

Лекция 20.

7 Колопроктология

Тема 7.2 Хирургическое вмешательство при гнойном заболевании прямой кишки (свищи, парапроктит)

Проктология – это наука о прямой кишке, окружающих её тканей и ободочной кишке.

Заболевания толстой кишки, а особенно прямой кишки проявляются изменениями в области заднего прохода, промежности. Это - интимная область, о которой пациенты стесняются говорить, а особенно демонстрировать. Поэтому обращаются к врачу поздно, когда заболевание запущено и имеет различные осложнения. Это обидно, ведь диагностика большинства заболеваний прямой кишки не сложна, находится «на конце пальца» врача, т.е. они могут быть диагностированы при пальцевом исследовании прямой кишки.

Самое распространенное неопухолевое заболевание прямой кишки – геморрой (в переводе на русский язык – кровоточащий) проявляется кровотечением из прямой кишки. Поэтому рак прямой кишки, который так же проявляется кровотечением, диагностируют поздно. Врач и пациент считают, что кровотечение вызвано геморроем, хотя различить эти заболевания можно простым пальцевым исследованием прямой кишки.

Важно знать, что пальцевое исследование прямой кишки при появлении крови в кале пациенту должен проводить врач любого профиля, а медицинская сестра должна уметь объяснить пациенту важность этого исследования.

Качество сестринской помощи в предоперационном и послеоперационном периоде во многом определяет успех хирургического вмешательства, так как просвет кишки и промежность сильно загрязнены бактериями.

Нередко операции на толстой кишке, заканчиваются наложением колостомы.

Колостома вызывает у пациента подавленное состояние. Поэтому хорошая психологическая подготовка в пред и послеоперационном периоде крайне важна! (Это входит в обязанности медицинской сестры). Вернуться к нормальной жизни помогут правильный уход за колостомой (калоприемники, obturatory), подбор диеты. Нужно помнить, что жизнь со стомой - это НЕ болезнь!

На основании Постановления Правительства РФ №890 от 30.06.94 г. стомированные пациенты имеют право на получение калоприемников-бесплатно.

В Москве приказом Комитета Здравоохранения открыт кабинет реабилитационной помощи стомированным пациентам (телефон (095) 209-22-11) и работает Ассоциация стомированных больных.

Терминологический словарь.

Анальный (ая) - заднепроходный (ая).

Анастомоз - соустье между полыми органами или кровеносными сосудами.

Аноскопия - осмотр анального канала с помощью аноскопа.

Адгезия - склеивание.

Дефекация - сложнорефлекторный акт удаления каловых масс из кишечника.

Гемиколэктомия - удаление половины толстой кишки (правой или левой).

Ирригация - промывание толстой кишки через колостому.

Колостома - искусственный толстокишечный свищ.

Параректальная (ый) - околопрямокишечная (ый).

Rectum - прямая кишка (лат.)

Proctos - прямая кишка (греч.)

Проктит - воспаление прямой кишки.

Пассаж - продвижение.

Парапроктит - гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки.

Ректальное исследование - пальцевое исследование прямой кишки.

Ректороманоскопия - эндоскопическое исследование прямой кишки и нижней трети сигмовидной кишки

Экстирпация прямой кишки - полное удаление прямой кишки с анальным каналом.

А. Кровотечения из толстой кишки.

Анатомо-физиологические особенности толстой кишки.

Толстая кишка - конечный отдел кишечной трубки, берет начало от соустья

подвздошной и слепой кишки, заканчивается прямой кишкой с анальным каналом.

С хирургической и функциональной точки зрения ее подразделяют на следующие отделы:

Илеоцекальная область (слепая кишка с червеобразным отростком и устьем подвздошной кишки),

Правая половина толстой кишки (илеоцекальная область, восходящая ободочная кишка до середины поперечноободочной кишки),

Левая половина толстой кишки (левая половина поперечноободочной кишки и сигмовидная ободочная кишка),

Сигмовидная ободочная кишка,

Прямая кишка с задним проходом.

Такое деление связано с особенностью кровоснабжения этих участков и объемом хирургической операции на толстой кишке.

Функции толстой кишки.

Слепая кишка (иногда ее называют вторым желудком) выполняет функцию резервуара, в котором накапливается химус, поступающий из тонкой кишки.

Здесь заканчивается переваривание углеводов, в частности целлюлозы.

Правая половина толстой кишки перистальтическими и антиперистальтическими движениями перемешивает жидкий химус и всасывает из него воду, формируя плотный кал.

Левая половина толстой кишки и особенно сигмовидная ободочная кишка, хранит каловые массы и выполняет транспортно-эвакуаторную функцию.

Прямая кишка накапливает кал и регулирует акт дефекации.

Все это важно знать врачу при диагностике заболеваний толстой кишки, решении вопроса о характере и объеме операции, а медицинской сестре для понимания особенностей ухода за пациентом.

1. Методы исследования толстой кишки

Ректороманоскопия – эндоскопическое исследование прямой кишки и нижнего отдела сигмовидной кишки. Позволяет визуально констатировать наличие патологического процесса в анальном канале, прямой кишке и нижних отделах сигмовидной ободочной кишки на глубине 30 см от края заднепроходного отверстия. Является основным и наиболее распространенным методом исследования проктологических больных при первичном осмотре в амбулаторных условиях.

Колоноскопия - эндоскопическое исследование толстой кишки от заднего прохода, до илеоцекальной области.

Ирригоскопия - рентгенологическое исследование толстой кишки с использованием бариевой клизмы

Лапароскопия - осмотр брюшины, покрывающей толстую кишку при помощи оптического прибора, введенного через прокол брюшной стенки.

2. Кровотечения из толстого кишечника

Причины толстокишечного кровотечения:

злокачественные опухоли,

неспецифический язвенный колит,

дивертикулез толстой кишки,

внутренний геморрой.

Клинические признаки.

Главным клиническим признаком толстокишечного кровотечения является выделение крови из заднего прохода.

По степени изменения крови и по отношению ее к каловым массам можно судить о локализации источника кровотечения.

При кровотечении из слепой кишки, содержимое которой обладает ферментативной (переваривающей) активностью, кровь в кале имеет вид «малинового желе».

При кровотечении из правой половины толстой кишки - кровь темного цвета перемешана с калом.

При кровотечении из левой половины - кровь темного цвета покрывает кал.

Чем ближе источник кровотечения к прямой кишке, тем меньше изменяется кровь.

При кровотечении из сигмовидной кишки - кровь темного цвета со сгустками.

При геморроидальном кровотечении - кровь алая, часто разбрызгивается по унитазу.

Состояние пациента зависит от степени тяжести кровопотери и имеет те же признаки,

что и острое гастродуоденальное кровотечение.

Первая помощь.

Первая помощь аналогична помощи при гастродуоденальном кровотечении.

Принцип лечения

Консервативная терапия направлена на остановку кровотечения (гемостатические препараты) и восполнение кровопотери (инфузия плазмозаменителей гемодинамического действия). Она обычно бывает эффективной, т.к. толстокишечное кровотечение редко бывает профузным.

Однако для устранения причины, вызывающей кровотечение, часто требуется срочная хирургическая операция.

Локализация патологического процесса определяет объём операции:

правая половина толстой кишки - правосторонняя гемиколэктомия;

- левая половина - левосторонняя гемиколэктомия;

поперечноободочная кишка - её резекция,

сигмовидная ободочная кишка - резекция сигмовидной кишки.

Прямая кишка - резекция или экстирпация прямой кишки.

Все описанные операции на толстой кишке часто заканчиваются наложением разных видов колостом. В одних случаях с целью разгрузки межкишечных анастомозов, в других - в качестве противоестественного заднего прохода.

Предоперационная подготовка.

Подготовка к операциям на толстой кишке в основном стандартная.

Особенностью является то, что требуется тщательнейшее освобождение толстой кишки от каловых масс (см. ниже). Хорошая подготовка обеспечивает надежность межкишечных анастомозов и предотвращает гнойно-септические осложнения, которые часто возникают в послеоперационном периоде.

Послеоперационный период.

Кал, который выделяется из колостомы, вызывает сильное раздражение, воспаление кожи вокруг стомы, поэтому основной задачей послеоперационного периода является защита кожи вокруг стомы.

С этой целью применяют различные калоприёмники на лечебной адгезивной основе, а при их отсутствии мази (Цинковая мазь, паста Лассара).

3. Колостома

Колостома - искусственный толстокишечный свищ.

Колостомия - операция формирования наружного, специально наложенного, свища

толстой кишки - колостомы.

Классификация колостом.

I По цели операции:

постоянная (противоестественный задний проход)

временная (разгрузочная колостома)

II По типу колостомы:

пристеночная (цеколостома)

петлевая

двуствольная (при резекции участка толстой кишки)

концевая (одноствольная) - операция Гартмана или экстирпация прямой кишки).

III По виду:

плоская (стенки выведенной кишки сшиваются со стенками раны).

хоботком (конец кишки значительно выступает над поверхностью кожи).

Места выведения колостомы: правая и левая подвздошные области, подреберья.

Созревает (т.е. заживают раны) колостома 4 недели.

Методы улучшения качества жизни пациента с колостомой.

1. Применение калоприёмников различных типов:

однокомпонентные имеют мешочек для сбора кала и адгезивную пластину в составе единого целого блока;

двухкомпонентные состоят из адгезивной пластины и различных мешков, которые крепятся на пластине;

колпачки-обтураторы для стомы.

Калоприёмники начинают применять с момента вскрытия колостомы.

2. Ирригация толстой кишки через колостому с целью эвакуации её содержимого,

что позволяет пациенту задерживать выделение кала в течение нескольких дней.

У пациентов с двухствольной колостомой проводят ирригацию проксимального

и дистального свища, т.е. приводящего и отводящего колена толстой кишки.

3. Подбор диеты направлен на формирование плотного кала с ритмичным его выделением и снижением газообразования в кишечнике.

Подбор диеты индивидуален, проводится с учётом переносимости пациентом продуктов питания, но, в целом, специальной диеты не существует.

Надо помнить, что голодание или ограничение приёма пищи ведёт к метеоризму и поносу.

Продукты, которые ускоряют опорожнение кишечника: сахар, мёд, фрукты, соленья, маринады, чёрный хлеб, сырые овощи, мороженое, пиво.

Ускоряет опорожнение кишечника волнение и быстрая еда.

Продуктам, которые задерживают опорожнение кишечника: вяжущие и легкоусвояемые блюда (белые сухари, злаки, творог, протёртые супы, крепкий чай).

Продукты, не влияющие на опорожнение кишечника: варёное, рубленое мясо, рыба, яйца, измельчённые овощи и фрукты.

4. Заболевания прямой кишки

Анатомо-физиологические особенности прямой кишки.

Прямая кишка расположена в полости малого таза, впереди крестца, позади матки у женщин и мочевого пузыря у мужчин. Длина ее 15-16 см.

Выделяют три отдела прямой кишки: надампулярный, ампулярный и промежностный (анальный канал). С прямой кишки брюшина переходит на матку у женщин и мочевой пузырь у мужчин через углубление называемое дугласовым пространством. При распространенном перитоните и внутрибрюшном кровотечении здесь скапливается гной и кровь. Это можно выявить во время ректального исследования: нависание передней стенки прямой кишки и болезненность при пальпации.

Анальный канал длиной 2,5-4 см. 80% заболеваний прямой кишки локализуется в этой области.

Прямая кишка имеет слизистую оболочку, подслизистый слой и мышечную оболочку. Слизистая оболочка имеет продольные складки, которые в ампулярном отделе подвижны, а в анальном отделе фиксированы.

Подслизистый слой ампулярного отдела рыхлый, хорошо выражен, что предрасполагает к выпадению слизистой оболочки прямой кишки через задний проход наружу. Мышечная оболочка имеет особенность - круговой мышечный слой хорошо развит и в нижней части кишки, формирует внутренний (гладкомышечный) сфинктер, который раскрывается рефлекторно при наполнении ампулы прямой кишки.

Наружный сфинктер сформирован поперечнополосатыми мышечными волокнами, относится к мышцам промежности, и находится под контролем сознания человека. Вокруг прямой кишки располагается параректальное клетчаточное пространство гнойное воспаление, которого называется острый парапроктит. Задний проход - заключительная часть ЖКТ, расположен в промежности в дне диафрагмы таза между ягодичными мышцами.

Верхняя часть заднего прохода покрыта слизистой оболочкой, которая имеет вертикальные складки, углубления между которыми называются криптами. Крипты закрываются полулунными заслонками, образующими зубчатую линию, которая является границей перехода однослойного цилиндрического эпителия слизистой оболочки прямой кишки в многослойный эпителий кожи. При задержке кала в криптах и полулунных заслонках, при их повреждении возникает гнойное воспаление - криптит, прогрессирование которого ведет к гнойному воспалению параректальной клетчатки - острому парапроктиту. Задний проход окружен внутренним и наружным сфинктерами, которые удерживают кал и газы в прямой кишке.

Над внутренним сфинктером под слизистой оболочкой располагается внутреннее геморроидальное сплетение (сосудисто-кавернозное образование), которое имеет артерио-венозные анастомозы, поэтому при расширении и разрыве геморроидальных узлов изливается алая кровь, часто разбрызгивающаяся по унитазу. Для удобства описания патологических процессов области заднего прохода, промежность человека, лежащего на гинекологическом кресле, рассматривается, как циферблат часов, в центре которого находится задний проход, а мнимая стрелка указывает место анатомического образования или патологического процесса.

Так предстательная железа находится на "12 часах", а копчик на "6 часах" по циферблату. Внутреннее геморроидальное сплетение имеет вид 3-х подушечек, которые расположены на 3,7,11 "часах" по циферблату. Наружные геморроидальные узлы - мелкие подкожные вены, располагаются вблизи наружного сфинктера в подкожной клетчатке.

Прямая кишка кровоснабжается пятью артериями, ветвями нижней брыжеечной и подвздошных артерий. Кровь от прямой кишки собирается в два коллектора: воротную и нижнюю полую вены, поэтому гематогенные метастазы рака прямой кишки локализуются в печени и легких.

Лимфоотток осуществляется в лимфоузлы паховых областей, таза и брюшной полости - пути лимфогенного метастазирования рака прямой кишки.

5. Геморрой

Геморрой - узловое расширение геморроидальных узлов под кожей (наружный геморрой) и под слизистой оболочкой заднего прохода (внутренний геморрой). Геморрой остается одним из самых частых заболеваний человека (120 случаев на 1000 населения). 40% пациентов обращающихся за помощью к проктологу страдают геморроем. Одним из самых ранних его признаков является кровотечение во время акта дефекации.

Причины.

Повышение внутрибрюшного давления в результате затруднения дефекации, мочеиспускания, подъема тяжести.

Сдавливание вен таза при беременности, миоме и раке матки, раке прямой кишки.

Стоячая, сидячая работа.

Слабость соединительной ткани.

Наружный геморрой.

Наружный геморрой - это увеличение подкожных геморроидальных узлов, как правило, сопровождается внутренним геморроем, не является самостоятельным заболеванием. Частым осложнением наружного геморроя является тромбоз геморроидальных узлов.

Клинические признаки тромбоза наружных геморроидальных узлов.

Увеличенный, очень болезненный багрово-синюшный геморроидальный узел в области наружного отверстия заднего прохода, покрыт истонченной кожей.

Боль беспокоит пациента несколько дней, затем узел сморщивается, уменьшается в размере и остается на всю жизнь в виде узелка. Если таких узелков много, то они поддерживают влажность между ягодицами и приводят к экземе и анальному зуду. Это является показанием к оперативному лечению.

Внутренний геморрой

Внутренний геморрой - это увлечение сосудисто-кавернозных образований прямой кишки.

Клинические признаки.

Кровотечение из заднего прохода. Кровь алая, не смешана с калом, разбрызгивается по унитазу, или в небольшом количестве оказывается на туалетной бумаге после дефекации.

Кровотечение возникает периодически, чаще при поносе или запоре, повторные кровотечения могут привести к анемии.

Образование узлов в заднем проходе. Узлы мягкой эластической консистенции, безболезненные, но вызывают неприятное чувство распирания в заднем проходе.

Боль в заднем проходе при внутреннем геморрое возникает только при его осложнениях: тромбозе или выпадении.

Стадии развития геморроя

I стадия: Геморроидальные узлы увеличены, но не выпадают.

Основной признак - кровотечение и дискомфорт в области заднего прохода.

II стадия: Геморроидальные узлы выпадают при натуживании и самостоятельно вправляются. Основная жалоба на зуд и выделения в области заднего прохода.

III стадия: Выпавшие при натуживании геморроидальные узлы требуют ручного вправления. Появляется загрязнение одежды.

IV стадия: Геморроидальные узлы невправимы. Основная жалоба на боль в области заднего прохода.

Первая помощь.

Вызвать скорую помощь.

Уложить пациента в постель в удобное для него положение.

Положить пузырь со льдом (бутылку с холодной водой) к области заднего прохода.

Дать анальгетик (баралгин, спазган).

Принцип лечения

Применяют консервативную терапию, малоинвазивные методы и хирургическая операция - геморроидэктомия.

Консервативная терапия включает применение:

вазопротекторов (детралакс) - обладают обезболивающим, улучшающим

микроциркуляцию и венозный тонус действием;

ректальных свечей (анузол);

мазей (гепотромбин);

общегигиенические мероприятия (подмывание и прохладные сидячие марганцовые ванны после дефекации).

Малоинвазивные методы: склеротерапия, инфракрасная коагуляция, лигирование латексным кольцом.

Хирургическое лечение - геморроидэктомия.

Подготовка к плановой геморроидэктомии

За два дня до операции из диеты исключают продукты, содержащие грубую клетчатку: черный хлеб, овощи, фрукты, каши и т.д. Пациент получает жидкую пищу, мясное суфле, яйца, протертые супы.

За сутки до операции пациенту назначают слабительное: вазелиновое или касторовое масло 50,0мл утром до еды.

Вечером и утром на кануне операции пациенту проводят очистительные клизмы (до чистой воды). Последнюю клизму ставят за 3 часа до операции, а после неё на 1,5 часа в прямую кишку вводят толстую трубку.

Пациент тщательно подмывается, ему бреют промежность, проводят премедикацию и подают в операционную на каталке.

В остальном подготовка к операции стандартная.

Особенности послеоперационного периода.

Основным условием заживления ран после геморроидэктомии, является задержка стула на 3 - 4 дня. С этой целью пациенту назначается диета №0 на 3 - 4 дня и разрешается употребление шоколада.

В конце операции в задний проход пациенту вставляют толстую, короткую, обёрнутую в мазевой тампон, газоотводную трубку.

Первую перевязку проводят на следующий день после операции, удаляют газоотводную трубку и мазевой тампон, в анальный канал вводят тампон с мазью Вишневского. В последующие дни перевязки проводят после дефекации или по назначению врача.

На 5 день пациенту утром назначают 30,0 мл вазелинового масла, для размягчения стула.

После каждого акта дефекации пациент подмывается, принимает марганцевую сидячую ванну и ему проводят перевязку.

Первый стул очень болезненный, поэтому перед ним желательно провести обезболивание (при появлении позыва на дефекацию).

Поднимают пациента и разрешают ходить после первой перевязки. В остальном ведение послеоперационного периода стандартное.

Тромбоз внутренних геморроидальных узлов

Клинические признаки.

Заболевание начинается остро, обычно после натуживания.

Боль носит острый, иногда невыносимый характер.

Геморроидальные узлы, иногда узел, багрово-синюшные, часто с участками черного цвета (участки некроза).

При пальпации узлы резко болезненны, плотные.

Кожа вокруг заднего прохода отечна, что мешает пальцевому вправлению узлов.

Первая помощь.

Вызвать скорую помощь.

Уложить пациента в постель в удобное для него положение.

Положить пузырь со льдом (бутылку с холодной водой) к области заднего прохода.

Дать анальгетик (баралгин, спазган).

Дождаться приезда скорой помощи.

Трещина заднего прохода (анальная трещина).

Это дефект стенки анального канала линейной или треугольной формы длиной 1-2см, расположены в области переходной складки слизистой оболочки прямой кишки.

В докторской диссертации на тему: «О трещинах в заднем проходе», изданной в 1863 году, Г. Петров пишет: «...- болезнь малая, но причиняющая много страданий, излечение от которой приносит большую радость».

Основной причиной появления трещины в анальном канале является надрыв слизистой оболочки в результате прохождения плотного кала при запоре, повышения внутрибрюшного давления при поносе или повреждение инородными телами.

Клинические признаки

Сильная боль в момент дефекации, которая через несколько минут становится невыносимой. Или безболезненная дефекация с появлением очень сильной боли через несколько минут после неё (причиной запоздалой боли является резчайший спазм сфинктеров анального канала).

Боль длится от нескольких минут, до нескольких часов, иногда сутки.

Боль иррадирует в промежность, половые органы, бедра. Пациент принимает индивидуальное вынужденное положение, которое способствует прекращению боли.

Для осмотра трещины пациента надо уложить на бок, а лучше, придать ему коленно-локтевое положение, раздвинуть ягодицы и задний проход. Дно свежей трещины ярко-красное, дно хронической - грязно-серое, практически не кровоточит и имеет снаружи участок гипертрофии в виде бугорка - «сторожевой бугорок».

Пальцевое исследование часто невозможно из-за резчайшей боли и спазма анальных сфинктеров.

Принцип лечения

Консервативное лечение (эффективно только при свежих трещинах) включает:

Сидячие марганцевые ванны после каждого стула.

Очистительные клизмы в течение 10-15 дней, объемом не менее 0,5 литра.

Масляные клизмы (облепиховое масло)

Ректальные свечи (Анузол)

Физиотерапия

Диетотерапия, направленная на предупреждение запоров и исключение приема острой пищи.

Исключение приема алкоголя

Активное неоперативное лечение:

Спирт-новокаиновые блокады

Насильственное растяжение анального сфинктера

Хирургическое лечение:

Операция иссечения трещины

Операция иссечения трещины по Габриэлю.

Обычно все три метода лечения применяют одновременно.

6. Выпадение прямой кишки

Выпадение прямой кишки - выпадение через задний проход всех слоёв стенки или слизистой оболочки прямой кишки. Сравнительно редкое заболевание. Чаше всего начинается в детском возрасте.

Предрасполагающим фактором является рыхлый подслизистый слой прямой кишки, слабость мышц тазового дна.

Причины.

- Резкое повышение внутрибрюшного давления,
- Заболевания толстой кишки,
- Поносы и хронические запоры.

Клинические признаки.

Ведущая жалоба пациента - выпадение кишки во время акта дефекации.

При легкой форме выпавшая кишка самостоятельно вправляется. По мере развития болезни она перестает вправляться самостоятельно и это пациент делает руками.

При далеко зашедшем заболевании кишка выпадает во время кашля, чихания, при ходьбе, в положении стоя. Отмечаются полное недержание кала, раздражение коживокруг заднего прохода, на бедрах, мошонке и т.д.

Все это резко ухудшает качество жизни пациента, делает его нетрудоспособным.

Принцип лечения.

Консервативная терапия применяется только в начальных стадиях и включает мероприятия, направленные на укрепление мышц тазового дна - ЛФК и лечение заболеваний толстой кишки с целью нормализации стула.

При безуспешности консервативного лечения проводится хирургическое лечение. Существует около 100 видов операций, которые можно разделить на 3 группы:

- **операции, направленные на укрепление мышц промежности,**
- операции, фиксации кишки к костям таза или брюшной стенке,
- резекция прямой кишки.

Острый парапроктит

Острый парапроктит - гнойно-септическое заболевание околопрямокишечной клетчатки.

Причина - задержка кала в криптах заднего прохода с развитием - криптита. Постепенно гнойное воспаление разрушает слизистую оболочку прямой кишки, переходит в подслизистый слой, а далее в околопрямокишечную клетчатку.

По локализации гнойника острый парапроктит подразделяют на:

- **Подкожный (в подкожной клетчатке вокруг заднего прохода),**
- Ишиоректальный (седалищно-прямокишечный)
- Пельвиоректальный (под брюшиной в малом тазу)
- Подслизистый (в подслизистом слое прямой кишки)

Клинические признаки.

Заболевание начинается остро.

Боль локализуется в области заднего прохода или в глубине таза, усиливается во время дефекации, а при подкожном парапроктите и при ходьбе.

Температура тела повышается до 39°C с ознобами, появляются и другие признаки интоксикации: головная боль, отсутствие аппетита, тошнота.

У мужчин возникает дизурия при переходе воспаления на клетчатку вокруг уретры.

Местные признаки парапроктита появляются при распространении гнойного процесса на подкожную клетчатку: покраснение и припухлость вокруг заднего прохода, там же пальпируется болезненный инфильтрат, часто с размягчением.

Ректальное исследование болезненно и при его проведении выявляется болезненный инфильтрат.

Принцип лечения.

Пациенту проводят экстренную операцию - вскрытие гнойника и некрэктомию с последующим лечением образовавшейся раны в зависимости от фазы раневого процесса.

Общее лечение проводится в соответствии с основными принципами терапии гнойно-септических заболеваний. После каждого акта дефекации пациенту проводят перевязку, перед которой он должен подмыться и принять сидячую марганцовую ванну. Исходом острого парапроктита часто бывают свищи прямой кишки и заднего прохода - хронический парапроктит.

Рекомендации пациентам, страдающим заболеваниями аноректальной зоны (острый геморрой, трещина заднего прохода, выпадение прямой кишки).

1. Пить больше воды, 1,5-2л. в день. Утром натощак выпивать стакан холодной воды.

2. Принимать пищу богатую клетчаткой: злаковые, хлеб с отрубями, овощи, фрукты.

3. Избегать приема алкоголя и острой пищи.

4. Как можно больше ходить, заниматься плаванием.

5. Не носить, не поднимать тяжести.

6. Ежедневно подмываться холодной водой. Избегать горячих ванн.

7. Ходить в туалет в одно и то же время.

8. Не читать в туалете!

9. При кровотечении, даже однократном, обратиться к врачу.

Профилактика запоров

Режим и характер питания

Неважно, что пациент ест, важно - когда и сколько.

Завтрак плотный.

Обед с горячим жидким блюдом.

Ранний, лёгкий ужин за 2-3 часа до сна.

Длительная прогулка перед сном.

Исключить еду всухомятку.

Принимать пищу в одно и тоже время.

Ограничить приём сладкого, мягкого белого хлеба, риса.

Двигательный режим.

Физические упражнения, направленные на работу мышц брюшной стенки.

Плавание, велосипед, бег.

Послабляющие средства.

Отвары трав: кора крушины, корень ревеня, александрийский лист, мята, корень жостера, корень валерианы.

Холодная вода 1 стакан утром натощак.

Вазелиновое масло или оливковое масло 1 столовая ложка утром натощак.

Очистительные клизмы до 1 литра через день перед сном (в крайнем случае).

7. Рак прямой кишки

Рак прямой кишки относится к числу распространенных форм злокачественных опухолей и составляет 4-6% от общего числа

злокачественных опухолей, а среди злокачественных опухолей толстой кишки = 40%. Чаще страдают пациенты в возрасте 40-60 лет.

Локализуется раковая опухоль в ампулярном отделе прямой кишки, реже в анальном канале.

Международная классификация (TNMP).

T - размер первичной опухоли

T1 - опухоль диаметром до 2см не вызывает сужение кишки;

T 2- опухоль диаметром до 4см поражает не более полуокружности кишки и не вызывает признаков кишечной непроходимости;

T3 - опухоль вовлекает в процессе до ? окружности кишки и приводит к нарушению ее проходимости

T4 - опухоль распространена более чем на ? окружности кишки и вызывает выраженные признаки кишечной непроходимости

N - регионарные лимфатические узлы их состояние удастся определить только по гистологическому исследованию удаленного препарата, т.е. после операции

N+ -метастазы в регионарные лимфатические узлы есть

N0 - они отсутствуют

M - отдаленные метастазы в органы, ткани

M+ - метастазы диагностированы

M0 - метастазы не диагностированы

P - проникновение опухоли в глубину стенки кишки

P1 - опухоль инфильтрирует только слизистую оболочку

P2 - опухоль инфильтрирует подслизистый и циркулярный мышечный слой

P3 - опухоль прорастает весь мышечный слой

P4 - опухоль прорастает все слои стенки прямой кишки и выходит за ее пределы.

Клинические признаки

Признаки рака прямой кишки развиваются постепенно, по мере роста опухоли. Вначале это местные симптомы, которые характеризуются патологическими выделениями из прямой кишки: слизь, гной, кровь.

Слизь, ее увеличенное количество - ранний признак заболевания.

Чем больше опухоль, тем больше слизи.

Гной - признак изъязвления опухоли. Он появляется на поверхности кала, а его скопление вызывает ложные позывы на дефекацию, во время которой выделяется небольшое количество гнойной слизи со зловонным запахом.

Кровь выделяется с испражнениями при распаде опухоли. Первоначально в виде прожилок в слизи, затем периодическое выделение кровянистой слизи. В последующем - темная кровь, реже алая, на поверхности каловых масс.

Нарушение пассажа каловых масс по кишке (запор) - одна из первых жалоб пациента, но, к сожалению, указывающая на далеко зашедшие стадии рака. При этом пациенты жалуются на затруднение акта дефекации и чувство неполного опорожнения кишечника.

Тенезмы и ложные позывы на дефекацию - признаки далеко зашедшего процесса.

При локализации опухоли в анальном канале боль может появиться очень рано.

При всех других локализациях она появляется поздно и указывает на прорастание опухоли в окружающие ткани.

Опухоль - плотная, бугристая часто определяется при ректальном исследовании.

Кровотечения и нарастающая интоксикация вызывают анемию.

Гнойники в окружающих тканях и свищи - патологические соустья между прямой кишкой и близлежащим органом, возникают в результате распада опухоли.

(При ректовагинальном свище происходит выделение кала из влагалища).

Частичная хроническая кишечная непроходимость из-за нарастания сужения просвета прямой кишки.

Принцип лечения

Основным методом лечения рака прямой кишки является хирургическая операция.

Комбинированное и комплексное лечение на современном этапе имеют ограниченные показания. Лучевой терапией дополняют операции при местнораспространенных процессах, а химиотерапией - паллиативные резекции и экстирпации, при наличии единичных метастазов в органы .

Хирургическое лечение предусматривает проведение радикальных и паллиативных операций.

Радикальные операции:

брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, которая заканчивается наложением противоестественного заднего прохода (колостомы);

передняя резекция прямой кишки, которая заканчивается чаще всего наложением сигморектального анастомоза и трансверзостомы - свища поперечной ободочной кишки (для разгрузки сигморектального анастомоза). После выздоровления, обычно через год, при отсутствии метастазов пациенту проводят восстановление непрерывности толстой кишки.

Брюшно-анальная резекция прямой кишки с выведением сигмостомы и глухим швом на культю прямой кишки.

Паллиативная операция - сигмостомия при наличии отдаленных метастазов и при иноперабельности опухоли, с целью предотвращения развития кишечной непроходимости.

Предоперационная подготовка

Стандартная предоперационная подготовка дополняется тщательной подготовкой кишечника.

Подготовка кишечника включает в себя определенный режим питания, механическую очистку кишечника и применение бактериостатических препаратов.

1. Питание:

пища должна содержать большое количество белков и витаминов с исключением продуктов, содержащих большое количество клетчатки: мясо отварное - 150 г, творог - 150 г, яйцо - 1шт, кефир 300г, суп не жирный - 300г, лимоны, поливитамины.

В день перед операцией пациент получает 2 яйца, бульон -200мл, мясное суфле - 150г, сладкий чай.

2. Механическая очистка кишечника (начинается за 5 дней до операции):

слабительные средства (вазелиновое масло 50мл утром или по 1ст ложке три раза в день). Последний раз дают пациенту за сутки до операции.

очистительные клизмы утром и вечером.

накануне операции в 20 и 21 час проводят очистительные клизмы до чистой воды; утром в день операции (в 7 часов) проводят очистительную клизму, после которой в прямую кишку вводят на 1,5 часа толстую резиновую трубку для удаления остатков жидкости.

3. Медикаментозная подготовка кишечника проводится в течение трех дней перед операцией - прием внутрь обычной дозы одного из препаратов - левомицетина, фуразолидона, норсульфазола.

Утром после клизмы пациент подмывается, после чего ему сбривают волосы в области живота и промежности.

Алгоритм ухода за колостомой.

Оснащение:

Емкость с раствором мыла.

Флакон с 0,5% р-ром перманганата калия

Стерильный лоток с перевязочным материалом, 3 пинцетами, ножницами, шпателями.

Клеенка, таз, ватно-марлевые тампоны.

Чистые перчатки.

Калоприемник.

Емкость с пастой Лассара или цинковой мазью и стерильное вазелиновое масло (в случае отсутствия калоприёмника).

Емкость с дезрастворами для использованных инструментов и материалов.

Помыть руки, надеть перчатки.

Уложить пациента на спину.

Подстелить клеенку под его бок, конец которой опустить в таз.

Обмыть кожу вокруг стомы при помощи пинцета и салфетки р-ром мыла.

Высушить кожу салфеткой промокательными движениями.

Сменить пинцет.

Обработать кожу вокруг стомы салфеткой смоченной 0,5% р-ром перманганата калия.

Высушить кожу стерильной салфеткой промокательными движениями.

Надеть калоприёмник.

Если калоприемника нет, то

Сменить пинцет.

Нанести стерильным шпателем на стерильные салфетки толстый слой пасты Лассара или цинковой мази.

Наложить мазовые салфетки вокруг стомы.

Пропитать тампоны стерильным вазелиновым маслом и наложить на выступающую слизистую оболочку стомы.

Зафиксировать сверху ватно-марлевым тампоном.

Укрепить повязку бинтом или бандажом.

Примечание.

Первые 7-10 дней до снятия швов перевязку колостомы проводит врач.

Калоприёмник начинают применять сразу после вскрытия колостомы.

Периодически кожу вокруг колостомы очищают от пасты Лассара и обрабатывают 3% р-ром перекиси водорода и 70% спиртом.

Алгоритм ирригации толстой кишки через колостому.

Оснащение:

Система для сифонной клизмы (толстый желудочный зонд с воронкой).

Емкость с водой комнатной температуры (5-10 литров).

Флакон с вазелиновым маслом.

Ведро, таз.

Клеенка.

Стерильные лоток, перевязочный материал и пинцет.

Чистые перчатки.

1. Помыть руки, надеть перчатки.

2. Положить пациента на спину на кушетку.

3. Подложить клеенку под бок и опустить ее в таз, закрыв край кушетки.

4. Смазать указательный палец вазелиновым маслом и ввести в колостому, для того, чтобы определить направление вышележащего отдела толстой кишки.

5. Заполнить систему водой и зажать зонд зажимом (ассистент держит систему).

6. Ввести осторожно в свищ конец зонда на 10 см.

7. Снять зажим с зонда.

Поднять воронку выше уровня пациента, когда вода дойдет до устья воронки, медленно опустить воронку до исходного уровня.

9. Слить в ведро промывные воды.

10. Повторять промывание до “чистой воды”.

11. Извлечь медленно зонд из свища.

12. Вложить в свищ марлевую салфетку, пропитанную вазелиновым маслом

13. Обработать кожу вокруг стомы при ее загрязнении (см. "Уход за колостомой").

14. Надеть калоприемник или obturator с бандажом

Примечание:

Пациента необходимо обучить ирригации, т.к. правильное её проведение, позволяет пациенту избежать выделения кала через колостому в течение нескольких дней (при соответствующей диете). Если у пациента двустольная колостома, то периодически проводят ирригацию её дистального свища.

Алгоритм введения ректальных свечей при патологии анального канала (геморрой, трещина заднего прохода).

Помыть руки надеть перчатки.

Уложить пациента на бок.

Взять охлажденную свечу между первым и третьим пальцем правой руки, а второй положить на тупой конец.

Развести ягодицы левой рукой и ввести свечу в анальный канал.

Придерживать свечу до полного её растворения вторым пальцем правой руки в области заднего прохода (1-2 мин).

Положить к заднему проходу салфетку.

Повернуть пациента на спину и попросить полежать 10 мин.

Примечание:

Необходимо обучить пациента этой манипуляции, обратив внимание на то, что если не удерживать свечу пальцем, она будет выдавлена тонусом сфинктера наружу или в ампулу прямой кишки и не окажет лечебного эффекта.

Алгоритм подготовки пациента к колоноскопии, ирригоскопии.

Исключить из диеты продукты, содержащие много клетчатки за 3 дня до исследования.

Давать вазелиновое масло 30 -50,0 мл утром в течение двух дней. Последний раз за сутки до исследования.

Поставить очистительные клизмы вечером и утром перед операцией следующим образом:

- уложить пациента на левый бок,
- ввести наконечник клизмы в задний проход, предварительно смазав его вазелиновым маслом,
- ввести в прямую кишку $\frac{1}{3}$ объёма воды,
- попросить пациента повернуться на спину,
- ввести ещё $\frac{1}{3}$ объёма воды,
- попросить пациента повернуться на правый бок и полежать 5 -10 мин,

Повторить эту процедуру после дефекации ещё 1 - 2 раза.

Поставить последнюю клизму за 3 часа до исследования.

Описанная выше методика постановки очистительной клизмы, дает возможность надежно освободить слепую кишку от содержимого, что является трудной задачей.

Алгоритм подготовки к ректороманоскопии

Объяснить пациенту цель исследования в конфиденциальной обстановке.

Получить согласие на исследование.

Выполнить очистительные клизмы по 1,5 - 2 литра до эффекта «чистой воды» вечером и утром перед исследованием. Последняя клизма проводится не позднее, чем за 2 часа до исследования.

Объяснить пациенту, что утром в день исследования он не должен принимать пищу.

Попросить пациента помочиться перед исследованием.

Проводить пациента в кабинет.

Помочь принять коленно-локтевое положение.

Проводить в палату после исследования.