

УО «Оршанский государственный
медицинский колледж»

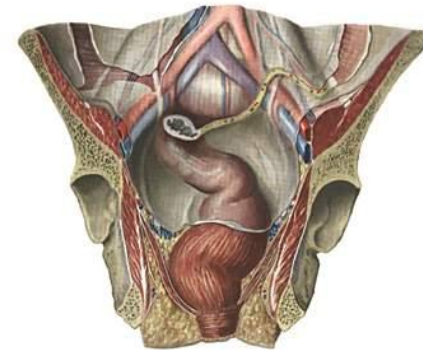
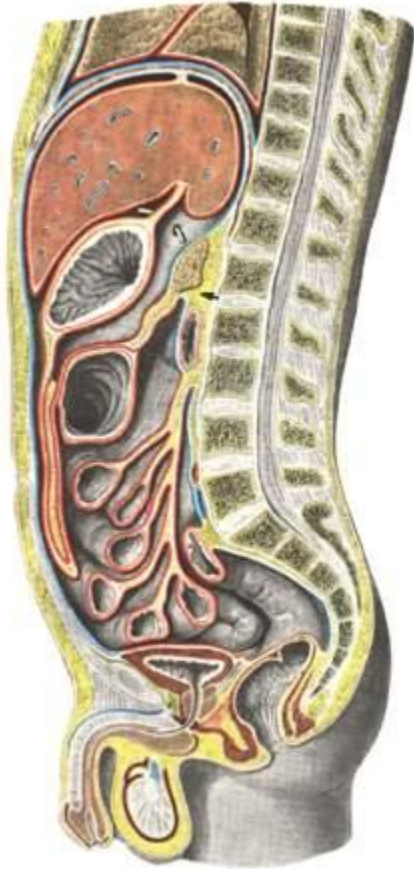
**Тема: «Хирургические заболевания прямой
кишки (основы проктологии)»**

Составила преподаватель хирургии—
Мохначева Ирина Михайловна

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Прямая кишка- дистальный отдел кишечной трубки, расположенный в полости малого таза и заканчивающийся в области промежности. Ее длина у взрослого человека составляет 13-15 см. Мышцами, поднимающими задний проход, она разделяется на тазовый(10-12см) и промежностный (2-4см) отделы. Тазовый отдел: надампулярная часть(3-4см); ампулярная часть(7-8см). Промежностный отдел представлен анальным каналом, открывающимся на промежности заднепроходным отверстием.

Анатомия прямой кишки



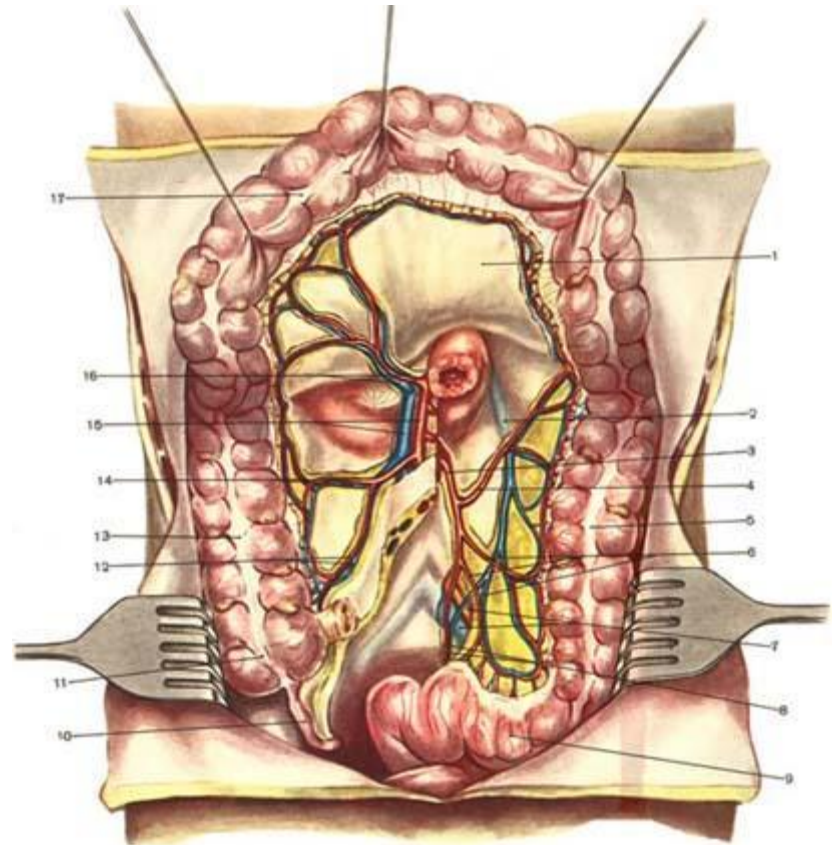
- Естественное положение прямой кишки обеспечивает ее связочный аппарат. Он образован сосудами и связками, идущими от боковой окружности кишки к крестцу и копчику. Стенка тазового отдела прямой кишки состоит из 4-х слоев: брюшины, мышечного, подслизистого и слизистого.

Физиологическая роль прямой кишки заключается в выполнении адсорбционной, резервуарной и эвакуаторной функций.

- В надампулярном и ампулярном отделах слизистая образует продольные (морганиевые столбы) и поперечные складки (полулунные заслонки). В дистальной своей части продольные складки заканчиваются бугорками анального канала, соединёнными между собой поперечными складками. На свободном крае полулунные заслонки содержат треугольные возвышения – анальные сосочки. Между морганиевыми столбами и анальными заслонками образуются углубления слизистой оболочки (морганиевы крипты), играющие большую роль в генезе заболеваний прямой кишки.
- Различают внутренний сфинктер (утолщение в верхней части анального канала, образованное круговыми волокнами) и наружный произвольный сфинктер прямой кишки (наружный жом).

Кровоснабжение прямой кишки

Кровоснабжение прямой кишки происходит по широко анастомозирующим между собой нескольким артериям: непарной верхней артерии прямой кишки, парной средней прямокишечной артерией, парной нижней прямокишечной артерией и веточками срединной крестцовой артерии. Венозная система образует 3 сплетения: подслизистое, подфасциальное, подкожное.



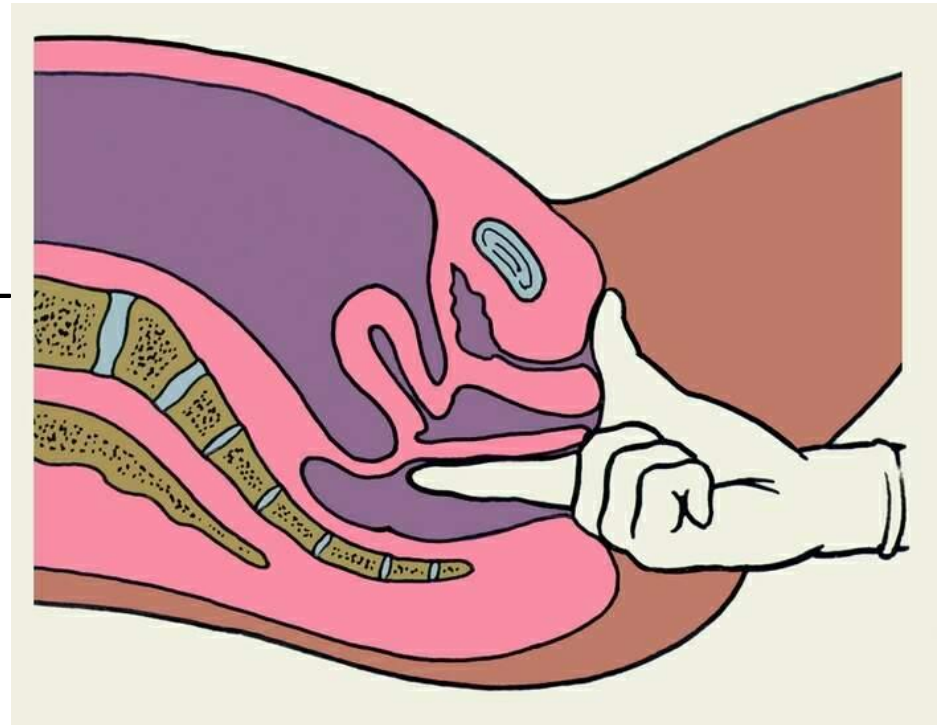
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОСМОТР:** проводится при достаточном освещении в удобном положении больного (коленно-локтевое и положение на спине в гинекологическом кресле). Для более точной локализации патологического процесса в аноректальной области она условно разделена подобно циферблату часов в положении больного лежа на спине.



ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

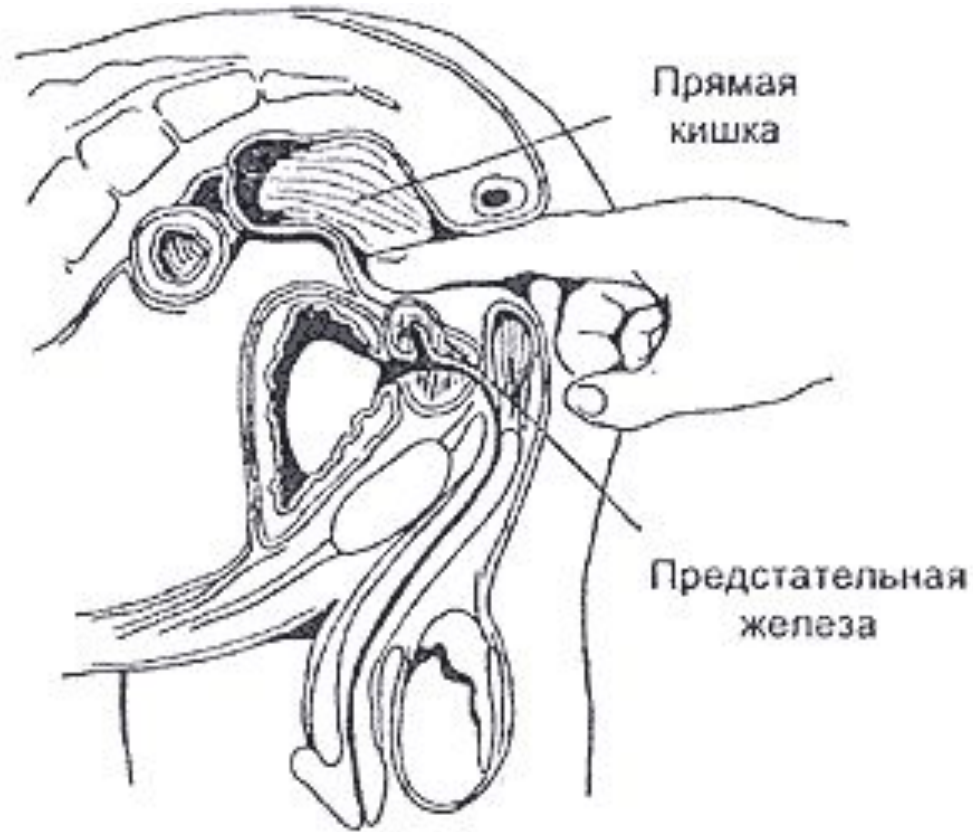
- Очень важный диагностический приём и проводится каждому больному, предъявляющему какие-либо жалобы на заболевание прямой кишки или заднего прохода и всем обратившимся за медицинской помощью после сорока лет.



ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:



ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:



УЗИ

- Позволяет определить патологию просвета и параректального просвета прямой кишки.



F5.0
D 7.9MM
12.5MM



MHR (6)



CAN L
REJ 0
C 72
DR50
FF 1

Аноскопия и исследование с помощью ректального зеркала

РЕКТОСКОПЫ
с волоконным световодом
автоклавируемые

Ре – ВС – 20 – “КВАРЦ” с obtуратором

Ре – ВС – 20/60 – “КВАРЦ”
без obtуратора

Ре – ВС – 2,8/20 – “КВАРЦ” с obtуратором
с биопсийным каналом

НОВИНКА
Ре-ВС-05-“КВАРЦ”

сменный одноразовый тубус

сменный многоразовый тубус Ре-ВС-05

сменный многоразовый тубус
без obtуратора Ре-ВС-05

осветительная головка
Ре-ВС-05 с оптическим устройством

АНОСКОПЫ
прямого видения
с волоконным световодом

хирургический

многоразовый

одноразовый

РеД – ВС – 13/16 – “КВАРЦ”
детский, с obtуратором

**ЗЕРКАЛА
РЕКТАЛЬНЫЕ**
со световодной насадкой

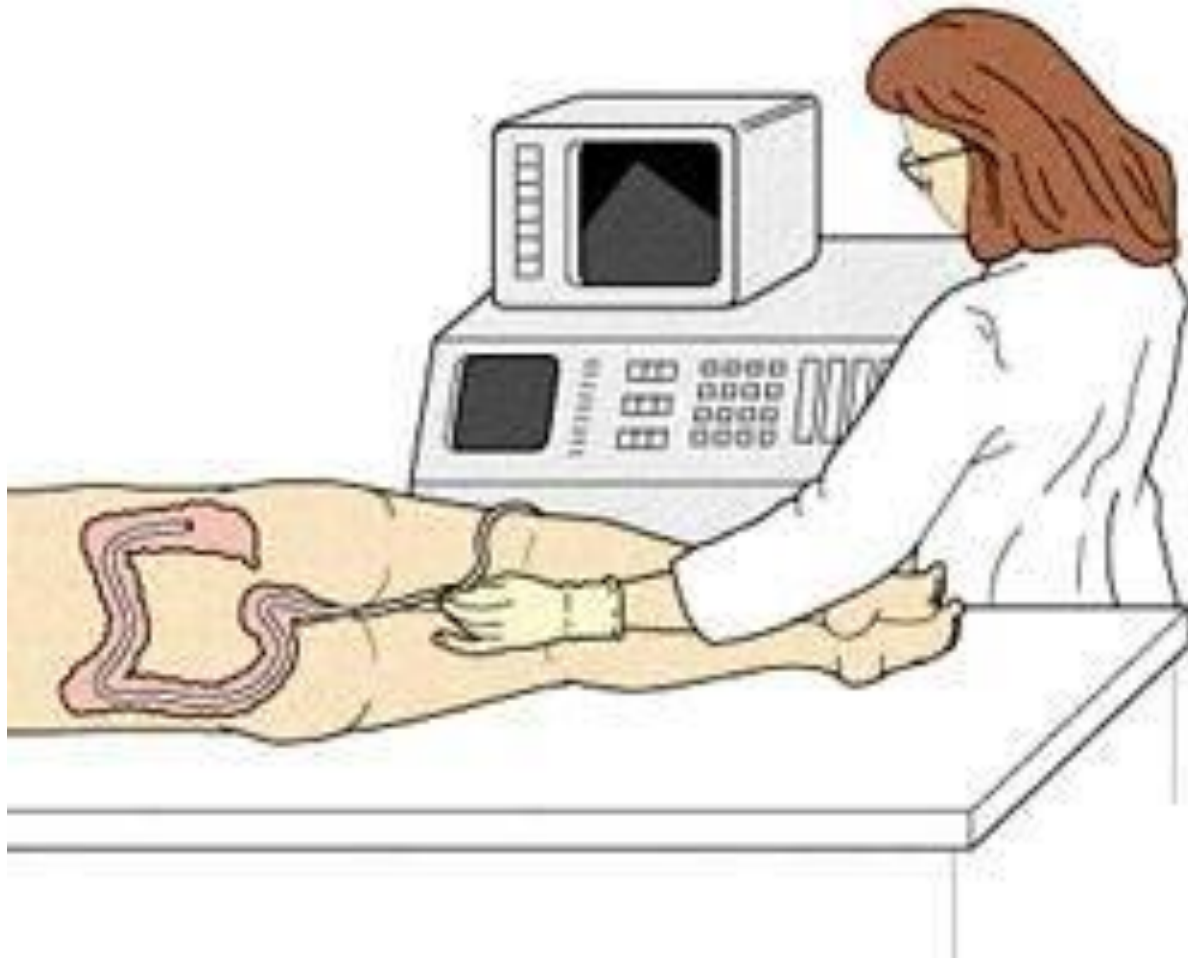
двусторчатое 3-61
длина рабочих губок - 100мм
ширина рабочих губок - 25мм

двусторчатое
операционное 3-63
длина рабочих губок - 100мм
ширина рабочих губок - 28мм

трехсторчатое 3-33
длина рабочих губок - 85мм
ширина рабочих губок - 20мм

трехсторчатое
со сменными
браншами

Ректороманоскопия



Ректороманоскопия

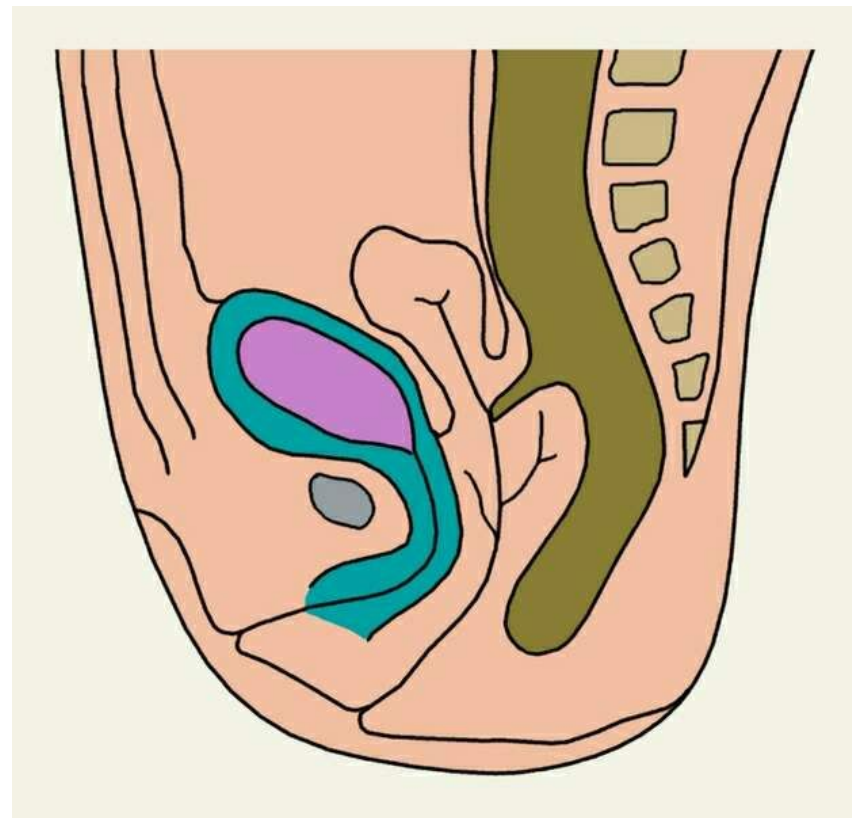


Ирригография



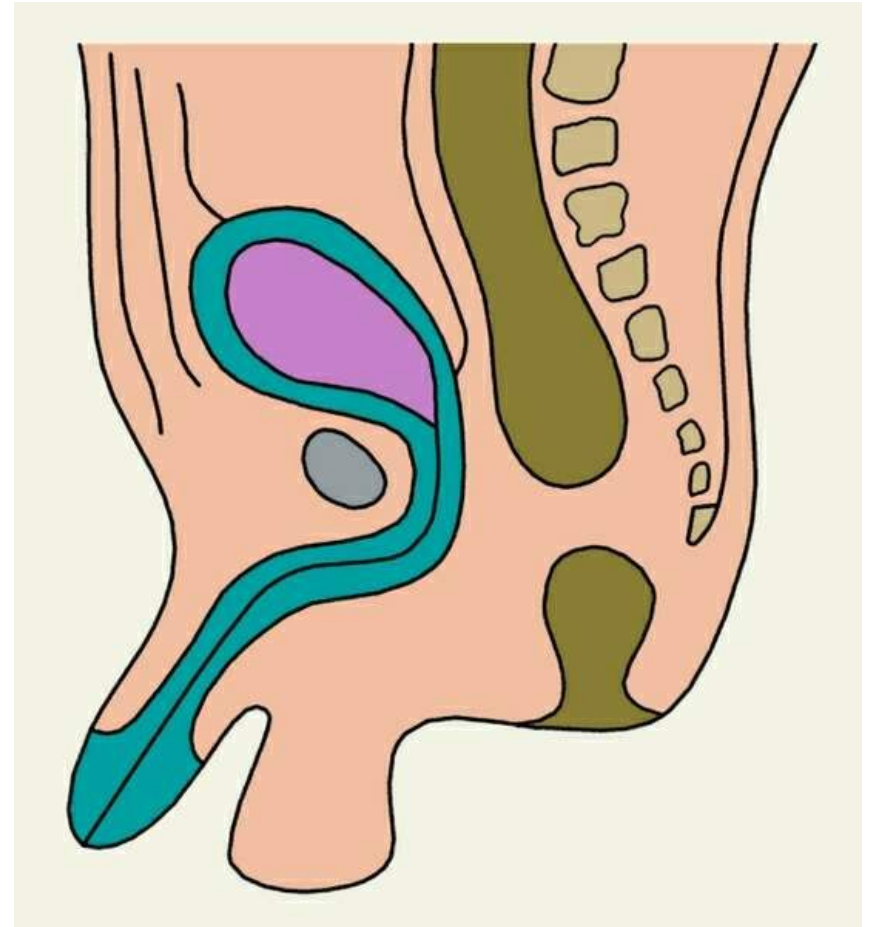
Пороки развития

Атрезии – это заращение заднего прохода прямой кишки. Составляют 80-85% всех аноректальных пороков. Встречаются в виде полной атрезии или атрезии со свищами. Наиболее благоприятной формой является прикрытое анальное отверстие. Через истончённую кожу нередко виден просвечивающийся меконий. Если при плаче ребёнка промежность опускается и выпячивается, то прямая кишка хорошо развита, слепой конец её лежит близко к коже.



Пороки развития

При атрезии прямой кишки заднепроходное отверстие сформировано правильно, но на расстоянии от 1 до 5 см от переходной складки заканчивается слепо. При отсутствии мекония в течение первых суток каждый новорожденный должен быть исследован с помощью резинового катетера, вводимого через заднепроходное отверстие. В норме катетер удаётся ввести на 10 см и более, а при атрезии прямой кишки он, встречая препятствие, сворачивается и выходит обратно.



Пороки развития

При атрезии заднего прохода и прямой кишки промежность при плаче ребёнка не выпячивается. Если ребёнку не оказана срочная медицинская помощь, он становится беспокойным, плохо сосёт, срыгивает. В течение 1-3 дней развиваются симптомы низкой кишечной непроходимости.

Лечение оперативное.

Эпителиальный КОПЧИКОВЫЙ ХОД

Эпителиальный

КОПЧИКОВЫЙ ХОД – это дефект развития кожи, обусловленный неполной редукцией бывших мышц хвоста. Он представляет собой эпидермальные элементы, расположенные под кожей межягодичной области и связанные с поверхностью кожи одним или несколькими, часто эпителиальными ходами.



Эпителиальный копчиковый ход

- Если эпителиальные копчиковые ходы воспаляются. То первым симптомом является боль. Усиливающаяся при ходьбе, физической нагрузке и в положении сидя. При осмотре можно видеть в проекции копчика все признаки гнойного воспаления справа или слева от средней линии. Пальпаторно выявляется резкая болезненность. При формировании гнойника боль пульсирующая, повышается температура до 39°C , отмечается лейкоцитоз. При вскрытии гнойника все явления проходят.

Эпителиальный КОПЧИКОВЫЙ ХОД

Лечение оперативное. Больные с абсцессами в области копчика нуждаются в неотложной хирургической помощи:

- вскрытие гнойника;
- санация послеоперационной полости;
- лечение по принципам терапии гнойной раны.

Радикальное хирургическое лечение:

- иссечение эпителиального копчикового свища и всех его разветвлений в пределах здоровых тканей, предварительно окрасив ходы метиленовым синим.

Повреждения прямой кишки

- **Этиология:**

- К повреждениям прямой кишки могут привести:

- тупая и острая травма;
- огнестрельное ранение;
- воздействие химически активных веществ.

- К разрыву прямой кишки могут привести:

- внезапное повышение внутрибрюшного давления;
- промывание кишечника;
- клизма;
- шалости и т. д.

- В **клинической картине** отмечаются явления перитонита при повреждении внутрибрюшинного отдела кишки, при внутрибрюшинных повреждениях.

- **Лечение** оперативное и зависит от вида повреждения, его локализации, времени, прошедшем с момента повреждения и наличия осложнений.

Ожог прямой кишки



Геморрой

- **Геморрой** – варикозное расширение вен геморроидальных сплетений прямой кишки.
- Геморрой – заболевание сосудов дистального отдела прямой кишки и анального канала, возникающее вследствие расширения кавернозных телец прямой кишки

Геморрой

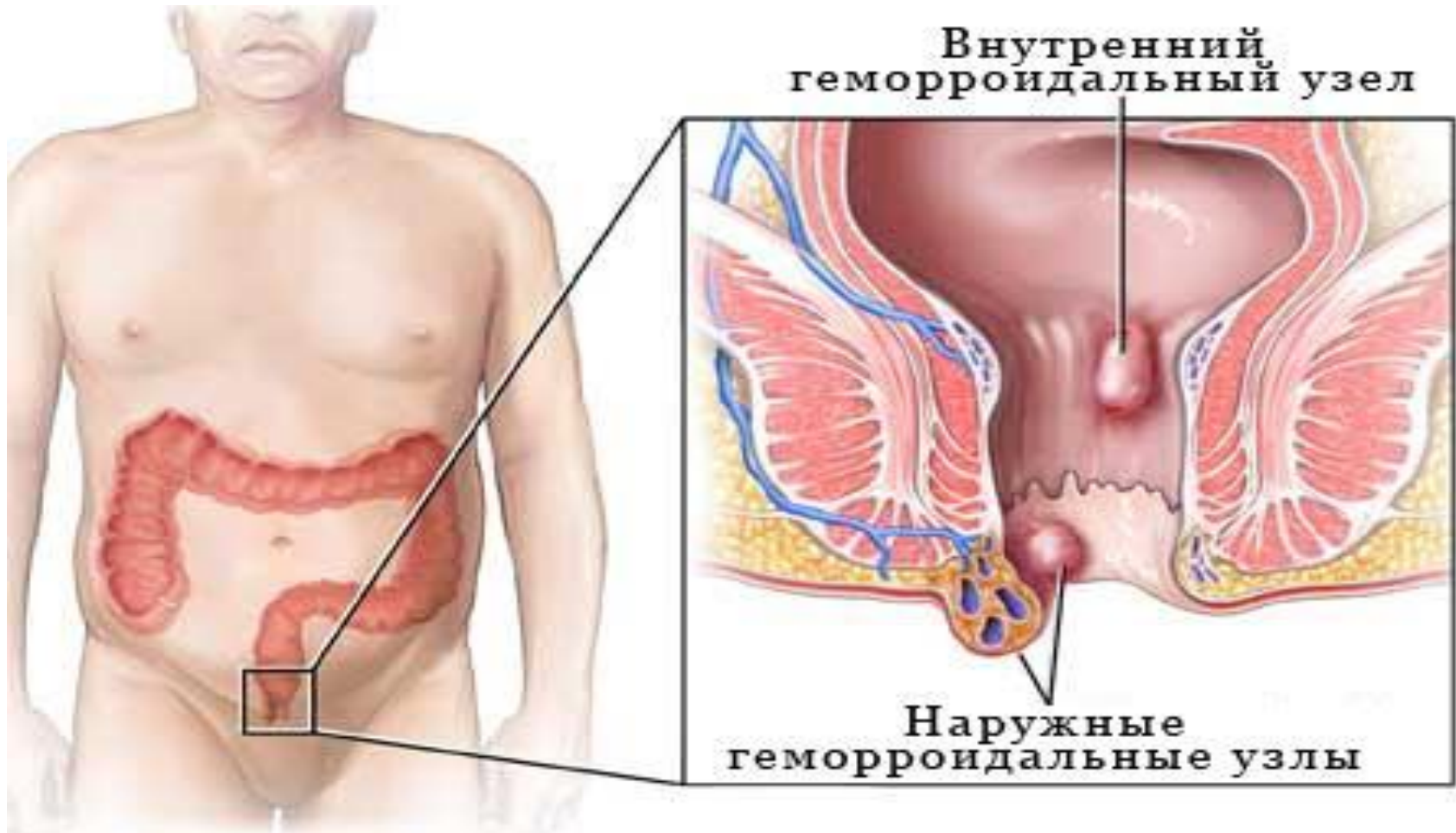


- Предрасполагающим фактором возникновения геморроя является особенность анатомического строения сосудов прямой кишки: в подслизистом слое прямой кишки имеются кавернозные сосудистые тельца (артерио-венозные шунты), проецирующиеся на 3,7,11 часах по циферблату (при положении больного на спине).

Геморрой

- Образующими являются все факторы, которые повышают внутрибрюшное давление: вертикальное положение тела, особенности диеты, сидячий труд, адинамия, запоры, двухмоментная дефекация, тяжелый физический труд, беременность, тяжелые роды.

Клиническая картина



Клиническая картина.

- Заболевание начинается постепенно. Вначале появляются неприятные ощущения в области ануса в виде тяжести, зуда, влажности. Эти явления постепенно прогрессируют, больной во время дефекации при натуживании замечает появление шишек из ануса.

Клиническая картина



Клиническая картина



Клиническая картина.



Клиническая картина.

- При осмотре геморроидальные узлы в диаметре составляют 1—2 см.
- В спокойном состоянии узлы находятся в спавшемся состоянии, а при напряжении и дефекации становятся; напряженными и плотными.
- В период осложнения при кровотечении во время или после акта дефекации выделяется из прямой кишки алая кровь.

Геморрой



Рис. 2. Выпадение внутренних геморроидальных узлов

Клиническая картина.

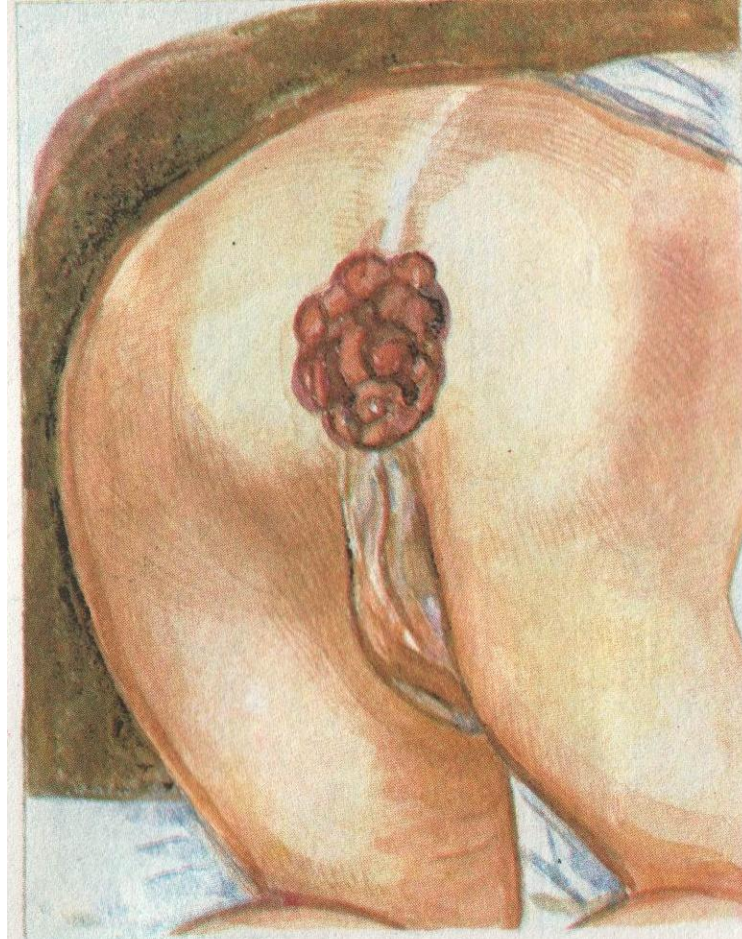


Рис. 51. Выпадение геморроидальных узлов и слизистой прямой кишки при натуживании.

Клиническая картина.

- **Кровотечение** бывает различной интенсивности: кровь алого цвета может выделяться каплями, струйкой, на белье или туалетной бумаге.
- Кровотечение вызывает постепенно нарастающую анемию.
- При осмотре в этом случае обнаруживается в области шишки различной величины, кровоточащие язвы.

Клиническая картина.

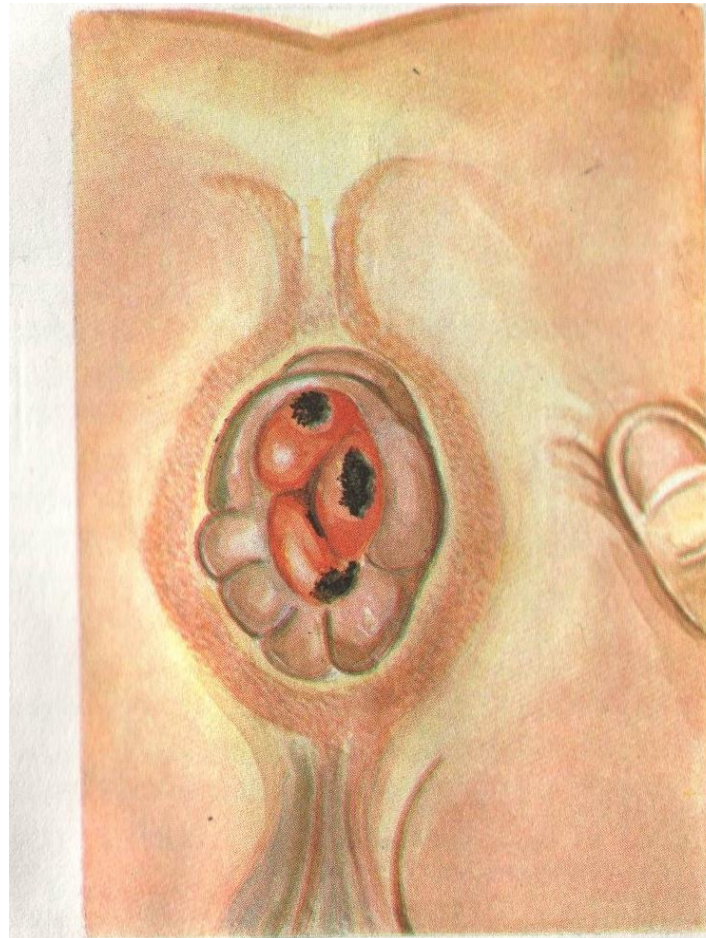


Рис. 50. Острое воспаление внутренних геморроидальных узлов.

Клиническая картина.

- Осложнение геморроя **тромбозом узлов** сопровождается сильными болями, резко усиливающимися при акте дефекации, задержке стула.
- Положение пациента резко усугубляется, если тромбированный узел выпадает и ущемляется сфинктером.
- Появляются резкие боли, и больной обычно вызывает скорую помощь.
- При осмотре геморроидальный узел плотный и болезненный, красно-синего оттенка.

Клиническая картина.

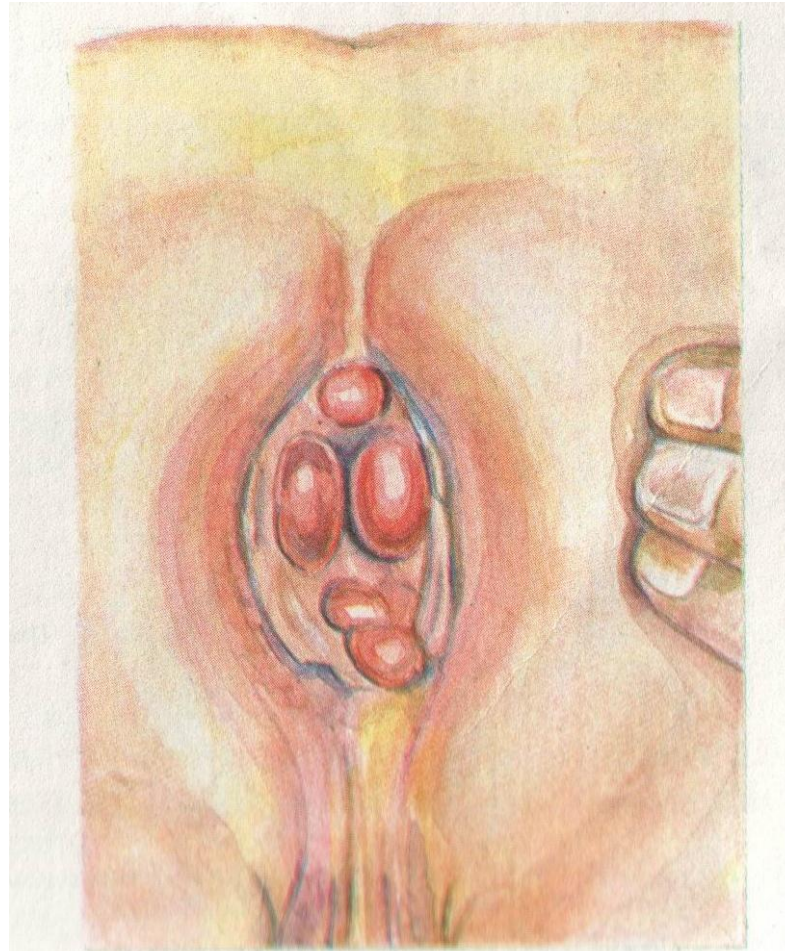
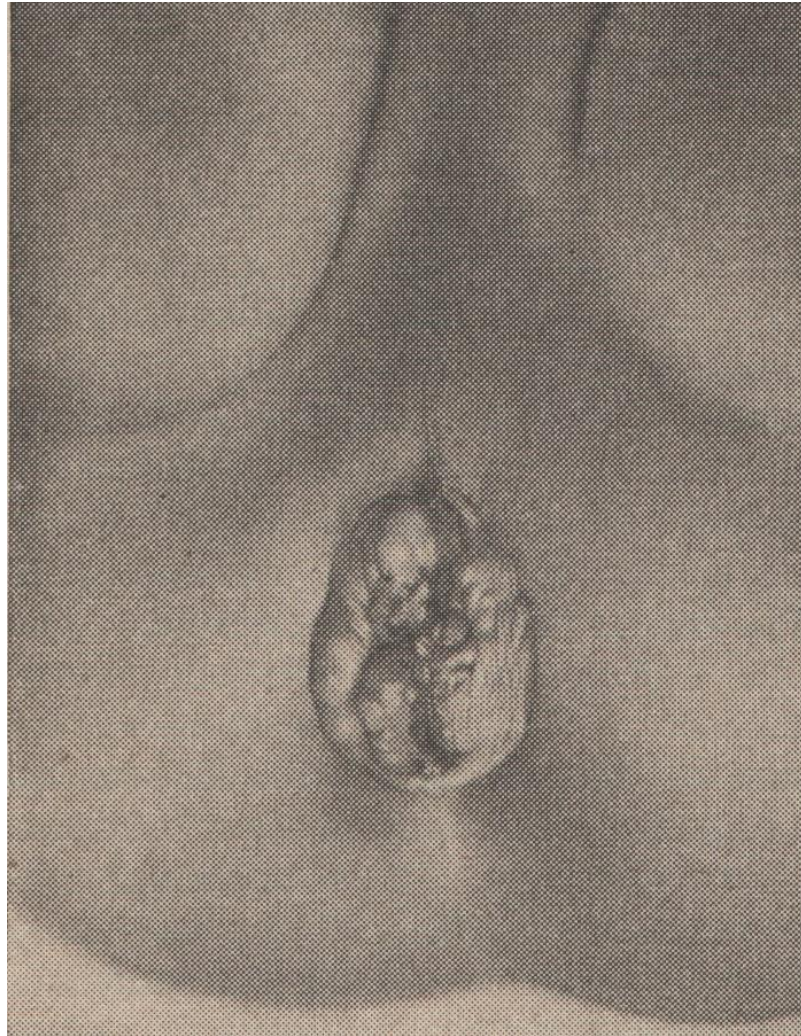


Рис. 49. Выпадение геморроидальных узлов при натуживании. Хорошо виден также prolapsus ani.

Клиническая картина.

- Геморроидальные узлы могут **воспалиться**, тогда появляются симптомы воспаления: подъем температуры тела, интоксикация, сам узел и слизистая вокруг красного цвета, болезненны и горячие при пальпации.
- При внутренних геморроидальных узлах клиническая картина более выражена.

Клиническая картина.



Обследование геморроя.

- Для обследования геморроя используют:
 1. пальцевое исследование прямой кишки
 2. ректороманоскопию
 3. лабораторные исследования крови

Лечение.

- Неосложненные формы геморроя подлежат консервативному лечению.
- В лечении применяется лечебная физкультура, нормализация диеты для обеспечения ежедневного мягкого стула (включают много свеклы, моркови, яблоки, простоквашу, кефир), исключение из диеты острых продуктов и спиртных напитков, применение ванночек после акта дефекации и на ночь с противовоспалительными травами или антисептиками, восходящий душ.

Лечение.

- При кровотечении назначают кровоостанавливающие лекарственные препараты (свечи с адреналином, микроклизмы с 1—2 % раствором кальция хлорида, дицинона), обезболивающие свечи (с анестезином, новокаином).
- При воспалении — противовоспалительные средства (свечи с ихтиолом, с гидрокартизоном, антибиотики и сульфаниламиды).
- При безуспешности консервативного лечения показана операция - **геморроидэктомия.**

Геморроидэктомия

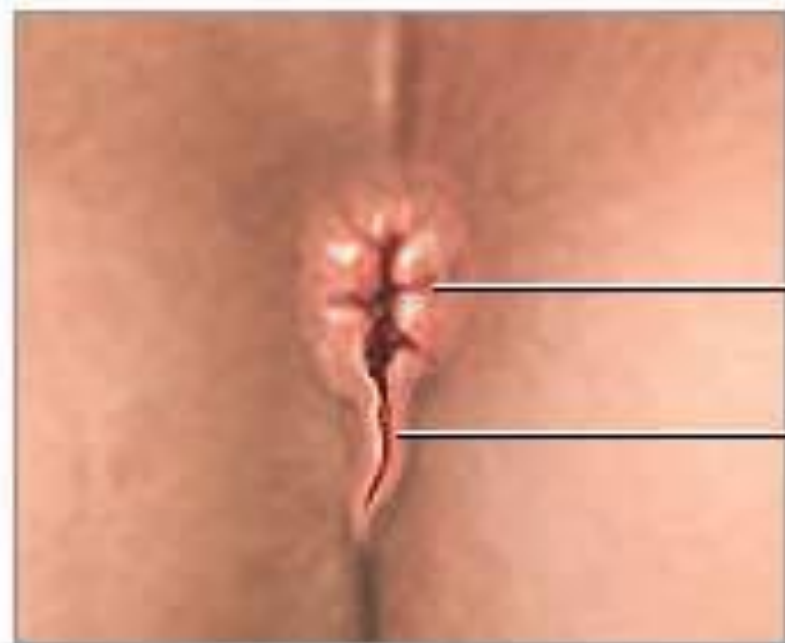
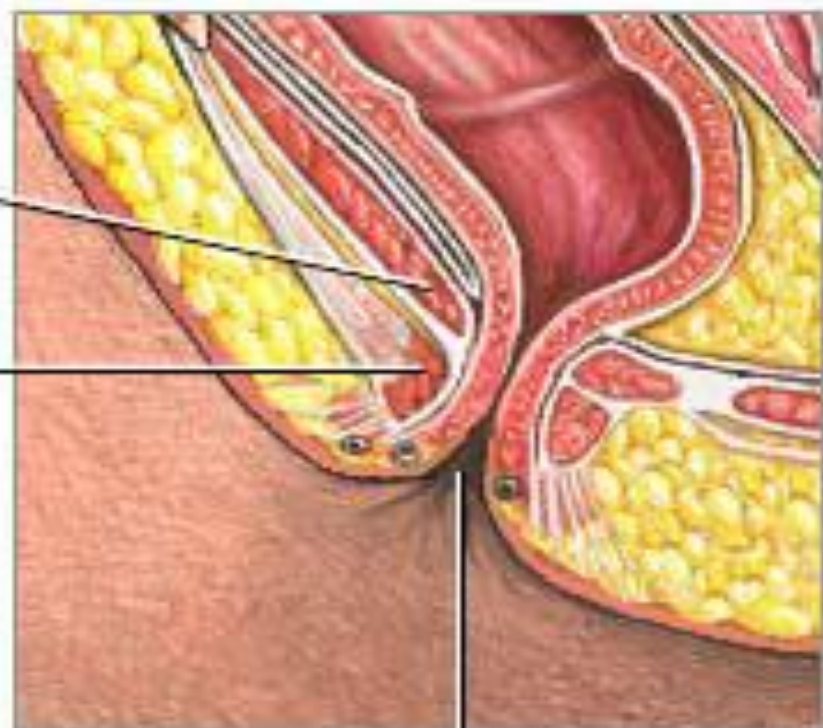


Трещина заднепроходного отверстия

- Причиной трещины заднего прохода может быть чрезмерное растяжение анального отверстия каловыми массами, частые запоры или жидкий стул, геморрой, осложненные роды, частые потницы у детей в области промежности, глистная инвазия.

ВНУТРЕННИЙ
АНАЛЬНЫЙ
СФИНКТЕР

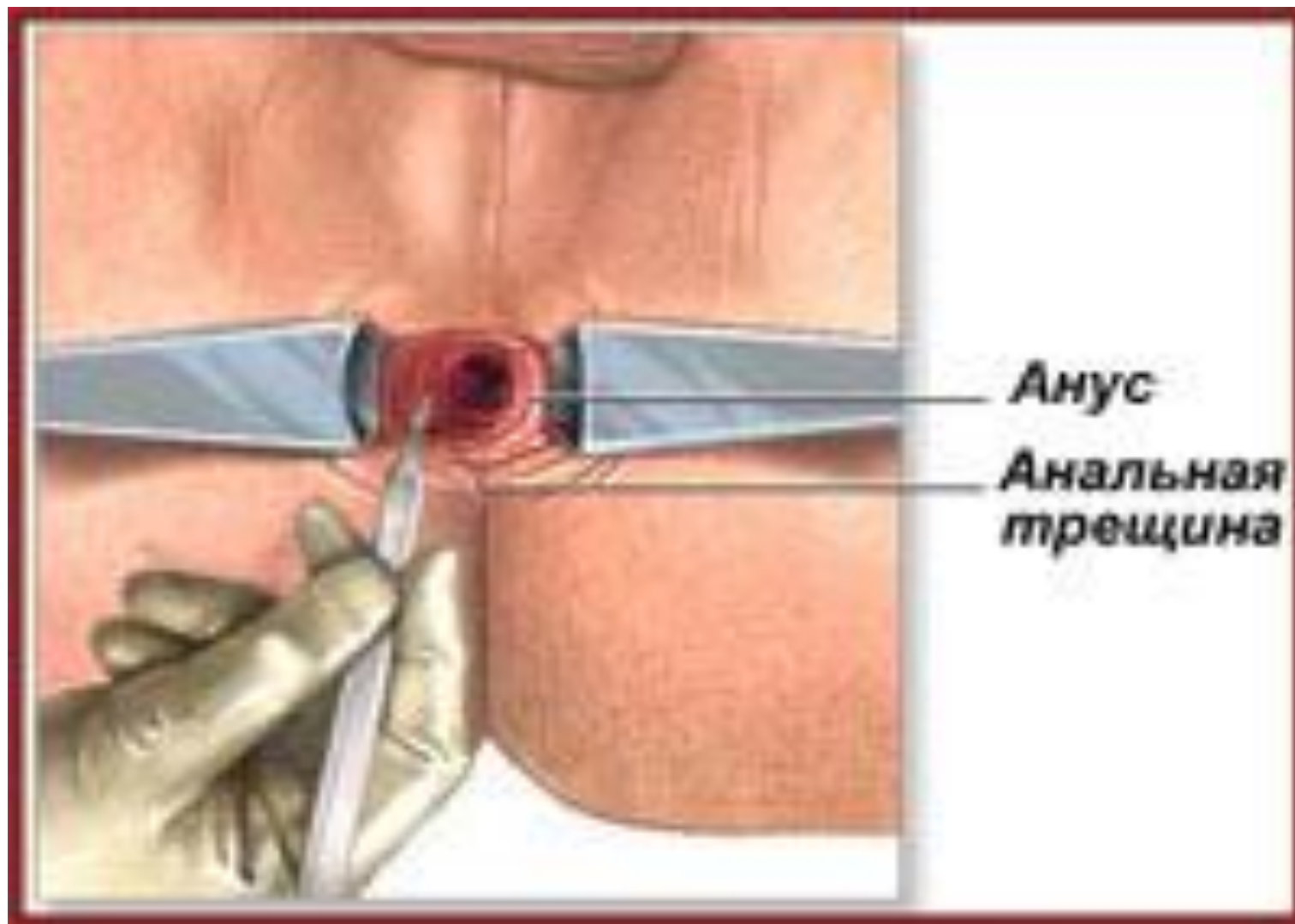
НАРУЖНЫЙ
АНАЛЬНЫЙ
СФИНКТЕР



АНУС

АНАЛЬНАЯ
ТРЕЩИНА

Трещина заднего прохода



Клиника

- Основным симптомом является боль во время акта дефекации.
- На каловых массах обнаруживается алая кровь.
- При осмотре анального отверстия видны щелевидной формы трещины, края которой плотные.
- Трещина часто сочетается с воспалением кожи вокруг заднего прохода.

Трещина заднего прохода



Трещина заднего прохода



Лечение

- В лечении назначают свечи с анестезином, восходящий душ и сидячие ванны с отваром трав (ромашка, календула, чистотел и др. противовоспалительные травы) при температуре воды в 38—39°С до 10—15 минут.
- После ванн рекомендуется смазывать трещины маслом шиповника или облепихи, солкосериловой, преднизолоновой или прополюстной мазью.
- Обязательно решается вопрос о нормализации диеты.
- Оперативное лечение показано при отсутствии эффекта от лекарственной терапии.

Выпадение прямой кишки

- Хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся выхождением прямой кишки за пределы заднего прохода и выворачиванием наружу ее стенки.
- Различают выпадение слизистой оболочки (при начальных стадиях) и полное выпадение всех слоев стенки прямой кишки.

Выпадение прямой кишки



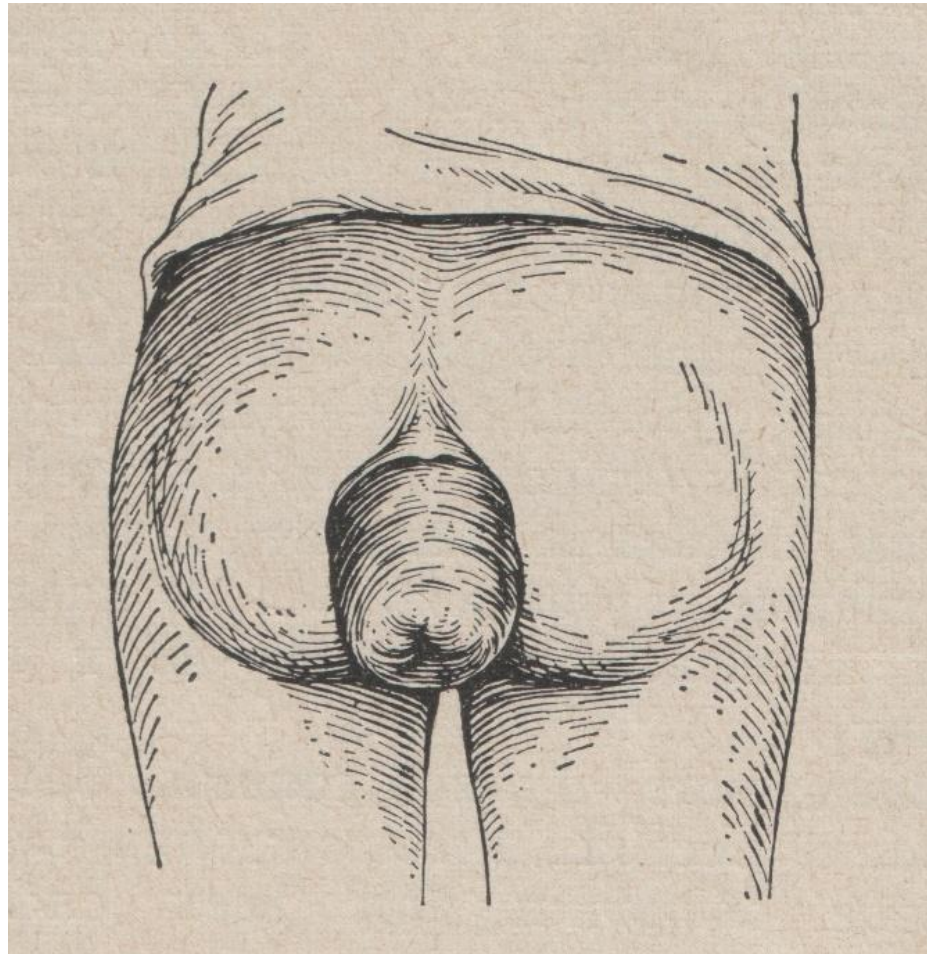
Причины выпадение прямой кишки

- Недоразвитие (у детей) или слабость (у взрослых людей) мышц тазового дна и сфинктера.
- Повышение внутрибрюшного давления при физическом напряжении и запоре.
- Усиление перистальтики кишки при поносе.
- Травма мышц заднего прохода при тяжелых родах, обширные разрывы промежности.

Классификация

- I стадия – выпадение прямой кишки только при дефекации, затем кишка самостоятельно вправляется.
- II стадия – выпадение прямой кишки при физической нагрузке, самостоятельно кишка не вправляется, больные вправляют ее рукой.
- III стадия – выпадение кишки при ходьбе и перемещении тела в вертикальное положение. После вправления кишки рукой она вновь быстро выпадает.

Выпадение прямой кишки



Классификация

Степени недостаточности сфинктера:

I степень - недержание газов;

II степень - недержание газов и жидкого кала;

III степень-недержание плотного кала.

Клиника

- Заболевание развивается постепенно.
- Жалобы на выхождение прямой кишки, боли внизу живота и в заднем проходе, ложные позывы на дефекацию.
- Появляется постоянное ощущение влажности, выделяется слизь, кровь, появляется анальный зуд.
- При частых выпадениях слизистая оболочка прямой кишки травмируется, присоединяется воспаление.

Клиника

- Выпадение обычно происходит после акта дефекации, но в тяжелых случаях может выпадать при кашле, чихании, крике.
- Выпавшая кишка имеет рельефную слизистую розового цвета.
- Если выпавшая кишка долго остается неврвправимой, она отекает, кровоточит, изъязвляется или ущемляется.

Выпадение прямой кишки



Выпадение
прямой
кишки

Диагностика

- Жалобы больного.
- Пальцевое исследования.
- При натуживании больного, особенно в положении на корточках, выпадает слизистая оболочка или все слои стенки кишки в виде конуса.
- Выполняют ирригоскопию и ректороманоскопию для исключения полипов.

Лечение

- При выпадении прямой кишки ее необходимо вправить.
- Перед вправлением обязательно осматривается слизистая кишки, чтобы исключить ущемление и некроз.
- Пациента укладывают на гинекологическое кресло или в коленно-локтевое положение, детей можно уложить на спину с приведенными ногами к животу.
- На выпавшую кишку накладывается салфетка, смоченная в вазелиновом масле, пальцами раздвигается сфинктер ануса, и кишка вправляется.

Лечение

- После вправления необходимо лежать в течение 1 часа, у детей рекомендуют после вправления сблизить ягодицы и зафиксировать их полосками лейкопластыря.
- При невозможности вправить кишку, пациента необходимо срочно госпитализировать в хирургическое отделение.

Лечение

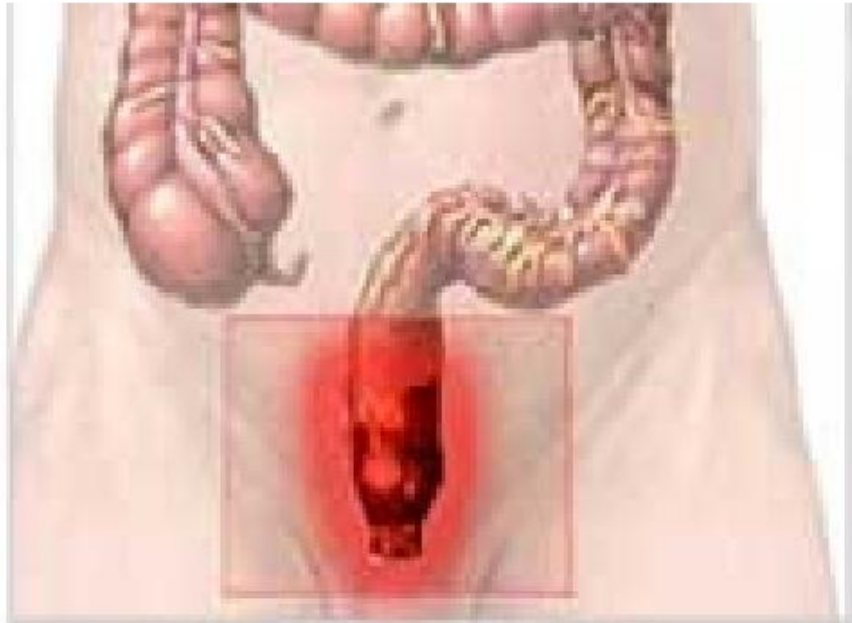
- Лечение начинается с консервативных мероприятий:
 1. исключается натуживание при дефекации;
 2. борьба с запорами, поносами;
 3. физиолечение (ультразвук, УВЧ);
 4. лечебная физкультура;
 5. массаж мышц промежности.

Лечение

- При безуспешности консервативного лечения показана операция.
 1. фиксация (подвешивание) прямой кишки;
 2. пластика диафрагмы таза и промежности;
 3. резекция выпадающей части кишки;
 4. сужение заднего прохода.

Парапроктит

- **Парапроктит** — это гнойное заболевание околопрямокишечной клетчатки.



Парапроктит может быть:

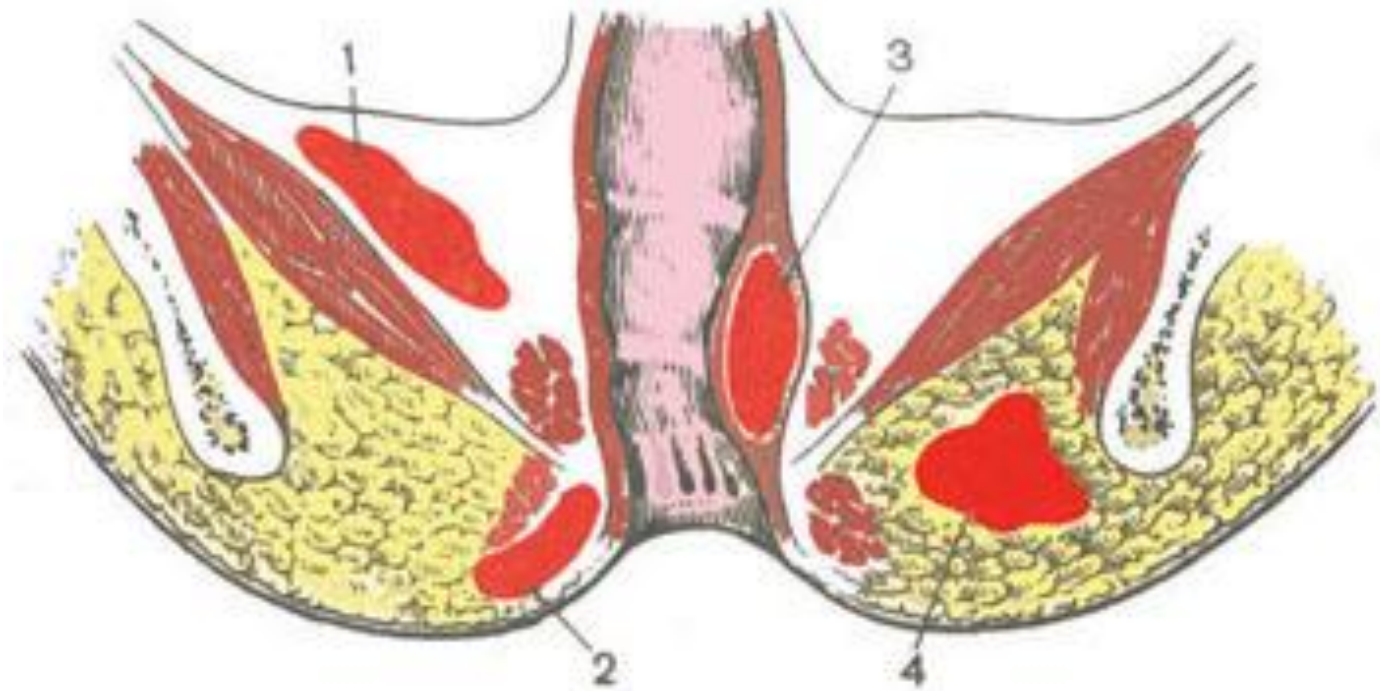
острым



хроническим



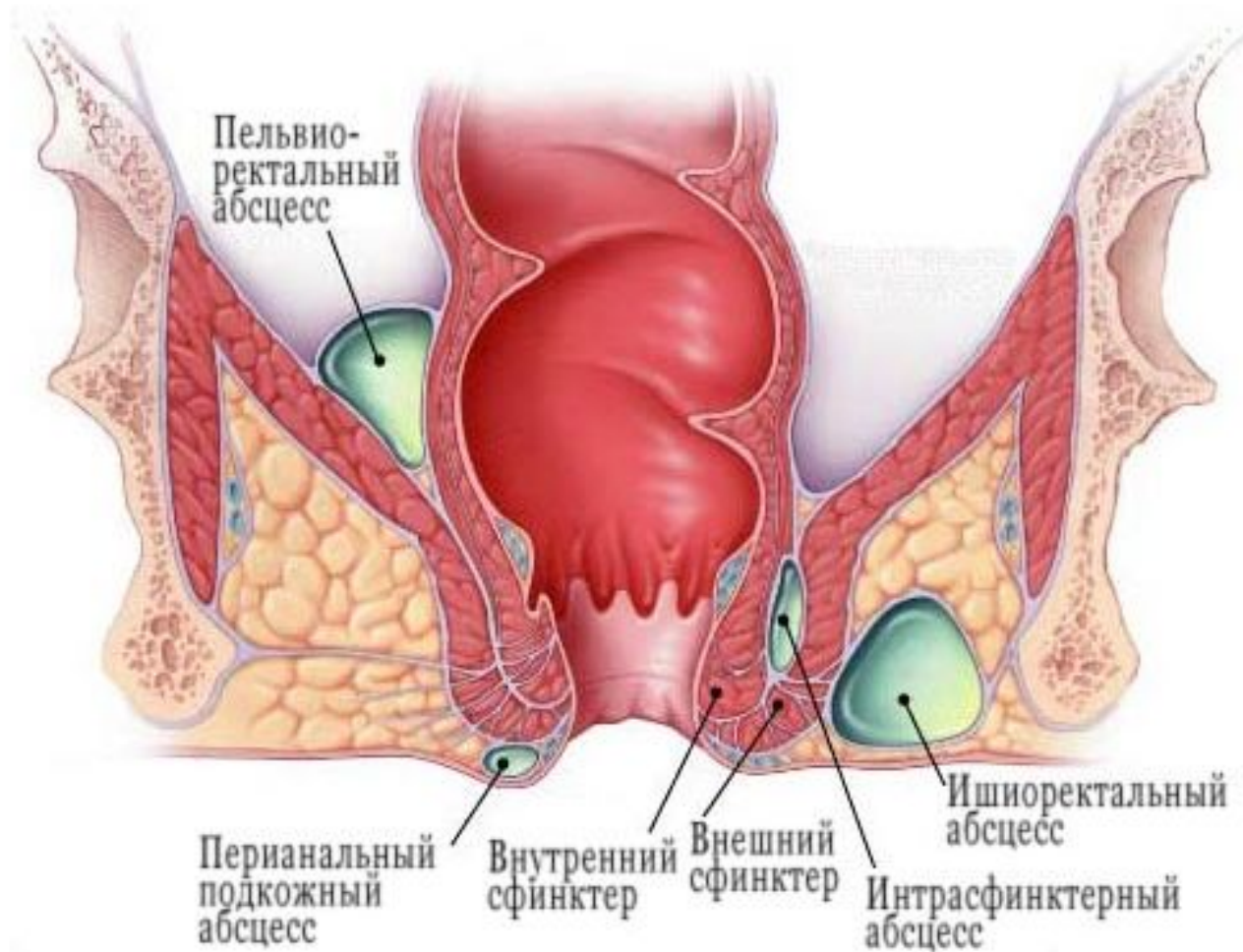
Локализация гнойников



По локализации различают:

1. подкожные,
2. подслизистые,
3. седалищно-прямокишечные,
4. тазово-прямокишечные
парапроктиты.

Локализация гнойников



Различные варианты расположения абсцессов при остром **парапроктите**

Патогенез

- **Причиной** острого парапроктита является инфекция, попадающая в околопрямокишечную клетчатку.
- Чаще всего заболевание возникает у больных, страдающих геморроем, проктитом, трещинами заднего прохода, запорами.

Клиника

- Заболевание начинается внезапно. Появляются боли в промежности около заднего прохода или в прямой кишке.
- Боли быстро усиливаются и становятся пульсирующими.
- При поверхностном процессе (подкожный и седалищно-прямокишечный) пациент замечает у себя болезненное, отечное и гиперемированное образование в области промежности.
- Нормально сидеть и ходить пациент не может.

Клиника

- Появляются повышение температуры тела и симптомы интоксикации. При глубоком процессе (подслизистый и тазово-прямокишечный) пациент отмечает у себя боли в прямой кишке, резко усиливающиеся при акте дефекации.
- В общем анализе крови появляется лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

Диагностика

- **Диагностику** проводят пальпацией промежности или пальцевым обследованием прямой кишки.

Лечение

- **Лечение парапроктитов** — немедленное оперативное вмешательство.
- Абсцесс вскрывается со стороны промежности или слизистой прямой кишки и проводится дренирование.
- В лечении обязательно назначают антибиотики, сульфаниламиды, витамины.
- перевязки проводятся ежедневно, уход такой же как и при геморрое.

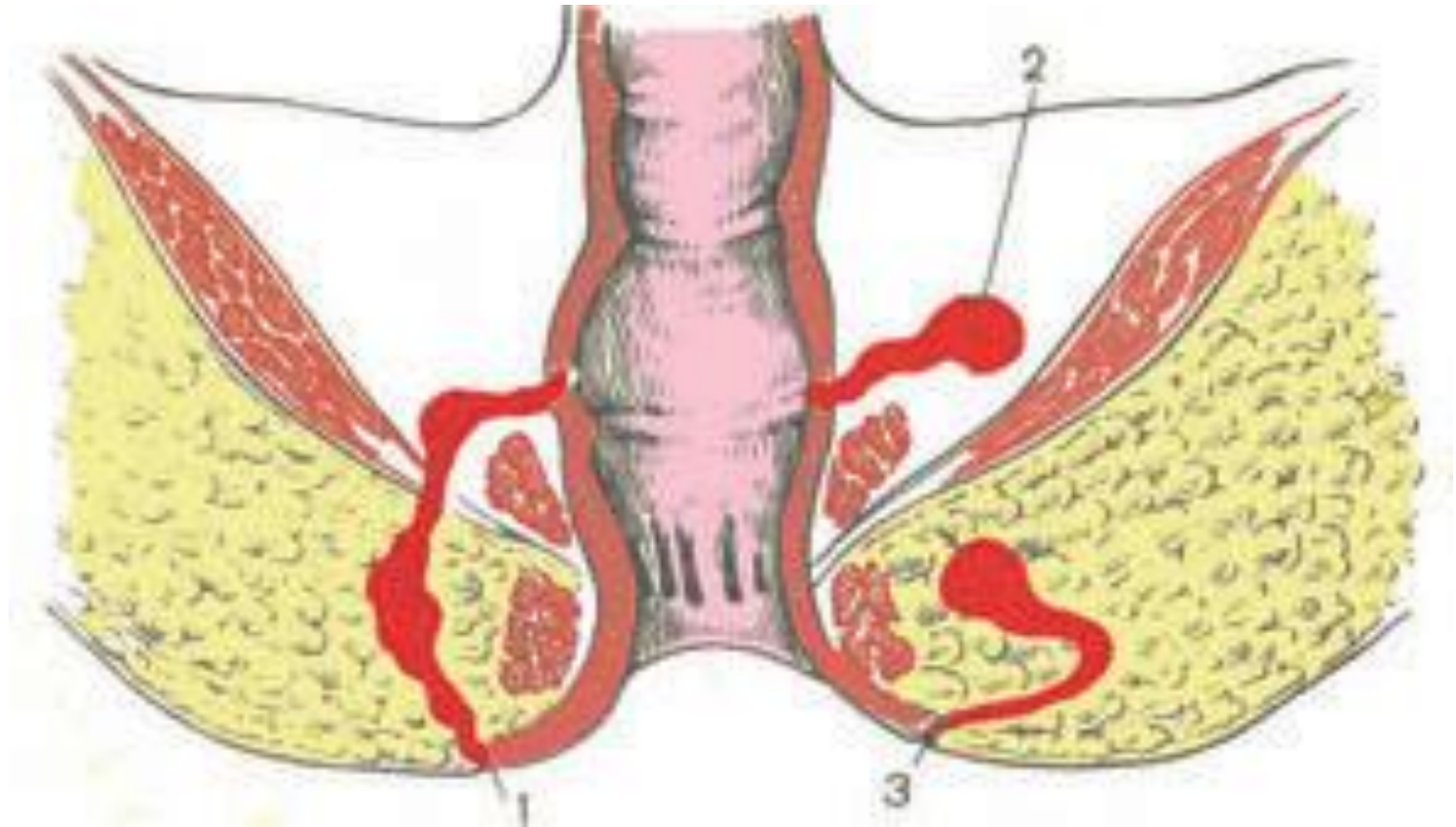
Хронический парапроктит

- Хронический парапроктит проявляется вялым течением процесса, периодическими обострениями и наличием свищей.
- По локализации разделяется:
 1. подкожный,
 2. подслизистый,
 3. седалищно-прямокишечный,
 4. тазово-прямокишечный.
- Свищи могут быть неполными (поверхностными или внутренними) и полными, когда свищ сообщается просвет прямой кишки с промежностью.

Внешний вид свищей



Локализация свищей

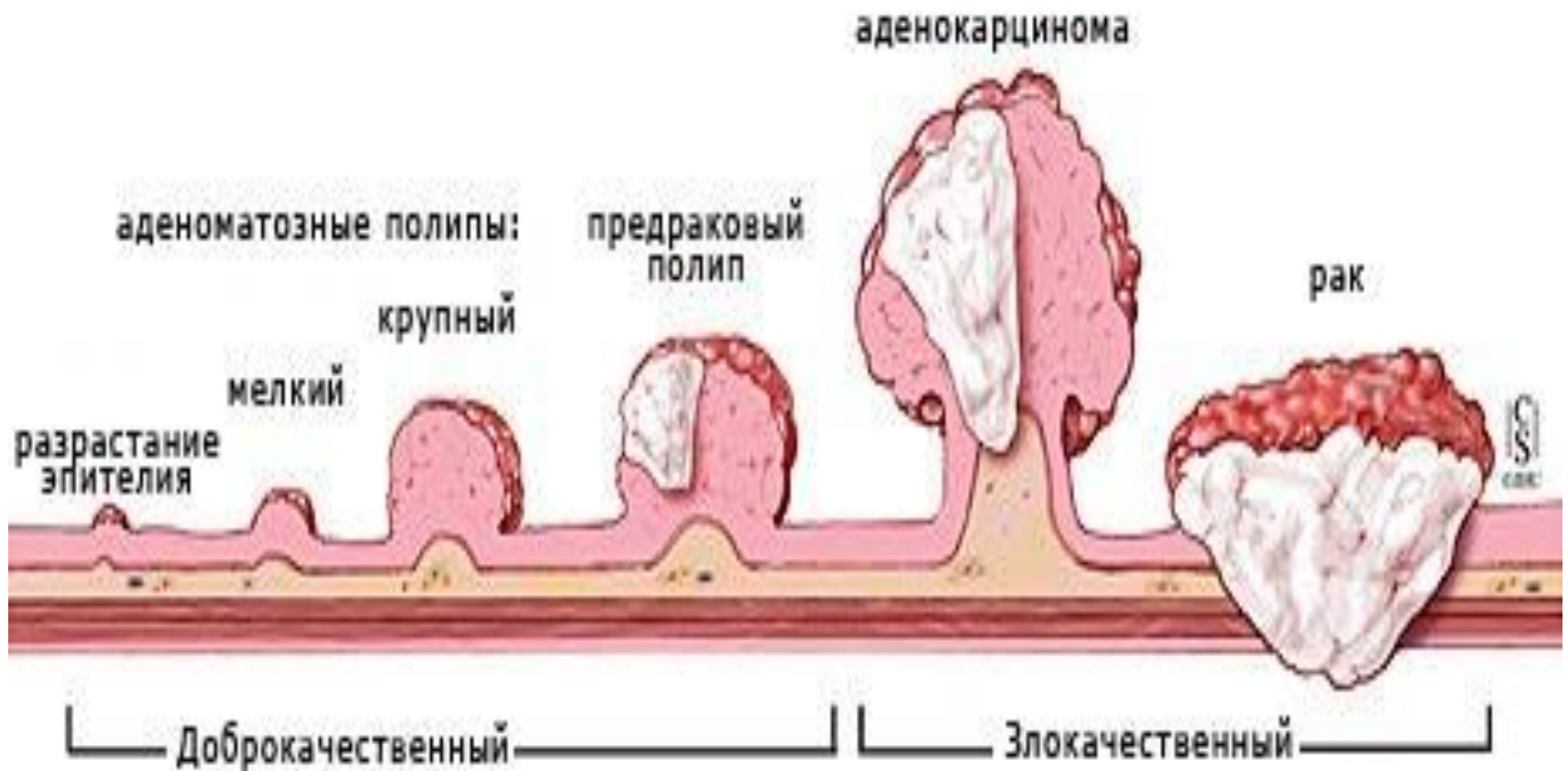


Рак прямой кишки

Этиология:

- В возникновении рака прямой кишки большая роль принадлежит предраковым заболеваниям:
 - ПОЛИПЫ
 - НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ
 - БОЛЕЗНЬ КРОНА
 - ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ
 - ХРОНИЧЕСКАЯ ТРЕЩИНА

Рак прямой кишки



Рак прямой кишки

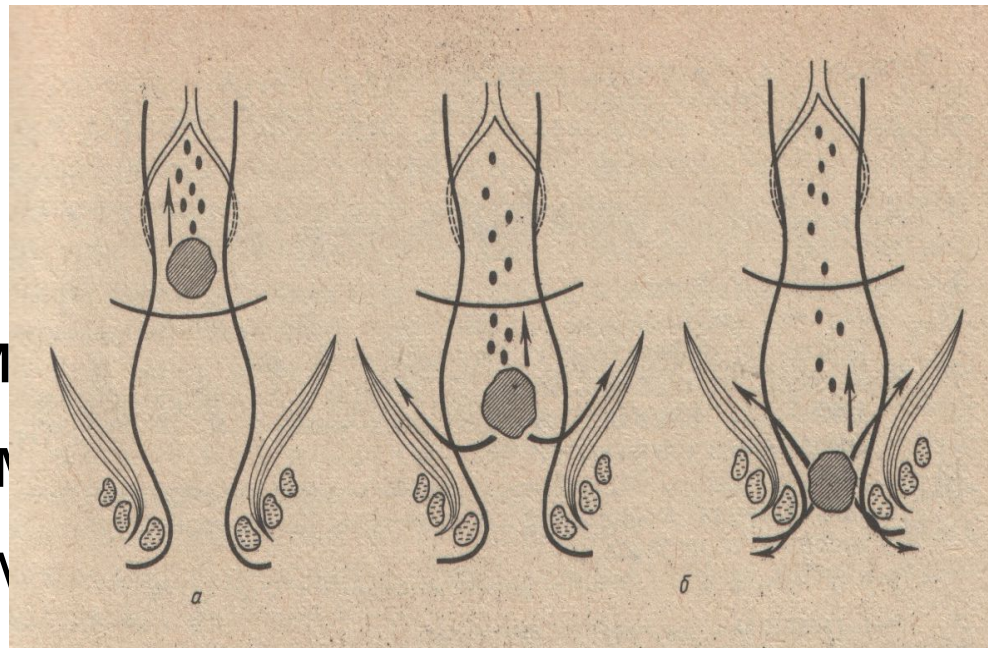


Рак прямой кишки

Классификация.

По локализации:

- в анальном отделе кишки
- в нижеампулярном
- в среднеампулярном
- в вышеампулярном
- в ректосигмоидном отделе кишки



Рак прямой кишки

Классификация

•

По типу роста:

- эндофитный
- экзофитный
- смешанный рак прямой кишки



Рак прямой кишки

Классификация.

По стадиям:

- I стадия – небольшая подвижная опухоль (диаметром менее 2см), не проростающая стенку кишки и распространяющаяся не глубже подслизистого слоя, метастазов нет.
- II а стадия – опухоль занимает не более полуокружности кишки, не прорастает все её слои, метастазов нет.
- II б стадия – опухоль таких же размеров, не прорастает кишечную стенку, имеются метастазы регионарные лимфатические узлы.
- III а стадия – опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает ее стенки, может быть сращена с окружающими органами и тканями.
- III б стадия - то же, но с наличием множественных метастазов в регионарные лимфатические узлы.
- IV стадия - обширная неподвижная опухоль, врастающая в тазовые органы с множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы.

Рак прямой кишки



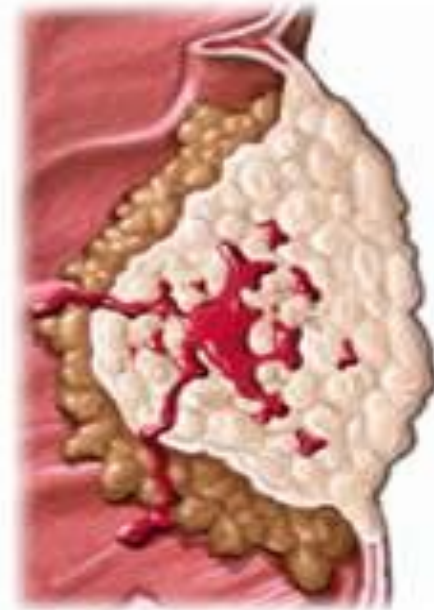
Метод лечения рака толстой кишки зависит от его стадии и величины



Стадия I



Стадия II



Стадия III

Рак прямой кишки

Клиническая картина.

- На ранних стадиях симптоматика отсутствует или скудная. Иногда больные отмечают дискомфорт, чувство инородного тела в области заднего прохода, переполнения в прямой кишке, неполного опорожнения кишечника, наблюдается периодическое вздутие живота.
- Характерны боли в области прямой кишки, появляющиеся или усиливающиеся при дефекации. Боли носят постоянный, тупой или при развитии кишечной непроходимости схваткообразный характер. Они могут иррадиировать в область промежности, крестца и копчика, поясницы, нижних отделов живота. Боли при раке ректосигмоидного и ампулярного отделов – поздний симптом, при раке анального отдела – ранний симптом.

Рак прямой кишки

- Кровотечение проявляется в виде прожилок или значительной примеси темного, реже алого цвета крови в кале во время и вне дефекации. В некоторых случаях при дефекации вначале выходит небольшое количество крови, а затем кал с примесью крови.
- В дальнейшем возникают частые позывы к дефекации с выделением слизи, тенезмы и запоры.
- В поздних стадиях характерны зловонные кровянистые, слизистые и гнойные выделения, перемешивающиеся с калом, развивается обтурационная кишечная непроходимость.

Рак прямой кишки

Диагностика.

- Осмотр
- Пальцевое исследование
- Ректороманоскопия
- Ирригоскопия
- Селективная ангиография
- Тазовая флебография, лимфография
- УЗИ с полостными датчиками
- Компьютерная рентгеномография
- ЯМРТ
- Сфинктерометрия

ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:



Рак прямой кишки

Лечение оперативное.

- Паллиативные операции.
- Радикальные операции.

Лечение.

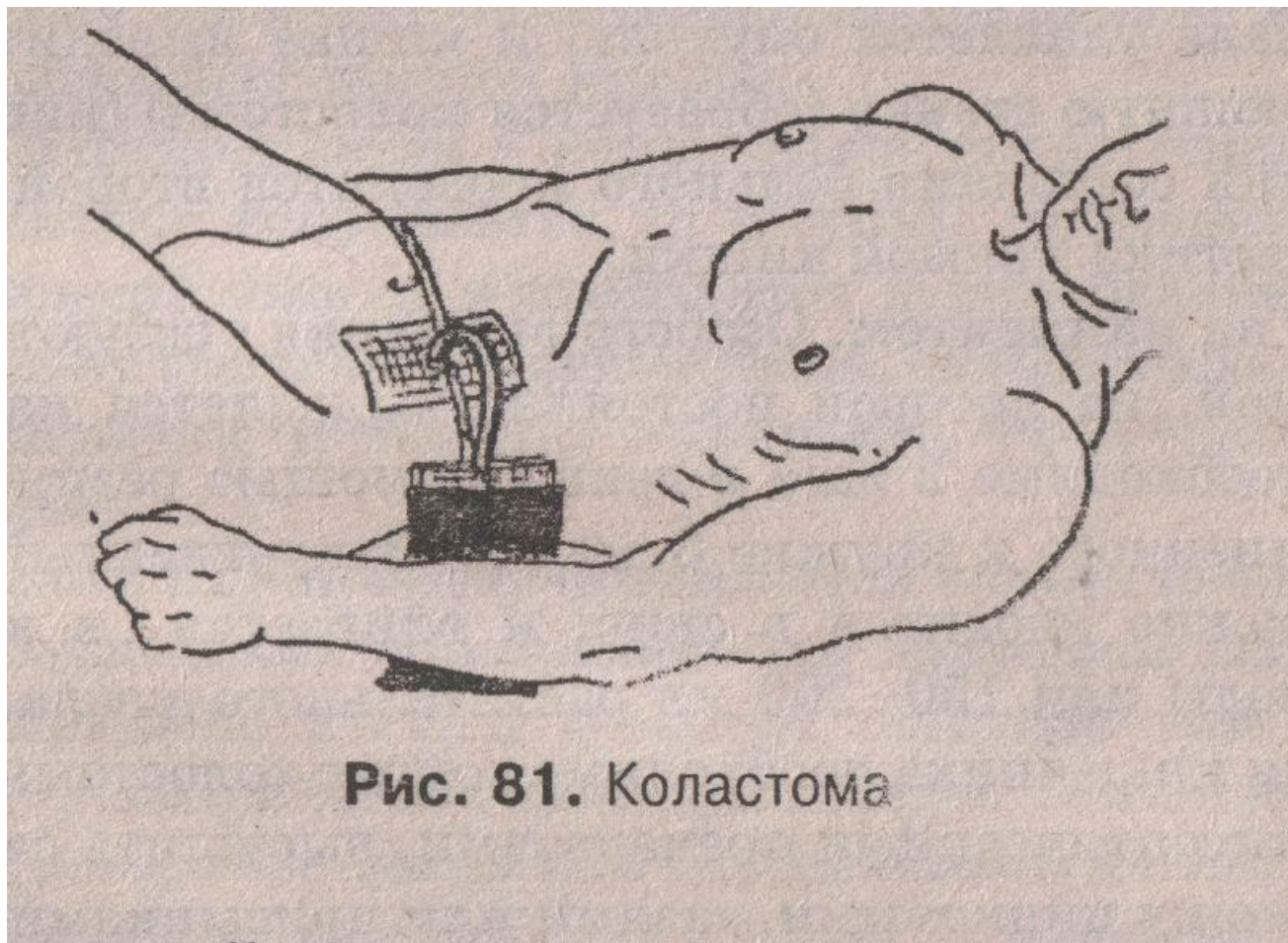


Рис. 81. Колостома

Спасибо за внимание!