

# **Дифференциальный диагноз заболеваний аноректальной области.**

Выполнила:  
студентка 5 курса  
лечебного факультета 63 группы  
Курбанова Заира.

# Геморрой

- Геморрой (*varices haemorrhoidales*) — варикозное расширение вен в области заднего прохода, обусловленное гиперплазией кавернозных телец прямой кишки. Геморроем страдает более 10 % всего взрослого населения в возрасте 30—50 лет. Эти больные составляют 15—28 % от общего числа проктологических больных. Мужчины болеют в 3—4 раза чаще, чем женщины.

# Этиология

- Возможно, его появление связано с конституционально обусловленной слабостью соединительной ткани. Важное значение имеют дисфункция сосудов, усиление притока артериальной крови по улитковым артериям и снижение оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и появлению геморроидальных узлов. Развитие дистрофических процессов в анатомических структурах, формирующих фиброзно-мышечный каркас внутренних геморроидальных узлов, способствует их постепенному смещению в дистальном направлении.

## Клиническая картина

- Вначале больные отмечают неприятные ощущения в области заднего прохода (ощущение инородного тела).
- Эти явления усиливаются при нарушении диеты, расстройствах функции кишечника (запор, понос). Затем появляются кровотечения, выпадение и ущемление узлов

# Клиническая картина

- Кровотечение является главным симптомом геморроя. Оно возникает в момент дефекации или тотчас после нее (выделяется кровь алого цвета, иногда при натуживании — струйкой); кал не перемешан с кровью, она покрывает его сверху. Геморроидальные кровотечения могут быть интенсивными и приводить к анемизации больных вследствие своей продолжительности.
- Боль не является характерным симптомом хронического геморроя. Она наблюдается при присоединении воспаления, тромбоза узлов или их ущемлении, при появлении анальной трещины, возникает в момент дефекации и продолжается некоторое время после нее.
- Зуд в области заднего прохода ощущается в связи с мацерацией кожи при слизистых выделениях из кишки, что может вести к развитию экземы.

## **Различают 4 стадии развития заболевания (выпадение внутренних геморроидальных узлов).**

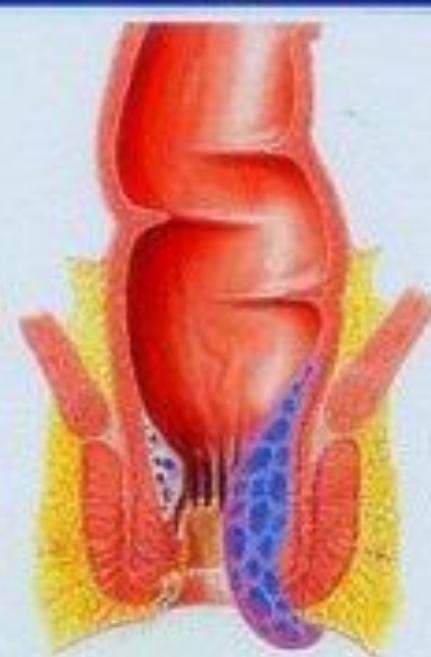
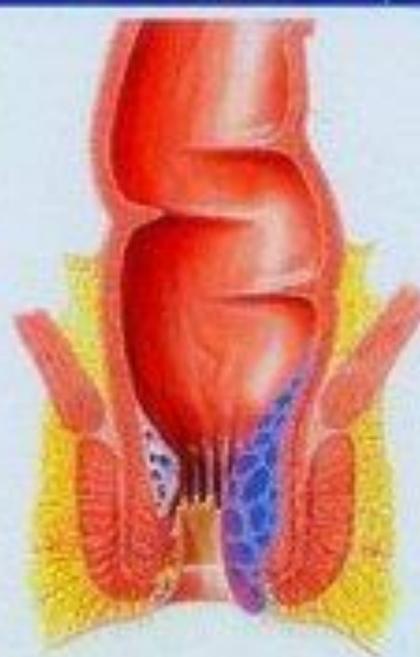
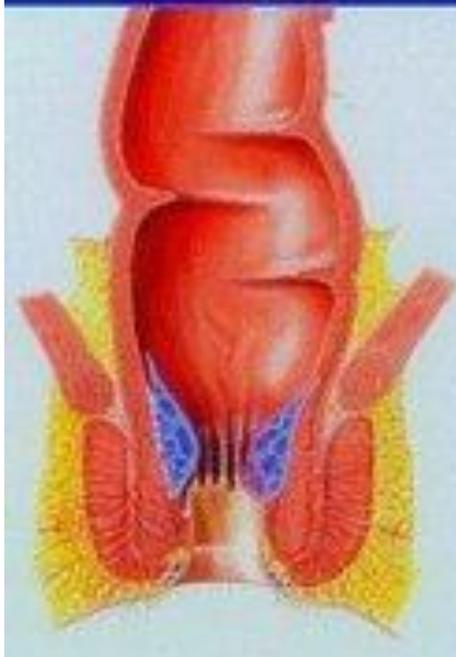
- При I стадии узлы выступают в просвет кишки (но не выпадают), во время дефекации выделяется кровь из анального канала.
- На II стадии узлы выпадают при дефекации и вправляются самостоятельно.
- При III стадии узлы выпадают даже при незначительной физической нагрузке, самостоятельно не вправляются, необходимо вправлять их рукой.
- В IV стадии выпавшие за пределы анального канала узлы не вправляются

I- стадия

II- стадия

III- стадия

IV- стадия



# Диагностика

- анамнез и данные объективного обследования, выявление предрасполагающих факторов (грыжи, плоскостопие, варикозное расширение вен нижних конечностей и пр.);
- - пальцевое исследование;
- - сфинктероманометрия;
- - ректороманоскопия;
- - рентгенография костей крестца и копчика;
- - рентгеноконтрастное исследование толстой и тонкой кишки;
- - бактериологический анализ микрофлоры толстой кишки.

# Дифференциальный диагноз

- с выпадением прямой кишки -циркулярный характер выпячивания кишки из ануса, при геморрое выпадает один или несколько участков слизистой;
- с анальными трещинами (воспаление только в области трещины, расположенной в пограничной области, локальная болезненность, чаще на 6 часах);
- с парапроктитом (острый гнойный инфильтрат подслизистой или параректальной клетчатки);
- раком прямой кишки (при раке не бывает кровотечений алой кровью);
- полипозом.
- При длительно существующем геморрое возможно развитие таких заболеваний как проктит, полипоз, рак.

# Лечение

- Пациентам с I стадией заболевания показано консервативное лечение препаратами, влияющими на тонус венозных сосудов, при его неэффективности применяют склерозирующую терапию (иглу вводят в верхний край узла, чтобы заблокировать артерию, снабжающую узел кровью).
- При II стадии используют вышеперечисленные методы, а также лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами; при III стадии — либо лигирование, либо геморроидэктомию.
- В IV стадии заболевания методом выбора является геморроидэктомия. Хирургическое лечение (методика Миллигана—Моргана) состоит в иссечении трех групп кавернозных телец с внутренними узлами и перевязкой их сосудистых ножек.

# Трещина заднего прохода

- Трещина заднего прохода представляет собой хроническую линейную язву нижней части анального канала (90 %). Анальная трещина по частоте третья среди болезней прямой кишки — после колитов и геморроя, ее обычная длина около 2 см, ширина 2—3 мм. Дном линейного дефекта слизистой оболочки являются волокна анального сфинктера. При нескольких трещинах наиболее типичная локализация их — передняя и задняя комиссуры ("зеркальные" трещины), направление — продольное. Несколько чаще они наблюдаются у мужчин в возрасте 30—50 лет

# Этиология

- Предрасполагающими факторами являются колиты, проктиты, энтероколиты, криптит, геморрой. Изредка они возникают в результате грубых манипуляций при аноскопии, ректоро-маноскопии

# Патогенез

- Вначале трещина представляет собой надрыв кожи в области переходной складки и слизистой оболочки прямой кишки в зоне анального канала (острая трещина). Мягкие края постепенно становятся твердыми, каллезными, она расширяется и приобретает вид трофической язвы, дно которой покрыто грануляциями. Присоединение спазма сфинктера прямой кишки уменьшает возможность заживления трещины из-за ишемии тканей. В области внутреннего края трещины развивается зона избыточной ткани — пограничный анальный бугорок. Такая трещина называется хронической.

# Клиническая картина

- В момент дефекации возникают боль, кровотечение. Боли режущие, жгучие, колющие, длятся от нескольких минут до нескольких часов после дефекации, их интенсивность может быть очень значительной. Боли могут иррадиировать в промежность, прямую кишку, крестец. Характерен длительный спазм сфинктера.
- Кровотечение при трещине заднего прохода обычно незначительное. Кровь при этом не смешана с калом, а находится на его поверхности в виде полос или появляется в конце дефекации в виде капель

# Диагностика

- Диагностика трещины заднего прохода основана на данных анамнеза, оценке жалоб больного и осмотра области заднего прохода, при котором трещина хорошо видна. Длительно существующая трещина приводит к замещению мышечных элементов сфинктера прямой кишки соединительной тканью, вследствие чего он становится ригидным, образовавшееся фиброзное кольцо суживает задний проход.

# Дифференциальный диагноз

- При больших трещинах, расположенных в нетипичных местах, множественном их характере, необходим дифференциальный диагноз с раком прямой кишки, туберкулезом, сифилисом, ВИЧ, болезнью Крона

# Лечение

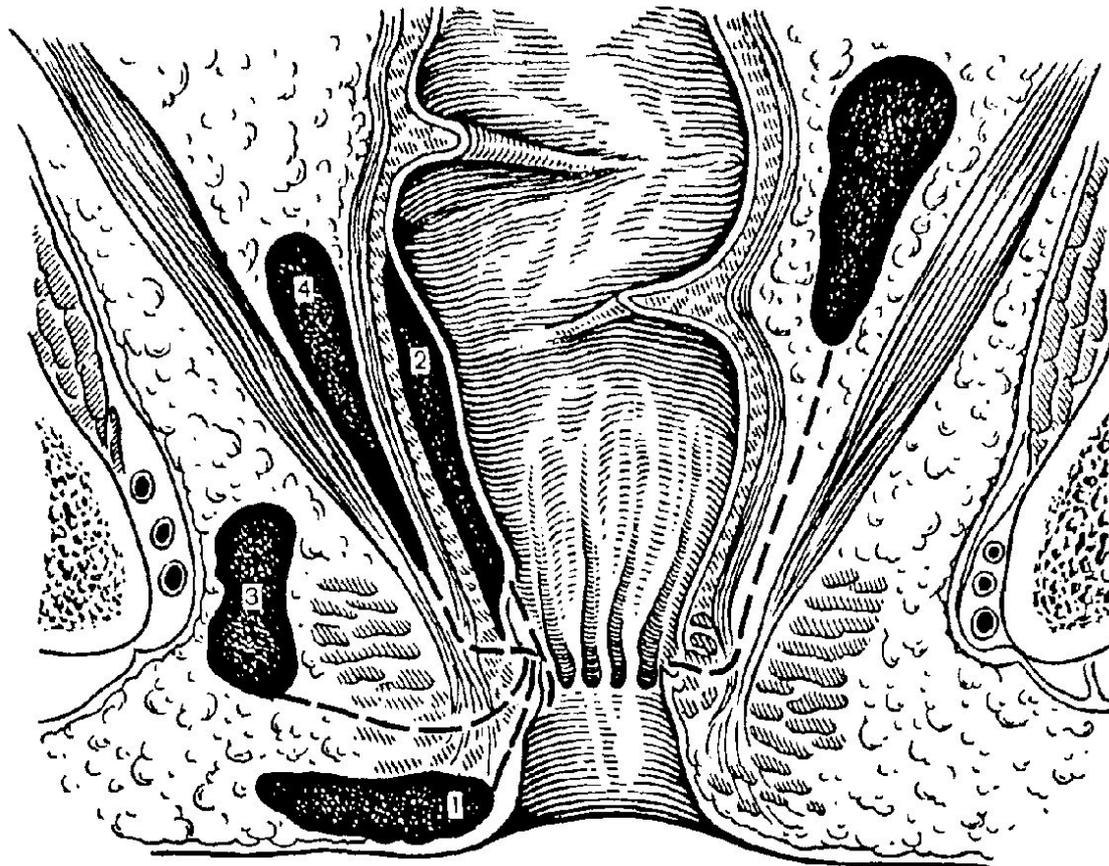
- Вначале применяют консервативное лечение — слабительные, болеутоляющие препараты, спазмолитики, используют свечи, содержащие анестезирующие вещества, специальные мази, микроклизмы перед актом дефекации, теплые сидячие ванны со слабым раствором перманганата калия, физиотерапевтические процедуры. Производят спиртоновокаиновую блокаду (под основание трещины) либо вводят 25—30 мг гидрокортизона в 3—4 мл раствора новокаина, а также насильственное расширение сфинктера с целью вызвать временный парез сфинктера и устранить патологический спазм. При правильном и своевременном лечении острые анальные трещины заживают в течение 3—6 нед.
- Хирургическое лечение применяют при хронических трещинах и безуспешности консервативных методов лечения — производят иссечение трещины, подслизистую боковую сфинктеротомию с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей для исключения рака.

# Парапроктит

- Парапроктит (параректальный абсцесс) — острое или хроническое воспаление параректальной клетчатки. На его долю приходится около 30 % всех заболеваний, процесс поражает примерно 0,5 % населения. Мужчины страдают в 2 раза чаще женщин, заболевают в возрасте 30—50 лет.

# Этиология и патогенез

- Парапроктит возникает в результате попадания в параректальную клетчатку микрофлоры (стафилококк, грамотрицательные и грамположительные палочки). При обычном парапроктите чаще всего выявляют полимикробную флору.
- Микробы попадают в параректальную клетчатку из анальных желез, открывающихся в анальные пазухи. При воспалительном процессе в анальной железе ее проток перекрывается, в межсфинктерном пространстве образуется абсцесс, который прорывается в перианальное или параректальное пространство. Переход процесса с воспаленной железы на параректальную клетчатку возможен также лимфогенным путем.
- В развитии парапроктита определенную роль могут играть травмы слизистой оболочки прямой кишки инородными телами, содержащимися в кале, геморрой, анальные трещины, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, иммунодефицитные состояния.
- Парапроктит может быть вторичным — при распространении воспалительного процесса на параректальную клетчатку с предстательной железой, уретры, женских половых органов. Травмы прямой кишки являются редкой причиной развития парапроктита (травматического)



- 1 — подкожный;
- 2 — подслизистый;
- 3 — ишиоректальный;
- 4 — пельвиоректальный.

# Классификация парапроктитов

- I. Острый парапроктит.
  - 1. По этиологическому принципу: обычный, анаэробный, специфический, травматический.
  - 2. По локализации гнойников (инфильтратов, затеков): подкожный, ишиоректальный, подслизистый, пельвиоректальный, ретроректальный
- II. Хронический парапроктит (свищи прямой кишки).
  - 1. По анатомическому признаку: полные, неполные, наружные, внутренние.
  - 2. По расположению внутреннего отверстия свища: передний, задний, боковой.
  - 3. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера: интрасфинк-терный, транссфинктерный, экстрасфинктерный.
  - 4. По степени сложности: простые, сложные

# Острый парапроктит

## Клиническая картина

- Клинически парапроктит проявляется довольно интенсивными болями в области прямой кишки или промежности, повышением температуры тела, сопровождающимся ознобом, чувством недомогания, слабости, головными болями, бессонницей, исчезновением аппетита. Обширная флегмона параректальной клетчатки ведет к выраженной интоксикации, развитию синдрома дисфункции жизненно важных органов, угрожающей переходом в полиорганную недостаточность и сепсис. Больные испытывают недомогание, слабость, головные боли, бессонницу, исчезновение аппетита. Нередко появляются задержка стула, тенезмы, дизурические явления. По мере скопления гноя боли усиливаются, становятся дергающими, пульсирующими. Если своевременно не производят вскрытие гнойника, то он прорывается в смежные клетчаточные пространства, прямую кишку, наружу через кожу промежности

- **Рецидивирующий парапроктит** проявляется наличием ремиссий, когда наступает, казалось бы, полное выздоровление больного (исчезают боли, нормализуется температура тела, рана заживает). Затем возникает обострение с клинической картиной острого параректального абсцесса.
- **Подкожный парапроктит**— наиболее часто встречающаяся форма заболевания (до 50 % всех больных парапроктитом). При осмотре выявляют гиперемию, отечность и выбухание кожи на ограниченном участке вблизи ануса, деформацию анального канала. При пальпации этой зоны отмечается резкая болезненность, иногда определяют флюктуацию. Пальцевое исследование прямой кишки вызывает усиление болей. Однако под обезболиванием его целесообразно провести, так как это дает возможность определить размеры инфильтрата на одной из стенок прямой кишки вблизи анального канала и принять решение о способе лечения.

- ***Ишиоректальный парапроктит*** встречается у 35—40 % больных. Обращают на себя внимание асимметрия ягодичных областей, сглаженность полулунной складки на стороне поражения. Болезненность при пальпации кнутри от седалищного бугра умеренная. Весьма ценным в диагностике ишиоректальных гнойников является пальцевое исследование прямой кишки. Уже в начале заболевания можно определить болезненность и уплотнение стенки кишки выше прямокишечно-заднепроходной линии, сглаженность складок слизистой оболочки прямой кишки на стороне поражения.
- ***Пельвиоректальный парапроктит*** — наиболее тяжелая форма заболевания, встречается у 2—7 % больных с острым парапроктитом. Болезненности при пальпации промежности нет. Диагноз может быть подтвержден УЗИ, компьютерной или магнитно-резонансной томографией. Без инструментальных исследований диагноз поставить трудно до тех пор, пока гнойное расплавление мышц тазового дна не приведет к распространению воспалительного процесса на седалищно-прямокишечную и подкожную жировую клетчатку с появлением отека и гиперемии кожи промежности, болезненности при надавливании в этой области. Во время пальцевого исследования прямой кишки можно обнаружить инфильтрацию стенки кишки, инфильтрат в окружающих кишку тканях и выбухание его в просвет кишки. Верхний край выбухания пальцем не достигается.

# Лечение

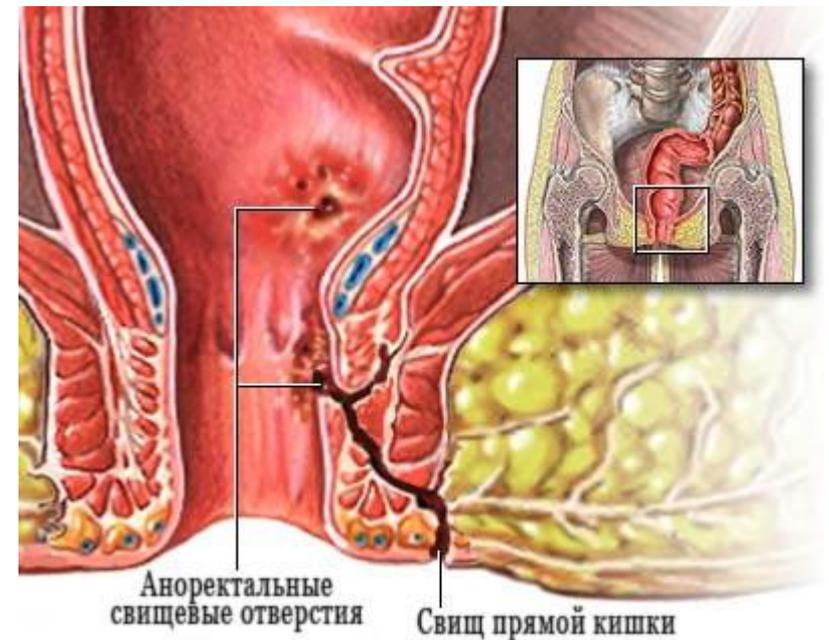
- При остром парапроктите проводят хирургическое лечение. Операция заключается во вскрытии и дренировании гнойника, ликвидации входных ворот инфекции. Операцию выполняют под общим обезболиванием. После обезболивания (наркоз) устанавливают локализацию пораженной пазухи (осмотр стенки кишки с помощью ректального зеркала после введения в полость гнойника раствора метиленового синего и раствора перекиси водорода). Если прорыв абсцесса произошел наружу через кожу, то хорошего его дренирования, как правило, не наступает

# Хронический парапроктит

- **Хронический парапроктит (свищи прямой кишки)** встречается у 30—40 % всех проктологических больных. Заболевание развивается вследствие перенесенного острого парапроктита и проявляется свищами прямой кишки. Это происходит в том случае, если имеется внутреннее отверстие, ведущее из прямой кишки в полость гнойника. При формировании хронического парапроктита внутреннее отверстие свища открывается в просвет прямой кишки, наружное — на коже промежности. В свищ из прямой кишки попадают газы и кал, что постоянно поддерживает воспалительный процесс

# Причинами перехода острого парапроктита в хронический являются:

- поздняя обращаемость больных за медицинской помощью после самопроизвольного вскрытия гнойника;
- ошибочная хирургическая тактика в остром периоде (вскрытие гнойника без санации входных ворот инфекции).



# Клиническая картина

- Количество гнойного отделяемого из свища различно и зависит от объема полости, которую он дренирует, а также от степени воспалительного процесса в ней. При широком свищевом ходе через него могут выходить газы и кал, при узком — скудное серозно-гнойное отделяемое. Эпизодическое закрытие свища ведет к нарушению дренирования гнойной полости, скоплению гноя, обострению парапроктита. Такое чередование обострений и ремиссий нередко наблюдается при хроническом парапроктите, длительность ремиссий может достигать нескольких лет. Боли возникают лишь при обострении заболевания, исчезая в период функционирования свища. Свищи прямой кишки часто приводят к проктиту, проктосигмоидиту, мацерации кожи промежности. У некоторых больных мышечные волокна сфинктера прямой кишки замещаются соединительной тканью, что делает его ригидным и ведет к сужению анального канала, нарушению замыкательной функции сфинктера и, как следствие этого, недержанию газов и кала (особенно жидкого). Длительно существующие свищи прямой кишки могут малигнизироваться.

# Диагностика

- При осмотре обращают внимание на количество свищей, рубцов, характер и количество отделяемого из них, наличие мацерации кожных покровов. Уже при пальпации перианальной зоны нередко удается определить свищевой ход. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить тонус сфинктера прямой кишки, иногда — выявить внутреннее отверстие свища, его размеры, установить сложность свища, его ход и особенности.
- Дополнительные сведения о локализации внутреннего отверстия свища, его ходе и особенностях, что необходимо для выбора метода операции, получают с помощью введения метиленового синего в свищ, осторожного зондирования свищевых ходов, фистулографии, аноскопии, ректороманоскопии, эндоректального УЗИ.

# Лечение

- При консервативном лечении назначают сидячие ванны после дефекации, промывание свища антисептическими растворами, введение в свищевой ход антибиотиков, использование микроклизм с облепиховым маслом, колларголом. Консервативное лечение редко приводит к полному выздоровлению больных, поэтому его обычно используют лишь в качестве подготовительного этапа перед операцией.

# Хирургическое лечение

- Хирургическое вмешательство является радикальным методом лечения свищей прямой кишки. Сроки оперативного вмешательства зависят от характера течения заболевания:
- — при обострении хронического парапроктита показано срочное хирургическое вмешательство;
- — при подостром течении парапроктита (наличии инфильтратов) проводят противовоспалительное лечение в течение 1—3 нед, затем — хирургическое вмешательство;
- — при хроническом течении — плановая операция;
- — в случае стойкой ремиссии операция откладывается до обострения парапроктита.

Выбор метода операции определяется следующими факторами:

- 1. локализация свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода;
- 2. степень развития рубцового процесса в стенке кишки, области внутреннего отверстия и по ходу свища;
- 3. наличие гнойных полостей и инфильтратов в параректальной клетчатке.

# Наиболее распространенные виды операций при свищах прямой кишки:

- рассечение свища в просвет прямой кишки;
- иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля);
- иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затеков;
- иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием сфинктера;
- иссечение свища с проведением лигатуры;
- иссечение свища с перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища.

# Выпадение прямой кишки

- **Выпадение прямой кишки** - опущение через задний проход и выворачивание наружу ее стенки. Частота 5 на 10000 населения. Среди проктологических заболеваний 0,3-5,2%.
- Начинается в младшем детском и юношеском возрасте. До 30% дети до 15 лет, 60% - 20-50 лет. Мужчины болеют в 2 раза чаще женщин.

# Этиология и патогенез.

- **Основные причины:** слабость ануса и мышц промежности; слабость подвешивающего связочного аппарата прямой кишки; "грыжа" дугласова пространства малого таза; инвагинация вышележащих отделов прямой кишки. Чаще все эти факторы не бывают изолированными, но может быть ведущая причина.

**Предрасполагающие условия** – состояния и заболевания снижающие способность тазового дна и запирающего аппарата прямой кишки противостоять

повышенному внутрибрюшному давлению:

- 1) Анатомо-конституционные особенности строения таза, промежности, прямой кишки:
- уплощение крестцово-копчиковой кривизны;
- долихо-мезосигма с удлинением верхней геморроидальной артерии, что ухудшает подвешивающий аппарат тазовой части прямой кишки;
- мезоректум;
- чрезмерно глубокое дугласово пространство;
- врожденная слабость мышц тазового дна;
- наследственная неполноценность производных мезенхимы (нередко грыжи различных локализаций, варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, плоскостопие и пр.).

## Предрасполагающие условия :

- 2) Дегенеративные изменения мышечного слоя кишечной стенки, сфинктера, мышц тазового дна из-за хронических и воспалительных заболеваний прямой кишки (запоры, проктит, полипоз, геморрой, опухоли, парапроктиты, дизентерия); половые извращения (педерастия).
- 3) Гипотрофические изменения в прямой кишке, тазовом дне, фиксирующем аппарате ректум (авитаминоз, кахексия различного генеза).
- 4) Рубцовое перерождение мышц тазового дна, сфинктера, связочного аппарата (механические травмы, разрывы промежности при родах, обширные операции в параректальной области).

# Производящие причины

- повышение внутрибрюшного давления, превышающее функциональные возможности мышц тазового дна и запирающего аппарата прямой кишки.
- Внезапное значительное повышение внутрибрюшного давления (тупая травма, поднятие тяжести, прыжок с парашютом) – острое выпадение прямой кишки.

# Классификация

## ПО СТЕПЕНИ ВЫПАДЕНИЯ:

- выпадение слизистой заднего прохода ( prolapsus mucosae ani );
- выпадение заднего прохода ( prolapsus ani );
- выпадение прямой кишки ( prolapsus recti );
- сочетанное выпадение ( prolapsus ani et recti );
- внутренняя инвагинация прямой кишки ( prolapsus recti intema );
- выпадение инвагинированной толстой кишки ( prolapsus coli invaginati ).

# Классификация

по клиническому течению:

- 1) острое выпадение прямой кишки:
- 2) прогрессирующее или хроническое:
- I стадия – выпадение возникает при акте дефекации;
- II стадия – при дефекации, а также при физической нагрузке;
- III стадия - при вертикальном положении тела и ходьбе.

# Классификация

- - по степени слабости запирающего аппарата:
- I – недержание газов;
- II – недержание газов и жидкого кала;
- III – недержание твердого кала;
  
- - по степени нарушения функции мышц тазового дна:
- компенсированное состояние (выпавшая кишка вправляется самостоятельно);
- декомпенсированная (для вправления необходимо ручное пособие).

# Клиническая картина

- различная степень выпадения кишки, слабости анального сфинктера в зависимости от стадии заболевания, возраста, наличия осложнений (боли, мацерации кожи и пр



# Осложнения

- - эрозивно-язвенный и гиперпластический проктит (в основном, выпадающей части);
- - прямокишечные кровотечения;
- - ущемление выпавшей прямой кишки (при сохранной функции сфинктера), при этом могут ущемляться выпавшие петли тонкой кишки с некрозом "промежностных грыж" и перитонитом;
- - малигнизация при хроническом воспалении и повторяющейся травматизации;
- - разрыв выпавшей кишки (редко).

# Диагностика

- - анамнез и данные объективного обследования, выявление предрасполагающих факторов (грыжи, плоскостопие, варикозное расширение вен нижних конечностей и пр.);
- - пальцевое исследование;
- - сфинктероманометрия;
- - ректороманоскопия;
- - рентгенография костей крестца и копчика;
- - рентгеноконтрастное исследование толстой и тонкой кишки;
- - бактериологический анализ микрофлоры толстой кишки.

# Дифференциальный диагноз

- **Дифференциальный диагноз** основан на тщательном осмотре и эндоскопическом исследовании. Проводится с геморроем, выпадением полипа, опухоли; у детей – с инвагинацией тонкой кишки (чаще слепо-тонкокишечной), наиболее частой у них формой острой кишечной непроходимости.

# Лечение

- У детей преимущественно консервативное (диета, исключение натуживания. устранение способствующих причин, физиотерапия для укрепления тазового дна и сфинктерного аппарата и пр.).
- При неэффективности – инъекционная терапия по Lanqenbock (1866) - введение спирта или спиртно-новокаинового раствора в параректальную клетчатку, для создания асептического воспаления с образованием затем плотной рубцовой ткани, удерживающей прямую кишку. В 90% случаев эффект после однократного введения спирта. При необходимости манипуляцию повторяют через 3-4 недели. Возможны осложнения – некроз кишки, флегмона клетчатки.
- **Показания к хирургическому лечению:**
- - у детей – безуспешность консервативного и инъекционного способов лечения, в основном позже 5 лет;
- - у взрослых – при существовании выпадения более 3-5 месяцев

# Методы хирургического лечения

- 1) операции, направленные на сужение заднего прохода ( Niersch С., 1891). Эффект лучше у детей, у взрослых только в ранних стадиях, нередко с малым эффектом;
- 2) пластические вне- и внутрибрюшинные операции по укреплению мышц тазового дна (дают большой процент осложнений);
- 3) резекции прямой или сигмовидной кишок (промежностные, внутрибрюшные, брюшинно-анальные);
- 4) фиксация сигмы или ректум к окружающим тканям. Наиболее эффективна внутрибрюшная ректо-колонопексия по Зеренину (1901) – Kimmel (1919) – фиксация мобилизованной прямой кишки к промоториуму, устранение глубокого дугласова пространства. Рецидив – 5-14%. Наибольший эффект в I - II стадиях.