


Лекция № 5 – 6

Хирургические заболевания толстой и прямой кишки

 Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

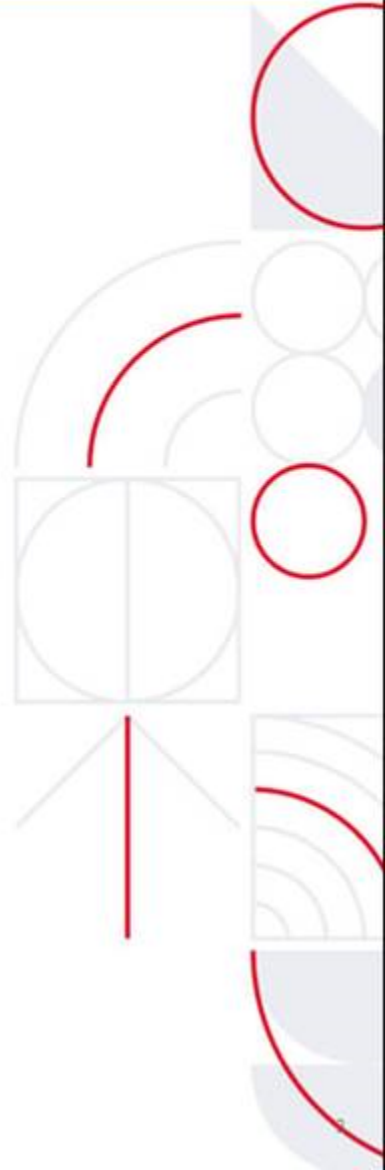
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План практического занятия

1. Введение. Методы обследования в колопроктологии
2. Пороки развития толстой и прямой кишки
3. Дивертикулы, полипы
4. Неспецифический язвенный колит
5. Болезнь Крона
6. Геморрой и его осложнения
7. Анальная трещина.
8. Парапроктит.
9. Эпителиально-копчиковый ход.
10. Выпадение прямой кишки.





Колопроктология

Колопроктология раздел хирургии задачей которого изначально было изучение заболеваний только прямой кишки и окружающих её тканей. На современном этапе в компетенцию дисциплины входят и заболевания толстой кишки, так как ряд заболеваний одновременно поражает ободочную и прямую кишку. Колопроктология была выделена в отдельную специальность в 1997 году. Во всех крупных городах колопроктологическая служба представлена проктологическими амбулаторными кабинетами, замыкающимися на специализированные проктологические отделения в составе многопрофильных больниц задачей которых является преимущественно оказание плановой помощи больным, в экстренных ситуациях помощь проктологическим больным оказывают хирурги общего профиля.





Колопроктология

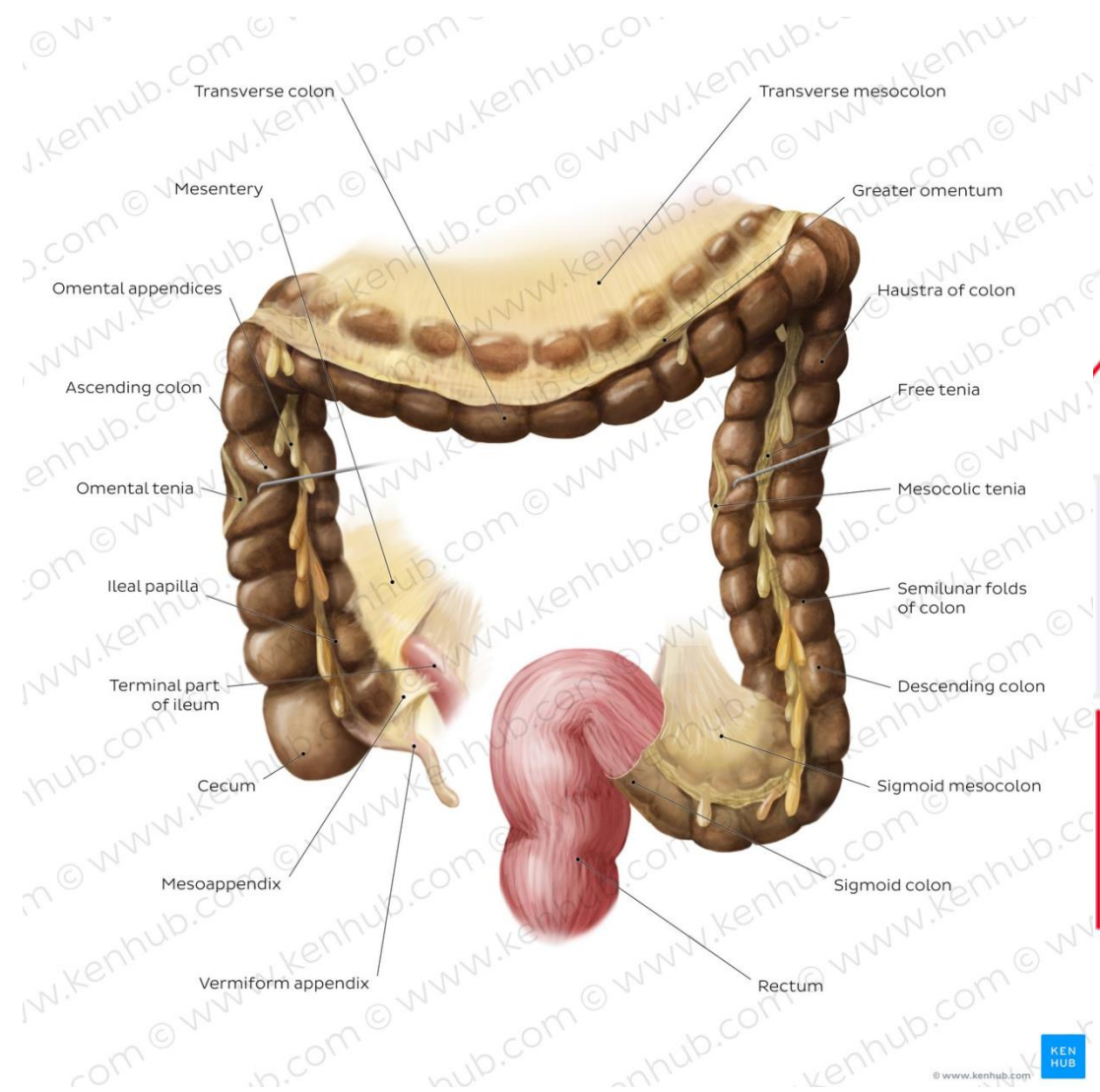
Вопросами клиники и лечения заболеваний ободочной и прямой кишки занимались многие известные российские и советские врачи. Особое значение для организации колопроктологии в СССР имело создание специализированных отделений в Москве под руководством Рыжих, сегодня это Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени Александр Наумович Рыжих, и в г. Куйбышеве (сейчас Самара) Александром Михайловичем Аминевым. В 1976 г. по инициативе Владимира Дмитриевича Фёдорова была создана первая в СССР кафедра колопроктологии Центрального института усовершенствования врачей, которую он возглавлял на протяжении 13 лет.





Топографическая анатомия толстой кишки

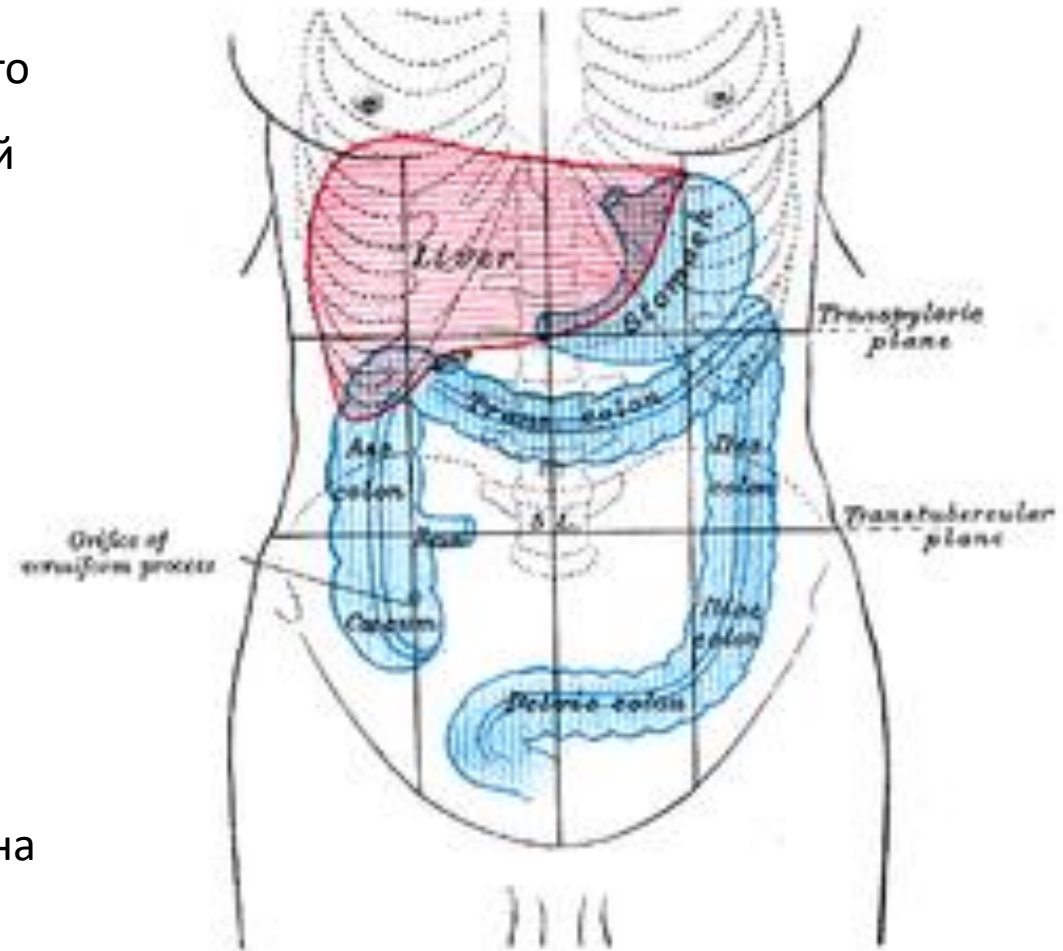
1. Слепая кишка и червеобразный отросток;
2. Восходящая ободочная кишка;
3. Поперечно ободочная кишка;
4. Нисходящая ободочная кишка;
5. Сигмовидная кишка;
6. Прямая кишка.





Проекция толстой кишки на переднюю брюшную стенку

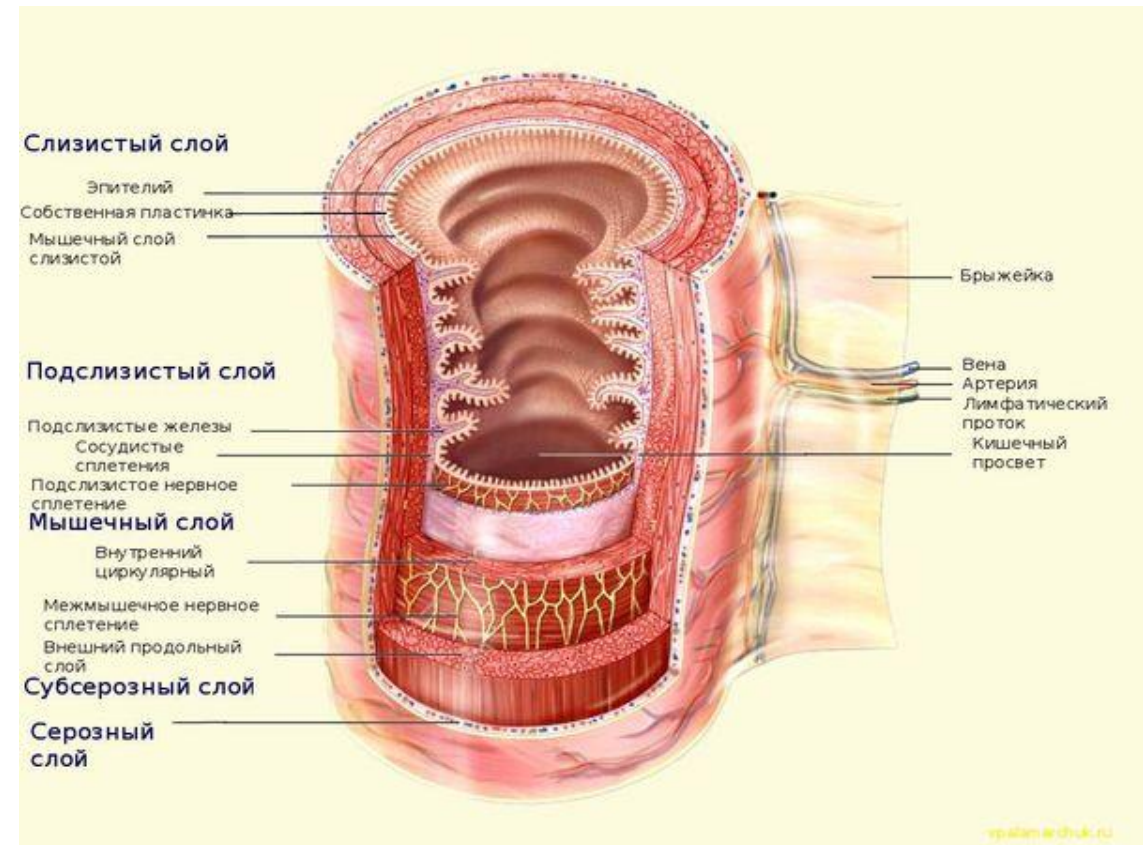
1. Слепая кишка - в правой подвздошной ямке и лишь в редких случаях располагается высоко в области правого подреберья или опускается ниже правой подвздошной ямки в полость малого таза;
2. Восходящая кишка - от подвздошной ямки до правого подреберья (правый фланк);
3. Поперечно-ободочная – околопупочная область, но может спускаться в малый таз;
4. Нисходящая кишка - от левого подреберья до левой подвздошной области (левый фланк);
5. Сигмовидная кишка - в левой подвздошной ямке или на уровне гребня подвздошной кости;





Стенка толстой кишки

1. Всасывание воды, формирование плотного содержимого и эвакуация его из организма.
2. Ре-абсорбция ряда веществ из просвета кишки в кровь
3. Эндокринная функция
4. Источник иммуноглобулинов
5. Синтез витаминов К и группы В





Пальцевое ректальное исследование

Ректальное исследование проводят в различных положениях пациента: лежа на боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, в коленно-локтевом положении, в положении на спине (на гинекологическом кресле) с согнутыми в коленных суставах и приведенными к животу ногами. Иногда для оценки состояния труднодоступных верхних отделов прямой кишки при пальцевом ректальном исследовании пациенту придают положение на корточках.

Пальцевому ректальному исследованию всегда должен предшествовать тщательный осмотр области заднего прохода, что нередко позволяет выявить признаки заболевания (наружные свищи, тромбоз наружных геморроидальных узлов, недостаточное смыкание краев заднего прохода, разрастания опухолевидной ткани, мацерацию кожи и др.), после чего указательный палец правой руки, на которую надета резиновая перчатка, обильно смазанный вазелином, осторожно вводят в задний проход, больному рекомендуют "потужиться", как при дефекации, и во время исследования максимально расслабиться.

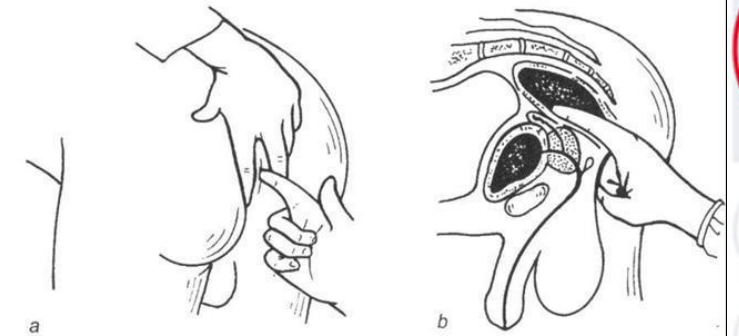
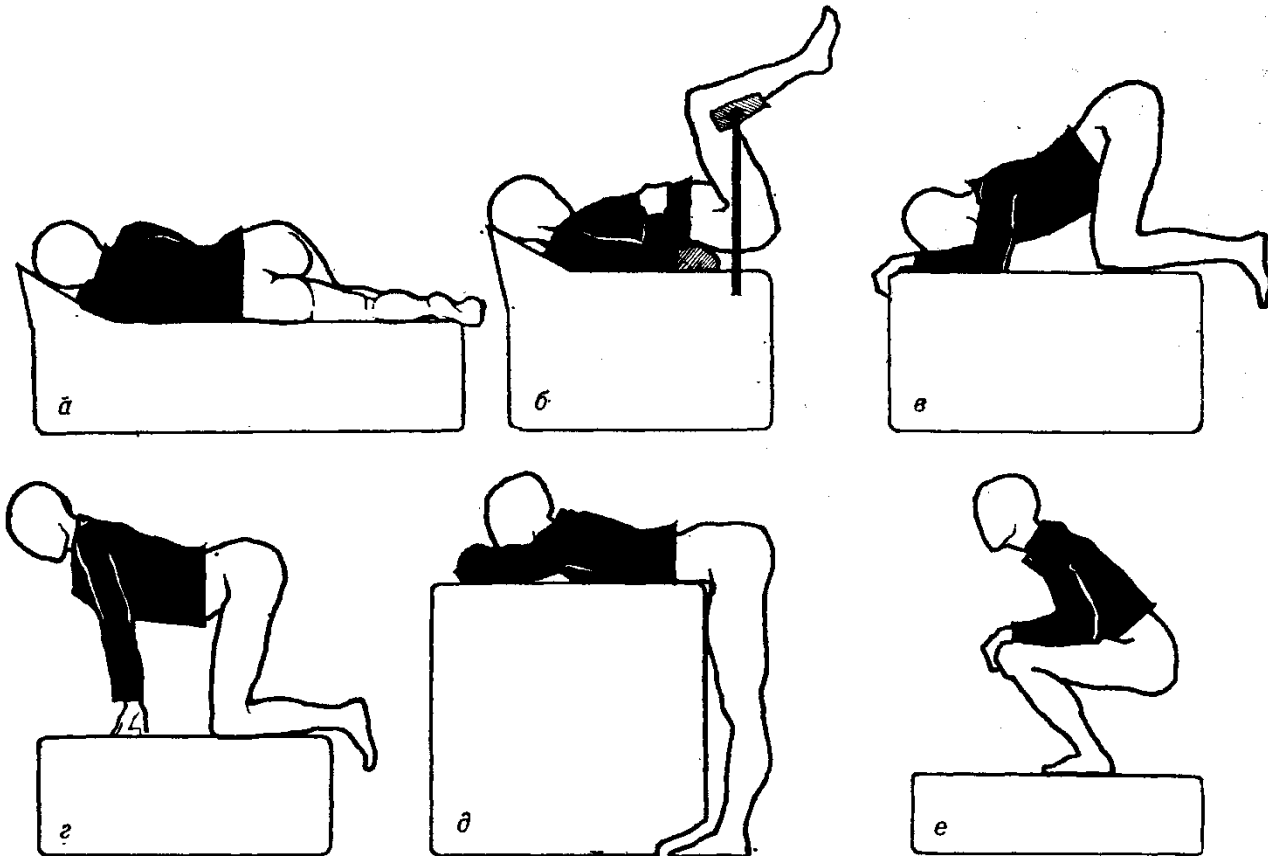


Пальцевое ректальное исследование

Последовательно ощупывая стенки анального канала, оценивают эластичность, тонус и растяжимость сфинктера заднего прохода, состояние слизистой оболочки, наличие и степень болезненности исследования. Затем палец проводят в ампулу прямой кишки, определяя состояние ее просвета (зияние, сужение), последовательно обследуют стенку кишки по всей поверхности и на всем доступном протяжении, обращают внимание на состояние предстательной железы (у мужчин) и прямокишечно-влагалищной перегородки, шейки матки (у женщин), параректальной клетчатки внутренней поверхности крестца и копчика. После извлечения пальца из прямой кишки оценивают характер отделяемого (слизистое кровянистое, гнойное). Для диагностики заболеваний верхнеампулярного отдела прямой кишки, клетчатки пельвиоректального или позадипрямокишечного пространства, тазовой брюшины (воспалительный процесс или опухолевое поражение) прибегают к бимануальному пальцевому исследованию. С этой целью указательный палец одной руки вводят в прямую кишку, а пальцами другой руки надавливают на переднюю брюшную стенку над лобковым симфизом.



Пальцевое ректальное исследование



Исследование предстательной железы



Бимануальное исследование

Аноскопия

Аноскопия — диагностическая процедура, при которой врач проводит осмотр с использованием специального оптического инструмента или ректального зеркала. Зеркало вводят в прямую кишку, после чего створки раскрывают, что облегчает осмотр стенок кишечника. Обычно зеркало оснащается лампочкой для улучшения визуализации. В результате обследования проктолог получает подробную информацию о состоянии тканей прямой кишки.

При аноскопии возможно провести:

1. биопсию подозрительного участка для последующего гистологического исследования;
2. лечение геморроидальных узлов;
3. удаление полипов;
4. блокаду анальной трещины.





Ректороманоскопия

Ректороманоскопия – эндоскопический метод диагностики, который позволяет изучить слизистые оболочки прямой и части сигмовидной кишок. Он позволяет визуализировать все патологические изменения на глубине до 25-30 см от анального сфинктера. Ректороманоскоп оснащен системой подачи воздуха, чтобы обеспечить расправление складок кишки, и оптическими окулярами, предназначенными для качественной визуализации слизистых. Метод характеризуется высокой достоверностью. Без него не обходится постановка многих проктологических диагнозов.

С помощью ректороманоскопии врач может оценить структуру, тонус, рельеф слизистой, обнаружить нарушения и патологические образования: изъязвления, геморрой, эрозии, полипы, онкологические заболевания.

С помощью процедуры может осуществляться не только диагностика, но и удаление полипа, извлечение инородного тела, биопсия, коагуляция опухоли, прижигание кровоточащего сосуда.





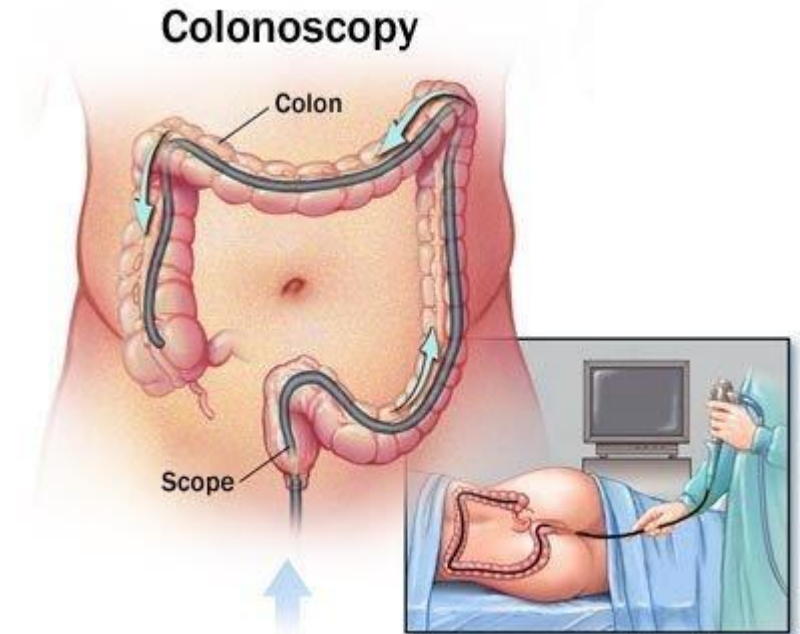
Колоноскопия

Колоноскопия – эндоскопический метод исследования внутренней поверхности кишечника с помощью специального прибора – колоноскопа. Гибкость и мягкость тонкого зонда позволяет ему безболезненно проходить все анатомические изгибы органов, с высокой точностью выявляя различные патологии. Длина устройства, оснащённого миниатюрной видеокамерой и освещением, составляет примерно 160 см. , что позволяет провести исследование до купола слепой кишки. Изображение мгновенно передаётся на экран монитора в многократном увеличении. Благодаря этому специалист может детально рассмотреть внутреннюю поверхность исследуемого участка, установить очаги воспаления и характер изменения слизистых оболочек, провести коагуляцию опухоли, прижигание кровоточащего сосуда.

Колоноскопия

Колоноскопия позволяет:

1. удалить опухоль или полип
2. извлечь инородное тело
3. остановить кровотечение
4. сделать биопсию
5. восстановить проходимость кишечника при его сужении (стенозе)
6. устранить спаечные процессы
7. выявить характер геморроидальных узлов





Пороки развития толстой кишки

- **Болезнь Гиршпрунга** (H. Hirschsprung, 1887) — порок развития левой половины толстой кишки. Заболевание является врожденной патологией, носит наследственный семейный характер (отмечается у 1 из 5000 родившихся детей). Мальчики болеют в 5 раз чаще.
- Характеризуется отсутствием парасимпатической иннервации стенки кишечника на определенном участке ободочной кишки. Участок кишки, лишенный нервных ганглиев, постоянно спастически сокращен, в результате отделы кишки, имеющие нормальную иннервацию, расширяются и гипертрофируются, что приводит к развитию мегаколон.
- Основными симптомами которой являются запоры, вздутие, боли, урчание в животе. Осложнения. Болезнь Гиршпрунга может осложняться кишечной непроходимостью.



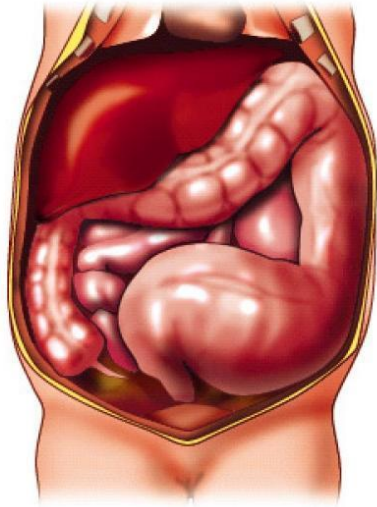
Пороки развития толстой кишки

- **Долихосигма** - аномалия развития одного из отделов толстого кишечника – сигмовидной кишки – она становится длиннее нормы. Толщину стенки кишки и диаметр ее просвета изменения не затрагивают. Также в сигмовидном участке кишки происходят морфологические изменения: нормальная ткань замещается соединительной, чрезмерно разрастаются мышечные волокна, стенки кишечника пропитываются тканевой жидкостью, нарушается иннервация.
- Симптомы - боль в животе, не имеющая чёткой локализации, длительные запоры. На начальных стадиях развития недуга частота запоров минимальная, но по мере его прогрессирования она увеличивается. Симптомы интоксикации связанные с накоплением в кишечнике каловых масс и газов, урчание и вздутие живота; метеоризм; снижение аппетита.

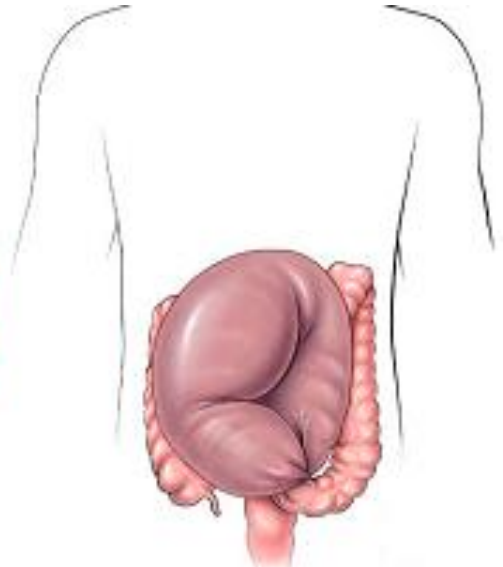


Пороки развития толстой кишки

- **Идиопатический мегаколон** – это хроническое расширение толстой кишки, для которого не удастся выявить четкий этиологический фактор.
- Причиной остро развивающегося мегаколона может быть механическое препятствие (опухоль, стриктура кишки воспалительной или ишемической природы), синдром псевдо-обструкции или тяжелое воспаление (токсический мегаколон как осложнение язвенного или псевдомембранозного колита). Хроническое расширение толстой кишки может быть обусловлено органическим поражением центральной нервной системы, в том числе спинальными травмами, а также рядом эндокринологических расстройств.
- Характерно сочетание запоров с неустойчивым стулом и поносами в сочетании с прогрессирующим вздутием живота, похуданием, приступами затрудненного отхождения газов. Часто осложняется заворотом сигмовидной кишки.



Мегаколон, болезнь Гершпрунга



Долихосигма (заворот сигмовидной кишки)



Язвенный колит

- Язвенный колит /ЯК/ (прежнее название неспецифически – НЯК) – некротизирующее диффузное воспаление слизистой оболочки прямой и ободочной кишки. Заболевание характеризуется тяжелым течением с местными и общими системными осложнениями. Заболеваемость ЯК неравномерна в разных странах. Наиболее высокая она в Швеции, Англии, Израиле до 234 на 100000 населения.
- Причина ЯК не ясна. К вероятным факторам относят инфекционные (в том числе хламидиоз), дисбиоз, лекарственную, пищевую аллергию, стресс, иммунологические нарушения, генетические факторы, а также факторы окружающей среды, связанные с ее загрязнением. В патогенезе ЯК придают значение дисфункции гипофизарно-адреналовой системы, влиянию продуктов метаболизма кишечной флоры, аутоантител на эпителий толстой кишки.

Язвенный колит

1. Практически всегда поражается прямая кишка, начиная от зубчатой линии.
2. Заболевание распространяется в проксимальном направлении.
3. В патологический процесс в отличие от болезни Крона вовлекается только слизистая оболочка и подслизистый слой.
4. Язвы различных размеров, края их ровные, подрывные, могут быть покрыты фибрином.
5. Сочетание язв с отечной слизистой оболочкой создает впечатление псевдополипоза.



Язвенный колит

По локализации:

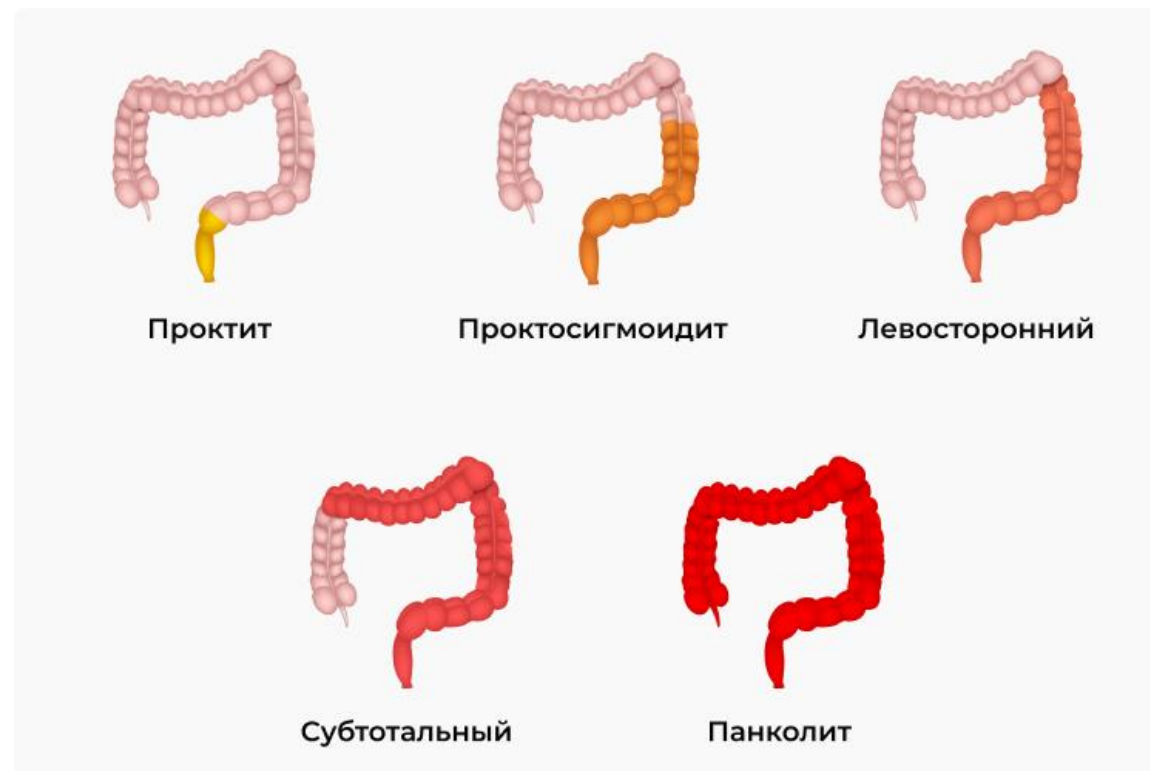
1. язвенный проктит и проктосигмоидит;
2. язвенный левосторонний колит;
3. язвенный тотальный колит;
4. язвенный регионарный колит.

По течению:

1. острый язвенный колит;
2. хронический язвенный колит;
3. рецидивирующий язвенный колит.

По тяжести течения:

1. легкая;
2. среднетяжелая;
3. тяжелая.





Язвенный колит

- Основные симптомы заболевания: жидкий стул с примесью крови, слизи, боли в животе, понос.
 1. При легкой форме болезни отмечается стул до 3 – 5 раз в сутки с небольшим количеством крови, невыраженные боли в животе.
 2. При среднетяжелой форме – стул до 6 – 12 раз в сутки, с кровью, слизь, боли в животе, похудание, анемия.
 3. При тяжелой форме – стул более 12 раз в сутки, может достигать до 20 – 40 раз, кровь, слизь в кале, наступает истощение больного.
- Болезнь чаще носит хронический характер. Наиболее неблагоприятный прогноз наблюдается при молниеносной форме заболевания.
- Отмечается сухость кожных покровов и слизистых, болезненность по ходу толстой кишки при пальпации.

Язвенный колит

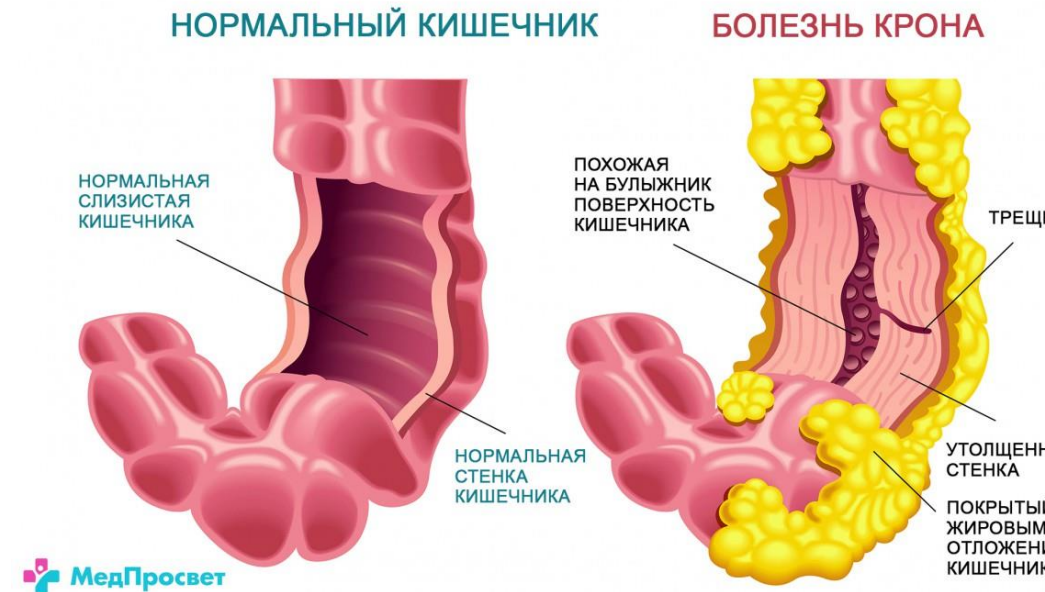
Осложнения которые требуют оперативного лечения

1. перфорация кишки,
2. острая токсическая дилатация кишки, не поддающаяся консервативной терапии (в том числе эндоскопическому снятию ее),
3. профузные непрекращающиеся кишечные кровотечения,
4. рубцовые стриктуры с нарушением пассажа,
5. рак на фоне ЯК.

Системные осложнения - поражения суставов, глазные симптомы, поражения кожи (пиодермия, узловатая эритема), поражения слизистых (стоматит, язвы языка), хронический гепатит, пиелонефрит, гиповитаминоз, тромбофлебиты.

Болезнь Крона

- Болезнь Крона (гранулематозный колит) – неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, поражающий различные отделы желудочно-кишечного тракта, но преимущественно тонкую и толстую кишку. Она характеризуется сегментарностью поражения, рецидивирующим течением с образованием глубоких трансмуральных продольных язв, наружных и внутренних свищей, стриктур, перианальных поражений прямой кишки.
- Частота возникновения (первичная заболеваемость) составляет 2 – 4 случая на 100 000 населения в год, распространенность заболевания от 30 до 50 больных на 100 000 человек.



Болезнь Крона

- Причина не ясна. Предполагается инфекционная природа заболевания со связью с вирусами, хламидиями, нарушениями микробиоценоза кишечника.
- Определенную роль играют генетические факторы, лекарственная, пищевая аллергии, иммунологические нарушения, факторы окружающей среды, в частности загрязнение ее.
- Ведущая роль в патогенезе БК отводится аутоиммунным механизмам, с выработкой антител к желудочно-кишечному тракту с появлением лимфоцитов, sensibilized к антигенам слизистой оболочки кишечника.

Болезнь Крона

Основные клинические симптомы:

1. Периодические схваткообразные боли в животе по ходу кишечника. Возможны также постоянные боли.
2. Выраженная диарея до 12 раз в сутки и больше с примесью крови и слизи.
3. Лихорадка.
4. Падение массы тела.
5. Снижение работоспособности.
6. Гиповитаминоз (проявляющийся кровоточивостью десен, трещинами в углах рта, пеллагрозным дерматитом, ухудшением сумеречного зрения).
7. Недостаточностью функции надпочечников появляются пигментация кожи, гипотония.
8. Недостаточностью щитовидной железы развивается гиподинамия, одутловатость лица.

Болезнь Крона

- Пальпаторно отмечается болезненность живота по ходу кишечника, в ряде случаев может пальпироваться инфильтрированная кишка в зависимости от уровня ее поражения.
- Наиболее частая локализация инфильтратов - правая подвздошная область.
- Могут быть наружные и внутренние свищи, обусловленные глубокими язвами – трещинами стенки кишки с переходом на окружающие органы, вследствие сращения и пенетрации.
- У 80 % больных отмечаются анальные трещины с различной локализацией по циферблату промежности, которые могут быть множественными, безболезненными, с вялыми грануляциями, без спазма сфинктера.
- В ряде случаев наблюдаются свищи, связанные с толстой кишкой и инфильтраты брюшной полости.

Болезнь Крона

1. Тонкокишечная или толстокишечная непроходимость вследствие стриктуры кишки. Симптомы обструкции могут существовать длительное время.
2. Токсическая дилатация проявляется резким ухудшением состояния, лихорадкой, отсутствием перистальтики, вздутием живота, задержкой стула.
3. Внутрибрюшинные абсцессы характеризуются лихорадкой, нейтрофильным сдвигом, лейкоцитозом, ускоренным СОЭ. Иногда могут определяться пальпаторно через переднюю брюшную стенку.
4. Перфорация стенки кишки развивается внезапно и протекает с клиникой перитонита.
5. Свищи. Перианальные свищи обычно связаны с прямой кишкой. Внутренние кишечные свищи образуются вследствие распространения воспалительного процесса на серозную оболочку. Кровотечение из-за изъязвления стенки пораженного органа с арозией крупного сосуда.
6. Развитие злокачественной опухоли на фоне болезни Крона.



Обследование при подозрении на колит

1. Общий анализ крови, мочи.
2. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, глюкоза, натрий, калий, кальций, хлориды, мочевины, остаточный азот, креатинин.
3. Копрологический анализ: копрограмма, бактериологический анализ, исследование кала на дизентерию, амебиаз, балантидиаз.
4. Пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопия, фиброколоноскопия.
5. Ирригоскопия.
6. УЗИ органов брюшной полости, в том числе ободочной кишки, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку.
7. Патоморфологические методы с исследованием биопсийного материала или мазков отпечатков.
8. Определение в крови перинуклеарных цитоплазматических антител.



ЯК и Болезнь Крона

1. Прерывистость, регионарность поражения.
2. Более редкое выявление форм, когда поражается вся толстая кишка.
3. Поражение прямой кишки отмечается у 50 % больных в отличие от ЯК (всегда поражается прямая кишка).
4. При осмотре видно чередование здоровых участков слизистой с участками поражения.
5. Язвы не являются обширными, сливными, как при неспецифическом язвенном колите.
6. Характерно наличие сегментарных сужений кишки.
7. Течение БК намного тяжелее, чем язвенного колита.

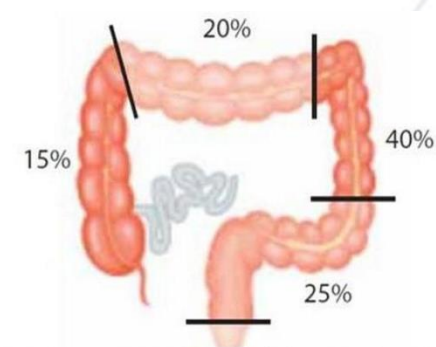


Ишемический колит

- В основе заболевания чаще лежит сегментарное поражение толстой кишки, вследствие органического или функционального изменения состояния сосудов.
- Наиболее часто дефицит кровоснабжения в кишечной стенке возникает вследствие атеросклеротического поражения сосудов брыжейки, реже диабетической ангиопатии, спазм сосудов, недостаточность кровообращения при сердечной слабости, гипотензивном синдроме, интеркуррентных заболеваниях.
- Наиболее часто страдает кровоснабжение левого изгиба и нисходящей ободочной кишки.
- Заболевание встречается наиболее часто в возрасте старше 50 – 60 лет.
- Нарушение артериального кровообращения в стенке кишки приводит к частичному или полному некрозу ее стенки (от изъязвлений слизистой оболочки до полного некроза).

Ишемический колит

- 1) транзиторный ишемический колит (заканчивается спонтанно выздоровлением);
 - 2) хронический персистирующий колит (возможно развитие стриктуры и кишечной непроходимости);
 - 3) гангренозный ишемический колит (приводящий к ОКН и перитониту).
- Проходящие непостоянные боли, чаще в левой половине живота, по типу абдоминальной жабы. В ряде случаев боли могут иметь определенный ритм: покой – прием пищи – боли – покой.
 - После приема обильной пищи, может возникать понос с кровью.
 - Пальпаторно выявляется болезненность левой половины живота.
 - При развитии стриктуры наблюдается клиника хронической обтурационной непроходимости кишечника.



Локализация поражения толстой кишки при ишемическом колите

Дивертикулы толстой кишки

Дивертикулы (diverticulae) толстой кишки представляют собой ограниченные единичные или множественные грыжеподобные выпячивания слизистой оболочки за пределы стенки кишки.

Образование дивертикулов объясняется слабостью соединительнотканного аппарата стенки кишки.

Эта теория подтверждается тем, что дивертикулы чаще (примерно в половине случаев) бывают у лиц старше 50 лет,

возможностью сочетания дивертикулеза толстой кишки с грыжами передней брюшной стенки.

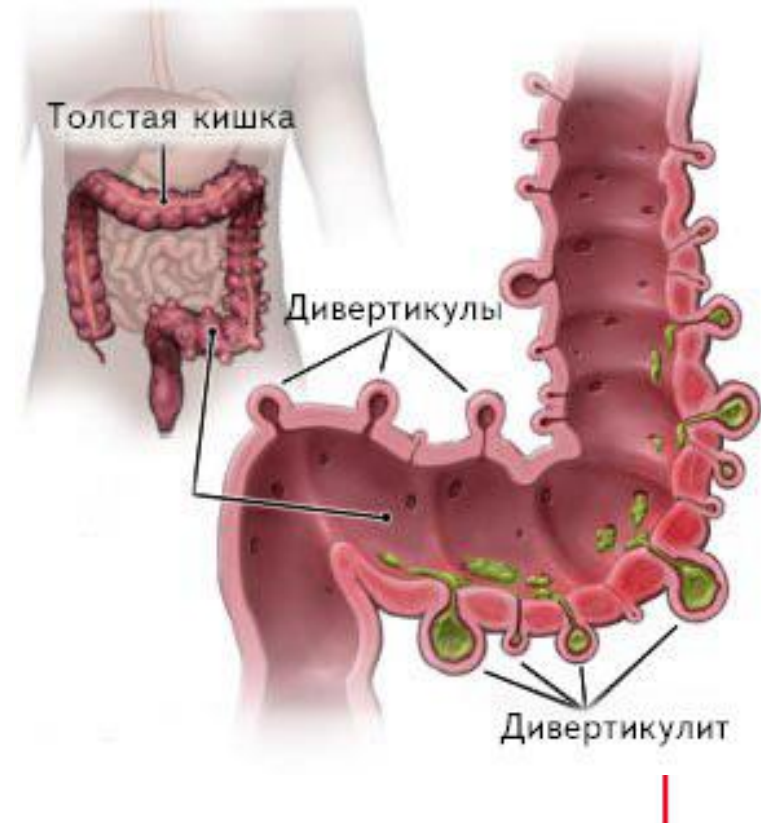
Большое значение придается в патогенезе спастическому сокращению мышечных слоев стенки ободочной кишки, который приводит к утолщению циркулярного мышечного слоя.

Внутренние и внешние причины, усиливающие спазм и сокращения толстой кишки (кишечные дискинезии, запоры, заболевания кишечника и т.д.), признаются как факторы риска развития заболевания.

Дивертикулы толстой кишки

У трети больных заболевание может протекать без выраженных клинических симптомов и расценивается как случайная клиническая находка при обследовании. Специфических симптомов неосложненного дивертикулеза нет. У больных могут быть регулярно возникающие боли в животе, чаще в левой половине, уменьшающиеся после дефекации, нарушение функции кишечника, чаще в виде запоров, реже диареей. Общее состояние больных страдает при этом мало.

Яркая клиника заболевания появляется при наличии осложнений.



Дивертикулы толстой кишки

1. Дивертикулит - опровождается повышением температуры, болями в животе, лейкоцитозом, сдвигом в формуле крови, повышением СОЭ. При осмотре больного отмечается пальпаторно болезненность живота, нередко мышечное напряжение брюшной стенки.
2. Инфильтраты. Паракишечные инфильтраты формируются вследствие дивертикулита с перифокальным воспалением. При больших размерах они могут вызывать кишечную непроходимость.
3. Перфорация дивертикула. Это грозное осложнение, особенно при перфорации в свободную брюшную полость. Состояние больных резко ухудшается, развивается клиника калового перитонита.
4. Свищи ободочной кишки. Наиболее часто между сигмовидной кишкой и мочевым пузырем.
5. Кровотечение. Одно из частых осложнений ДБТК. У больного появляется клиника толстокишечного кровотечения, которые могут быть обильными и протекать с анемией.

Анатомия прямой кишки

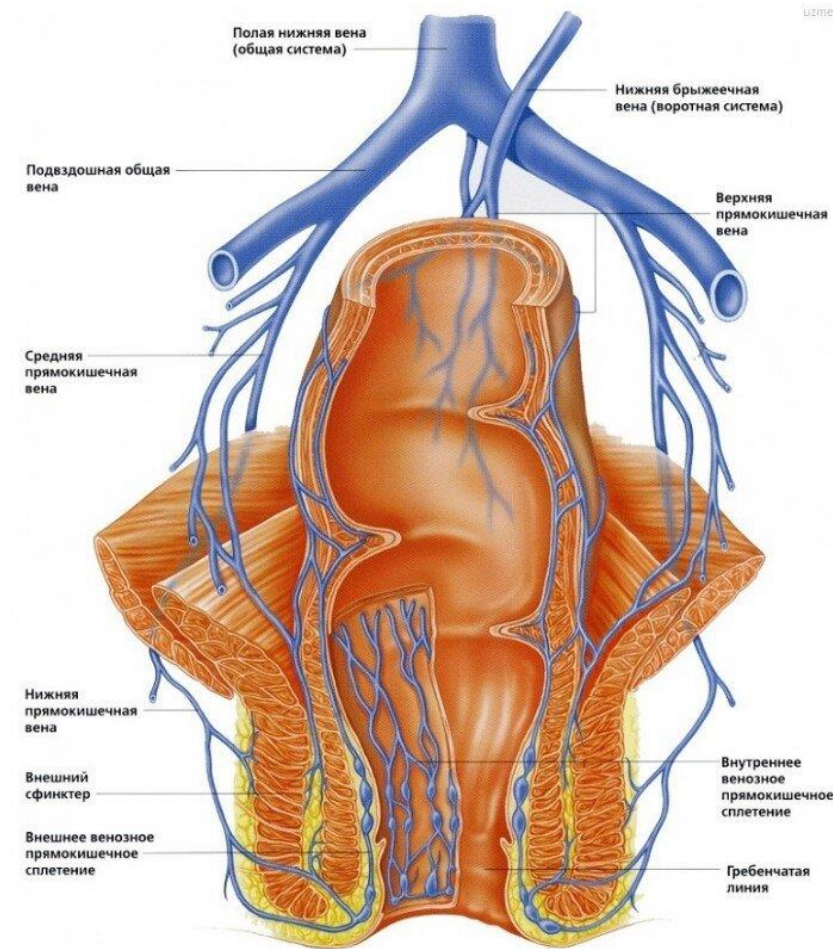
- Длина кишки вместе с анальным каналом около 15 – 17 см. В месте перехода сигмовидной кишки в прямую имеется изгиб во фронтальной плоскости.
- Отделы: надампулярный, ампулярный, промежностный.
- В малом тазу прямая кишка покрыта брюшиной до середины ампулы, образуя Дугласов карман, а нижняя часть длиной 9 – 10 см совсем не покрыта брюшиной.
- Промежностный отдел (анальный канал) расположен ниже диафрагмы таза под *m. levator ani*. В месте перехода слизистой ампулярного отдела в анальный канал располагается зубчатая или гребешковая линия.
- В полости малого таза условно выделяют три отдела (этажа): брюшинный, ишиоректальный и подкожный.



Анатомия прямой кишки

Венозный отток от прямой кишки осуществляется через три основных венозных сплетения: через

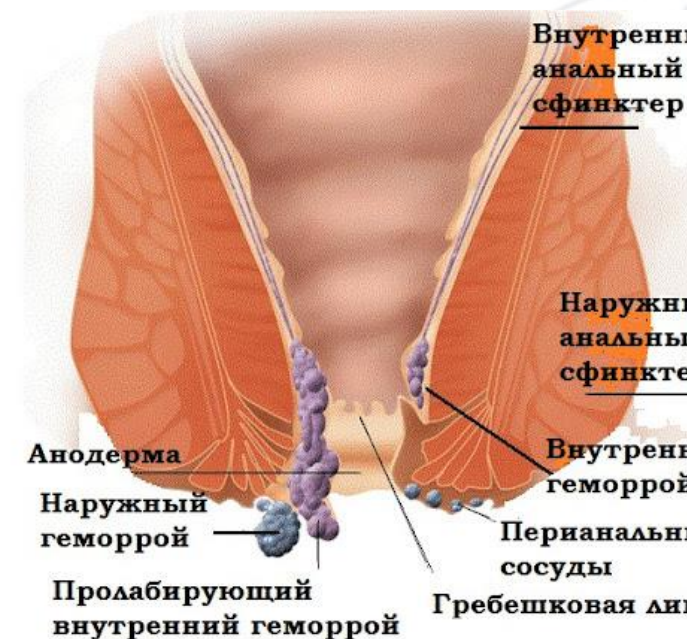
1. верхнее геморроидальное – от верхней трети прямой кишки вены впадают в портальную систему;
2. среднее геморроидальное от средней трети прямой кишки (отток идет во внутреннюю подвздошную, а затем в нижнюю полую вену);
3. Нижнее геморроидальное сплетение – собирается кровь от наружной запирающей мышцы и подкожного пространства промежности и (отток идет во внутреннюю срамную и затем в нижнюю полую вену).



Геморрой

Геморрой - заболевание, характеризующееся увеличением наружных и внутренних геморроидальных узлов (границей между ними является зубчатая линия). При этом заболевании происходит выпадение, ущемление геморроидальных узлов, а также кровотечение из них в конце акта дефекации. Заболевание встречается часто: им страдает 10% взрослых людей.

Ранее было принято считать, что причиной его является варикозное расширение вен дистального отдела прямой кишки. Современные теории трактуют это заболевание как патологию артериовенозных кавернозных тел с гиперплазией их и с разнообразными клиническими проявлениями. Имеется связь сосудистых кавернозных тел с системой верхней прямокишечной артерии (артериальный характер кровотечения).



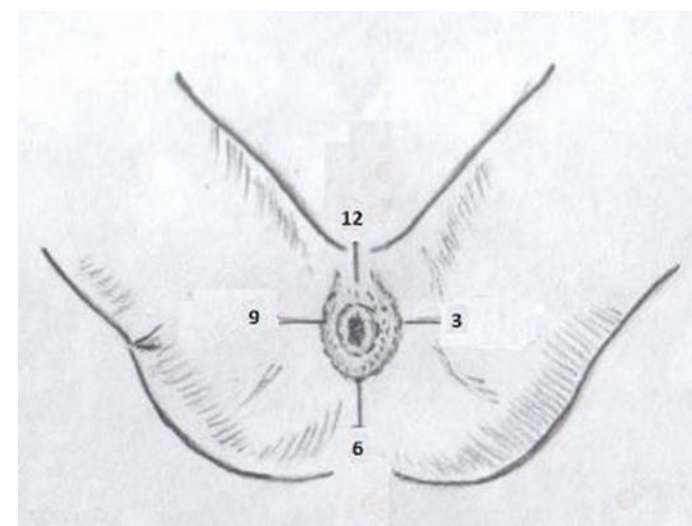
Геморрой



В подслизистом слое прямой кишки в норме имеются кавернозные сосудистые структуры, из которых могут формироваться геморроидальные узлы (кавернозные тельца расположены в дистальном отделе прямой кишки).

В большинстве случаев они располагаются на 3, 7, 11 часах по циферблату (положение больного на спине).

В образовании геморроидальных узлов лежат хронические функциональные нарушения деятельности внутристеночных улитковых артерий кавернозных вен, приводящие к нарушениям просвета артериального колена артериовенозных анастомозов и к усилению в связи с этим притока артериальной крови в вены.



Геморрой



- Появляются кровотечения во время акта дефекации (чаще в конце), интенсивность которых может быть различной: от следов алой крови до массивных. Количество одновременно теряемой крови при геморрое может колебаться от нескольких капель до 50-100 мл, что приводит к выраженной анемии.
- Механизм кровотечения – при дефекации геморроидальные узлы, как правило, выпадают в анальный канал и после нее сфинктер прямой кишки сокращается и выжимает кровь из переполненных геморроидальных узлов.
- Клинические проявления усиливаются при приеме острых и раздражающих ЖКТ продуктов питания, особенно алкоголя.
- Следующим этапом является выпадение внутренних геморроидальных узлов.



Геморрой – стадии течения



1. первая стадия характеризуется кровотечениями, дискомфортом. При аноскопии видны геморроидальные узлы, но они не пролабируются;
2. при второй стадии присоединяется также зуд. Отмечается выпадение геморроидальных узлов из анального канала при натуживании, но они вправляются самостоятельно;
3. при третьей стадии узлы выпадают и требуют ручного вправления, но после ручного вправления удерживаются в анальном канале; наблюдается загрязнение одежды;
4. при четвертой стадии присоединяется также боль. Отмечаются выпавшие невправимые геморроидальные узлы



Осложнения геморроя



1. Тромбоз узлов. Острая интенсивная боль в области узлов, которые становятся плотными, багрово-синюшными, резко болезненными. Может наступить некроз с перфорацией узла. Проведение пальцевого исследования невозможно из-за болей. В поздних случаях может развиваться парапроктит.
2. Анемия. Малокровие при геморрое нарастает постепенно и имеет, как правило, хронический характер. Однако при несвоевременном обращении больных за медицинской помощью, состояние больных может быть тяжелым.
3. Парапроктит, как осложнение геморроя встречается редко.
4. Ущемление геморроидальных узлов с некрозом.

Осложнения геморроя



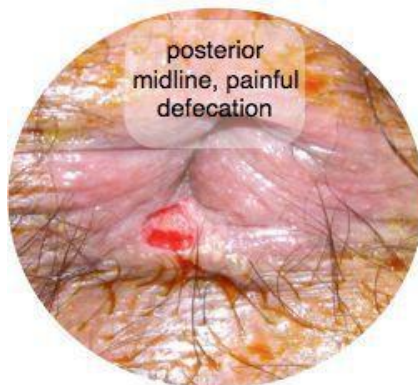
located on
border of
anus

Perirectal hematoma



bluish-purple
discoloration
accompanied by
excruciating pain

External thrombosed hemorrhoid



posterior
midline, painful
defecation

Anal fissure



palpable tender
mass, close to
anal verge

Perianal abscess

Анальная трещина



Анальная трещина (трещина заднего прохода) представляет собой дефект стенки анального канала длиной 1 – 2 см щелевидной или треугольной формы, верхний конец которой доходит до гребешковой (зубчатой) линии.

В 85 – 90 % случаев трещина локализуется на 6 часах (задняя анальная трещина), около 10 – 15 % на 12 часах (передняя анальная трещина) и лишь около одного процента трещин располагается одновременно на задней и передней стенках. На боковой стенке они появляются очень редко.

Возникает в результате механического нарушения целостности слизистой оболочки анального канала при запорах, реже при поносах. Предрасполагающими заболеваниями являются проктиты, колиты, геморрой и т.д. У женщин трещины могут образовываться во время родов. В основе патогенеза чрезмерный спазм наружного сфинктера.

Анальная трещина

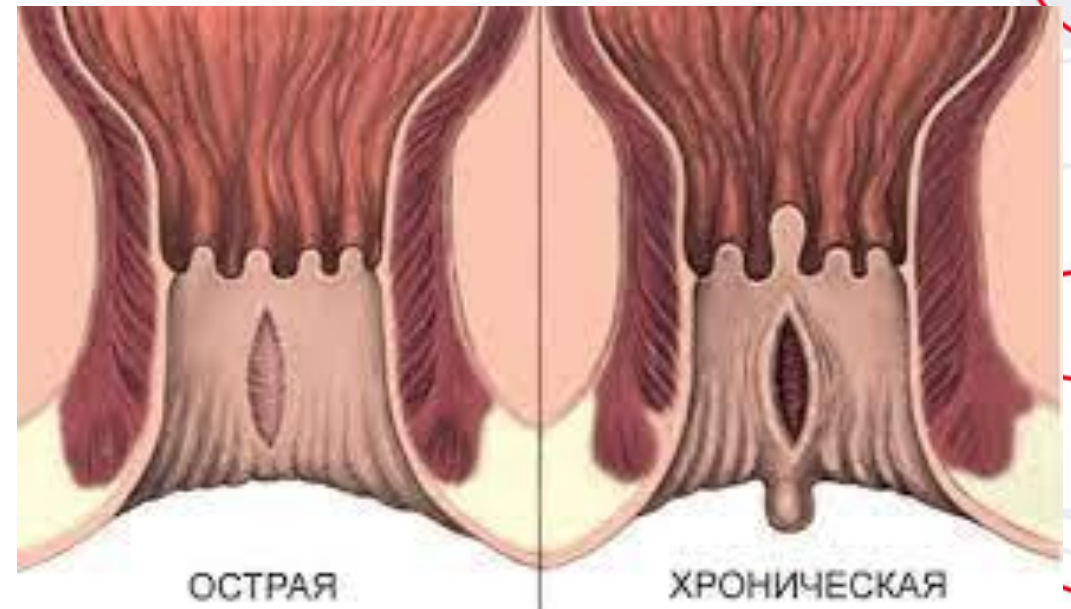


Характерна триада симптомов:

1. Боль во время или после акта дефекации. Боль при острой трещине характеризуется как нестерпимая, острейшая, жгучая и связана с актом дефекации, длится после него до нескольких часов. Она может иррадиировать в поясницу, реже в низ живота, иногда рефлекторно вызывать расстройство мочеиспускания. В связи с сильными болями у больных развивается рефлекторная задержка стула.
2. Незначительное кровотечение. Кровотечения необильные и отмечаются в виде узкой полоски крови на кале. Часто анальный зуд.
3. Спазм анального сфинктера.

Анальная трещина

- Свежая трещина имеет линейную или щелевидную форму, мягкие, ровные края.
- Хроническая трещина имеет плотные каллезные края, дно может быть с фибринозным налетом, по краям её появляются разрастания грануляционной ткани (из-за постоянного скопления здесь секрета прямой кишки), которые называются пограничными или сторожевыми бугорками. Их нередко принимают за анальные полипы, так как они могут выпадать наружу.





Острый парапроктит

- Воспаление околопрямокишечной клетчатки – одно из наиболее распространенных заболеваний. В структуре проктологических заболеваний стоит на 4 месте после геморроя, анальной трещины, колитов и составляет 20 – 40 % всех заболеваний прямой кишки.
- Вызывается смешанной флорой (стафилококки, стрептококки в сочетании с кишечной палочкой). Специфическая инфекция встречается в 1 – 2 % случаев: туберкулез, актиномицеты и др.
- Редкой формой парапроктита является анаэробный, возбудителем которого являются анаэробы. Важная роль принадлежит травматизации слизистой прямой кишки твердыми включениями кала и различным заболеваниям.
- Ведущее значение в этиологии имеет внедрение инфекции в параректальную клетчатку.



Острый парапроктит

Классификация по локализации гнойников:

1. подкожный и подслизистый,
2. седалищно-прямокишечный (ишиоректальный),
3. тазово-прямокишечный.

Подкожный парапроктит – самая частая форма заболевания (50 – 56 % больных острым парапроктитом). Начинается остро – появляются и быстро нарастают боли в промежности, у заднего прохода. Одновременно повышается температура тела, боли в промежности усиливаются при дефекации, кашле, натуживании. Кожа промежности становится гиперемированной, отечной болезненной, сглаживается радиальная складчатость у ануса.

Седалищно-прямокишечный парапроктит составляет 35 – 40 % всех острых парапроктитов.

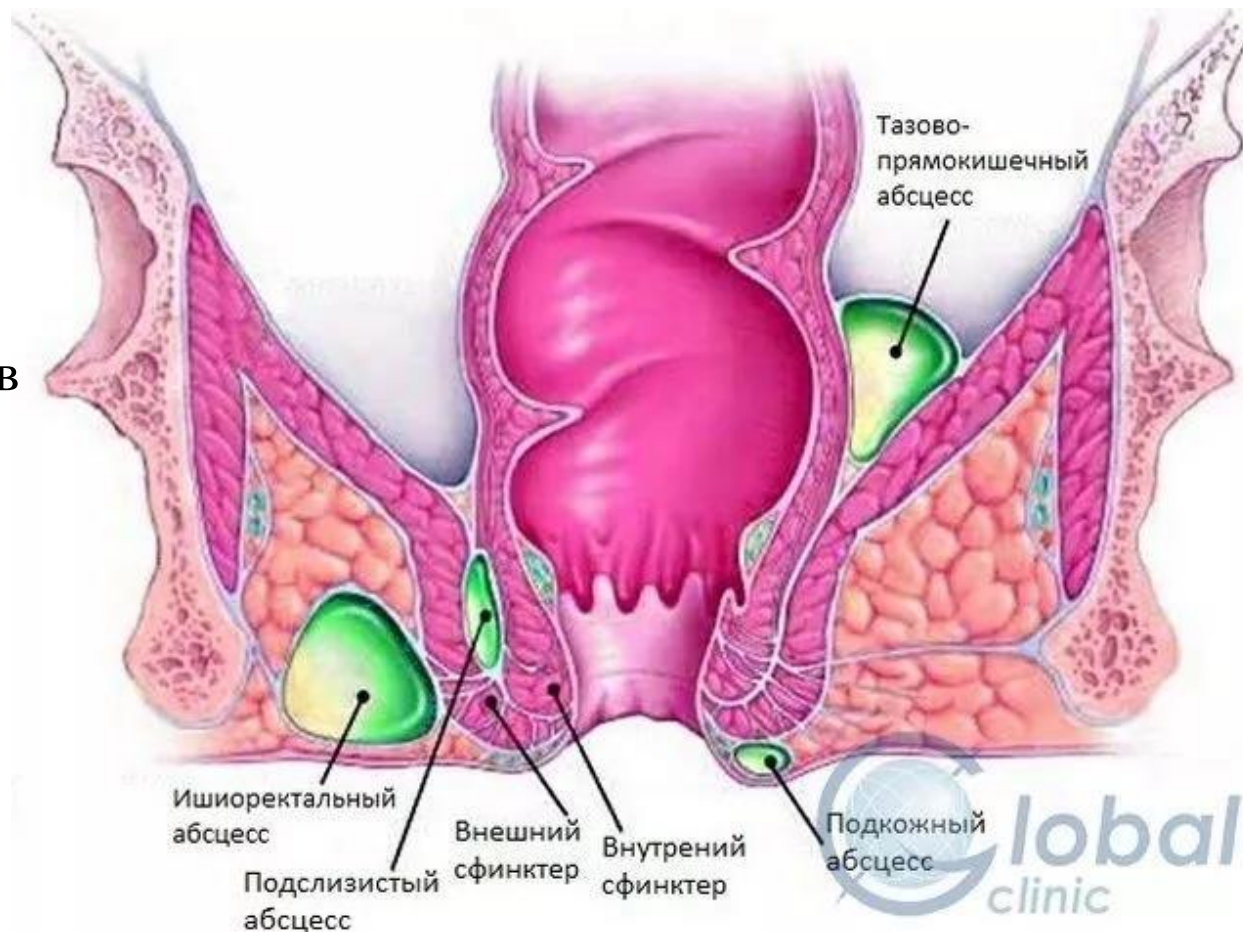
Формируется в результате инфицирования седалищно-прямокишечного пространства.

Острый парапроктит

Правое и левое ишиоректальные пространства сообщаются между собой, поэтому могут быть подковообразные парапроктиты.

Преобладают симптомы общей интоксикации, температура, вялость, апатия. Поэтому иногда в первые дни ставят диагноз грипп или ОРВИ. При осмотре промежности внешне могут отсутствовать изменения.

Обязательно пальцевое исследование прямой кишки. При пальцевом исследовании прямой кишки на стороне воспаления выявляется инфильтрат выше зубчатой линии или на ее уровне.





Острый парапроктит

Тазово-прямокишечный абсцесс (пельвиоректальный парапроктит) наиболее редкая и тяжелая форма парапроктита. Гнойник расположен высоко в клетчаточном пространстве над мышцами, поднимающими задний проход. Верхней границей его является брюшина Дугласова пространства, что нередко объясняет появление болей в малом тазу с симптомами раздражения брюшины. Начинается исподволь. Лихорадка, озноб, головная боль, тянущие боли в суставах, боли в промежности с иррадиацией в матку, поясницу, мочевого пузырь, усиливающиеся при дефекации. Внешние признаки появляются поздно, только при переходе процесса на ишиоректальную и подкожную клетчатку. Обязательно пальцевое исследование прямой кишки, при котором выявляется болезненность одной из стенок прямой кишки, а также инфильтрация ее стенки или плотный инфильтрат за ее пределами. При ректороманоскопии в ампулярном отделе прямой кишки слизистая отечна, гиперемирована, бархатиста, ярко-красного цвета.



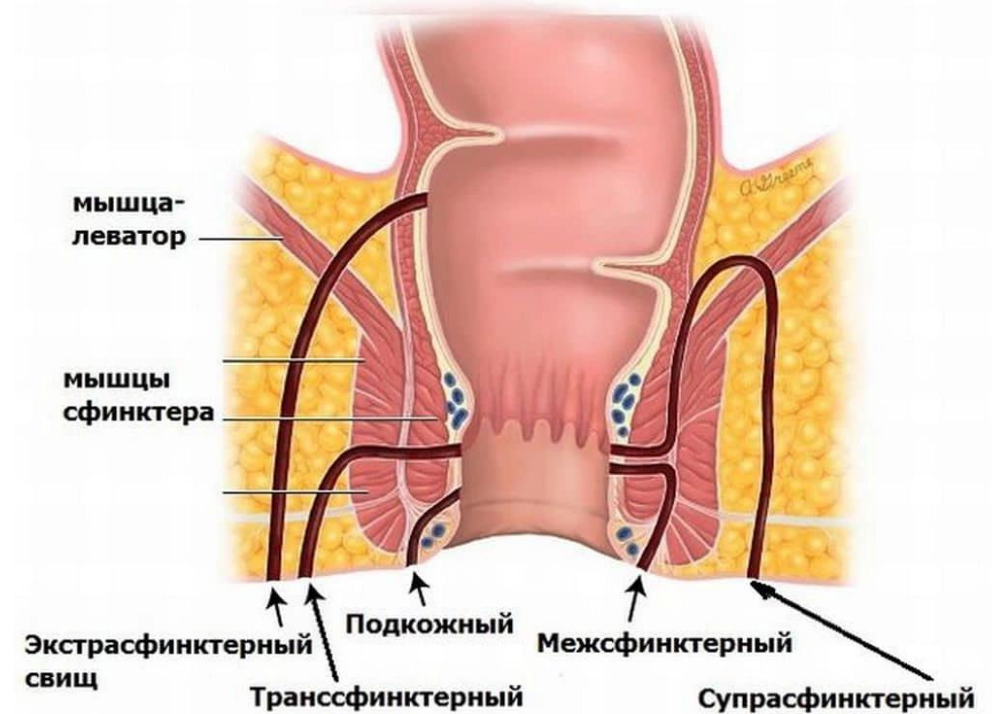
Хронический парапроктит (свищи прямой кишки)

- Свищи прямой кишки являются следствием острого парапроктита и характеризуются наличием внутреннего отверстия в кишке, свищевого хода, идущего в параректальном пространстве и заканчивающегося наружным отверстием на коже промежности.
- Наиболее частая причина возникновения свища прямой кишки – несвоевременное обращение больных к врачу с парапроктитом. Только половина больных с острым парапроктитом своевременно обращаются за медицинской помощью, и менее половины из них получают радикальное хирургическое лечение – вскрытие гнойника с ликвидацией внутреннего отверстия.
- Болезнь протекает волнообразно, периоды обострения (фаза острого парапроктита) сменяются ремиссией. При обострении появляются боли в области свища, температура, недомогания, гнойные выделения со слизью из свища, иногда отделение кала и газов через него при широком свищевом ходе.

Хронический парапроктит (свищи прямой кишки)

1. Интрасфинктерные свищи
2. Трансфинктерные свищи
3. Экстрасфинктерные свищи

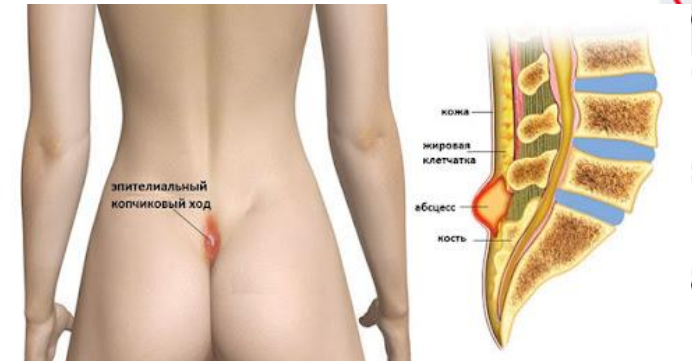
Для обнаружения внутреннего отверстия в наружное отверстие свища вводят раствор метиленового синего для уточнения локализации внутреннего отверстия свища. В прямую кишку вводят ректальное зеркало, в свищ через наружное отверстие желобоватый или пуговчатый зонд.



ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

В настоящее время отдается теории образования эпителиального копчикового хода вследствие неполной редукции хвоста у эмбриона человека, в результате чего формируется кожная воронка и эпителиальный копчиковый ход.

Эпителиальный копчиковый ход расположен под кожей крестцово-копчиковой области по средней линии, представляет собой узкий канал, выстланный кожным эпителием, который слепо заканчивается на 4 – 6 см выше заднего прохода. В глубине межъягодичной складки находятся характерные для эпителиального копчикового хода воронкообразные втяжения кожи.





ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

Клинически эпителиальный копчиковый ход проявляется, как правило, к 16 – 25 годам, когда усиленно функционируют железы внутренней секреции и кожный эпителий. По клинической картине различают неосложненный и осложненный гнойным процессом (инфекцией) эпителиальный копчиковый ход.

При неосложненных ходах люди чувствуют себя здоровыми и только иногда могут отмечать нерезкие боли в области копчика, осложненный копчиковый ход может находиться в стадии острого и хронического воспаления и ремиссии.

При задержке выделений из хода продуктов жизнедеятельности эпителия через первичные отверстия больные отмечают появление небольшого малоболезненного инфильтрата.

При инфицировании содержимого боли усиливаются, становятся интенсивными.

Выпадение прямой кишки

Выпадение прямой кишки – прогрессирующее заболевание, встречается в любом возрасте, наиболее часто трудоспособном.

Предрасполагающие причины: наследственный фактор, анатомические особенности (отлогое положение крестца, глубокое расположение Дугласова кармана брюшины, долихосигма, приобретенная слабость мышц промежности).

Производящие причины: различные факторы и заболевания, которые приводят к повышению внутрибрюшного давления.



Выпадение прямой кишки

Основной жалобой больных является выхождение прямой кишки за пределы заднего прохода.

Наступает ослабление сфинктера, может быть зияние его. Постоянная травматизация слизистой выпадающей кишки ведет к проктиту, выделению экссудата, иногда крови.

Классификация:

I – выпадение прямой кишки только при дефекации;

II – выпадение при физической нагрузке;

III – выпадение при ходьбе и перемещении тела в вертикальное положение.

Наиболее частое осложнение заболевания – ущемление выпавшей кишки. Происходит нарушение кровообращения в выпавшем отрезке кишки, затрудняется отток крови, возникает отек слизистой.

Анальный жом является как бы “удавкой” для выпавшей кишки. Если ущемление не ликвидируется, то развивается некроз кишки, параректальная флегмона или перитонит.



Задача 1 по теме лекции

Больной 63 лет в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице, внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39 – 40. В периферической крови лейкоцитоз до $18 \cdot 10^9$ со сдвигом влево. При осмотре внешних изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется высоко край инфильтрата, здесь же при ректороманоскопии в ампулярном отделе прямой кишки видна отечная, гиперемированная слизистая, кровоточивая при контакте с тубусом ректоскопа.

1. Ваш диагноз?



Задача 2 по теме лекции

На прием к колопроктологу обратилась мама с сыном 6,5 лет, которому предстоит идти в школу. Отмечает задержку стула на 3 суток. Дефекация проходит при переполнении прямой Кишки с неудержанием кала и пачканием. Ребенок психически здоров, но астенизирован, сниженного питания. При обследовании грубой патологии со стороны замыкательного аппарата прямой кишки не выявлено. При пальпации левой подвздошной и околопупочной области определяется подвижная толстая кишка.

Ваш диагноз?



Задача 3 по теме лекции

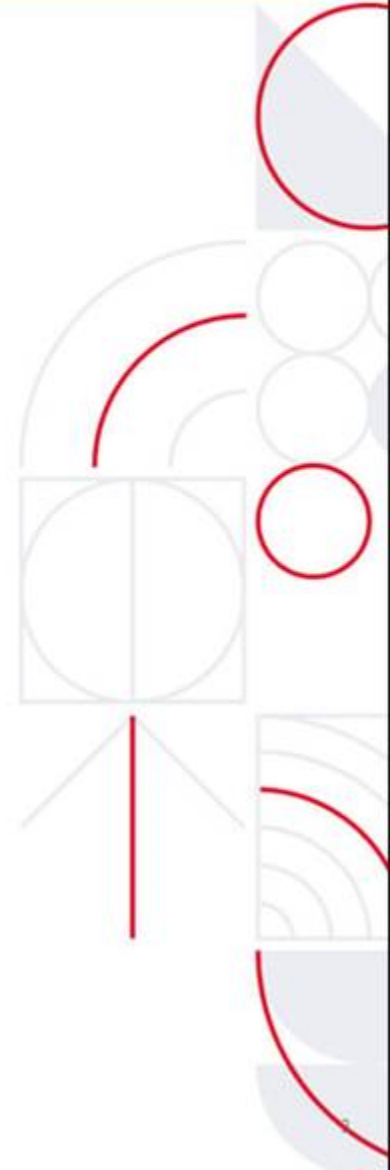
Больной 26 лет обратился к врачу с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, возникающие после еды и перед дефекацией, выраженную диарею в виде кашицеобразного стула до 10 раз в сутки с примесью крови. Данные явления в течение месяца. За время болезни отмечается похудание, слабость, снижение работоспособности, ухудшение сумеречного зрения. Появились трещины в углах рта. При осмотре – бледность и сухость кожи, снижение тургора. Пальпация по ходу толстой кишки болезненна, сигмовидная кишка определяется в виде жгута, при пальцевом исследовании прямой кишки – стенки анального канала отечны, на боковой стенке кишки малоболезненная анальная трещина с вялыми грануляциями, из кишки гнойно-некротические выделения. Спазма сфинктера нет.

1. Какое заболевание у больного?



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



Спасибо за внимание!

