

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра хирургических болезней № 3

**Утверждено на заседании кафедры
протокол № ___ от «___» _____ 2002г.**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ
И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

**Учебно-методическая разработка для студентов VI курса
(субординаторов-хирургов)**

Авторы: асс. Пузан А. Е., Лызиков А. А.,

Под редакцией зав. кафедрой доц. Шебушева Н. Г.

ГОМЕЛЬ, 2002

I. ВВЕДЕНИЕ.

Относительно частая заболеваемость, сочетание различных заболеваний прямой кишки и их этиопатогенетическая связь позволили выделиться специальной отраслью хирургии в виде проктологии, что произошло в конце XIX века.

В настоящее время отмечается рост заболеваний прямой кишки. Так, заболеваемость раком прямой кишки за последние 20 лет по официальным данным увеличилась в 3,5 раза. Велик процент неопухолевых заболеваний прямой кишки. Частота их выявления при профилактических и целевых осмотрах населения достигает 25-36%, причем чаще других обнаруживаются геморрой, проктиты, свищи и анальные трещины прямой кишки. Почти в 30% случаев выявленных при профилактических осмотрах заболеваний прямой кишки требуется лечение, в том числе и хирургическое.

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

Изучить:

- клинические проявления, методы инструментальной и лабораторной диагностики, лечебную тактику и виды оперативных вмешательств при заболеваниях прямой кишки и перианальной области (геморрой, анальная трещина, эпителиальный копчиковый ход, выпадение прямой кишки, анальный зуд).

III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Клинические проявления заболеваний прямой кишки (геморрой, анальная трещина, эпителиальный копчиковый ход, выпадение прямой кишки, анальный зуд) и их осложнения.
2. Методы обследования (инструментальные, лабораторные) больных с заболеваниями прямой кишки.
3. Современные подходы к выбору лечебной тактики при данных заболеваниях, способы оперативных вмешательств и их исходы.
4. Вопросы профилактики и врачебно-трудовой экспертизы при заболеваниях прямой кишки.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. На основании клинико-anamnestических данных и физикальных методов исследования диагностировать заболевания прямой кишки (геморрой, анальная трещина, эпителиальный копчиковый ход, выпадение прямой кишки, анальный зуд) и их осложнения.
2. Составить алгоритм обследования больного с подозрением на заболевание прямой кишки.
3. Провести дифференциальную диагностику заболеваний прямой кишки.
4. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с клинико-anamnestическими особенностями течения заболевания.
5. Определить тактику ведения больного с различными заболеваниями прямой кишки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Пальцевое исследование прямой кишки.
2. Исследование прямой кишки с помощью ректального зеркала.
3. Ректороманоскопия.
4. Ассистирование при операциях.

IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Этиопатогенез геморроя, классификация. Симптоматический геморрой.
2. Клиника геморроя и его осложнений. Методы физикального и специального обследования при геморрое.
3. Лечебная тактика, показания и методы хирургического лечения геморроя. Профилактика.
4. Анальная трещина. Этиопатогенез, классификация, диагностика и диффдиагностика, лечебная тактика, способы оперативного лечения.
5. Выпадение прямой кишки. Этиопатогенез, патологоанатомическая картина, клиника, диагностика. Лечение (консервативное и оперативное).
6. Эпителиальный копчиковый ход. Этиопатогенез, клиника, диагностика и диффдиагностика. Лечение.
7. Полипы прямой кишки. Новообразования анального канала и переходной складки.

V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ.

ГЕМОРРОЙ.

Расширение внутренних или внешних вен геморроидального сплетения нижней части прямой кишки. До 60% населения отмечают как минимум однократно признаки геморроя. Геморроидальные узлы образуются из трех радикально расположенных артериовенозных образований (пещеристых тел прямой кишки, чаще на 3, 7 и 11 часах) при их врожденной или приобретенной гипертрофии. Они состоят из внутренней части, покрытой слизистой оболочкой, и наружной, покрытой кожей.

Классификация.

1. По этиологии:
 - врожденный (или наследственный);
 - приобретенный: первичный или вторичный (симптоматический).
2. По локализации:
 - внутренний (подслизистый);
 - наружный (подкожный);
 - межзудочный (под переходной складкой).
3. По клиническому течению:
 - острый (осложненный: кровотечением, воспалением узлов, тромбозом, выпадением - три степени, ущемлением, некрозом узлов, воспалением окружающей клетчатки);
 - хронический (неосложненный).

Клиническая картина. Симптомы: перианальный зуд, кровотечения из прямой кишки (особенно в малых количествах - на туалетной бумаге или несколькими каплями в унитазе), боль и наличие пальпируемого образования в области ануса.

Диагностика.

1. Наружный осмотр.
2. Пальцевое исследование прямой кишки.

3. Осмотр в зеркалах.
4. Ректороманоскопия для исключения сопутствующих заболеваний, в т.ч. проявляющихся кровотечениями.
5. При тромбозе и воспалении геморроидальных узлов все виды внутренних осмотров выполняют после ликвидации острого процесса.

Лечение.

- I. Консервативная терапия, направленная на ликвидацию воспалительных изменений и регуляцию стула:
 - щадящая диета;
 - сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия;
 - новокаиновые параректальные блокады по А.В.Вишневскому с наложением масляно-бальзамических повязок-компрессов;
 - свечи и мазь с гепарином и протеолитическими ферментами;
 - микроклизмы с облепиховым маслом, маслом шиповника и т.д.;
 - физиотерапия - УВЧ, ультрафиолетовое облучение кварцевой лампой;
 - при отсутствии эффекта от описанного лечения, при частых повторных обострениях выполняют оперативное лечение. Лучше выполнять его после проведения противовоспалительной терапии в стационаре в течении 5-6 дней.
- II. Оперативное лечение. Вопрос о хирургическом вмешательстве рассматривают при осложненном течении болезни: тромбозах, кровотечениях, выпадении внутренних геморроидальных узлов.

1. Склерозирующие инъекции. При хроническом геморрое, проявляющемся только кровотечением, без выраженного увеличения и выпадения внутренних узлов возможно применение инъекций склерозирующих веществ.
2. Лигирование. Если общее состояние больного не позволяет выполнить хирургическое вмешательство, а воспалительные явления не дают возможности провести склерозирующую терапию, а также при выпадении внутренних узлов у соматически ослабленных больных производят лигирование отдельных узлов латексными кольцами с помощью специального аппарата. Данный способ не дает радикального излечения.
3. При хроническом геморрое, осложненном выпадением узлов или кровотечениями, не поддающимися консервативному лечению, показано оперативное вмешательство. В основе наиболее часто применяемых методов лежит операция, которую предложили Миллиган и Морган: удаление снаружи внутрь трех основных коллекторов кавернозной ткани и перевязкой сосудистых ножек.

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА.

Дефект стенки анального канала линейной или реугольной формы длиной 1-2 см, расположенной вблизи переходной складки, несколько выше линии Хилтона и доходящей до прямокишечно-заднепроходной линии или распространяющейся выше нее.

Занимает второе место по частоте среди аноректальных заболеваний, встречается в 60% случаев у женщин. Происхождение трещины связывают со многими причинами, но важнейшим фактором является травма слизистой оболочки анального канала каловыми массами, инородными телами, повреждение ее во время родов. Острая трещина имеет щелевидную форму, гладкие ровные края, дно ее составляет мышечная ткань сфинктера. При длительном течении патологического процесса происходит разрастание соединительной ткани по краям трещины, дно ее покрывается грануляциями и фибринозным налетом. В области наружного края трещины избыточная ткань формирует анальный (сторожевой) бугорок. Таким образом острая трещина превращается в хроническую, которая по сути дела

представляет собой язву.

Наиболее частая локализация трещин (на 12 по задней стенке и 6 часах по передней) объясняется особенностями строения анального сфинктера. Именно на 6 и 12 ч - худшие условия кровоснабжения, и существует большая опасность травматизации слизистой при прохождении каловых масс.

Для клинической картины анальной трещины характерна триада симптомов: боль во время во время и, особенно после акта дефекации; спазм сфинктера; скудное выделение крови. При осложнении хронической анальной трещины краевыми свищами появляются гнойные выделения, зуд, раздражение перианальной кожи.

Дифференциальный диагноз.

- тромбоз внутренних геморроидальных узлов;
- острый криптит;
- хронический парапроктит;
- прокталгия;
- кокцигодия;
- рак прямой кишки;
- туберкулезные и сифилитические язвы.

Консервативное лечение включает диету, преимущественно кисломолочно-растительного характера с исключением острых, соленых, горьких блюд, а также алкогольных напитков; сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия; свечи с метилурацилом, проктоседилы, ультрапрокт, микроклизмы с облепиховым маслом.

Оперативное лечение предпринимают в случае хронического течения. Операция заключается в иссечении трещины в пределах здоровой слизистой оболочки. При необходимости выполняют заднюю дозированную или боковую подкожную сфинктеротомию.

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ (prolapsus recti) встречается в любом возрасте.

Этиология и патогенез. Причины выпадения прямой кишки делятся на предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим относят анатомо-конституционные особенности, атонию мышц промежности, к производящим - факторы, ведущие к повышению внутрибрюшного давления, дистрофию, травмы.

Существуют две теории развития выпадения: грыжевая и хронической идиопатической инвагинации.

Классификация.

Различают четыре вида выпадения прямой кишки:

1. Выпадение заднего прохода - prolapsus ani.
2. Выпадение прямой кишки - prolapsus recti.
3. Выпадение заднего прохода и прямой кишки - prolapsus ani et recti.
4. Выпадение инвагинированной ободочной кишки - prolapsus coli invaginati.

Клиническая картина. Основная жалоба больных - выход прямой кишки во время дефекации, при физической нагрузке, ходьбе, кашле. В начальных стадиях заболевания после прекращения нагрузок кишка вправляется самостоятельно; в последующем ее приходится вправлять рукой. При выпадении всех слоев прямой кишки развивается слабость запирающего аппарата и отмечается недержание газов и кала. При осмотре наблюдается зияние анальной щели, мацерация кожи промежности. Натуживание приводит к выпадению прямой кишки. Длина выпавшего отрезка кишки иногда превышает 15 см, он может иметь различную форму: цилиндрическую, конусовидную, шарообразную, неправильную. Иногда может возникнуть ущемление выпавшей кишки, сопровождающееся сильными болями и явлениями непроходимости. Длительное ущемление опасно развитием

некроза кишечной стенки.

Диагноз ставится на основании клинических признаков, выявляемых при наружном осмотре и натуживании. Определяется выпадение слизистой по всей окружности или в каком-то одном сегменте. Поперечные складки слизистой свидетельствуют о выпадении всех слоев стенки кишки, если выпадает только слизистая, то складчатости почти нет. Характерным признаком при выпадении слизистой оболочки прямой кишки является непосредственный переход ее в кожу. Дополнительно проводят ректороманоскопию, сфинктерометрию, рентгенографию крестца и копчика.

Дифференциальный диагноз проводят с:

- пролабированием внутренних геморроидальных узлов;
- геморроем в стадии ущемления и воспаления;
- выпадением полипов прямой кишки или доброкачественных опухолей;
- выходящей из анального канала раковой опухоли прямой кишки.

Лечение выпадения прямой кишки у взрослых только оперативное. Известные способы направлены на сужение заднего прохода, укрепление тазовой диафрагмы, внебрюшинную и чрезбрюшинную фиксацию прямой кишки. Наиболее эффективной операцией в настоящее время считается ректопексия по Зеренину-Кюммелю и ее модификации.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД.

Врожденный дефект развития кожи крестцово-копчиковой области. Представляет собой узкий канал, расположенный в межягодичной складке, несколько выше копчика, который слепо заканчивается в подкожной клетчатке. Он открывается на коже одним или несколькими точечными отверстиями, через которые выделяются слущенные клетки эпителия, продукты деятельности желез, волосы. Канал никогда не имеет сообщения с прямой кишкой, крестцом и копчиком.

При инфицировании, закрытии наружных отверстий возникает воспалительный процесс, который переходит на жировую клетчатку. Сформировавшийся гнойник вскрывается на кожу с образованием вторичных гнойных свищей.

Заболевание встречается в 3-5% случаев, отмечается чаще у мужчин, чем у женщин.

Клиническая картина. При неосложненном эпителиальном копчиковом ходе по средней линии крестцово-копчиковой области определяются отверстия хода в виде воронкообразных углублений кожи от точечных до 2-5 мм в диаметре. Нередко из одного из них выступают пучки тонких волос, иногда отмечается скудное серозное отделяемое, боли возникают редко.

При воспалении эпителиального хода боли выражены, движения, физическая нагрузка их резко обостряют. В межягодичной складке определяется припухлость и гиперемия кожи, пальпаторно - инфильтрат, в дальнейшем формируется абсцесс. После спонтанного вскрытия гнойника при осмотре выявляется свищ с гнойным отделяемым. Процесс протекает хронически, с обострениями при нарушении опорожнения свища. При этом формируются множественные добавочные свищи и развивается значительная воспалительная инфильтрация крестцово-копчиковой области.

С целью диагностики эпителиальных копчиковых ходов и исключения другой патологии данной области применяют: исследование ходов пуговчатым зондом, введение в них красящих веществ, пальпацию через прямую кишку, ректоскопию, рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, фистулографию.

Дифференциальный диагноз.

- острый парапроктит;

- фурункул или карбункул крестцово-копчиковой области;
- флегмона данной области;
- дермоидная киста;
- свищи прямой кишки;
- остеомиелит крестца и копчика.

Лечение только оперативное. Эпителиальный копчиковый ход подлежит иссечению в пределах здоровых тканей с последующим дренированием или наложением глухого шва.

НОВООБРАЗОВАНИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ.

I. Новообразования переходной складки (ниже прямокишечно-заднепроходной линии):

1. Плоскоклеточный рак.
2. Базально-клеточная карцинома.
3. Перианальная болезнь Педжета.
4. Болезнь Боуэна.

II. Новообразования анального канала (выше прямокишечно-заднепроходной линии) гистологическое строение:

1. Плоскоклеточная карцинома.
2. Мукоэпидермоидный рак.
3. Клоакогенный (из переходного эпителия) рак.
4. Аденокарцинома.
5. Злокачественная меланома.

V. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОГРАММИРОВАННОГО ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. При геморрое могут наблюдаться следующие симптомы: 1) запоры; 2) кровотечения; 3) тенезмы; 4) лентовидный кал; 5) зуд в области заднего прохода. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2,3 и 4; б) 1,2 и 5; в) 1,4 и 5; г) 1 и 2; д) 3 и 4.
2. Типичные осложнения геморроя: 1) анальная трещина; 2) кровотечение; 3) тромбоз геморроидальных узлов; 4) малигнизация; 5) выпадение узлов. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2 и 3; б) 2 и 3; в) 2,3 и 5; г) 3,4 и 5; д) все верно.
3. Какие заболевания анальной области являются показанием к операции: 1) параректальный свищ; 2) хроническая экзема анального канала; 3) острый парапроктит; 4) анальная трещина; 5) полип анального канала. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,3 и 4; б) 2,3 и 5; в) 1,4 и 5; г) 2,3 и 4; д) 1,3,4 и 5.
4. У больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Ваш предварительный диагноз? а) геморрой; б) рак прямой кишки; в) острый парапроктит; г) трещина анального канала; д) параректальный свищ.
5. У больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. С какого метода исследования вы начнете обследование больного? а) аноскопии; б) пальцевого исследования прямой кишки; в) ректоскопии; г) ирригоскопии; д) колоноскопии.
6. При геморрое могут наблюдаться следующие симптомы, кроме: а) лентовидного кала; б) запоров; в) выпадения узлов; г) кровотечений; д) зуда в области заднего прохода.
7. У больного жалобы на боли спустя 15-30 мин после стула, незначительное кровотечение после акта дефекации, запоры, стул обильный. Ваш предварительный диагноз? а) геморрой; б) параректальный свищ; в) трещина анального канала; г) рак прямой кишки; д) хронический папиллит.

8. Больной жалуется на кровотечение после акта дефекации в виде струйки или брызг по унитазу, периодический зуд в области анального отверстия. Ваш предварительный диагноз? а) параректальный свищ; б) геморрой; в) рак прямой кишки; г) полип прямой кишки; д) трещина анального канала.
9. Развитию геморроя способствуют: а) септические заболевания; б) трещины анального канала; в) полипы прямой кишки; г) хронические запоры; д) параректальные свищи.
10. Хирургическое лечение анальной трещины включает: а) растяжение сфинктера прямой кишки; б) диатермокоагуляцию трещины; в) иссечение трещины и рассечение наружного сфинктера; г) ушивание трещины.
11. Какой метод наиболее рационален при лечении острого тромбоза геморроидальных вен: а) анальгетики; б) антикоагулянты; в) пресакральная блокада; г) склеротерапия; д) оперативное вмешательство.
12. Какой метод исследования достаточен для подтверждения диагноза "трещина анального канала"? а) аноскопия; б) пальцевое исследование прямой кишки; в) колоноскопия; г) ректоскопия; д) ирригоскопия.
13. Развитию геморроя способствует все, кроме: а) хронического воспаления анального канала; б) наследственной предрасположенности; в) сидячей работы; г) двухмоментного акта дефекации; д) гиперплазии ректальных и анальных кавернозных тел.
14. Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала являются: а) запор; б) хронический парапроктит; в) недостаточность сфинктера; г) криптит; д) папиллит.
15. Противопоказанием к оперативному лечению геморроя являются: 1) гипертоническая болезнь с частыми кризами; б) язвенная болезнь желудка; в) хронический панкреатит; г) портальная гипертензия; д) хроническая бронхит. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1 и 3; б) 1 и 4; в) 1,3 и 5; г) 2,3 и 4; д) все верно.
16. Назовите основные симптомы трещины анального канала: 1) резкие боли после акта дефекации; 2) стул обильный; 3) кровотечение в виде полоски крови на каловых массах; 4) тенезмы с выделением крови; 5) постоянные боли в анальном канале с иррадиацией в крестец. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2 и 3; б) 2,4 и 5; в) 2 и 5; г) 2,3 и 5; д) правильной комбинации нет.
17. Прямая кишка имеет все перечисленные отделы, кроме: а) ректосигмоидного; б) ампулярного; в) крестцового; г) анального.
18. Больная жалуется на резкие боли в области заднего прохода во время и после акта дефекации, запоры. Наиболее вероятный диагноз? а) геморрой; б) парапроктит; в) трещина заднего прохода; г) рак прямой кишки; д) полип прямой кишки.
19. Какие перечисленные симптомы характерны для геморроя: 1) жгучая боль после акта дефекации; 2) наличие крови на поверхности кала в виде полоски; 3) выделение крови в виде капель или струей в конце акта дефекации; 4) кровь перемешана с калом; 5) выделение крови и слизи в начале акта дефекации. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,2 и 4; в) 3; г) 3,4 и 5; д) 4 и 5.
20. Назовите вид операции, используемый при лечении геморроя: а) метод Рекамье; б) операция Миллиган-Моргана; в) операция Габриэля; г) операция Кеню-Майлса; д) операция Кюммеля-Зеренина; е) операция Гартмана.
21. Укажите какие признаки характерны для выпадения геморроидальных узлов I стадии: 1) требуется вправление выпавших узлов рукой; 2) узлы выпадают при незначительной физической нагрузке и самостоятельно не вправляются; 3) вправляются самостоятельно; 4) выпадают только во время акта дефекации и вправляются самостоятельно; 5) выпадают во время акта дефекации и больших физических нагрузках и самостоятельно не вправляются. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,3,4; б) 3 и 4; в) 4; г) 4,

- 5; д) 3,4,5.
22. Укажите какие признаки характерны для выпадения геморроидальных узлов II стадии:
1) требуется вправление выпавших узлов рукой; 2) узлы выпадают при незначительной физической нагрузке и самостоятельно не вправляются; 3) вправляются самостоятельно; 4) выпадают только во время акта дефекации и вправляются самостоятельно; 5) выпадают во время акта дефекации и больших физических нагрузках и самостоятельно не вправляются. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,3,4; б) 1,5; в) 1,2,5; г) 3 и 5; д) 1,2,5.
23. Укажите какие признаки характерны для выпадения геморроидальных узлов III стадии:
1) требуется вправление выпавших узлов рукой; 2) узлы выпадают при незначительной физической нагрузке и самостоятельно не вправляются; 3) вправляются самостоятельно; 4) выпадают только во время акта дефекации и вправляются самостоятельно; 5) выпадают во время акта дефекации и больших физических нагрузках и самостоятельно не вправляются. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,2,4; в) 1 и 2; г) 1,2 и 5; д) 5.
24. Кровоснабжение прямой кишки осуществляется артериями: 1) непарная верхняя прямокишечная; 2) парная средняя прямокишечная; 3) парная нижняя прямокишечная; 4) парная задняя прямокишечная. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,3; в) 2,4; г) 4; д) все правильно.
25. Признаками геморроя являются: 1) зуд и неприятные ощущения в области ануса; 2) кровотечения во время акта дефекации; 3) выпадение геморроидальных узлов; 4) боль во время акта дефекации; 5) тенезмы. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,4; б) 1,3,5; в) 1,2,3; г) 3,4,5; д) 1,4,5.
26. Наиболее частые симптомы рака прямой кишки: 1) кровянистые выделения из прямой кишки; 2) рвота; 3) профузные поносы; 4) упорные запоры; 5) неприятные ощущения в области прямой кишки. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2 и 3; б) 3,4 и 5; в) 1 и 5; г) 1 и 4; д) 1,4,5.
27. Что неверно в отношении вторичного геморроя? а) является осложнением основного заболевания (рака прямой кишки, портальной гипертензии); б) его лечение может быть эффективным только после устранения причины (основного заболевания); в) при его лечении можно упустить благоприятное время для терапии основного заболевания; г) он может скрывать вызвавшее его заболевание; д) требует проведения оперативного лечения при безуспешности консервативного лечения основного заболевания.
28. Назовите наиболее частые жалобы больных, имеющих патологические процессы в прямой кишке, кроме: а) боли или неприятные ощущения в прямой кишке; б) мелена; в) зуд в области заднего прохода; г) наличие выделений из прямой кишки (кровь, слизь, гной); д) нарушение акта дефекации.
29. Что неверно в отношении лечения, применяемого при наружном геморрое? а) диета; б) медикаментозная терапия; в) физиотерапевтическое лечение; г) оперативное лечение; д) сидячие ванны.
30. Симптомами анальной трещины являются все, кроме: а) жгучая боль при дефекации; б) повышенный тонус анального сфинктера; в) наличие крови на поверхности кала в виде полоски; г) выделение крови и слизи в начале акта дефекации; д) стул обильный.

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ, РАЗБИРАЕМЫХ НА ЗАНЯТИИ

1. Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течении 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. При исследовании брюшной полости патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-

либо образований не обнаружено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3, 7 и 11 часах выявлены геморроидальные узлы, спадающиеся, с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 107 г/л. Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы? В чем состоит лечебная тактика?

2. Больной 42 лет поступил с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе и акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Ранее периодически отмечал небольшие кровотечения алой кровью из прямой кишки. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 92 уд в мин, температура тела нормальная. Кожные покровы анальной области гиперемированы, по всей окружности анального отверстия выступают крупные, размером до 3-2 см геморроидальные узлы, багрово-синюшного цвета. Узлы напряжены, плотные на ощупь, резко болезненны. Каков диагноз заболевания? Нуждается ли больной в дополнительных исследованиях для уточнения диагноза? В чем состоит лечебная тактика?

3. Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода после акта дефекации. В последние годы стал отмечать выпадение геморроидальных узлов при небольшом натуживании, кашле и чихании, практически постоянно испытывает зуд. В проведении каких исследований нуждается больной в целях постановки диагноза? В чем состоит лечебная тактика?

4. У больного 66 лет, перенесшего три месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит. Гемоглобин крови 76 г/л. Какова тактика хирурга?

5. У больного 39 лет, страдающего запорами, в течении последнего месяца стали появляться сильные боли после дефекации, кожный зуд в анальной области. При осмотре анальной области патологии не обнаружено. При аноскопии и ректоскопии, произвести которые удалось только после перианальной новокаиновой блокады, на задней стенке анального канала выявлена поверхностная рана 1,0-0,8 см, покрытая пленкой фибрина. Поставьте диагноз. какое лечение будете рекомендовать больному?

6. Больной 49 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области заднего прохода, возникающие во время акта дефекации и продолжающиеся длительное время после него завершения, выделения слизисто-гнойного характера из прямой кишки, периодически появляющуюся примесь крови в кале, чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации. Указанные жалобы беспокоят в течении последних 4 месяцев. Какое заболевание следует заподозрить? Какими исследованиями можно уточнить диагноз?

7. У больного с геморроем появились пульсирующие боли в области заднего прохода, высокая температура, отек и гиперемия промежности и внутренних ягодичных областей. Каковы Ваш диагноз и тактика?

8. Больной поступил с явлениями кровоточащего геморроя. В анамнезе была желтуха. Объективно отмечается асцит. Каковы Ваши диагноз и тактика лечения?

9. При осмотре у больного определяются 12 геморроидальных узлов. Ваша оперативная тактика?

10. Больной 53 лет около 20 лет страдает геморроем с практически постоянными необильными геморроидальными кровотечениями. В течении последнего года трижды был тромбоз геморроидальных узлов. От предложенной операции отказался. В связи с нарастающей слабостью и снижением работоспособности обратился к хирургу. Общее состояние относительно удовлетворительное. Бледен. Гемоглобин - 68 г/л. Ваш диагноз? Лечение?

VII. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И УИРС.

Цель работы:

- углубление основных теоретических знаний по данной теме;
- практическая отработка полученных знаний, совершенствование мануальных умений и навыков по диагностике заболеваний прямой кишки;
- индивидуальные упражнения в использовании приемов и навыков дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения больных с заболеваниями прямой кишки.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного кровоточащим с геморроем и хронической постгеморрагической анемией. Для этого:
 - обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;
 - ответьте на вопрос, достаточно ли полно и в какие сроки произведено обследование больного, обоснуйте свой ответ;
 - обратите внимание на показания и сроки выполнения операции;
 - ответьте на вопрос, достаточно ли полно проводилась предоперационная подготовка и в каком объеме.
2. Составьте план обследования и определите лечебную тактику вновь поступившего больного с тромбозом геморроидальных узлов. Для этого:
 - обратите внимание на диагноз при поступлении, обоснуйте его, определите тяжесть состояния на момент госпитализации;
 - составьте план обследования с обоснованием каждого назначения;
 - определите тактику лечения больного, при необходимости оперативного лечения укажите объем предоперационной подготовки, сроков и способа операции;
 - составьте план послеоперационного лечения с указанием режима, диеты и медикаментозного лечения.
3. Проведите анализ истории болезни стационарного больного (учебной истории болезни) переведенного из кардиологического в хирургическое отделение с кровотечением из геморроидальных узлов. Для этого:
 - проанализируйте правильность предварительного и окончательного клинического диагноза;
 - обоснуйте причину перевода;
 - оцените объем предложенного обследования и внесите свои предложения; - оцените лечебную тактику и внесите свои предложения;
4. Осмотрите 2-х больных с одинаковым диагнозом хронической геморрой. Выделите особенности течения заболевания и лечения больного в зависимости от стадии заболевания и осложнений.
5. Проведите анализ истории болезни больного с анальной трещиной. Укажите возможную причину заболевания и способы консервативного лечения.
6. Составьте алгоритм обследования больного с кровотечениями из прямой кишки.
7. Работа в перевязочной, присутствие и ассистирование на операции.
8. Участие в дежурствах клиники по экстренной хирургии, осмотр больных в приемном отделении, поступающих с кровотечениями из прямой кишки, осложнениями геморроя.
9. Подготовьте реферативные сообщения на темы:
 - "Ректоцеле";
 - "Дифференциальная диагностика кровотечений из прямой кишки";
 - "Анальный зуд".

10. Решение ситуационных задач.

VIII. ЛИТЕРАТУРА К ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

ОСНОВНАЯ.

1. Хирургические болезни. Учебник по ред. Кузина М.И. Изд. второе. М., 1995.
2. Клиническая хирургия. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. Минск, "Вышэйшая школа", 1998.
3. Лекционный материал.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ.

1. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., 1984.
2. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. Федорова В.Д., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. М.: ГНЦ проктологии, 1994.
3. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход. - М.: Медицина, 1988.
4. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1984.