

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:

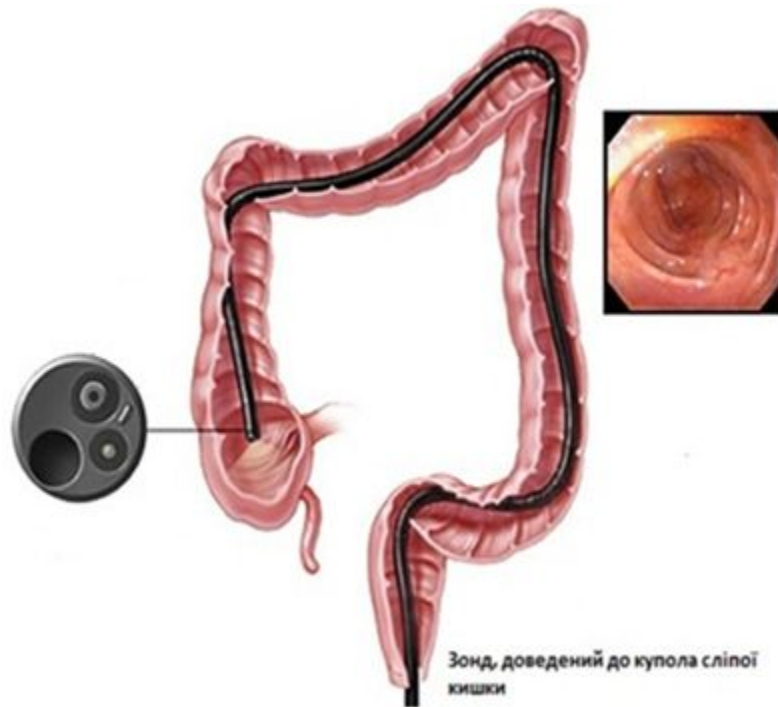
1)Огляд ділянки заднього проходу та прямої кишки - виявляють тріщини заднього проходу, гемороїдальні вузли, випадіння слизової оболонки прямої кишки, кондиллом, фістул, тріщин, виразки).

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

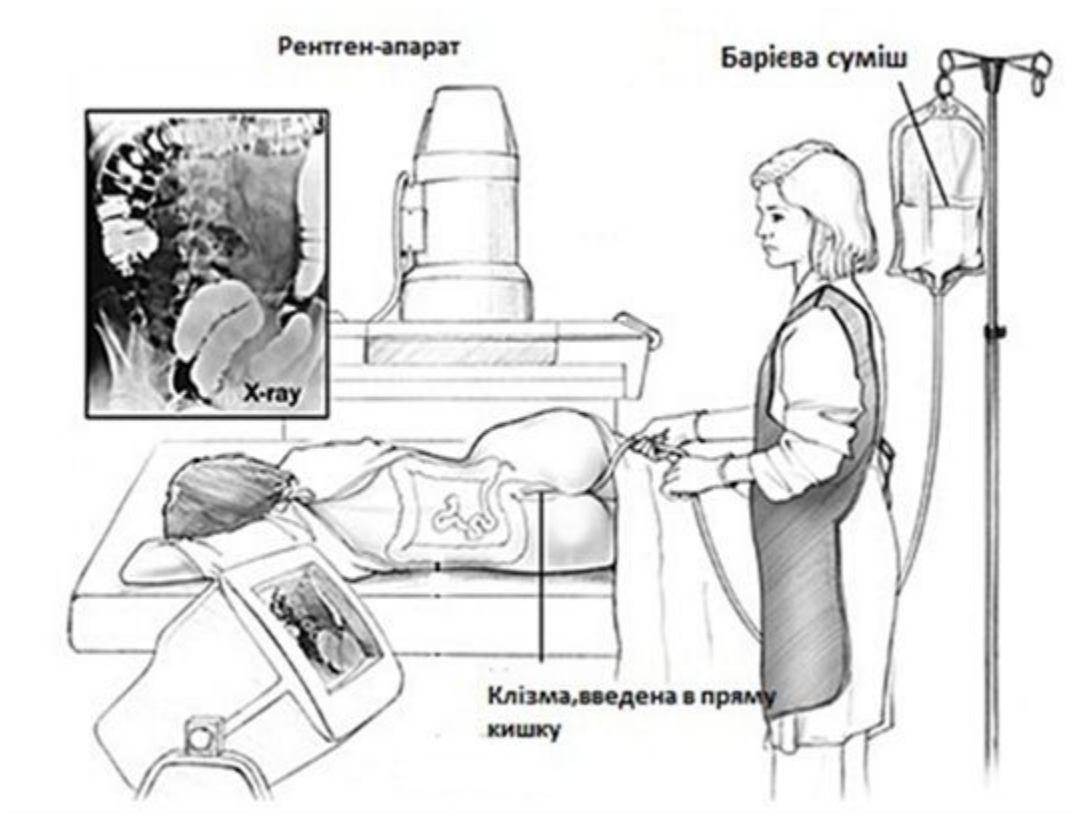
3)Інструментальні методи дослідження: ректоскопія (ректальне дзеркало), ректороманоскопія (30см), колоноскопія.

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, геморої, 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.

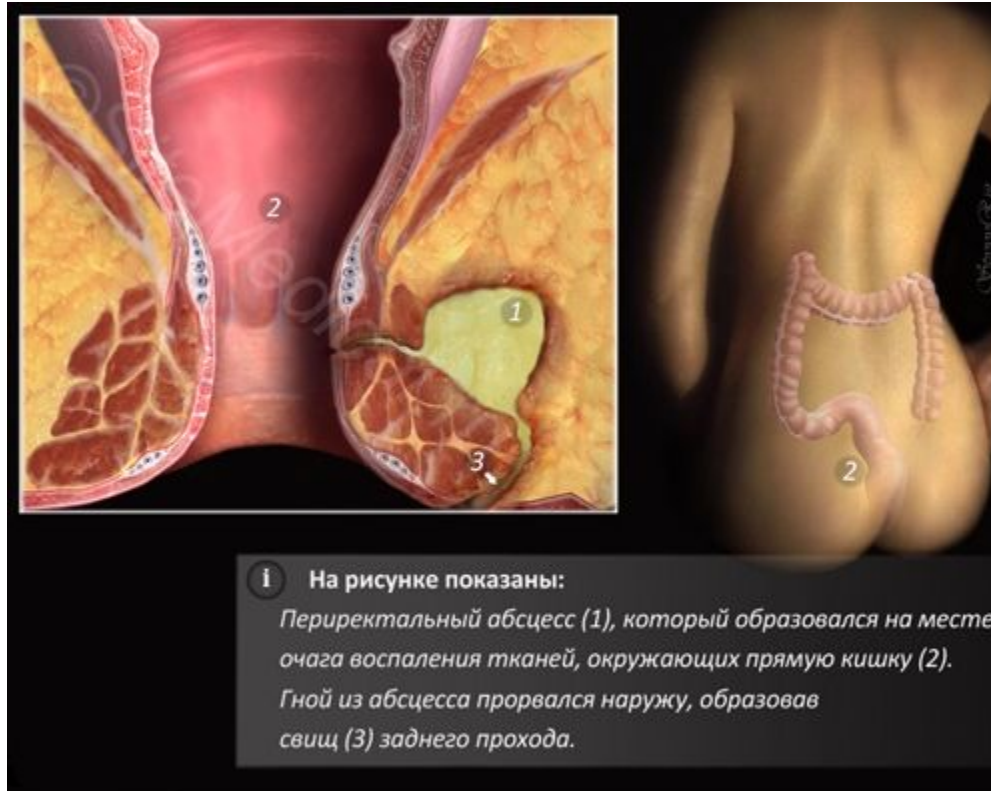
Клінічні ознаки. Захворювання розпочинаються з простого розриву слизової оболонки і кровотечі. Хвороба характеризується сильним болем з іррадіацією в поперек, сідниці, сечовий міхур, наявності частих кровотеч, болючому акті дефекації.

Діагностика. Візуальний огляд і пальцеве дослідження прямої кишки.

Лікування консервативне.

1. Перш за все санацію тріщин необхідно розпочинати з призначення дієти.
2. Регуляції у хворих стільця (дуфалак, регулакс, сірчанокишля 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



Етіологія	Стрептокок, кишкова паличка та ін.
Чинники парапроктиту	Гнійне запалення анальних залоз, які відкриваються у задньопрорідні пазухи. Чоловіки хворіють у 2рази частіше від жінок.
Класифікація	За локалізацією розрізняють: 1. Підшкірні гнійники.2. Підслизові. 3. Сіднично-прямокишкові. 4. Тазово-прямокишкові
Клінічні ознаки	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).
Діагностика	При об'єктивному обстеженні виявляють припухлість, гіперемію, болючість при пальпації. При пальцевому дослідженні виявляють ущільнення на певній ділянці, виникає біль при натискуванні на уражену стінку прямої кишки. При сформованих гнійниках у центрі ущільнення виникає флюктуація. Фістулографія (застосовують йодоліпол).
Лікування	Тільки оперативне. Консервативне лікування - ліки і фізичні процедури не ефективні! - це велика тактична помилка. 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.

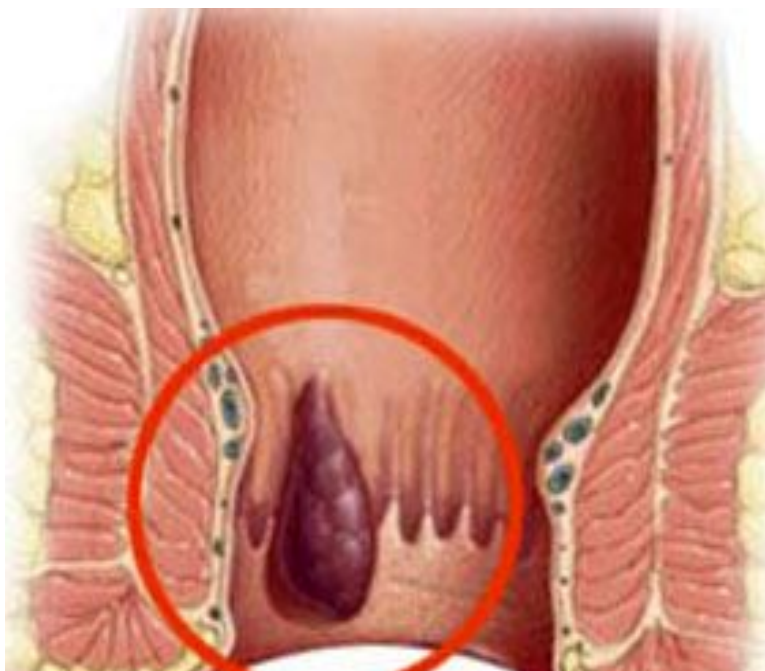
В сучасному розумінні - це варикозне розширення вен прямої кишки.

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 - свербіння 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	Консервативне, оперативне, склеротерапія. Консервативне: 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 ₄) або дубової кори, ромашки; 2-3 рази на день ставлять мікроклізми з риб'ячим жиром, маслом шипшини, маззю Вишневського. Солюкс, УВЧ, діатермію, струми Дарсонваля. Склеротерапія - застосовують спирт, 60% розчин глюкози, варикоцид, варикозид.

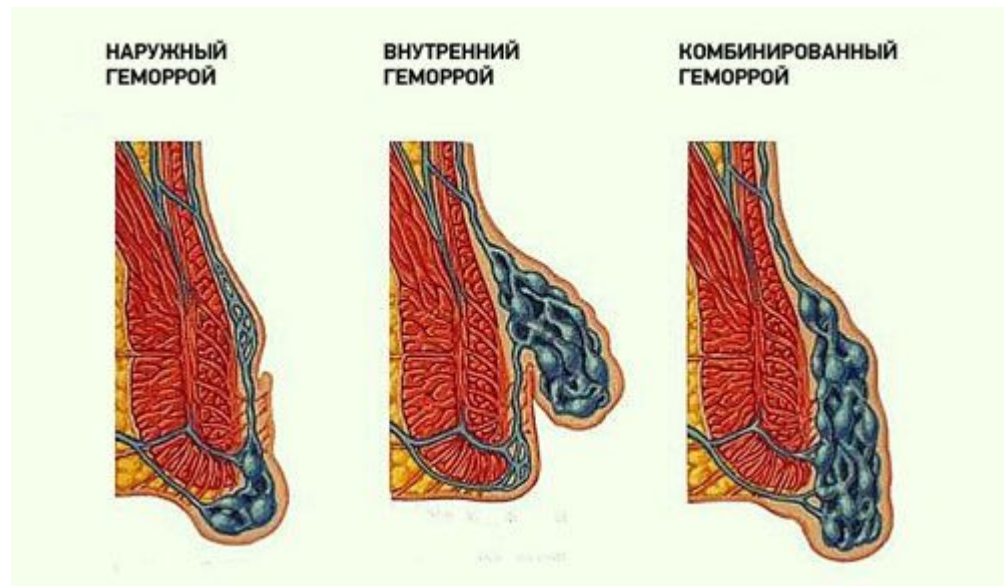
Зовнішній геморої



Зовнішній і внутрішній геморої



Зовнішній і внутрішній геморої



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

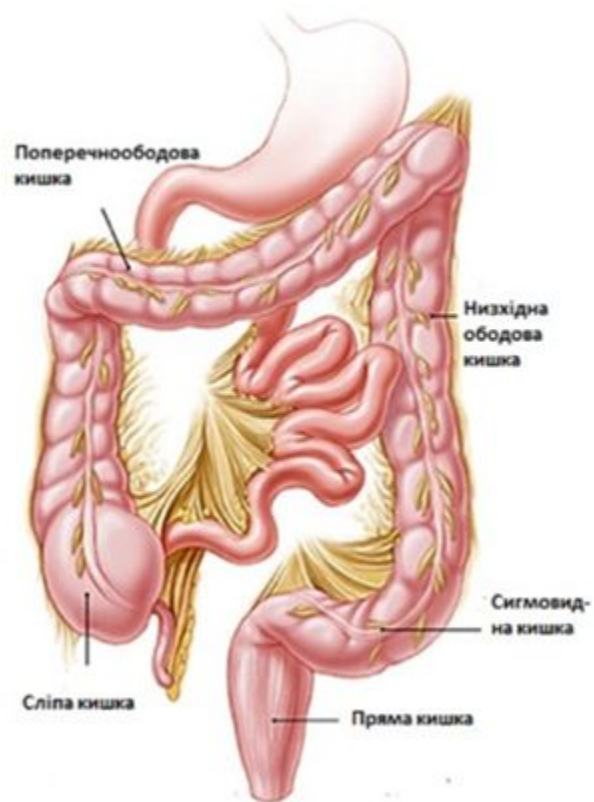
В останні 20 років спостерігається значний ріст різних пухлин як тонкої, так і товстої кишки.

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

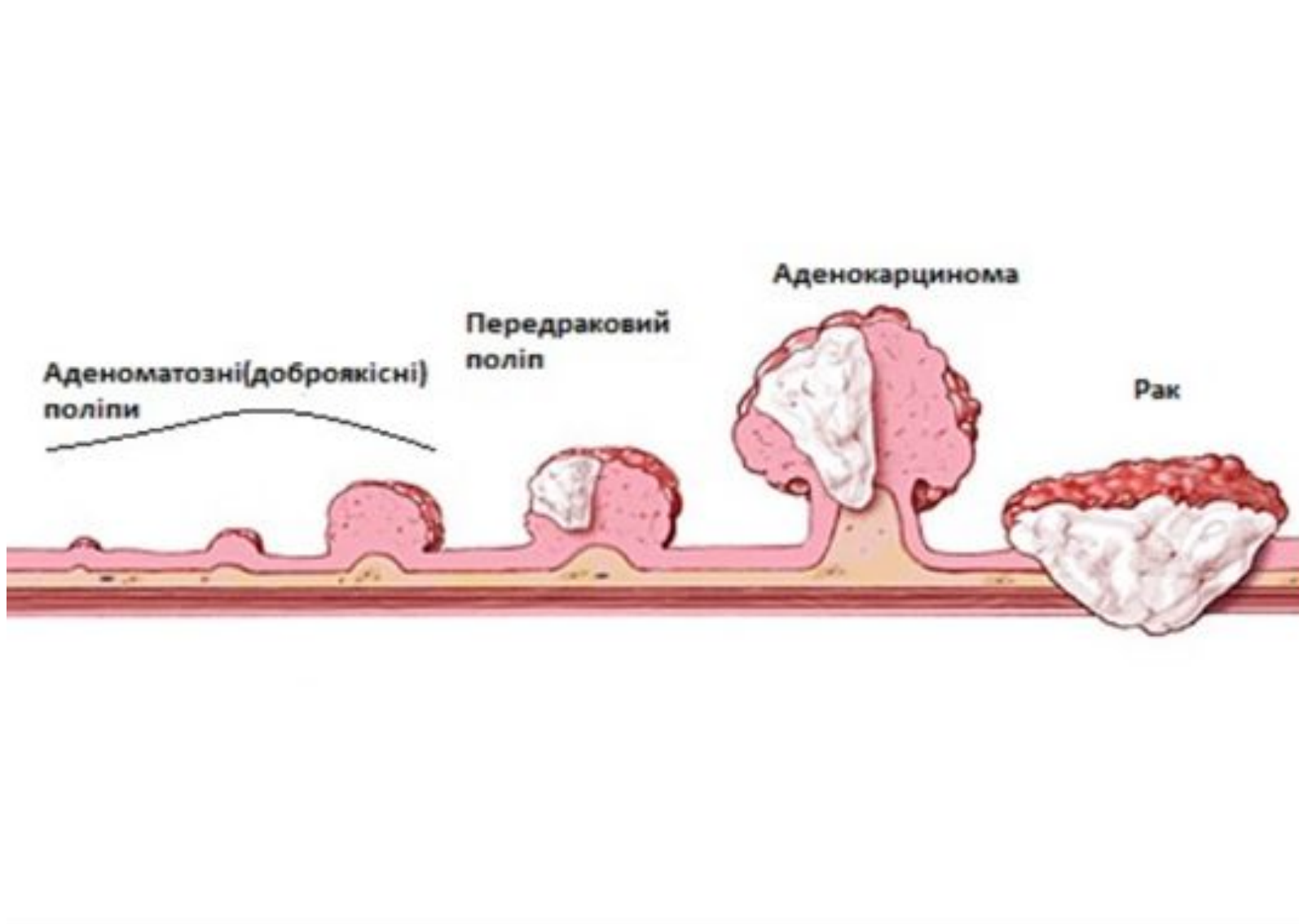
Клініка. Доброякісні пухлини як тонкої, так і товстої кишки тривалий час можуть себе не проявляти. Інколи може виникати біль у животі без чіткої локалізації, пронос, виділення крові і слизу з калом, схуднення.

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



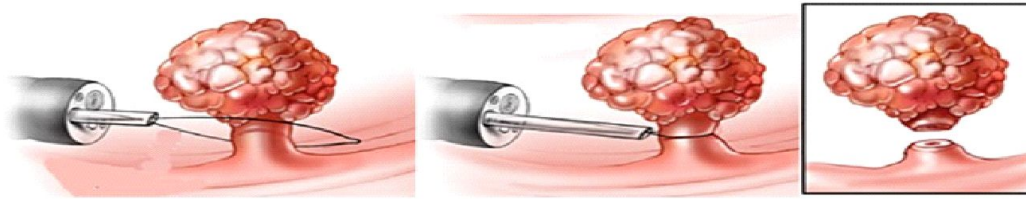
Доброякісні та злоякісні пухлини товстої кишки



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.

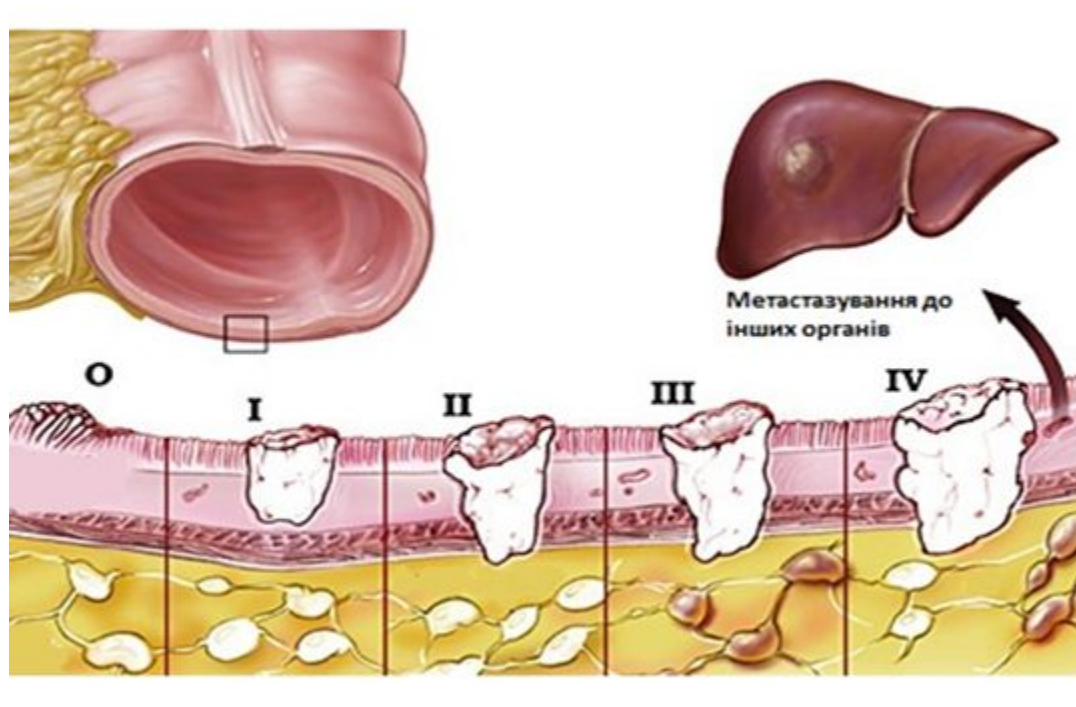
Рак лівої половини ободової кишки характеризується інфільтративним ростом з розвитком обтурації кишки. Хворі скаржаться на біль у животі, схуднення, загальну слабкість, виділення слизу та крові з калом, закріп, метеоризм.

Діагностика

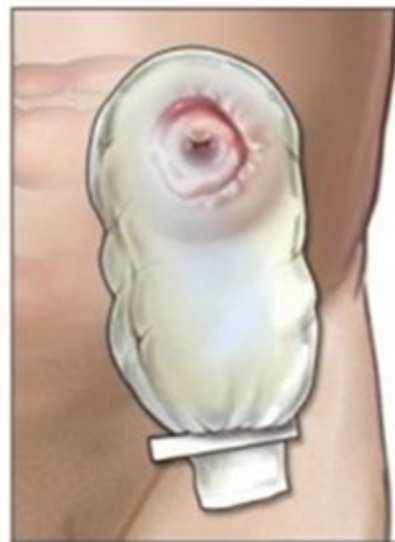
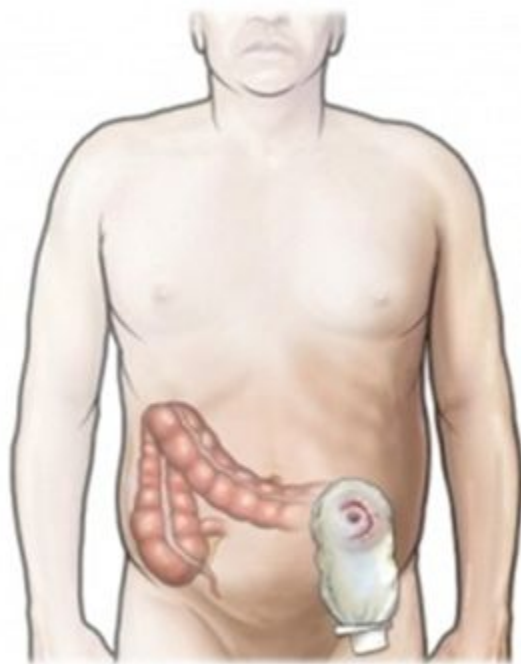
1. рентгенологічного обстеження товстої кишки з постановкою контрастної клізми;
2. колоноскопію

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	Переважаючо уражається середньо - ампулярний відділ 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). За характером росту розрізняють екзофітну, ендофітну, змішану форму раку
Класифікація	1) T1,N₀M₀ - пухлина до 3 см (не більше 1/3 кишки); 2) T2 N₀M₀ - пухлина проростає до половини околу, проростає через усю стінку, при пальпації зміщується; 3) T₃, N1,M₀ - пухлина циркулярно охоплює кишку, проростає через всю стінку, є метастази в регіонарні лімфатичні вузли; 4) T4,N1-3,M1 - велика пухлина, проростає в сусідні органи, визначаються метастази у сусідніх органах
Ускладнення	Рак верхнього відділу ускладнюється стенозуванням кишки і кишковою непрохідністю, середнього відділу - кровотечами, нижнього - утрудненим актом дефекації.
Клініка	Переважаючо 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 кишечника 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 зі 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

Самостійна 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.