

# **Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями прямої кишки.**

Лекція-презентація  
для студентів IV курсу  
Сестринська справа

# Вузлові питання лекції

1. Методи дослідження прямої кишки.
2. Ушкодження прямої кишки й сторонні тіла в ній, перша допомога.
3. Запальні захворювання прямої кишки та навколопрямокишкової (параректальної) клітковини, тріщини відхідника, гострий проктит, геморой, гострий парапроктит, нориці відхідника і прямої кишки.
4. Доброякісні та злоякісні пухлини товстої кишки діагностика, лікування.
5. Профілактичні огляди населення.

# І. Методи дослідження прямої кишки.

АФО: Пряма кишка поділяється на ректальну и анальну частини. Анальна частина закінчується міцним сфінктером. Клітковина навколо прямої кишки називається навколопрямокишковою . Лікар, який обстежує і лікує хворих з захворюваннями прямої кишки - проктолог.

## *Методи обстеження прямої кишки:*

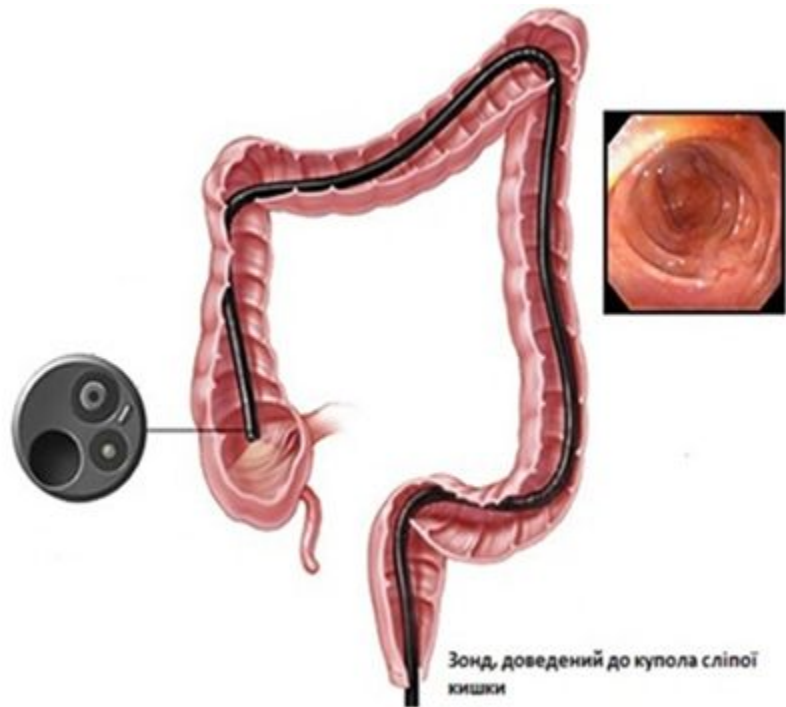
**1)Огляд** ділянки заднього проходу та прямої кишки - виявляють тріщини заднього проходу, гемороїдальні вузли, випадіння слизової оболонки прямої кишки, кондиллом, фістул, тріщин, виразки).

**2)Пальцеве дослідження дозволяє визначити** наявність запальних патологічних процеси, виявляються тонус сфінктера і передміхурової залози (розміри, консистенція) і стан слизової оболонки.

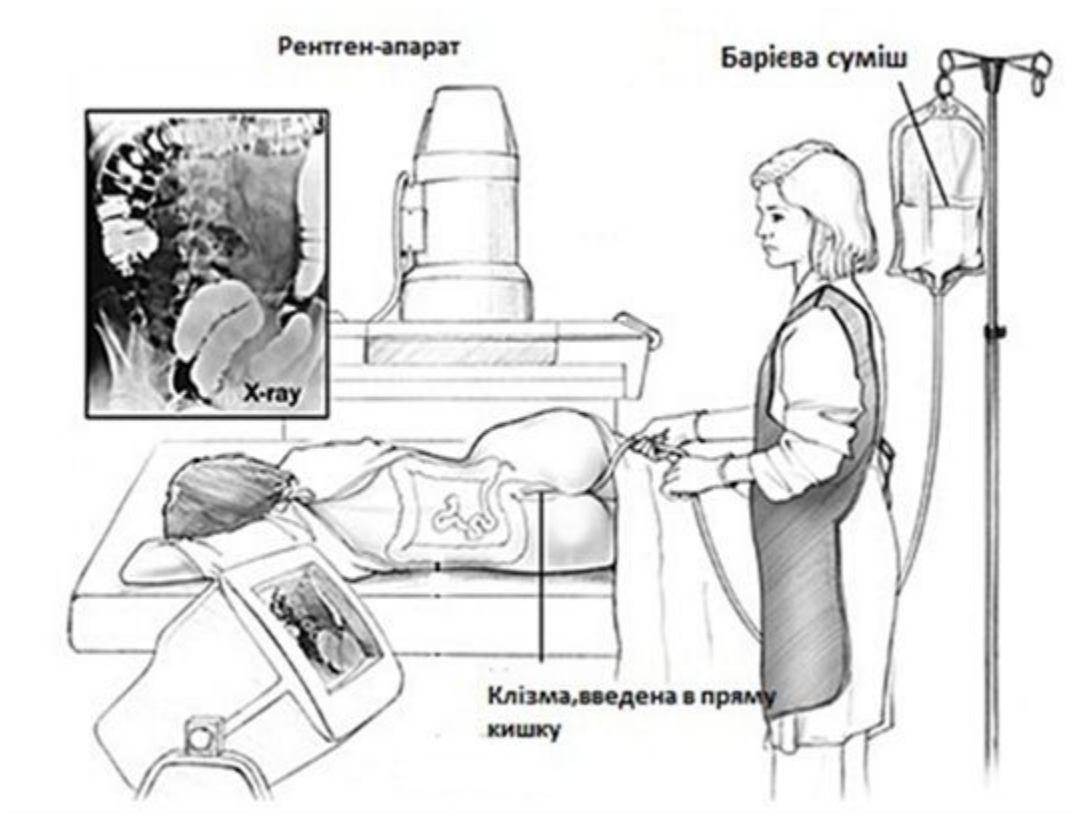
**3)Інструментальні методи дослідження:** ректоскопія (ректальне дзеркало), ректороманоскопія ( 30см), колоноскопія.

**4) Рентгенологічні дослідження :** Іригоскопія

# Колоноскопія



# Іригоскопія



## II. Ушкодження прямої кишки й сторонні тіла в ній, перша допомога.

Ушкодження прямої кишки при закритих переломах кісток таза трапляються дуже рідко переважно у випадках переломів крижів із зміщенням відламків.

При **вогнепальних** нерідко бувають поєднані ушкодження кісток тазу і прямої кишки. У разі ушкодження прямої кишки затримуються випорожнення і газу , через задній прохід виділяється кров , через рану – кал і газу. Швидко розвивається калова флегмона.

Причиною пошкодження можуть бути **сторонні тіла прямої кишки**, інколи травма стінки кишки настає при видаленні стороннього тіла. Хворі поступають з ускладненнями и (перитоніт, параректальний абсцес). Доволі рідко пошкодження прямої кишки зумовлені збоченими половими актами та предметами сексуальної стимуляції.

### Перша допомога

1. Зупинка зовнішньої кровотечі, тампонада рани
2. СЛР
3. Знеболювання
4. Введення сечового катетера
5. Інфузійна терапія

# III . Запальні захворювання прямої кишки та навколопрямокишкової (параректальної) клітковини, тріщини відхідника, гострий проктит, геморой, гострий парапроктит, нориці відхідника і прямої кишки

**Тріщини заднього проходу** займають третє місце після коліту і геморою (11,7%). Виникають переважно у жінок. Причина - запори, твердий кал, звужене анальне кільце.

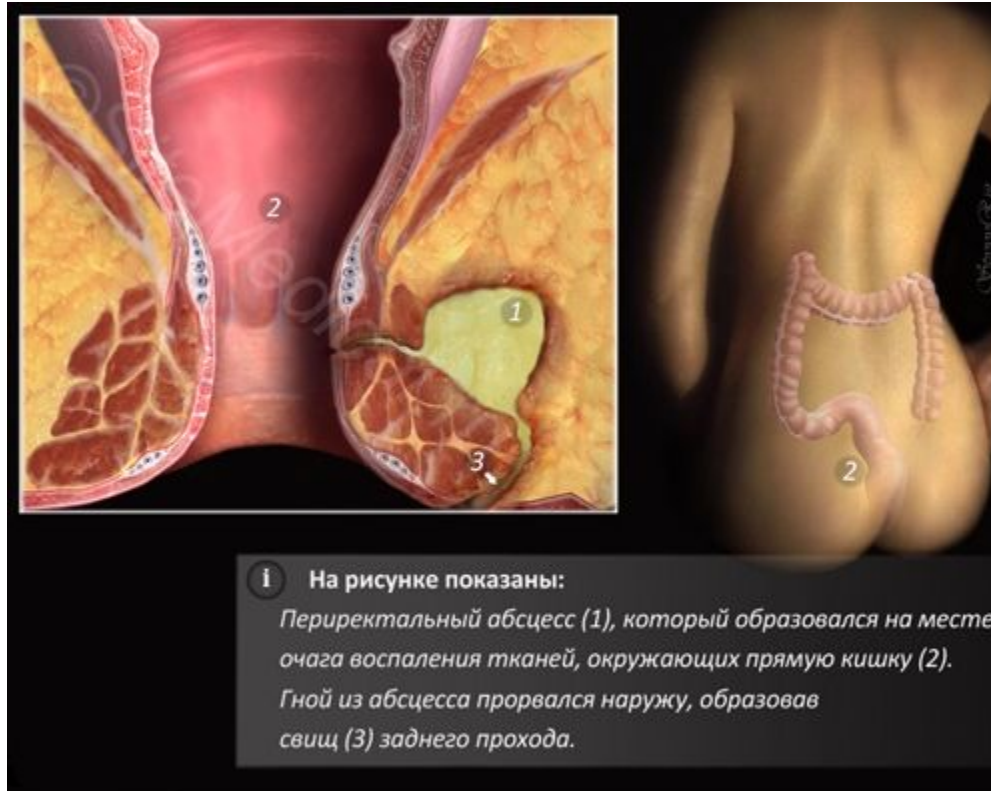
**Клінічні ознаки.** Захворювання розпочинаються з простого розриву слизової оболонки і кровотечі. Хвороба характеризується сильним болем з іррадіацією в поперек, сідниці, сечовий міхур, наявності частих кровотеч, болючому акті дефекації.

Діагностика. Візуальний огляд і пальцеве дослідженні прямої кишки.

*Лікування консервативне.*

1. Перш за все санацію тріщин необхідно розпочинати з призначення дієти.
2. Регуляції у хворих стільця (дуфалак, регулакс, сірчанокисла магнезія, і ін.).
3. Сидячі теплі ванни з калію перманганатом, ромашкою, дубовою корою.
4. Пресакральні новокаїнових блокад, введення спиртово-новокаїну під дно тріщини.

# Гострий парапроктит - запалення навколопрямокишкової клітковини, що швидко призводить до гнійно-некротичного руйнування тканин та перехід у хронічну форму і утворення норниць





|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Етіологія</b>            | Стрептокок, кишкова паличка та ін.  |
| <b>Чинники парапроктиту</b> | Гнійне запалення анальних залоз, які відкриваються у задньопрорідні пазухи. Чоловіки хворіють у 2рази частіше від жінок.  |
| <b>Класифікація</b>         | За локалізацією розрізняють: 1. Підшкірні гнійники.2. Підслизові.<br>3. Сіднично-прямокишкові. 4. Тазово-прямокишкові   |
| <b>Клінічні ознаки</b>      | Захворювання розпочинається гостро і розвивається дуже швидко з підвищенням температури тіла до 38-39°C, розвитком інтоксикації. У хворого виникає різкий біль у ділянці заднього проходу, який інколи супроводжується тенезмами (позивом на дефекацію).  |
| <b>Діагностика</b>          | При об'єктивному обстеженні виявляють припухлість, гіперемію, болючість при пальпації.<br>При пальцевому дослідженні виявляють ущільнення на певній ділянці, виникає біль при натискуванні на уражену стінку прямої кишки. При сформованих гнійниках у центрі ущільнення виникає флуктуація.<br><b>Фістулографія (застосовують йодоліпол).</b>  |
| <b>Лікування</b>            | Тільки оперативне. <b>Консервативне лікування - ліки і фізичні процедури не ефективні! - це велика тактична помилка.</b> Хворі на гострий парапроктит повинні лікуватись тільки в стаціонарі. Перед операцією їм необхідно очистити пряму кишку розчином фурациліну 1:5000 і добре помити промежину. Оперувати слід тільки під загальним наркозом. Операція полягає у ретельної ревізії та дронування |

# Гострий передній та задній парапроктит



## Передопераційне профарбовування нориці



**Зонд в каналі нориці**

# **Самостійне вскриття парапроктиту**



**Лікування тільки оперативне**

## **Догляд за хворими із захворюваннями прямої кишки. Підготовка хворих до операції**

Хворих готують до операції за 3-5 днів.

Призначають дієту, вона повинна бути висококалорійною і безклітковинною.

За 2-3 дні до операції призначають проносні засоби (15-30% розчин сульфату магнію по 1ст. ложці 6-8 разів на день або рицинову олію по 1с\*т. ложці 4-5 разів на день).

Очисні клізми вранці і ввечері.

Для профілактики нагноєння ран і розходження швів кишечника за 3 дні до операції хворому призначають антибіотики, що діють переважно на кишкову мікрофлору (тетрациклінова, левоміцетинова групи, аміноглікозиди та ін.).

**Геморой** у перекладі з грецької означає кровотечу.

В сучасному розумінні - це варикозне розширення вен прямої кишки.

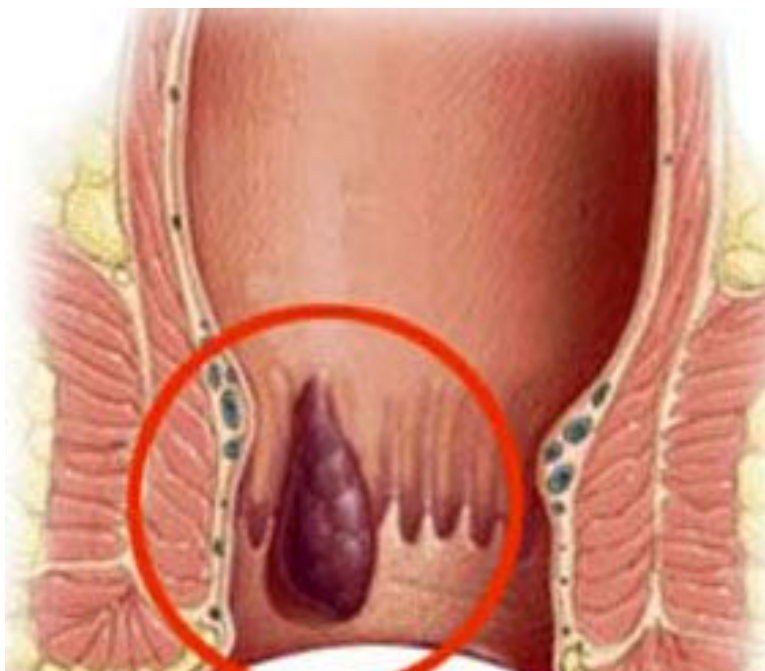
|              |   |
|--------------|---|
| Чинники      | Сидячий спосіб життя, тяжка фізична праця, вагітність, запори.  |
| Класифікація | 1. зовнішній і внутрішній ; 2. поодинокі або множинні вузли. 3. За формою: грушоподібні, кулеподібні, мішкоподібні. 4. гострий і хронічний 5. не ускладненими і ускладненими (кровотеча, тромбоз, випадання слизової оболонки, тріщини, па рапроктити та ін.).  |
| Клініка      | Починається поступово. Перші симптоми - <b>свербіння</b> у задньому проході, потім з'являється біль і вузли, кровотечі. Гемороїдальні вузли можуть випадати при фізичному напруженні, дефекації і самостійно вправлятися, а можуть випадати не тільки при напруженні і дефекації, а й при ходьбі або просто при вертикальному положенні хворого. Хворий не може ходити, сидіти, з'являється гарячка.  |
| Діагностика  | Огляд ануса, пальцеве дослідження прямої кишки, ректоскопія, RRS  |
| Лікування    | <b>Консервативне, оперативне, склеротерапія.</b><br><u>Консервативне</u> : дієта (включають буряк, моркву, кефір, яблука, кисле молоко. Виключають: алкоголь, перець, гірчицю та ін. Призначають послаблювальні засоби: дуфалак, регулакс, смекту та ін. При сильному болю призначають свічки з анестезином, беладоною, "Реліф", "Проктоседіл", і ін. сидячих ванн зі слабким розчином (КМпО <sub>4</sub> ) або дубової кори, ромашки; 2-3 рази на день ставлять мікроклізми з риб'ячим жиром, маслом шипшини, маззю Вишневського. Солюкс, УВЧ, діатермію, струми Дарсонваля.<br><u>Склеротерапія</u> - застосовують спирт, 60% розчин глюкози, варикоцид, варикоцид. |

# Зовнішній геморої



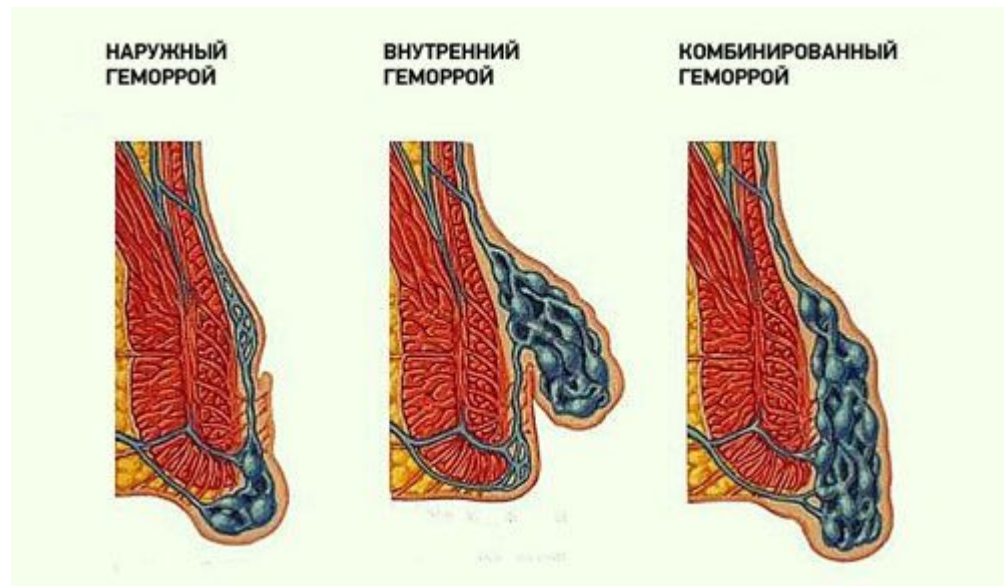


# Зовнішній і внутрішній геморої





# Зовнішній і внутрішній геморої



## **IV. Доброякісні та злоякісні пухлини товстої кишки діагностика, лікування.**

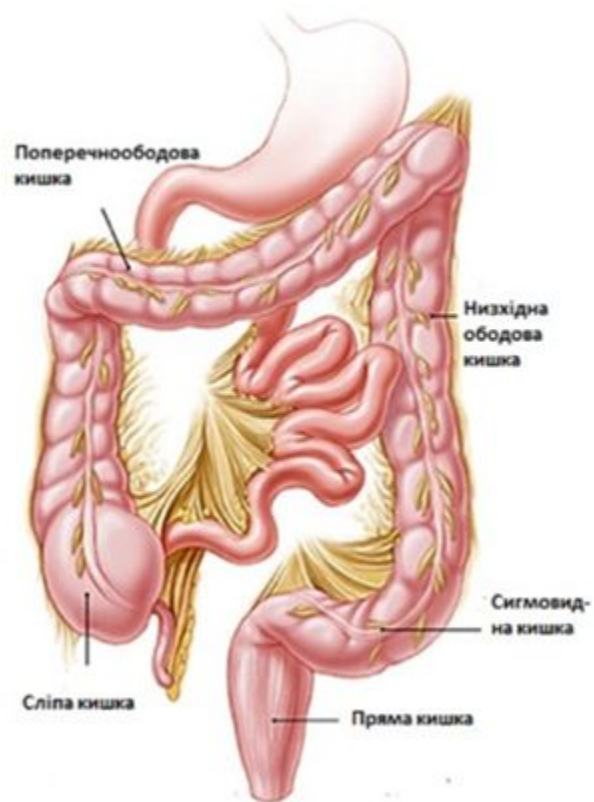
В останні 20 років спостерігається значний ріст різних пухлин як тонкої, так і товстої кишки.

До доброякісних пухлин кишечнику відносять: **поліпи, лейоміоми, рабдоміоми, ангіоми, невриноми** і т. ін. Поодинокі і множинними.

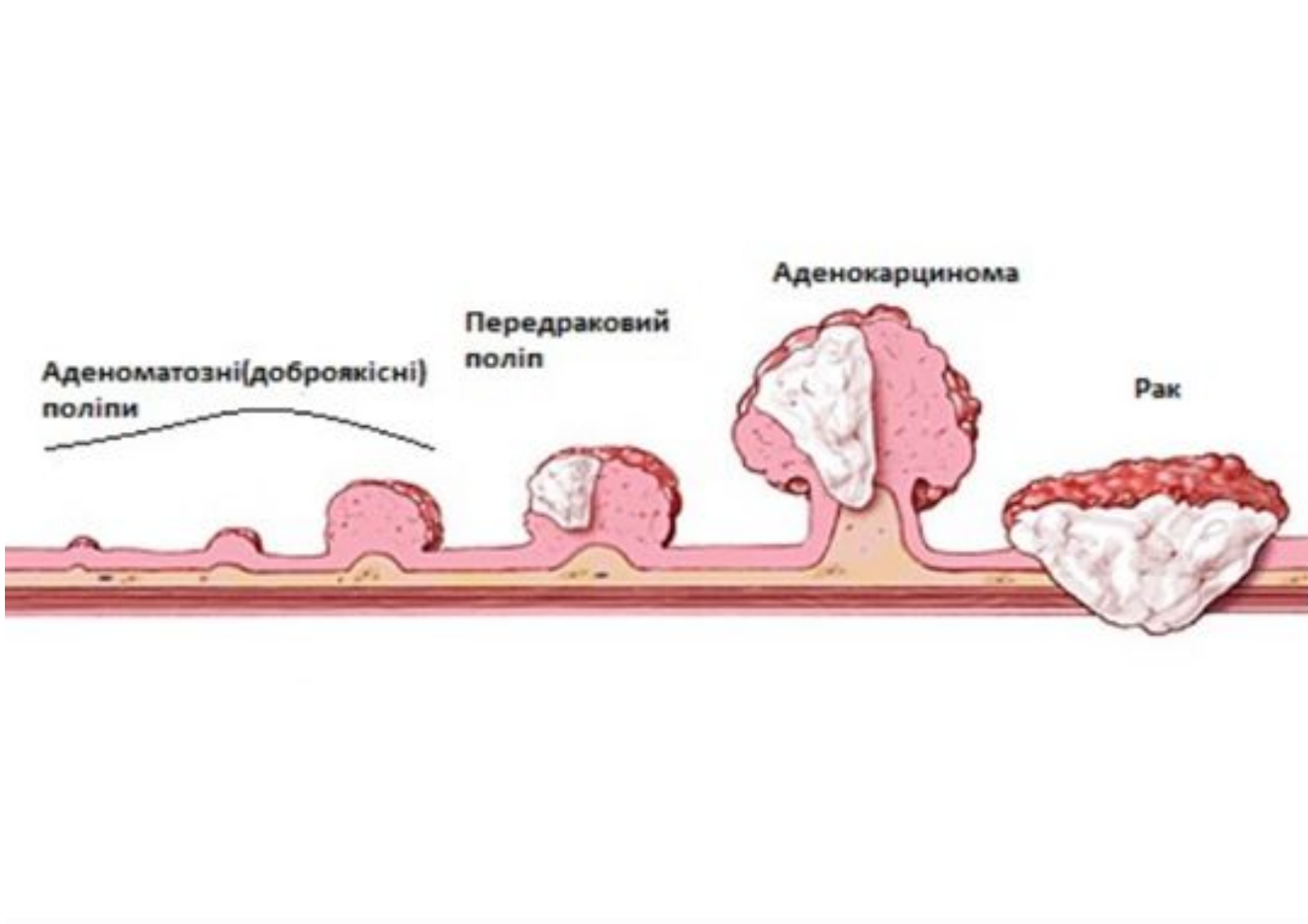
**Клініка.** Доброякісні пухлини як тонкої, так і товстої кишки тривалий час можуть себе не проявляти. Інколи може виникати біль у животі без чіткої локалізації, пронос, виділення крові і слизу з калом, схуднення.

**Лікування.** Методом вибору лікування доброякісних пухлин тонкої кишки є операція, яка полягає в резекції ураженої ділянки кишки з обов'язковим цитологічним дослідженням видаленої пухлини.

# Анатомічна будова товстої кишки



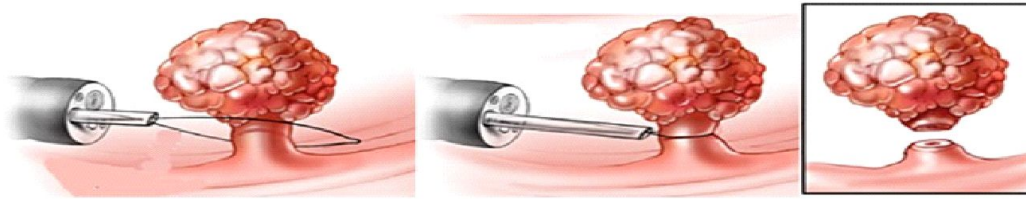
# Доброякісні та злоякісні пухлини товстої кишки



*Доброякісні пухлини прямої кишки* становлять 50-70% усіх пухлин прямої кишки. Трапляються у 2,5-7,5% усіх хворих з патологією прямої кишки.

Розрізняють *епітеліальні* пухлини (поліпи), *ворсинчасті* і пухлини *неепітеліального походження* (лейоміоми, ліпоми, фіброми, судинні пухлини).

### Поліпи кишечника



Лікування. Застосовують електрокоагуляцію поліпу через ректороманоскоп. При злоякісному перетворенні поліпу проводять оперативне втручання.

# *Рак товстої кишки*

Хворіють люди віком 40—60 років і старші.

## Клініка

За клінічним перебігом розрізняють рак правої і лівої половини товстої кишки. Рак правої половини відрізняється екзофітним ростом, не спричиняє порушень проходження калових мас по кишці.

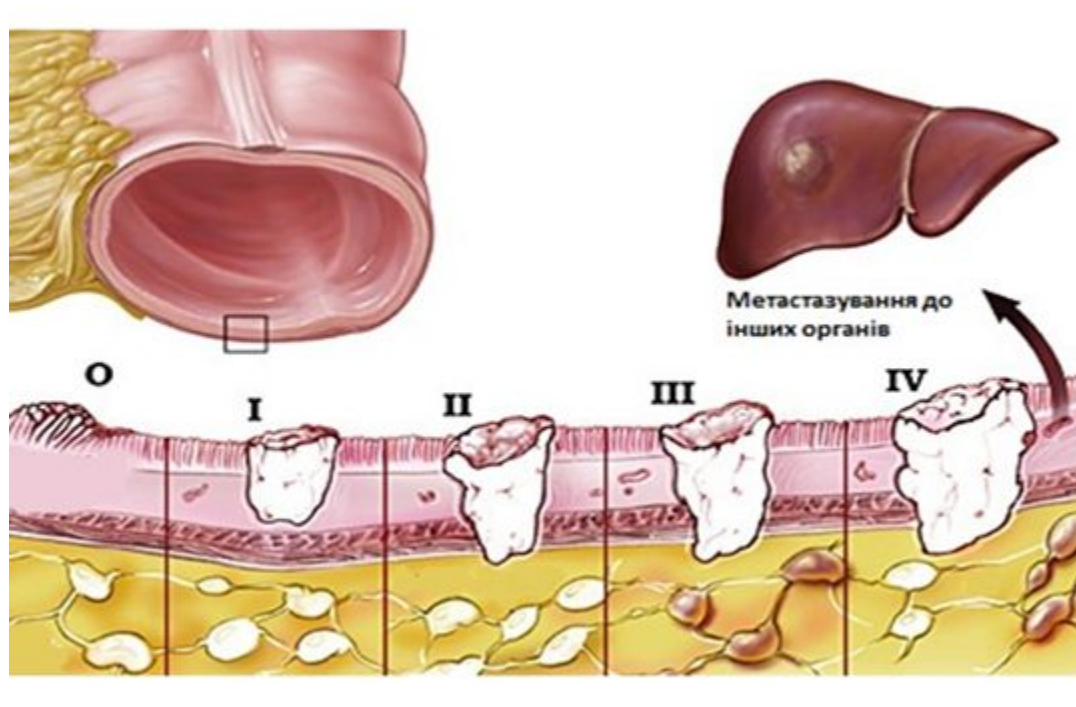
Рак лівої половини ободової кишки характеризується інфільтративним ростом з розвитком обтурації кишки. Хворі скаржаться на біль у животі, схуднення, загальну слабкість, виділення слизу та крові з калом, закріп, метеоризм.

## Діагностика

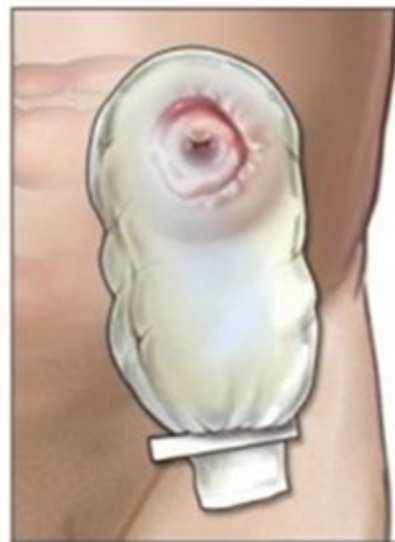
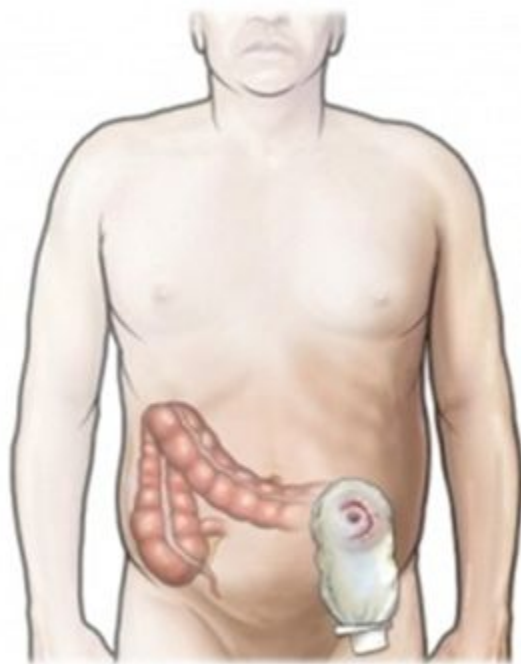
1. рентгенологічного обстеження товстої кишки з постановкою контрастної клізми;
2. колоноскопію

## Лікування

Резекція товстої кишки в межах здорових тканин. При неоперабельних пухлинах накладають обхідний анастомоз між товстою та тонкою кишкою або формують штучний протиприродний відхідник для відходження калу і газу.



## Колостома. Накладання калоприймача





# Рак прямої кишки

|              |  |
|--------------|--|
| Чинники      | Основною причиною ракових уражень у 50-70% хворих є переродження доброякісних пухлин та різні запальні захворювання.   |
| Локалізація  | Переважно уражається <b>середньо - ампулярний відділ</b> прямої кишки (70-88%).  |
| Форми раку   | Рак ампули і проксимального відділу прямої кишки, як правило, є аденокарциномою або скіром, інколи викликає циркулярне звуження прямої кишки.  |
|              | Рак анального відділу трапляється рідше і походить з епітелію (плоскоклітинний рак).<br>За характером росту розрізняють екзофітну, ендофітну, змішану форму раку   |
| Класифікація | 1) <b>T1,N<sub>0</sub>M<sub>0</sub></b> - пухлина до 3 см (не більше 1/3 кишки);<br>2) <b>T2 N<sub>0</sub>M<sub>0</sub></b> - пухлина проростає до половини околу, проростає через усю стінку, при пальпації зміщується;<br>3) <b>T<sub>3</sub>, N1,M<sub>0</sub></b> - пухлина циркулярно охоплює кишку, проростає через всю стінку, є метастази в регіонарні лімфатичні вузли;<br>4) <b>T4,N1-3,M1</b> - велика пухлина, проростає в сусідні органи, визначаються метастази у сусідніх органах |
| Ускладнення  | <b>Рак верхнього відділу</b> ускладнюється стенозуванням кишки і кишковою непрохідністю,<br><b>середнього відділу</b> - кровотечами,<br><b>нижнього</b> - утрудненим актом дефекації.  |
| Клініка      | Переважно виникає дискомфорт, відчуття незавершеності акту дефекації. може супроводжуватись проносом, кишковою непрохідністю, в сечовий міхур - порушенням сечовипускання. Стрічковий кал.   |
| Діагностика  | 1)пальцеве дослідження прямої кишки, 2) ректороманоскопія; 3) рентгенографія (ангіографія, лімфографія); 4) біопсія і гістологічне дослідження.  |
| Лікування    | Операція. В окремих випадках проводять рентгенотерапію і хіміотерапію.   |
| Прогноз      | Тривалість життя хворого при паліативному лікуванні - 2-3 роки. Без операції хворі гинуть від низької кишкової непрохідності.  |

## Догляд за хворими із захворюваннями прямої кишки. Підготовка до операції

Хворих готують до операції за 3-5 днів.

- Призначають висококалорійну і безклітковинну дієту.
- За 2-3 дні до операції призначають проносні засоби (15-30% розчин сульфату магнію по 1ст. ложці 6-8 разів на день або рицинову олію по 1с\*т. ложці 4-5 разів на день).
- Очищають товстий кишечник за допомогою очисних клізм вранці і ввечері.
- Для профілактики нагноєння ран і розходження швів кишечнику за 3 дні до операції хворому призначають антибіотики,
- При операціях на прямій кишці в день операції кишечник очищають **сифонною клізмою до "чистої води"**. Крім того, проводять туалет промежини за допомогою спиртового розчину хлоргексидину, кутасепту, 0,5% розчину перманганату калію і ін.

## Догляд за хворими із захворюваннями прямої кишки після операції

- У перші дні після призначається дієта. Пити хворим дозволяють з 2-го дня після операції, з 3-го дня (індивідуальний підхід) можна давати рідку, калорійну, безклітковинну їжу (манна каша, кефір, йогурт, сирі яйця, протертий суп та ін.).
- Забороняють давати хліб, фрукти, молочні продукти. Протягом п'яти днів рекомендують призначати настоянку опію. На 5-6 день призначають по 20-30мл рідкого вазелінового масла, регулакс, дуфалак і тільки з 7-8-го дня можна ставити очисну клізму.

## Догляд за хворими із колостомою

Після кожного випорожнення кишечнику необхідно промити стому і на виступаючу частину слизової накласти серветки, змочені вазеліновим маслом. Шкіру навколо нориці необхідно змазувати пастою **Лассара** або іншою індиферентною маззю

## V. Профілактичні огляди населення.

В оглядових кабінетах поліклінік працюють спеціально підготовані акушерки.

Щорічному обстеженню в оглядовому кабінеті підлягають всі жінки старші 18 років під час першого в поточному році звернення на амбула торний прийом до лікаря будь-якої спеціальності.

В оглядовому кабінеті оглядають:

- 1) шкіру, нижню губу, зовнішні статеві органи;
- 2) проводять пальпацію молочних залоз і лімфатичних вузлів;
- 3) виконують бімануальне піхвове дослідження,
- 4) у жінок старших 30 років — додатково пальцьове дослідженням прямої кишки.

Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України № 208 від 30 XII 1992р. повинні бути організовані чоловічі оглядові кабінети в складі відділень профілактики. В кабінеті повинен працювати фельдшер, спеціально підготований по онкології, урології та **проктології**.

# Підсумковий контроль

## Задача №1

Хворий звернувся до поліклініки з приводу виділення слизу та крові з відхідника під час дефекації. Такий стан у хворого вперше, інших скарг немає. Які методи дослідження повинні бути призначені для з'ясування діагнозу?

## Задача №2

Хворий, 64 років, звернувся до поліклініки з скаргами на закріп, виділення слизу, калу з кров'ю, значний біль біля відхідника. Протягом останніх 3 міс схуд на 10 кг. Який ваш попередній діагноз? Які методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

## Задача №3

Під час проф. огляду хворої лікар звернув увагу на щільну бугристість біля відхідника. Під час розпитування з'ясувалося, що у хворої протягом 8 міс. часто бувають проноси кров'ю. Хвора бліда, анемічна. Під час пальцевого дослідження визначається щільна бугриста пухлина, яка займає 2/3 зовнішнього м'яза-замикача відхідника. Які повинні бути дії в даному випадку?

# Домашнє завдання

## Самотійна робота

**СРС: №1** Особливості догляду за хворими із захворювання прямої кишки

**СРС: №2** Особливості підготовки проктологічних хворих до операції

### Рекомендована література

О.М. Кіт, О.Л. Ковальчук, Г.Т. Пустовойт « Медсестринство в хірургії» стор. 400-409.

О.Л. Ковальчук, Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович « Медсестринство в хірургії» стор. 421 - 428.

«Руководство к практическим и занятиям по хирургии» Цитовська Л. В. Ст. 299-302.