

Патология аноректальной зоны

Выполнила: Фасхутдинова М.В.

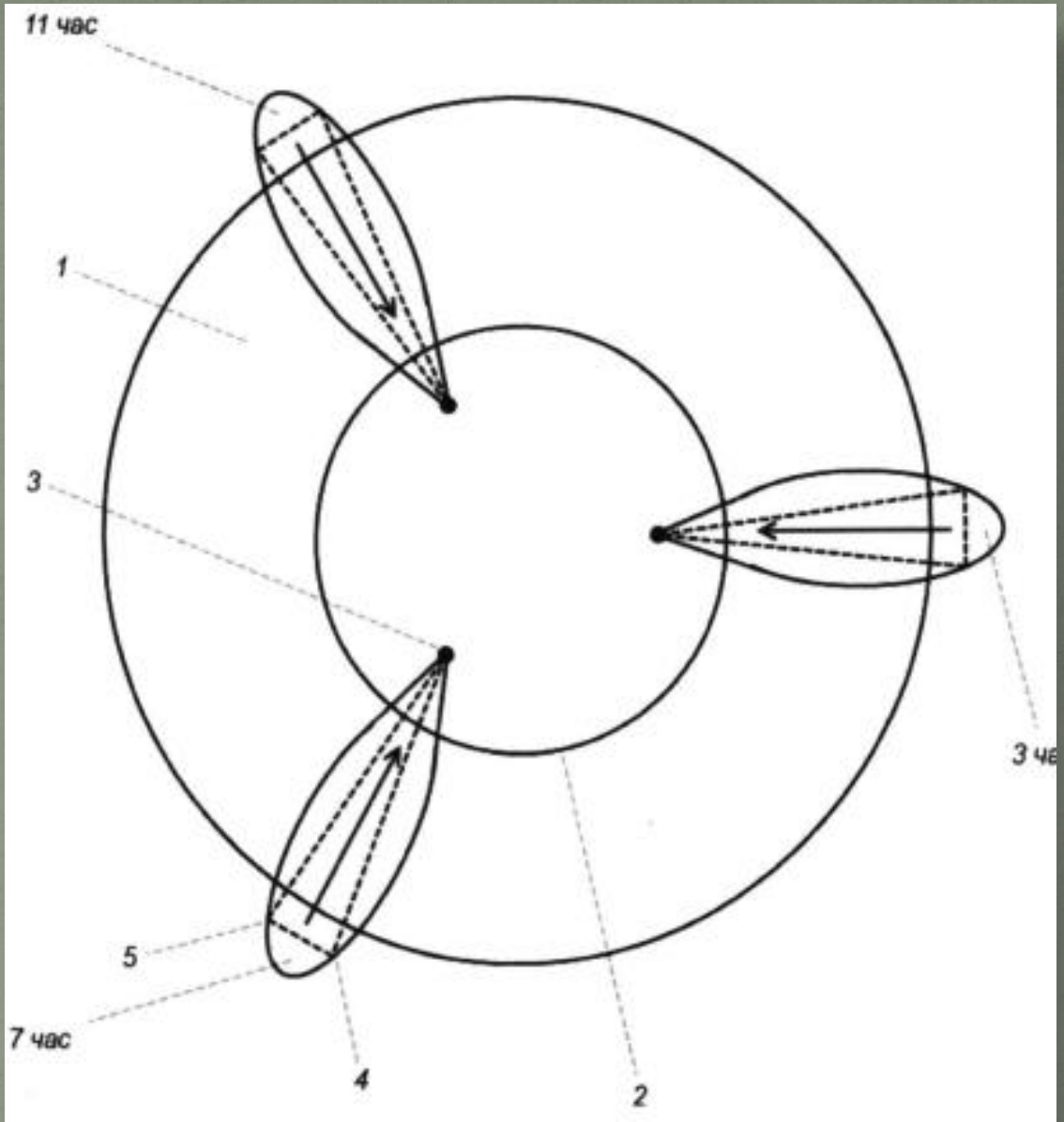
Геморрой

- Геморрой – это патологическое увеличение геморроидальных кавернозных тел, которое сопровождается истончением, патологической дегенерацией мышечной оболочки с образованием геморроидальных узлов, а в ряде случаев, деструкцией стенки, что проявляется периодическим кровотечением, выпадением сформировавшихся узлов из анального канала и частым воспалением, что может сопровождаться тромбозом кавернозных тел.



- МКБ: I 84 – геморрой;
- I 84.0 – внутренний тромбированный геморрой;
- I 84.1 – внутренний геморрой выпадающий, кровоточащий,
- ущемленный, изъязвленный;
- I 84.3 – наружный тромбированный геморрой;
- I 84.4 – наружный кровоточащий, выпадающий, ущемленный,
- изъязвленный геморрой;
- I 84.5 – наружный геморрой без осложнений;
- I 84.7– тромбированный геморрой неуточненный;
- I 84.8– геморрой с другими осложнениями неуточненный;
- I 84.9 – геморрой без осложнения неуточненный;
- O 22.4– геморрой во время беременности;
- O 87.2– геморрой в послеродовом периоде.

- **Геморроидальные узлы** представляют собой кавернозные сосудистые структуры, располагающиеся в подслизистом слое переходной зоны прямой кишки, на 3, 7, 11 часах по циферблату и возникающие вследствие избыточного развития пещеристой ткани из-за постоянного патологического переполнения кровью кавернозных вен.



Классификация

I. По локализации

- Внутренний геморрой
- Наружный геморрой
- Комбинированный геморрой

НАРУЖНЫЙ
ГЕМОРОЙ



ВНУТРЕННИЙ
ГЕМОРОЙ



КОМБИНИРОВАННЫЙ
ГЕМОРОЙ



II. По течению:

- Острый геморрой.

Под острым течением заболевания также понимается профузное, обильное кровотечение из внутренних геморроидальных узлов, требующее срочной госпитализации пациента в стационар для остановки кровотечения и проведения корригирующей терапии.

- Хронический геморрой.

III. По наличию осложнений:

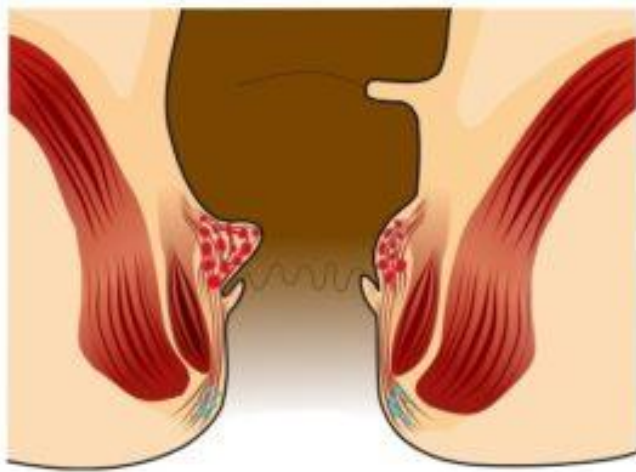
- Неосложненный геморрой.
- Мокнущий геморрой.
- Тромбированный геморрой.
- Кровоточащий геморрой.
- Ущемленный (выпадение внутренних узлов) геморрой.
- Изъязвленный геморрой.

Острый геморрой

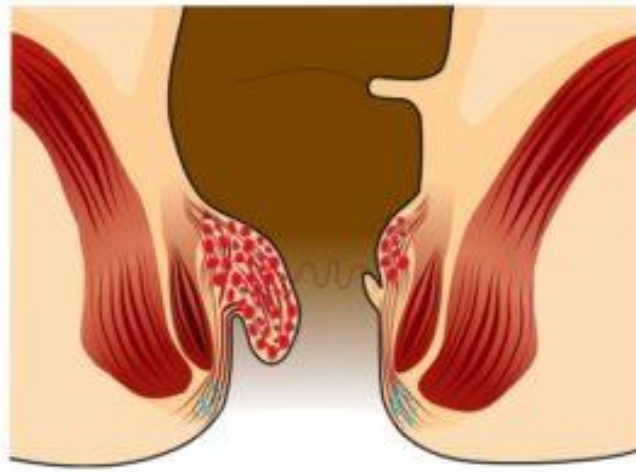
- **1 степень** - Воспаление тромбированных, выпавших узлов клинически не определяется. - Небольшие подкожные, слегка болезненные образования. Пальцевое ректальное исследование болезненно, но возможно.
- **2 степень** - Имеются признаки воспаления тромбированных, выпавших узлов. Определяется небольшой конгломерат выпавших, плотных, синюшных неуправляющихся внутренних геморроидальных узлов. Пальцевое ректальное исследование невозможно из-за боли.
- **3 степень** - Имеются признаки воспаления подкожной клетчатки и перианальной кожи. Вся окружность заднего прохода представляет собой резко болезненный плотный инфильтрат. Багрово-синие узлы резко напряжены. Кожа вокруг отечна, гиперемирована.

Хронический геморрой

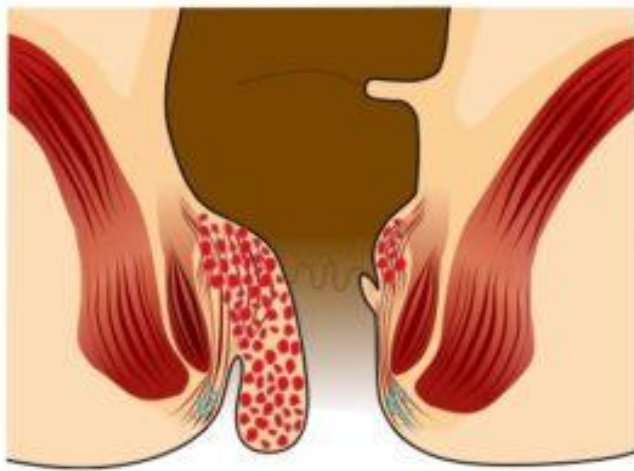
- **1 стадия** – ректальные кровотечения без выпадения узлов.
- **2 стадия** – узлы выпадают при дефекации, а затем, после дефекации самостоятельно, волевым сокращением сфинктера вправляются в анальный канал.
- **3 стадия** - узлы выпадают при дефекации, имеется необходимость их ручного вправления в анальный канал после дефекации.
- **4 стадия** - постоянное выпадение внутренних узлов при дефекации или физической нагрузке и недержание их в анальном канале после ручного вправления.



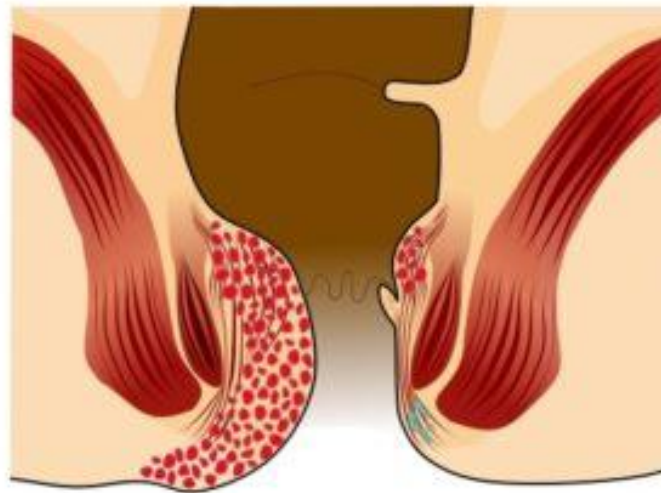
1 стадия



2 стадия



3 стадия



4 стадия

Диагностика:

I. Сбор анамнеза :

- чувство дискомфорта в области заднего прохода
- чувство влажности в области заднего прохода
- зуд в области заднего прохода
- жжение в области заднего прохода
- болевые ощущения в области заднего прохода
- слизистые выделения из прямой кишки
- периодическое выделение крови из заднего прохода при дефекации (примесь алой крови к стулу, выделение крови в виде капель или струйки)
- Увеличение геморроидальных узлов, как правило, связанное с нарушением стула, диеты, у женщин с беременностью и родами
- При развитии тромбоза общая воспалительная реакция

II. Осмотр врачом-колопроктологом.

III. Оценка анального рефлекса.

Выполняется штриховое раздражение кожи перианальной области для определения рефлекторных сокращений анального сфинктера.

IV. Пальцевое исследование прямой кишки.

Определяется тоническое состояние анального сфинктера и сила волевых сокращений, болезненность при исследовании, наличие дефектов слизистой анального канала, объемных образований анального канала и прямой кишки.

V. Аноскопия.

Осматривается анальный канал и дистальная часть прямой кишки, оценивается расположение и степень выраженности внутренних геморроидальных узлов, состояние слизистой оболочки, покрывающей внутренние геморроидальные узлы, зубчатая линия с анальными криптами, состояние слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки

V. Ректороманоскопия (до 25 см)

Диагностика сопутствующих заболеваний прямой и сигмовидной кишки.

VI. Колоноскопия и ирригоскопия.

Диагностика сопутствующих изменений толстой кишки, исключение воспалительных изменений характерных для язвенного колита и болезни Крона.

Колоноскопия или ирригоскопия показана с целью исключения новообразований толстой кишки всем пациентам старше 50 лет

VII. Исследование функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки:

(профилометрия, сфинктерометрия, электромиография).

Показано перед операцией у больных с изначальными клиническими признаками нарушения функции анального сфинктера.

VIII. При наличии сопутствующих заболеваний других органов и систем необходима консультация смежных специалистов.

Дифференциальный диагноз, сопровождающийся синдромом гемоколита

Состояние	Характер крови			
	Цвет	Количество	Отношение к калу	Отношение к дефекации
Геморрой/ анальные трещины	Яркий/алый	Мало	На кале полосками	Во время /после
Полипы прямой кишки	Алый	Мало/много	На кале	Во время /после
Инвагинация	«малиновое желе»	Мало	Смешана	Во время /после
НЯК	Темный/ яркий	Мало/много	Смешана	Во время /после
КТ из верхних отделов ЖКТ	дегтеобразный	Мало/много	Смешана	Во время

Лечение

I. Консервативное:

- диета с увеличением в рационе пищевых волокон
- отказ от употребления алкоголя
- подбор двигательного режима (исключить а/гиподинамию)
- употребление Достаточного количества жидкости

- **При болевом синдроме :**
ненаркотические анальгетики и местные комбинированные обезболивающие препараты в виде гелей, кремов, мазей и суппозиторий (Проктозан, Ауробин, Ультрапрокт, Прокто-гливенол, Постеризан, Релиф Адванс, Нефлуан, Эмла).
- **При тромбозе геморроидальных узлов:**
антикоагулянты местного действия (мазевые основы содержащие гепарин, мазь с троксерутоном).
- **Противовосполительные:**
топические препараты и НПВС с комбинированным действием (Ксефокам, Кетопрофен, Диклофенак, Вольтарен, Индометацин).

- **При геморроидальных кровотечениях**
местные препараты в виде суппозиторий (Натальсид, Релиф, свечи содержащие адреналин), а также системных флеботонических (Детралекс, Флебодия) и гемостатических препаратов (Этамзилат, Тронексам).
- **При тромбозе геморроидальных узлов, осложненном воспалением окружающих мягких тканей**
(в случае если исключен гнойно-воспалительный процесс), комбинированные препараты содержащие обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты (Проктоседил, Ауробин, Прокто-гливенол, Проктозан, Гепатромбин), а также комбинированные флеботонические препараты (Детралекс, Флебодия, Гинкор Форте, Цикло-3-форте, Гливенол, Троксерутин).

II. Малоинвазивные вмешательства: Склеротерапия

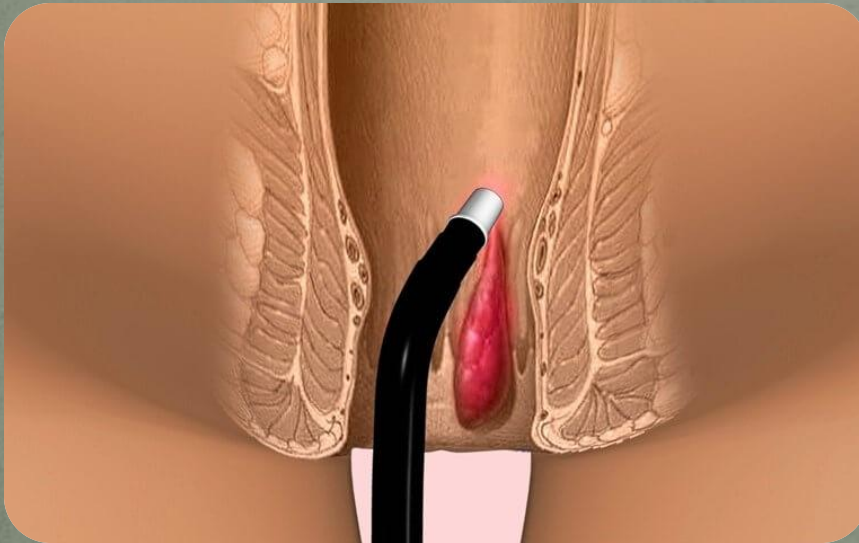
- Показания: Наличие незначительно увеличенных внутренних геморроидальных узлов с единственным клиническим признаком – ректальные кровотечения.
- Противопоказания: гипертоническая болезнь, наружный или комбинированный геморрой, выпадения внутренних узлов
- Склерозирующие растворы: 2-3% растворы тромбовара, этоксисклерола и др.
- Анестезия местная, раствор новокаина 0,5%-20мл.

Склерозирование геморроидальных узлов



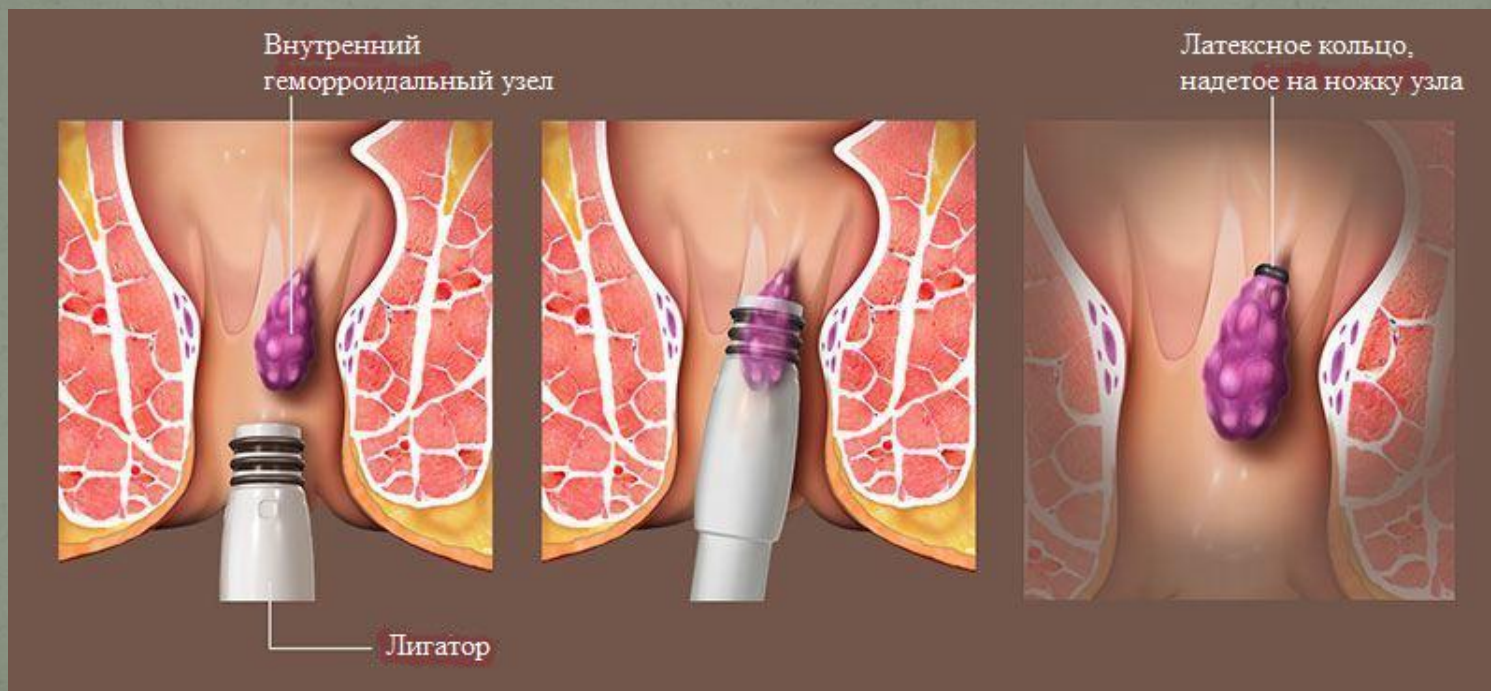
Инфракрасная фотокоагуляция

- Показания: хронический внутренний геморрой 1 стадии при редких необильных кровотечениях
- Противопоказания: комбинированный геморрой, выпадение внутренних узлов.
- Обезболивание: внутривенный наркоз, местная анестезия.
- Проводится в стационаре в плановом порядке, возможно амбулаторное проведение процедуры.
- Аппарат: инфракрасный коагулятор Lumatec (Германия).



Лигирование латексными кольцами

- Показания: выпадение изолированных внутренних узлов 2-3 стадий с хорошо сформированными «ножками».
- Противопоказания: комбинированный геморрой, сочетание хронического геморроя и анальной трещины, свища прямой кишки.
- Обезболивание: внутривенный наркоз, местная анестезия. Проводится в стационаре в плановом порядке. Возможна амбулаторная процедура.
- Аппарат: вакуумный лигатор Karl Storz (Германия)



- Показанием к хирургическому лечению является острый тромбоз геморроидального узла (ов) в случае если сроки с момента начала заболевания составляют 48-72 часа.
- При тромбозе геморроидальных узлов, в случае, когда сроки от начала заболевания превышают 72 часа, показана консервативная терапия, направленная на купирование болевого синдрома и воспалительного процесса с последующим плановым хирургическим лечением

III. Оперативное лечение:

закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой анального канала (операция Миллигана-Моргана в модификации НИИ проктологии №2)

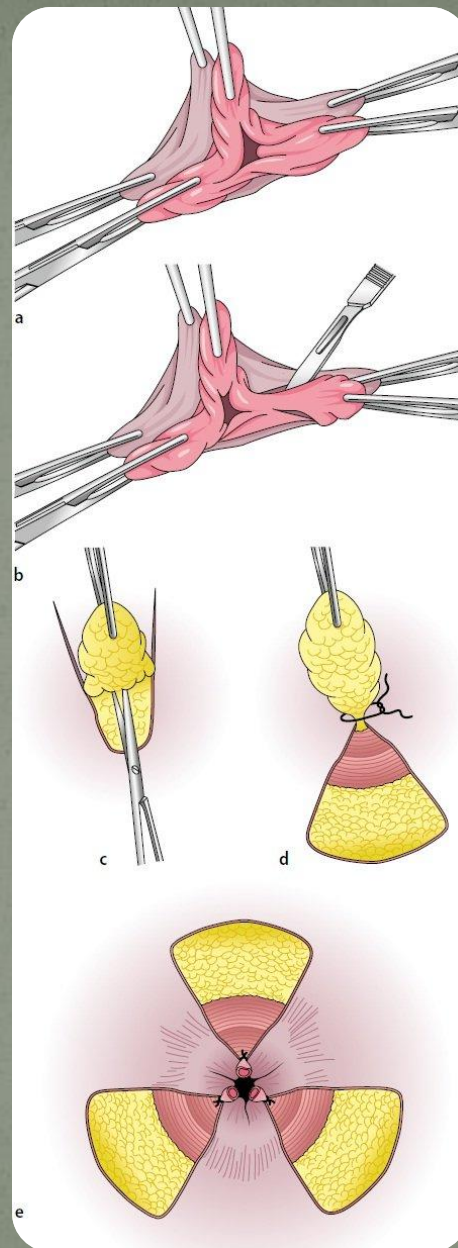
- Показания: хронический комбинированный геморрой 3-4 стадий.
- Противопоказания: хронические внутренние заболевания в стадии декомпенсации.
- Обезболивание: спинальная анестезия.
- Проводится в стационаре в плановом порядке.



изнутри; *в* — вид звездчатого конуса после закрытой геморроидэктомии
а — вид после удаления геморроидальных узлов; *б* — ушивание раны анального

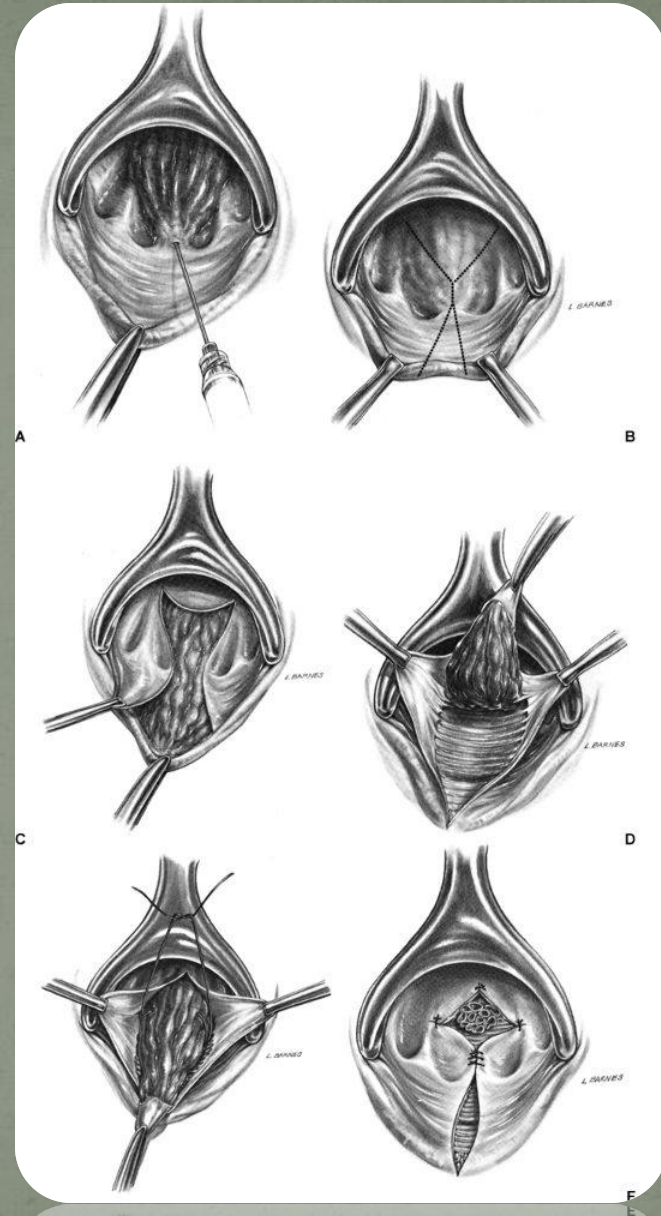
**открытая
геморроидэктомия** без
ушивания ран анального
канала (операция Миллигана-
Моргана).

- Применяется при сочетании
хронического геморроя и
анальной трещины, свища
прямой кишки.



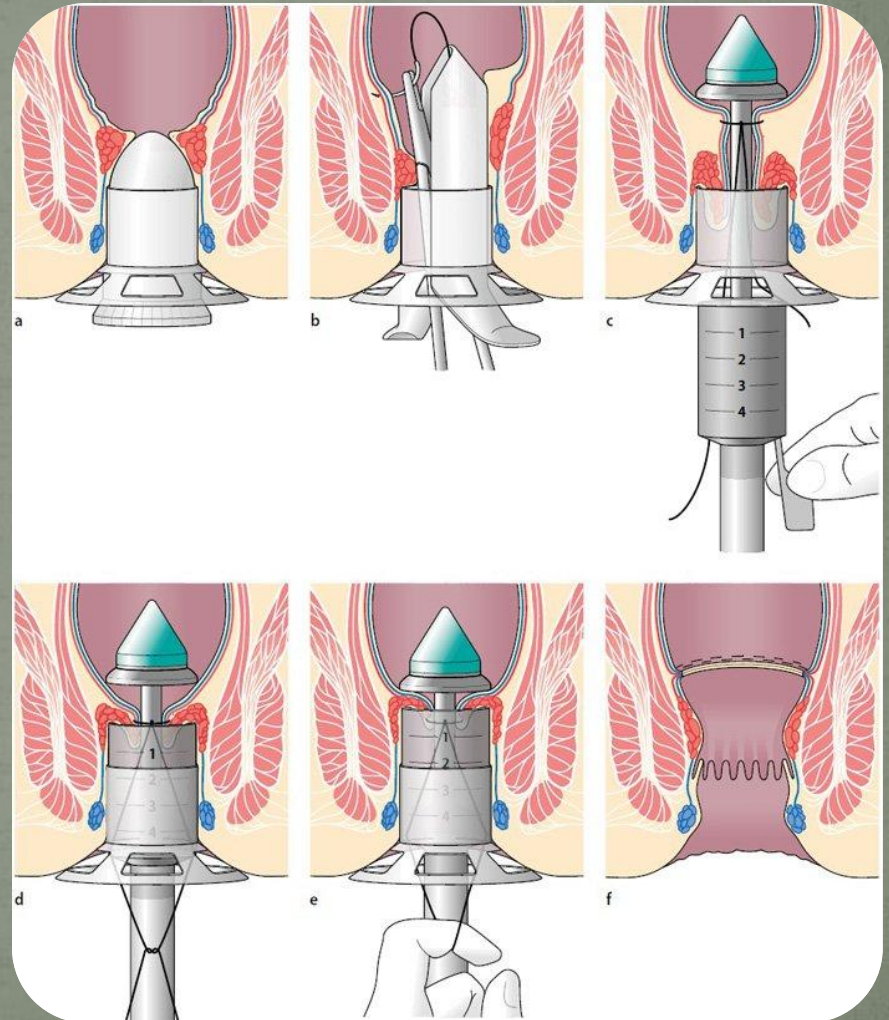
Подслизистая геморроидэктомия.

- Методика. В подслизистый слой, в области внутреннего геморроидального узла, вводят 2-3 мл 0,25% раствора новокаина, создавая над ним гидравлическую подушку. Двумя дугообразными разрезами рассекают слизистую оболочку над узлом с последующим выделением его из окружающих тканей до сосудистой ножки. Затем ножку прошивают и узел отсекают.



Степлерная геморроидопексия (операция Лонго)

- Операция Лонго выполняется в стационаре, обычно под наркозом или эпидуральной анестезией.
- Операция Лонго выполняется с помощью специального прибора – циркулярного хирургического сшивающего аппарата (степплера).
- Противопоказаниями к операции Лонго являются сужения и нагноительные процессы заднего прохода, а также большие наружные геморроидальные узлы.



ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ!

- Не следует выполнять хирургическое лечение геморроя без обследования толстой кишки.
- Не следует применять малоинвазивные методы лечения при циркулярном геморрое и сливном характере наружных и внутренних узлов.
- Не следует выполнять малоинвазивные методы хирургического лечения при наличии гнойно-воспалительного процесса в параректальных тканях.
- Не следует выполнять радикальные операции у больных с 2-3 степенью анемии.

Анальная трещина

спонтанно возникающий линейный или эллипсовидный продольный разрыв (дефект, рана или язва) слизистой оболочки заднепроходного (анального) канала человека, характеризующийся резкой болезненностью во время и после дефекации, эпизодически скудными примесями крови в кале.



- **К60.0 Острая трещина заднего прохода**
- **К60.1 Хроническая трещина заднего прохода**
- **К60.2 Трещина заднего прохода неуточненная**

Этиология:

- тяжёлый физический труд;
- продолжительный запор;
- чрезмерное поглощение спиртных напитков;
- посторонний предмет в заднем проходе;
- сидячий образ жизни или условия труда;
- употребление пищи, приправленной острыми специями;
- любое повреждение или травма, которая, непосредственно повлияла на структуру слизистой анального прохода;
- инфекционные заболевания кишечника;
- острый геморрой;
- роды, осложнением которых и является такая патология;
- клизмы, особенно если неправильно проводить такую процедуру;
- глисты – самая распространённая причина появления анальной трещины у ребёнка;
- ВИЧ-инфекция;
- повреждения при медицинском осмотре;
- специфические половые отношения – анальный или однополый секс.

Классификация

I. По характеру течения

- **Острые трещины** — обычно появляются после эпизода запора или диареи и самостоятельно заживают при нормализации стула.
- **Хронические трещины** — присутствуют более одного месяца, сопровождаются признаками хронического процесса (приподнятые каллезные края, обнажённая мышца сфинктера, сторожевой бугорок, гипертрофированная анальная бахромка).

II. По локализации

- **Задняя трещина** — трещина, расположенная на задней стенке анального канала.
- **Передняя трещина** — трещина, расположенная на передней стенке анального канала.
- **«Зеркальная» трещина** — трещина, содружественно расположенная на задней и передней стенках анального канала.

Клиника у грудных детей

- сильный крик и плач при выделении кала;
- плотность испражнений;
- наличию слизи и крови в кале;
- нарушение сна;
- отсутствие газов;
- небольшом повышении температуры тела;
- повышенная тревожность и беспокойство малыша.

Клиника у детей дошкольного возраста

- самостоятельная задержка испускания кала;
- жалобы на дискомфорт и ощущение постороннего предмета в анальном проходе;
- ребёнок может отказаться посещать туалетную комнату или садиться на горшок из-за боязни боли;
- сильное чувство жжения в анальном отверстии, которое может трансформироваться в непрерывное ощущение боли;
- небольшое выделение крови вместе с калом (легко можно заметить на туалетной бумаге). При этом структура и цвет кала не изменяется.

Клиника у взрослых

- жалобы на резкую боль в заднем проходе с иррадиацией в крестец, промежность при дефекации и после нее;
- жжение в области заднего прохода;
- незначительное кровотечение при дефекации, чаще в виде полоски алого цвета на кале;
- запоры;
- анальную трещину сопровождает спазм анального сфинктера.

Триада симптомов (по В. Д. Федорову):

- 1) боль в заднем проходе при дефекации и после нее;
- 2) кровотечение при дефекации в виде полоски алого цвета на кале;
- 3) спазм сфинктера.

Диагностика:

- I.** Сбор анамнеза и жалоб.
- II.** Осмотр врачом-колопроктологом.
- III.** Оценка анального рефлекса.
- IV.** Пальцевое исследование прямой кишки.
- V.** Аноскопия.
- VI.** Ректороманоскопия (до 25 см).
- VII.** Колоноскопия и ирригоскопия.
- VIII.** Исследование функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки.
- IX.** Консультация смежных специалистов.

Лечение

I. Консервативное:

- диета с увеличением в рационе пищевых волокон
- отказ от употребления алкоголя и острых блюд
- подбор двигательного режима (исключить а/гиподинамию)
- употребление достаточного количества жидкости
- перед введением свечи необходимо принять теплую ванну (сидячую). Сидячую ванну выполняют несколько раз в сутки (обязательно перед сном).

Ректальные суппозитории, снижающие болезненные ощущения и зуд около заднепроходного канала:

- Анузол. В состав препарата входят ксероформ, красуха, цинка сульфат;
- Анестезол. В составе: анестезин, висмута субгаллат, ментол, окись цинка;
- Проктозан. Состав: лидокаин, субгаллат висмута, буфексамак, двуокись титана;

Ректальные суппозитории, устраняющие воспалительный процесс, стимулирующие заживление, обладающие кровоостанавливающим и обезболивающим воздействием:

- Релиф;
- Релиф Адванс;
- Постеризан и т. д.

Мази

Если у пациента сильный болевой синдром, то использовать ректальные суппозитории в таком случае очень затруднительно. В такой ситуации консервативное лечение предусматривает применение мазей и кремов от ран в прямой кишке.

- Ультрапрокт;
- Ауробин;
- Декспантенол;
- Бепантен;
- Пантесол;
- Солкосерил;

Мазь или крем наносятся вокруг заднепроходного отверстия один-два раза в сутки после акта дефекации и ванночки.

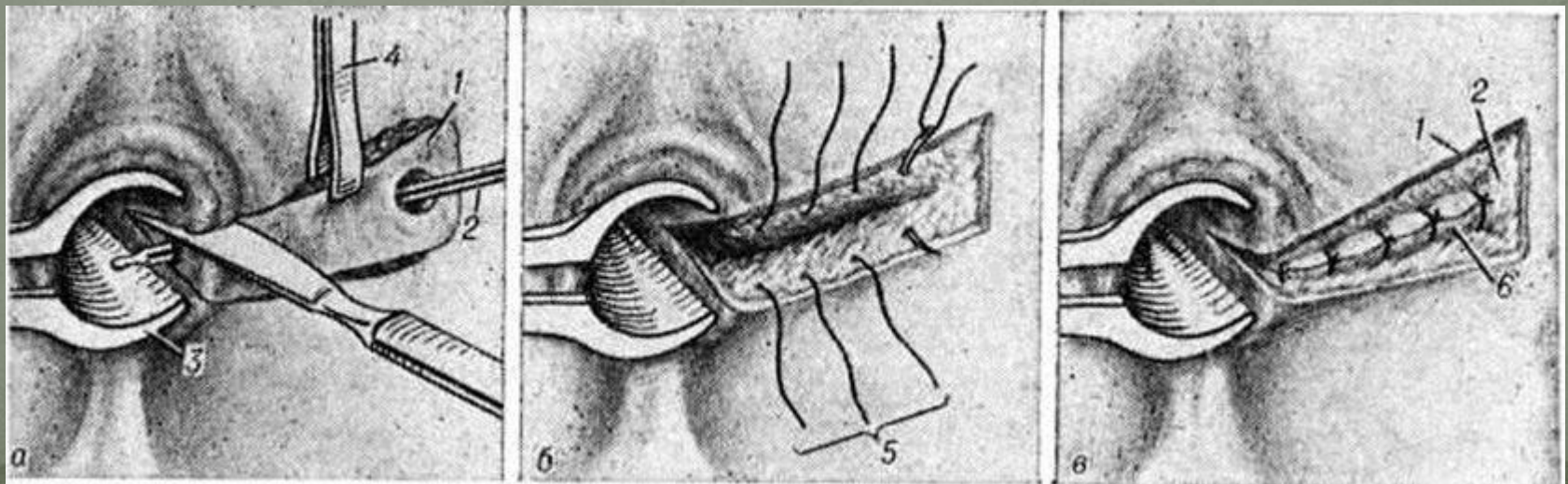
II. Оперативное лечение:

Инфракрасная фотокоагуляция хронической анальной трещины

- Показания: острая и хронический анальная трещина
- Противопоказания: нет.
- Обезболивание: наркоз.
- Проводится в стационаре в плановом порядке.
- Аппарат: инфракрасный коагулятор Lumatec (Германия).

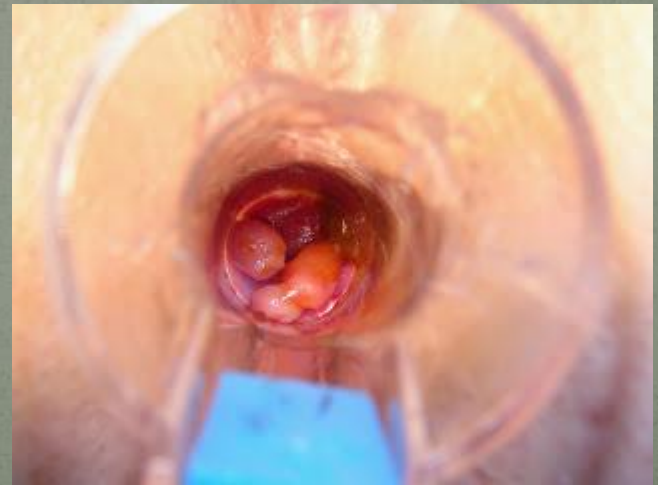
Хирургическое лечение

- Выполняют иссечение анальной трещины в просвет прямой кишки по Габриелю и заднюю дозированную сфинктеротомию.
- Этапы операции: Дивульсия заднего прохода, иссечение трещины, задняя дозированная сфинктеротомия.
- У мужчин рассекают сфинктер на глубину 0,8 см, у женщин - 0,5 см.



Полипы

Полипами анального канала и прямой кишки называются опухолевидные доброкачественные образования, которые исходят из слизистой оболочки аноректальной области.



- **К62.0 Полип анального канала**
- **К62.1 Полип прямой кишки**
- **D12.8 Прямой кишки (Доброкачественное новообразование прямой кишки, заднего прохода и анального канала)**

Этиология

- Воспалительные заболевания кишечника
 - Колит
 - Энтерит
 - Брюшной тиф
 - Дизентерия
- Хронические запоры
- Дискинезия кишечника
- Снижение иммунитета
- Нарушения эмбриогенеза
- Неправильный подход к питанию
- Злоупотребление вредными привычками
- Гиподинамия (недостаток движения)
- Влияние факторов экологии
- Генетическая предрасположенность

Классификация

- Истинные полипы, рост которых идет из атипичных клеток слизистой оболочки.
- Ложные полипы, это образования схожие внешне с полипами, но состоящие из нормальных клеток. Они появляются после длительных воспалительных заболеваний кишечника (геморрой, криптит, колит, энтерит).

Истинные полипы:

- **Гиперпластические полипы.** Эти образования появляются в результате аномального деления клеток эпителия, и обычно не вырастают больше 0,7 см.
- **Аденоматозные полипы.** Наиболее распространенная разновидность полипов кишечника. Они образуются из видоизмененных клеток железистого эпителия на слизистой толстой кишки. Именно Аденоматозные полипы чаще всего являются причиной развития колоректального рака.
- **Ворсинчатые полипы.** Этот вид образуется из аномальных клеток железистого эпителия. По внешнему виду напоминает цветную капусту, поверхность его покрыта ворсинками как пушистый ковер. Ворсинчатые полипы так же опасны, как и аденоматозные, 95 % всех случаев колоректального рака приходится на ворсинчатые полипы.

Ложные полипы (фиброзные полипы) обычно вырастают из фиброзной ткани кишечника, и не представляют ни какой проблемы, так как никогда не переродятся в онкологическую опухоль. Но отличить визуально их от истинных полипов практически невозможно. Ответ может дать только гистологический анализ.



фиброзный полип

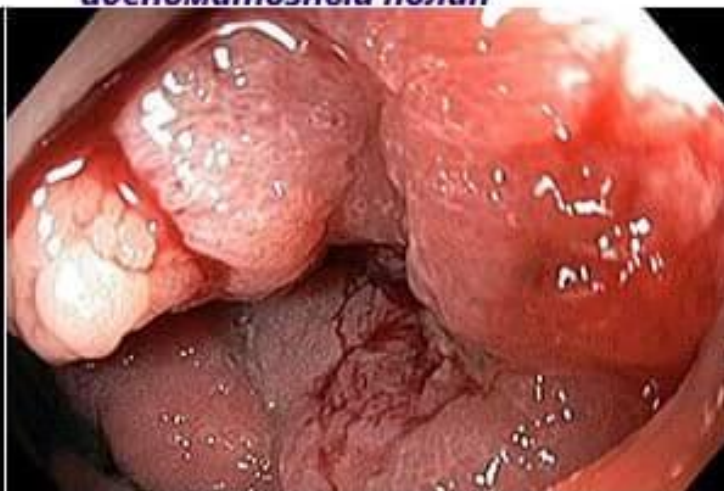


ворсинчатый полип

гиперпластический полип



аденоматозный полип



II. По количеству

- одиночный полип;
- множественные полипы (располагаются небольшими группами во всех отделах толстого кишечника);
- диффузные полипы (поражают скоплениями большие пространства толстой кишки).

Клиника

- наличие кровянистых или слизистых выделений, появляющихся при акте дефекации;
- повышение температуры тела в том случае, если есть симптомы воспаления;
- частые застойные явления в прямой кишке или, напротив, поносы, для которых не удастся подобрать лечение;
- боли в нижней части живота;
- выпадение шишек, напоминающих геморроидальные, которые можно увидеть даже на фото.

Диагностика:

- I.** Сбор анамнеза и жалоб.
- II.** Осмотр врачом-колопроктологом.
- III.** Оценка анального рефлекса.
- IV.** Пальцевое исследование прямой кишки.
- V.** Аноскопия.
- VI.** Ректороманоскопия (до 25 см).
- VII.** Колоноскопия и ирригоскопия.
- VIII.** Рентген с контрастным веществом.
Рентгеновские снимки позволяют сразу увидеть места образования и размеры полипов.
- IX.** Исследование функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки.
- X.** Консультация смежных специалистов.

*«Единственное верное
лечение – это удаление
при помощи
эндоскопических или
хирургических методик.»*

I. Малоинвазивные вмешательства:

- эндоскопическая коагуляция
- удаление полипов кишечника радиоволновым скальпелем
- удаление полипов кишечника лазером
- метод электроэксцизии

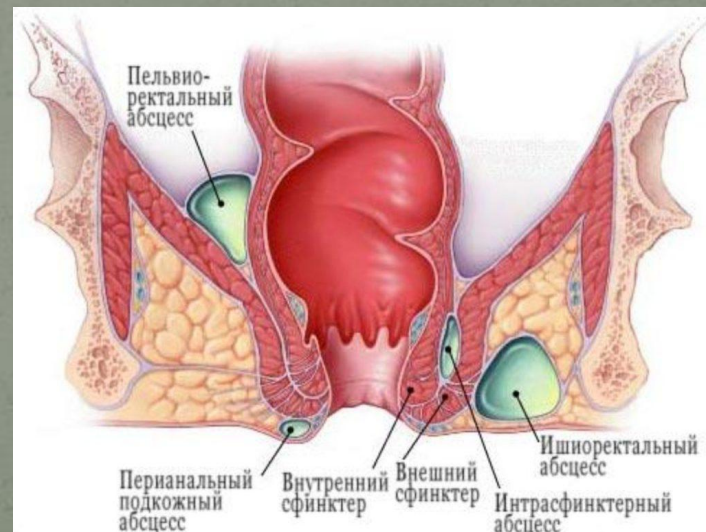
II. Оперативные вмешательства:

- трансанальное иссечение полипа
- метод трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ)
- тотальная резекция.

Если обращение к врачу было поздним, и полипы разрослись в множественные образования (диффузный полипоз) или результаты гистологического анализа показали наличие атипичных клеток, необходимо удаление не только полипов, но и части кишки.

Парапроктит

это гнойное воспаление жировой клетчатки, расположенной вокруг прямой кишки.



Острый парапроктит

- К61.0 – Анальный [заднепроходный] абсцесс
- К61.1 – Ректальный абсцесс
- К61.2 – Аноректальный абсцесс
- К61.3 – Ишиоректальный абсцесс
- К61.4 – Интрасфинктерный абсцесс

Хронический парапроктит

- К60.3 – Свищ заднего прохода
- К60.4 – Прямокишечный свищ
- К60.5 – Аноректальный свищ (свищ между прямой кишкой и задним проходом)

Классификация острого парапроктита

(Ю.В.Дульцев, К.М.Саламов 1981г.)

I. По этиологическому признаку

- Неспецифический
- Специфический
- Посттравматический

II. По активности воспалительного процесса

- Острый
- Рецидивирующий
- Хронический (свищ прямой кишки)

III. По расположению внутреннего отверстия гнойного хода

- Передний
- Боковой
- Задний

IV. По локализации гнойников

- Подкожный
- Подслизистый
- Подкожно- подслизистый
- Ишиоректальный
- Пельвеоректальный
- Ретроректальный

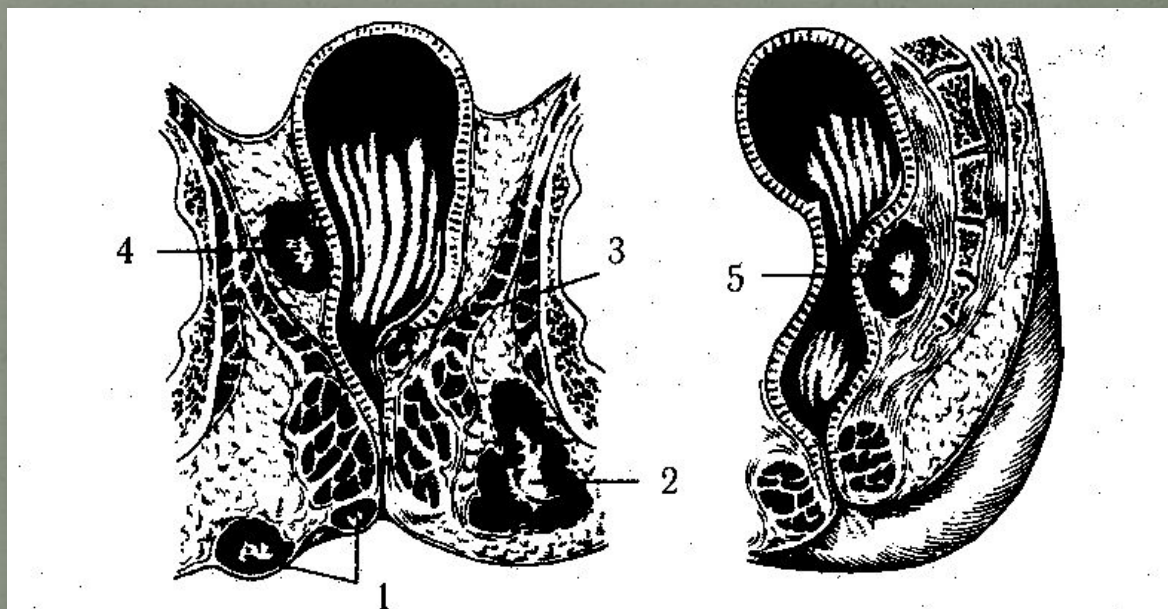


Рис. 70. Анатомическая локализация острых парапроктитов.
1 — перианальный; 2 — ишиоректальный; 3 — подслизистый; 4 — пельвиоректальный; 5 — ретроректальный.

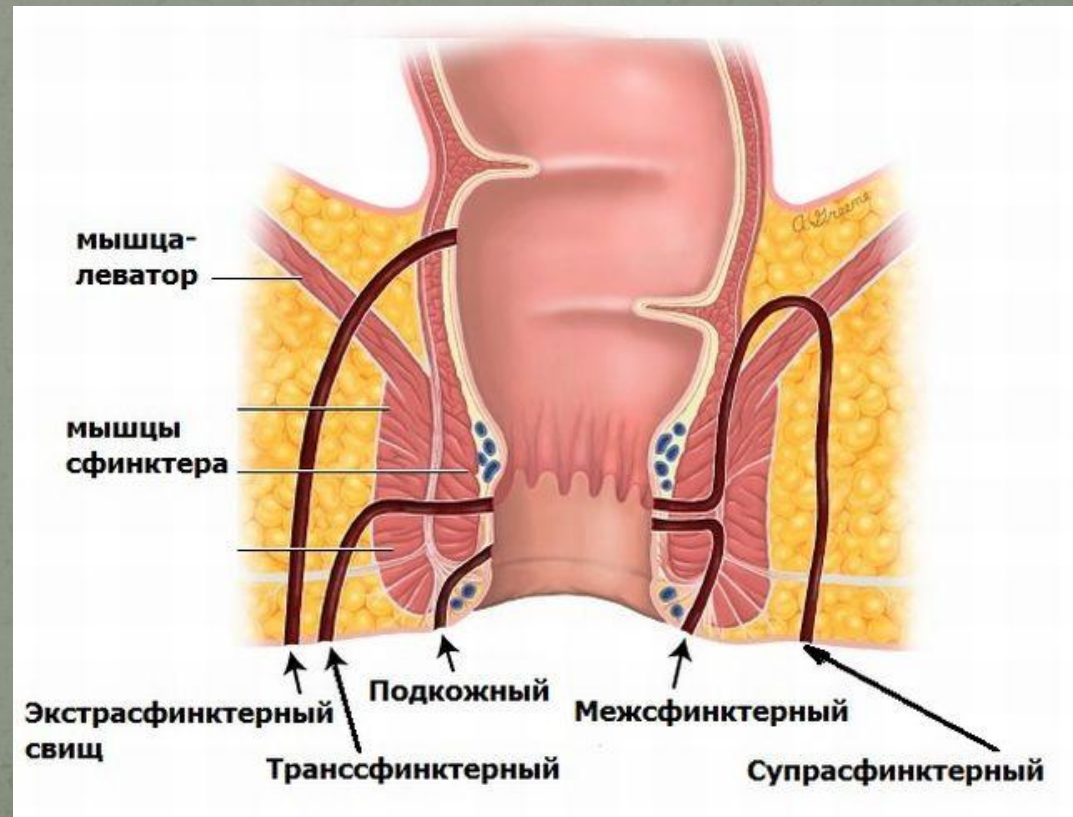
Классификация хронического парапроктита (свищей прямой кишки)

(Ю.В.Дульцев, К.М.Саламов 1981г.)

- I. По локализации внутреннего отверстия свища в одной из крипт:**
 - Передний
 - Боковой
 - Задний
- II. По анатомическому признаку:**
 - Полные
 - Неполные
 - Наружные
 - Внутренние.

III. По расположению гнойного хода по отношению к волокнам анального сфинктера:

- Интрасфинктерное
- Трассфинкертное
- Экстрасфинктерное



Диагностический алгоритм

I. Жалобы:

- озноб
- лихорадка
- слабость
- нарастающие боли в промежности
- боли в тазу
- боли во время дефекации
- тенезмы

II. Анамнестические данные:

- Острое начало
- Наличие в анамнезе запоров, колитов
- Травмы прямой кишки

III. Объективный осмотр:

- отек
- местная гиперемия
- местная гипертермия
- пальпация резко болезненна
- флюктуация
- выбухание стенки прямой кишки

IV. Пальцевое исследование прямой кишки

V. Лабораторные данные:

- лейкоцитоз
- увеличение СОЭ
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево

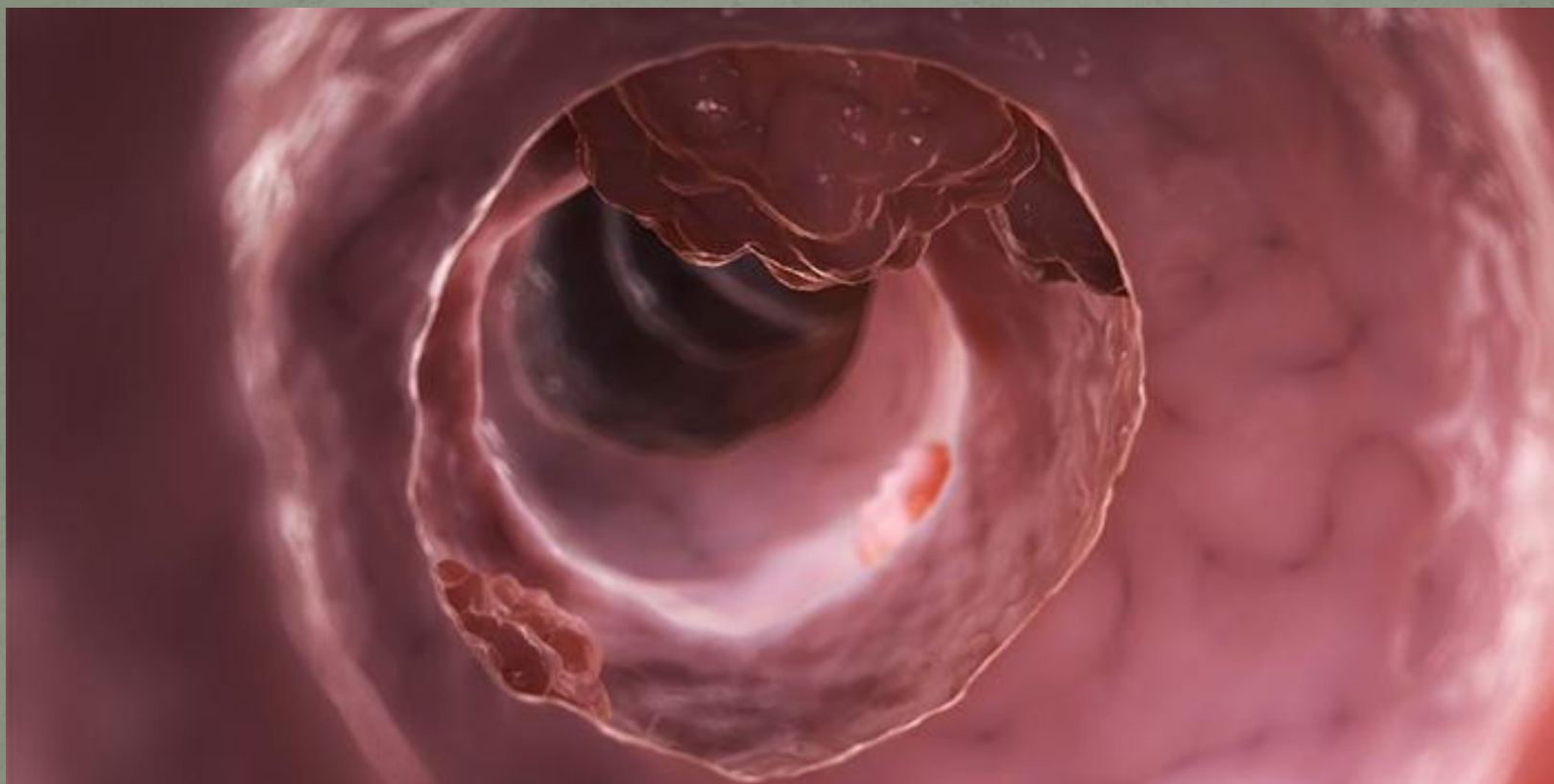
VI. Инструментальные методы исследования:

- Аноскопия
- Ректороманоскопия (до 25 см)
- Колоноскопия и ирригоскопия

Лечение

- I. Хирургическое
- II. Антибиотикотерапия (цефотаксим, гентамицин, амикацин)
- III. Ежедневные перевязки с антисептическими мазями (Левомеколь).
- IV. Симптоматическая терапия

Рак прямой кишки



- **C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения**
- **C20 Злокачественное новообразование прямой кишки**
- **C21 Злокачественное новообразование заднего прохода (ануса) и анального канала**
- **C21.0 Злокачественное новообразование заднего прохода неуточненной локализации**
- **C21.1 Злокачественное новообразование анального канала**
- **C21.2 Злокачественное новообразование клоакогенной зоны**
- **C21.8 Поражение прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций**

Факторы риска:

- возраст старше 50 лет
- питание с преобладанием в рационе легкоусвояемой и жирной пищи
- генетические синдромы
- наличие аденоматозных полипов прямой кишки
- неспецифический язвенный колит
- болезнь Крона
- ранее перенесенный рак ободочной кишки
- рак женских гениталий или молочной железы.

Классификация

I. По локализации:

- Анальный канал. Частота выявления -1%
- Нижне-ампулярный отдел (до 6см). Частота выявления -26%
- Средне-ампулярный отдел (6-12см). Частота выявления 48%
- Верхне-ампулярный и ректосигмоидный отдел (12-20 см). Частота выявления -25%.



II. Гистологическое строение опухоли

- - Железистый рак (высоко-, умеренно-, и малодифференцированная аденокарцинома)
- - Слизистая аденокарцинома
- - Перстневидноклеточный рак
- - Солидный рак
- - Плоскоклеточный рак
- - Недифференцированный рак

III. Формы роста опухоли.

- экзофитный рост
- эндофитно инфильтрирующий
- переходные формы роста.

Международная классификация TNM международного противоракового союза по МКБ-10, 1997 года

T – первичная опухоль

- T is –in situ преинвазивная аденокарцинома, carcinoma in situ, опухоль
 - в пределах эпителия или с инвазией только слизистой оболочки
- T 0 - первичная опухоль не определяется
- T 1 - опухоль инфильтрирует слизистую оболочку и подслизистую
 - основу кишки
- T 2 - опухоль инфильтрирует мышечную оболочку
- T 3 - опухоль прорастает подсерозную основу и
 - неперитонизированные участки кишки
- T 4 – инвазия в периректальные ткани и соседние органы.

N регионарные лимфатические узлы:

- Nx - Недостаточно данных для оценки регионарных метастазов
- No - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
- N1 – выявлено метастатическое поражение от 1 до 3 регионарных лимфатических узлов
- N2 - выявлено метастатическое поражение 4 и более регионарных лимфатических узлов
- N3 - метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов вдоль магистральных сосудов прямой кишки

М Отдаленные метастазы:

- M_x - Недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов
- M₀ – отдаленных метастазов нет
- M₁ - отдаленные метастазы есть

Диагностический алгоритм

I. Жалобы:

- **Боли:** схваткообразные, локализующиеся в нижних отделах живота; острые связанные с актом дефекации, локализующиеся в анальной области; постоянные, разной степени интенсивности, иррадиирующие в крестец.
- **Функциональные нарушения:** тенезмы, запоры, диарея, лентовидный кал.
- **Патологические выделения:** кровь, слизь, обрывки опухолевой ткани.

II. Анамнестические данные:

- Запоры
- Колиты
- Геморрой
- Ранее перенесенный рак
- Полипы прямой кишки
- Потеря массы тела

- III.** Пальцевое исследование прямой кишки.
- IV.** УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов.
- V.** RRS с результатами гистологического исследования биоптата и указанием расстояния от нижнего края опухоли до ануса.
- VI.** Ирригоскопия и колоноскопия.
- VII.** Консультация специалистов.

Хирургическое лечение является ведущим при раке прямой кишки

Выбор метода операции зависит от следующих факторов:

- - локализация опухоли;
- - вид роста (эндо- или экзофитный);
- - степень распространения опухолевого процесса;
- - общее состояние больного.

Наблюдение

- выяснение жалоб и ректосигмоидоскопия каждые 6 мес. в течение 2 лет.
- Если колоноскопия не была выполнена до операции (например, из-за непроходимости), то ее следует сделать в течение года.
- Колоноскопия каждые 5 лет с резекцией имеющихся полипов .
- Польза лабораторного и радиологического обследования не доказана. Подобные обследования рекомендуются для больных с наличием специфических симптомов

**Остроконечные
кондиломы перианальной
области и анального канала**

Аногенитальные бородавки —

вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных фиброэпителиальных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, шейки матки, перианальной области и анального канала.



- **Абз.о. Аногенитальные
(венерические) бородавки.**

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Остроконечные кондиломы;
- Бородавки в виде папул;
- Поражения в виде пятен;
- Внутриэпителиальная неоплазия;
- Бовеноидный папулез и болезнь Боуэна;
- Гигантская кондилома Бушке - Левенштейна

Диагностика

I. Анамнез

определяются: факторы риска развития заболевания:

- проституция;
- многочисленные и случайные сексуальные связи;
- гомосексуализм;
- редкое использование барьерных методов контрацепции и спермицидов;
- давность возникновения образований, выявление тенденции к прогрессированию и клинической трансформации образований;
- при первичном эпизоде аногенитальных бородавок - предполагаемый источник инфицирования пациента и время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов;
- при рецидиве заболевания - частота рецидивов, время последнего рецидива заболевания, методы деструкции высыпаний в анамнезе;
- результаты обследования половых партнеров;
- данные акушерско-гинекологического, урологического и полового анамнеза;
- наличие инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в анамнезе и в настоящее время.

II. Субъективные симптомы (жалобы):

- Наличие фиброэпителиальных одиночных или множественных образований с тонкой ножкой или широким основанием в виде папул, папиллом, образований в виде «цветной капусты», «петушиного гребня» или пятен, локализующихся в перианальной области и анальном канале, на кожных покровах паховой области, промежности
- Зуд, парестезии в области поражения;
- Дискомфорт и боль при дефекации;
- Мокнутие и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения;
- Диспареуния (болезненность во время полового акта);
- При локализации высыпаний в области уретры — дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании).

III. Пальцевое исследование прямой кишки.

Определяется наличие, и площадь поражения стенок анального канала, вовлеченность в процесс окружающих тканей и мышц анального сфинктера, оценивается состояние зубчатой линии.

IV. Аноскопия.

V. Ректороманоскопия (до 25 см).

VI. Колоноскопия и ирригоскопия.

VII. Лабораторные исследования:

- постановка комплекса серологических реакций на сифилис;
- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С;
- молекулярно-биологические методы диагностики: ПЦР (ПЦР в реальном времени, ПЦР с использованием гибридной ловушки) или ВПЧ Digene-тест с типированием онкогенных и неонкогенных типов
- цитологическое исследование мазков-отпечатков
- гистологическое исследование биопсийного материала (при подозрении на малигнизацию)
- гистологическое исследование удаленных образований

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- коррекция иммунного статуса;
- удаление кондиломатозных разрастаний;
- предупреждение развития осложнений и малигнизации образований;
- улучшение качества жизни пациентов

I. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ректальные суппозитории «Генферон» по 1000000 единиц 2 раза в день в течение 10 дней;
- Мазь «Панавир» местно 5 раз в день в течение 10 дней.

II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показания: наличие остроконечных кондилом и неэффективность медикаментозного лечения является показанием к их деструкции.

- **Химические методы.** Препараты для химической деструкции: комбинированный кислотный препарат «Солкодерм», «Ферезол», трихлоруксусная кислота
- **Цитотоксические методы.** Цитотоксические препараты - подофиллин и подофиллотоксин, выделенные из корней растения мандрагора или подофила щитовидного.
- **Физические методы** (хирургическое иссечение (острым путем, электрокоагуляция, радиохирургия), лазерная вапоризация, криодеструкция).

НЕДОПУСТИМО !!!

- Проведение иммуномоделирующей терапии при подозрении на малигнизацию процесса.
- Любые виды деструкции больших образований с плотным основанием без консультации онколога и радиолога.

Зуд заднего прохода



- **L29.0 Зуд заднего прохода**

Классификация

- первичный (синонимы идиопатический, истинный, криптогенный, нейрогенный)
- вторичный (вследствие других заболеваний).

Этиология

- Этиология первичного зуда до конца неизвестна. Некоторые считают его проявлением скрытых форм проктосигмоидита со сдвигом РН содержимого прямой и сигмовидной кишки в щелочную сторону до 8,5 – 10, что приводит к увеличению нерасщепленных протеолитических ферментов в кале и возрастанию остаточного азота в перианальной коже.
- Вторичный зуд является симптомом таких заболеваний, как геморрой, анальная трещина, криптит, свищи, язвы, кондиломы, недостаточность сфинктера заднего прохода, опухоли и т.д. Часто он сопровождает воспалительные заболевания гениталий, сахарный диабет, глистную инвазию, дисбиоз, грибковые поражения кожи, аллергические реакции, лекарственную болезнь

Диагностика:

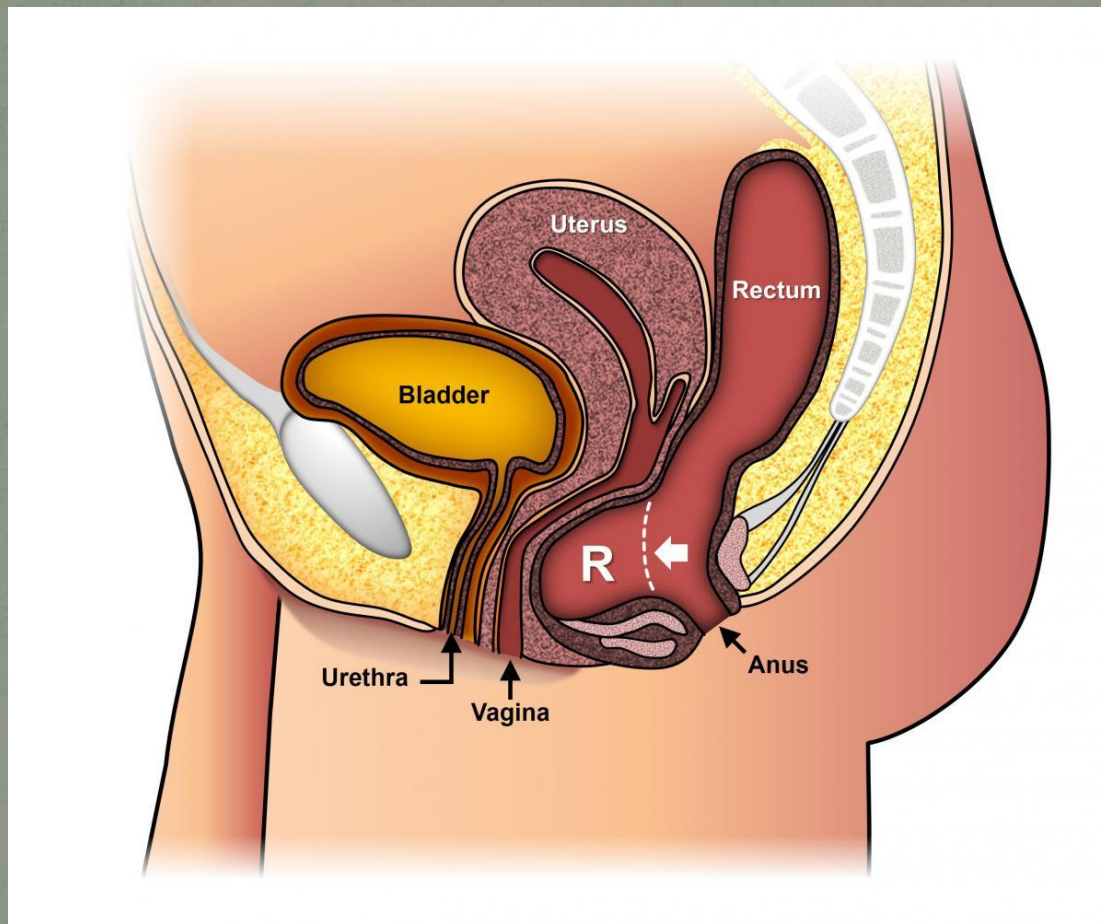
- I. Сбор анамнеза и жалоб.
- II. лабораторные исследования : кровь на сахар с толерантной нагрузкой (скрытые формы диабета), трехкратный анализ кала на яйца глист, исследование кала на дисбиоз. Необходимо исключить воспалительные заболевания половых органов, сахарный диабет, грибковые поражения кожи, лимфогрануломатоз, аллергические реакции.
- III. Осмотр врачом-колопроктологом.
- IV. Оценка анального рефлекса.
- V. Пальцевое исследование прямой кишки.
- VI. Аноскопия.
- VII. Ректороманоскопия (до 25 см).
- VIII. Консультация смежных специалистов.

Лечение

- строгое соблюдение личной гигиены.
- щадящая диета с исключением спиртного, ограничением курения.
- микроклизмы с 0,5 % раствором протаргола после акта дефекации в течение 30 дней
- местное применение гормональных мазей (лоринден, ауробин и т.п.)
- десенсибилизирующая терапия (тавегил, кларитин, димедрол и т.д.)
- физиолечение, включая низкоинтенсивное лазерное излучение
- коррекция дисбиоза.

- При тяжелых формах идиопатического зуда и при безуспешности комплексной терапии, проводится внутрикожное обкалывание вокруг заднего прохода 0,2 % раствором метиленовой сини на 0,5 % растворе новокаина, что обуславливает потерю кожной чувствительности до 28 дней. Метод применяется только при сухих формах зуда.

Ректоцеле



Ректоцеле (rectocele: лат. rectum – прямая кишка; греч. kele – выпячивание, грыжа, припухлость) представляет собой дивертикулоподобное выпячивание стенки прямой кишки в сторону влагалища (переднее ректоцеле) и/или по задней полуокружности кишки (заднее ректоцеле).

№81.6. Ректоцеле

Классификация

I. По уровню дефекта ректовагинальной перегородки различают:

- нижнее ректоцеле – локализовано в нижней трети влагалища;
- среднее ректоцеле – локализовано в средней трети влагалища;
- высокое ректоцеле - локализовано в верхней трети влагалища

II. По выраженности анатомических изменений :

- 1 степень - ректоцеле определяется лишь при пальцевом исследовании прямой кишки как небольшой карман передней стенки прямой кишки;
- 2 степень - выпячивание прямой кишки во влагалище доходит до его преддверия;
- 3 степень - выпячивание передней стенки прямой кишки выходит за пределы влагалища

Факторы риска

- тяжелые физические нагрузки
- хронический запор, сопровождающийся частым и интенсивным натуживанием
- хронические заболевания дыхательной системы с интермиттирующими приступами кашля
- избыточный вес (по данным Women`s Health Initiative, увеличение индекса массы тела (ИМТ) выше 30 кг/м² увеличивает риск развития ректоцеле на 40-75%)
- изменение конфигурации позвоночника - отсутствие поясничного лордоза ведет к тому, что суммарный вектор сил внутрибрюшного давления направлен непосредственно на тазовое дно – беременность
- осложненное течение родов (хирургические пособия при родах, стремительные роды, разрывы промежности, роды крупным плодом)
- гистерэктомия

Клиника

- затруднение дефекации, сопровождающееся длительным натуживанием;
- ощущение неполного опорожнения прямой кишки;
- применение ручного пособия для опорожнения прямой кишки

Диагностика

- I. Сбор анамнеза и жалоб.
- II. Осмотр врачом-колопроктологом.
- III. Пальцевое исследование прямой кишки.
- IV. Трансректального ультразвукового исследования. Смещение мочевого пузыря, матки и стенок влагалища в дистальном направлении при натуживании говорит о наличии у пациентки синдрома опущения промежности. Пролабирование стенки кишки в просвет влагалища является признаком ректоцеле.

V. Эвакуаторная проба. Для выполнения данного теста в прямую кишку вводится латексный баллончик, который заполняется 100-120 мл. жидкости. После этого в положении сидя на унитазе пациентку просят потужиться. Если баллончик выталкивается из прямой кишки – проба считается положительной, что соответствует норме. Если баллончик остается в кишке – проба отрицательная, что свидетельствует о наличии нарушения эвакуаторной функции прямой кишки и определяет консервативную тактику лечения

VI. Аноскопия.

VII. Профилометрия определяет исходное состояние запирающего аппарата прямой кишки, которое может изменяться после хирургического лечения ректоцеле, особенно с применением трансанального доступа.

VIII. Консультация смежных специалистов.

Лечение

I. Консервативное:

- пациенткам с ректоцеле без клинических проявлений специального лечения не требуется.
- питание с включение в рацион высоковолокнистых продуктов и большого количества жидкости.
- В тех случаях, когда функцию кишки не удастся улучшить при помощи режима питания, следует использовать слабительные средства и прокинетики.

Консервативное лечение функциональных нарушений толстой кишки всегда должно предворалять хирургические мероприятия по поводу ректоцеле!

II. Оперативное лечение:

Даже после проведенного консервативного лечения, не давшего положительного эффекта, у хирурга должны оставаться сомнения в необходимости хирургического лечения ректоцеле.

показания к хирургическому лечению:

- пациентку субъективно беспокоят ощущения давления на влагалище и присутствие «мешка» во влагалище;
- опорожнение прямой кишки производится только с помощью ручного вспоможения и даже это не приносит удовлетворения от дефекации;
- все проводимые мероприятия, направленные на улучшение опорожнения прямой кишки (соблюдение режима питания, применение слабительных препаратов, биофидбек-терапия) не дали положительного результата;
- по данным дефекографии вектор движения каловых масс направлен в сторону ректоцеле и остаточный объем контраста в кишке превышает 30%;
- по данным обследования ректоцеле сочетается с внутренней инвагинацией прямой кишки с клиникой недостаточности анального сфинктера

Выпадение прямой кишки



Выпадение прямой кишки – выпячивание или выход всех слоёв прямой кишки через задне-проходное отверстие.

- **К62.2 Выпадение заднего прохода.**
- **К62.3 Выпадение прямой кишки.**
- **К62.6 Язва заднего прохода и прямой кишки.**

Классификация

I. Стадии выпадения прямой кишки:

- 1 стадия - прямая кишка выпадает только при акте дефекации;
- 2 стадия - прямая кишка выпадает при дефекации и физической нагрузке;
- 3 стадия - прямая кишка выпадает при ходьбе.

II. Фазы компенсации функции мышц тазового дна:

- фаза компенсации - выпавшая кишка вправляется за счёт сокращения мышц тазового дна;
- фаза декомпенсации - вправление кишки осуществляется только при помощи руки.

III. Степени недостаточности анального сфинктера:

- 1 степень - недержание газов;
- 2 степень - недержание клизменных вод и жидкого кала;
- 3 степень - недержание всех компонентов кишечного содержимого

Факторы риска

- тяжёлый физический труд
- дисфункции кишечника
- неврологические нарушения, изменения конфигурации позвоночника
- хронические обструктивные заболевания лёгких, сопровождающиеся длительными периодами кашля
- гинекологические факторы (беременность, осложнённое течение родов, гистерэктомия)

Клиника

- затруднение опорожнения прямой кишки;
- ощущение неполного опорожнения;
- необходимость давления рукой на промежность или введения пальца в просвет кишки для опорожнения;
- выделение крови при дефекации (при наличии повреждения слизистой прямой кишки или солитарной язвы)

Диагностика

- I. Сбор анамнеза и жалоб.
- II. Осмотр врачом-колопроктологом.
- III. Пальцевое исследование прямой кишки.
- IV. Трансректального ультразвукового исследования.
- V. Ректороманоскопия
- VI. Дефекография
- VII. Ирригоскопия
- VIII. Урофлоуметрия
- IX. МРТ
- X. Из физиологических методов выполняют профилометрию, исследование латентности половых нервов и электромиографию мышц тазового дна

Лечение

Основным методом лечения выпадения прямой кишки является **хирургический**. Однако при выявлении признаков хронического толстокишечного стаза и обструктивной дефекации начинать лечение необходимо с консервативных мероприятий, направленных на нормализацию стула и координирование моторики прямой кишки и мышц тазового дна, и лишь на этом фоне выполнять оперативное вмешательство.

Аноректальные пороки развития

Аноректальные пороки развития – пороки развития прямой кишки и заднего прохода.

- Q42.0 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз прямой кишки со свищем
- Q42.1 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз прямой кишки без свища. Заращение прямой кишки
- Q42. Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз заднего прохода со свищем
- Q42.3 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз заднего прохода без свища. Заращение ануса
- Q42.8 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз других частей толстого кишечника
- Q42.9 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз толстого кишечника неуточненной части

Мельбурнская классификация аноректальных аномалий (1970г.)

Высокие (супралевавторные)

1. Аноректальная агенезия

мальчики:

- без свища
- со свищем- ректовезикальный, ректоуретральный.

девочки:

- без свища
- со свищем- ректовезикальный, ректовагинальный, ректоклоакальный.

2. Ректальная атрезия (мальчики, девочки)

Средние (интрамедиальные)

1.Анальная агенезия

мальчики:

- без свища
- со свищем- ректобульбарным.

девочки:

- без свища
- со свищем- ректовестибулярным.

2. Аноректальный стеноз (мальчики, девочки).

Низкие (транслеваторные)

1. Мальчики и девочки

- прикрытый анус
- анальный стеноз

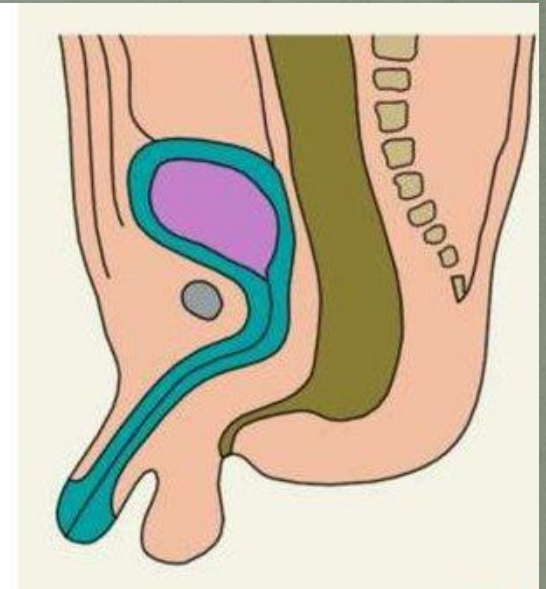
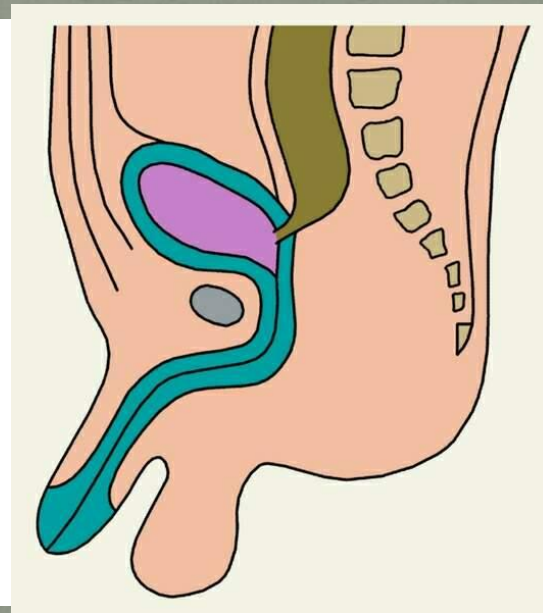
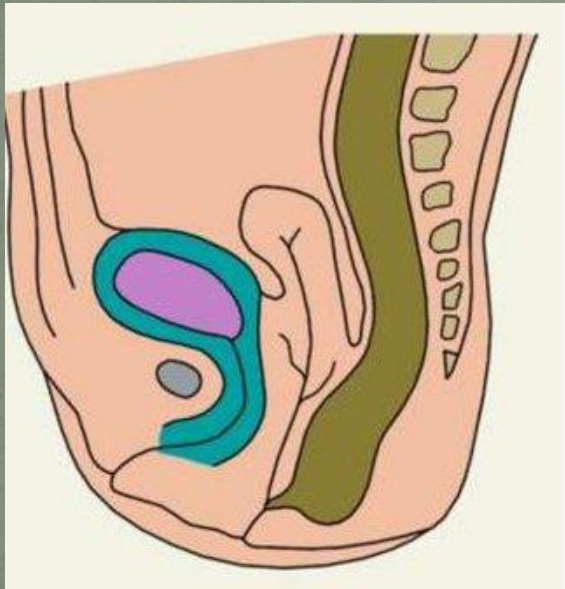
2.Мальчики

- ректопромежностный свищ
- передний промежностный свищ

2.Девочки:

- передний промежностный свищ
- ректовестибулярный свищ
- вульварный анус
- ановульварная вистула

АТРЕЗИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ СО СВИЩОМ во влагалище, мочевой пузырь, промежность



Диагностика бессвищевых форм

I. Анамнез заболевания и жалобы

- Беспокойство
- Отказ от еды
- Рвота желудочным содержимым, желчью, кишечным содержимым
- Живот вздут
- Стула нет
- Газы не отходят

II. Осмотр

- Кожа в области анального отверстия гладкая
- Отсутствует заднепроходное отверстие
- «+» симптом толчка при низкой атрезии, «-» при средней и высокой атрезии
- Живот напряжен, вздут
- Может развиться низкая КН

III. Инструментальные исследования

- Инвертограмма по Вангенстину Райсу (через 12-15 часов после рождения)
 - УЗИ промежности
 - Наличие, расположенность и полноценность наружного сфинктера определяют с помощью электромиографии
- Для исключения сочетанных пороков:
- УЗИ почек и брюшной полости
 - УЗИ сердца
 - УЗИ желудка



Диагностика свищевых форм

I. Анамнез заболевания и жалобы

- Выделение кала и газов в мочевую систему/половую систему / область промежности
- На естественном вскармливании и при наличии широкого диаметра свища – стул самостоятельный
- На искусственном вскармливании и/или при наличии узкого диаметра свища - запоры

II. Осмотр

- Кожа в области анального отверстия гладкая
- Отсутствует заднепроходное отверстие
- При обтурации просвета свища развивается низкая КН

III. Инструментальные исследования

- УЗИ промежности
- Наличие, расположенность и полноценность наружного сфинктера определяют с помощью электромиографии
- Цистоуретрография
- Введение контрастного вещества в свищ с последующим Rg

Для исключения сочетанных пороков:

- УЗИ почек и брюшной полости
- УЗИ сердца
- УЗИ желудка

Лечение

Только Хирургическое !

Лечение

Решение о первичном лечении больных с аноректальными аномалиями может быть принято после точного ответа на следующие вопросы :

- определения уровня атрезии и типа мальформации;
- типа и локализации фистулы;
- степени развития и состояния мышечного леваторного комплекса;
- наличия сочетанных пороков развития позвоночника и спинного мозга, органов мочевыделительной системы.

Главным принципом в технике проведения корригирующих операций при низких аномалиях является сохранение и восстановление целостности наружного анального сфинктера, как главного компонента в удержании кишечного содержимого. Это достигается путем тщательной дооперационной диагностикой топки сфинктерного кольца с помощью электромиографии.

Список литературы

- Аминьев А.М. Лекции по проктологии. - М.: Медицина, 1999.
- Аминев, А.М. Руководство по колопроктологии / А.М. Аминев Куйбышев: Кн. изд-во, 2007. 270 с.
- Баиров, Г.А. Неотложная хирургия новорожденных / Г.А. Баиров. Л.: Медицина, 1963. 222с.
- Бронштейн А.С., Ривкин В.Л., Файн С.Н., Руководство по колопроктологии. Изд. 2-е, дополненное. - М.: ИД Медпрактика-М, 2004.
- Ван Крог Г., Лейси Д., Гросс Г. Европейский курс по заболеваниям, ассоциированным с ВПЧ: рекомендации для врачей общей практики по диагностике и лечению аногенитальных бородавок // Инфекции, передаваемые половым путем. 2001. № 1. С. 5-12.
- Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой: Руководство для врачей.- М.: Литтерра, 2010.- 200 с.
- Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Мартьянова В.И. Лечение папилломавирусной инфекции перианальной области и анального канала // Анналы хирургии. 2007. № 4. С. 66-70.
- Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. Москва: «МИА», 2006. с. 193-208.
- Детская хирургия: В 2 т. / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. СПб.: Пит-Тал., 1997. Т.2. 392с
- Детская хирургия / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- ESMO (клинические рекомендации, г.Берлин, 2002г.)

- Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с острым и хроническим геморроем: Москва, 2013//volgmed.ru>...po_diagnostike...hronicheskim_gemorroem...
- Клиническая оперативная колопроктология под редакцией Федорова В.Д., Воробьева Г.И. - М.: Медицина, 1994.
- Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком прямой кишки: Алиев В.А., Артамонова Е.В., Балясникова С.С., Барсуков Ю.А., Глебовская В.В., Гордеев С.С., Долгушин Б.И., Карачун А.М., Личиницер М.Р., Расулов А.О., Сагайдак И.В., Сидоров Д.В., Ткачев С.И., Трякин А.А., Федянин М.Ю., Шельгин Ю.А. -Москва 2014 .15 с.
- Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с отсроченными кондиломами перианальной области и анального канала : Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России» Москва 2013
- Краснопольский В. Н., Иоселиани М. Н., Рижинашвили И. Д., Слободянюк А. И. Современные аспекты хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин. Акушерство и гинекология. 1990. № 8. с. 58-61.
- Мартыанова В.И. Результаты лечения папилломавирусной и 16с.нфекции перианальной области и анального канала. Актуальные вопросы колопроктологии. УФА. 2007. С. 72-75.
- Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Доступен с: www.10mkb.ru.
- Попов А. А., Славутская О. С, Рамазанов М. Р. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения опущения и выпадения половых органов у женщин. Эндоскопическая хирургия. 2002. № 6. с.13-15.
- Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии.- М.: Из-во «Медпрактика, 2001.- 300 с.
- Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: «Медицина, 1984.- 384 с.–С. 45-58.