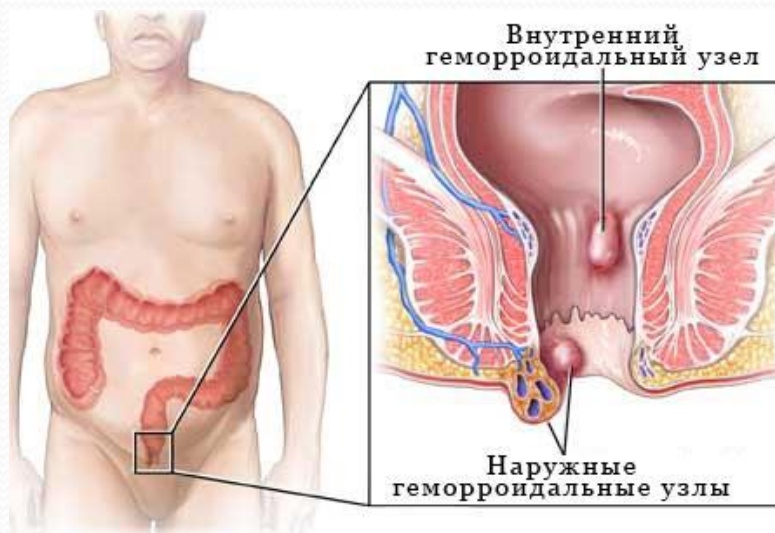
Причины геморроя:

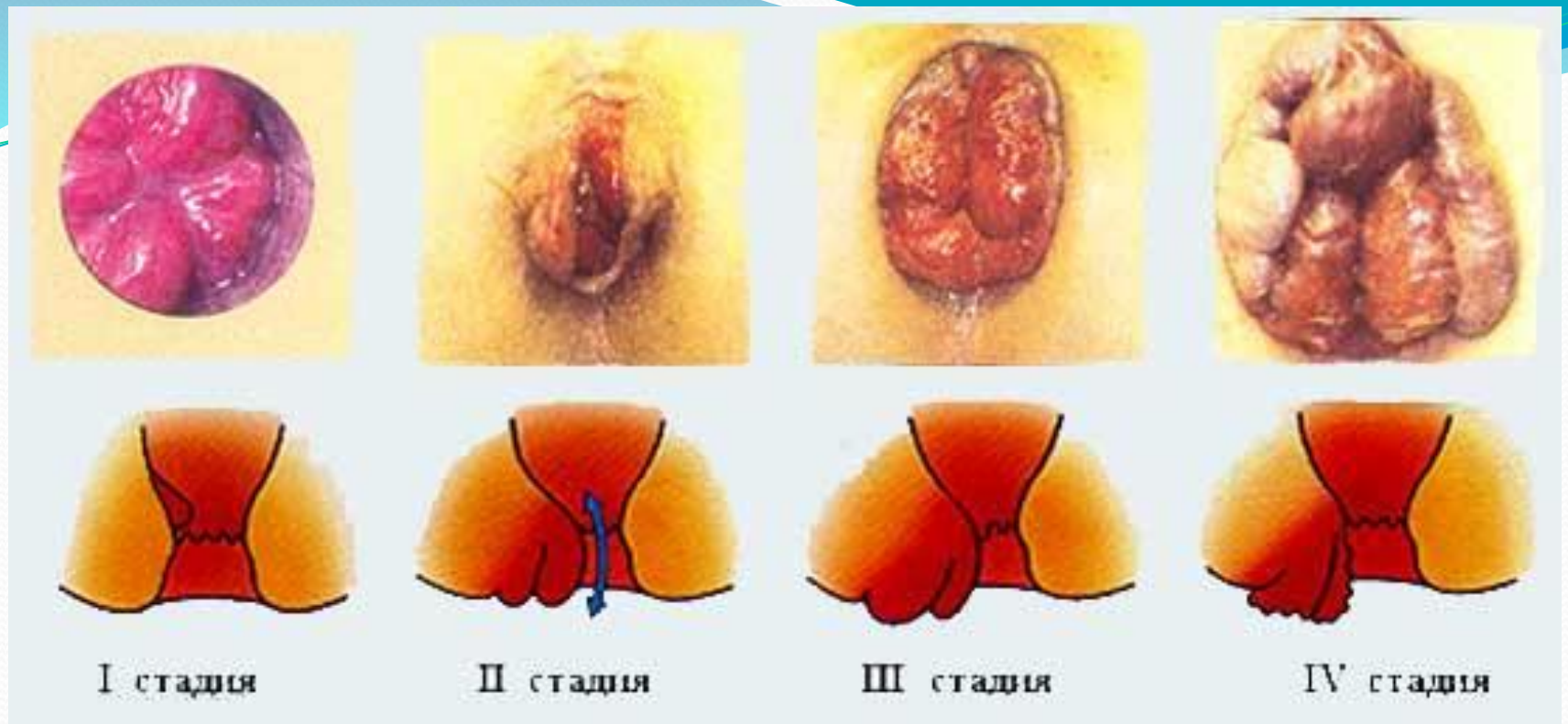
- наследственность;
- запоры;
- тяжелый труд и длительное пребывание во время
- работы в положении сидя или стоя;
- беременности и роды;
- хронические заболевания женской половой сферы;
- опухоли малого таза;
- аденома предстательной железы;

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.

Лечение геморроя

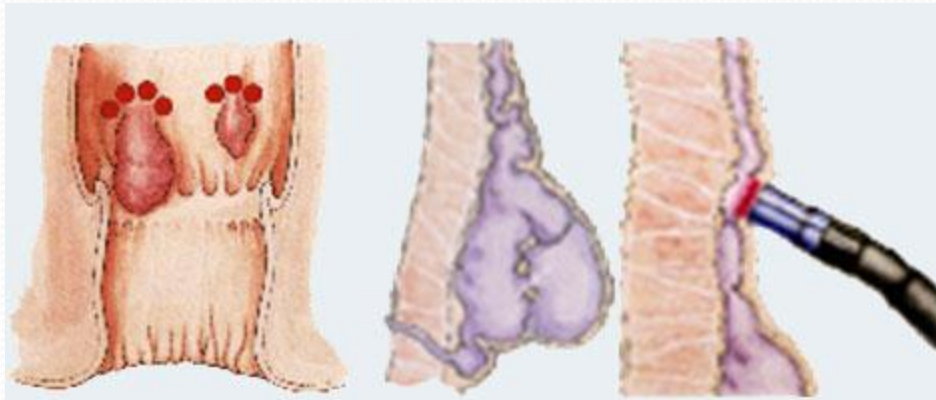
Консервативное (начальная стадия):

- **нормализация стула;**
- **диетотерапия;**
- **гигиенический уход за анальной областью:**
 - **подмывания прохладной водой,**
 - **не допускать мокнутия и мацерации 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.



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

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

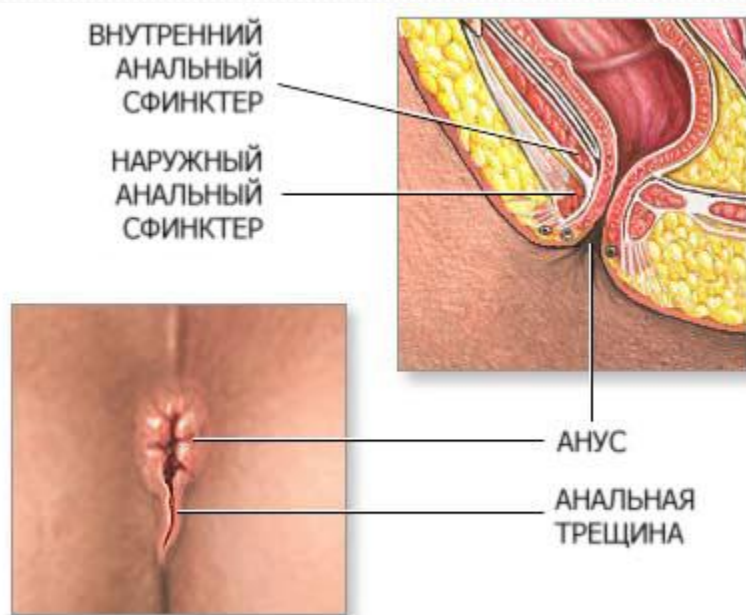
Геморроидэктомия – иссечение геморроидальных узлов



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.

Выпадение прямой кишки -



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:

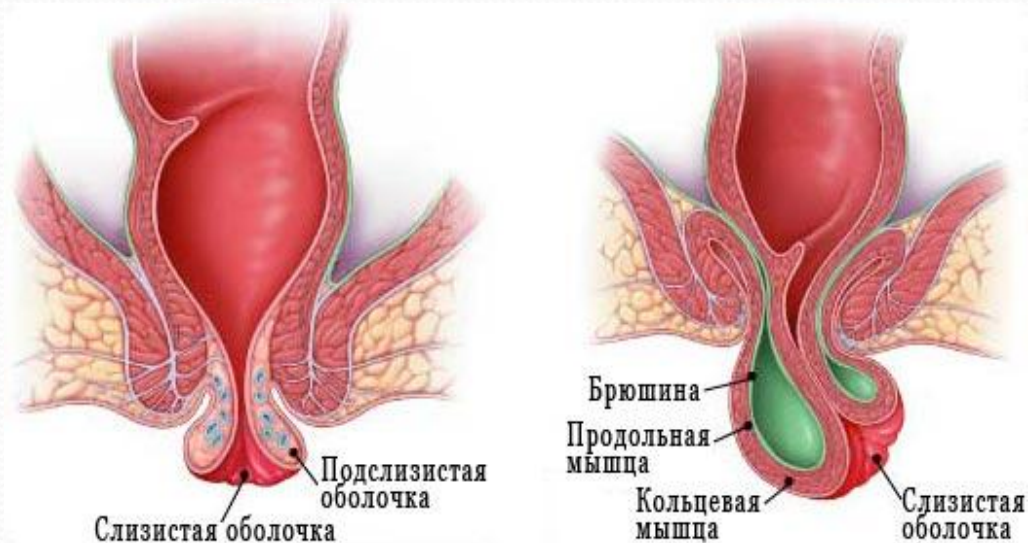
1. врождённая дряблость промежности;
2. слабая фиксация прямой кишки вследствие атрофии жировой клетчатки;
3. рахит, гипотрофия у детей;
4. дизентерия;
5. запоры;
6. чрезмерно долгое пребывание на горшке;
7. анатомические особенности прямой кишки у детей,

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,**
- **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.

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.

Список литературы:

- П/р В.С. Савельева, А.И. Кириенко. Хирургические болезни. В 2-х т. Т.1. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 608с.
- П/р М.И. Кузина. Хирургические болезни. – М.: Медицина, 2002. -784с.
- <http://www.proctolog.ru/symptoms .htm>
- <http://medportal.ru/enc/proctology/>