



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-
стерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Заболевания прямой кишки.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

 С.С. Маскин

“ 02 ” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

Продолжительность занятия: 3,5 часа, из них 1 час самостоятельной работы.

Цель занятия: Ознакомить студентов с разделом медицины колопроктология. Научить студентов правильно диагностировать колопроктологические заболевания, правильно и полно собирать жалобы пациентов, анамнез заболевания, назначать соответствующее обязательное, дополнительное и специальное обследования пациентам с колопроктологическими заболеваниями. Ознакомить студентов с современными подходами к консервативному и оперативному лечению, техникой хирургического лечения, мерами профилактики у данной группы пациентов.

Задачи:

- 1) Повторить со студентами анатомию и физиологию толстой кишки и анального канала. Разобрать со студентами методы обследования толстой кишки, анального канала и промежности, принципы подготовки толстой кишки к обследованию и операциям.
- 2) Научить студентов грамотному сбору анамнестических сведений для оценки длительности течения заболевания, общего состояния, тяжести заболевания, выявления сопутствующей патологии.
- 3) Добиться усвоения студентом правильной техники проведения осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, пальцевого ректального исследования, ректороманоскопии колопроктологических больных.
- 4) Научить студентов составлению адекватного плана обследования и лечения колопроктологических больных.
- 5) Научить студентов правильной дифференциальной диагностике колопроктологических заболеваний.
- 6) Научить студентов правильно выявлять показания к консервативному и хирургическому видам лечения, учитывая длительность заболевания, тяжесть течения заболевания, тяжесть общего состояния, возраст, пол, наличие сопутствующей патологии и данных обязательного, дополнительного и специального видов обследования.
- 7) Научить студентов назначать адекватный объем консервативной терапии. Научить студентов правильно выбирать метод хирургического лечения, объем операции и срочность выполнения.
- 8) Научить студентов правильному ведению послеоперационного периода колопроктологических больных, правильно оценивать показания к диспансерному учету.

МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ

ПАРАПРОКТИТЫ

Парапроктит - воспаление клетчатки, окружающей прямую кишку и заднепроходное отверстие, является одним из основных заболеваний в проктологии. При профилактических осмотрах населения на 1000 практически здоровых людей выявляют 5 больных с парапроктитом (0,5%).

Мужчины болеют парапроктитом чаще, чем женщины, соотношение - 7:3.

Этиология и патогенез. В настоящее время большинство авторов считают, что наиболее вероятно инфекция проникает в параректальную клетчатку через протоки анальных желез. В каждую анальную крипту морганиеву открывается 6-8 анальных желез. Ходы анальных желез, располагаясь под слизистой оболочкой прямой кишки, проходят через внутренний сфинктер, впадая в клетчаточные пространства. Поэтому входные ворота инфекции располагаются всегда в одной из морганиевых крипт, а развитие абсцесса может наблюдаться в различных участках области анального отверстия и ягодиц.

Причины, предрасполагающие к возникновению острого парапроктита:

микротравмы слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки и анального канала - эти травмы связаны с прохождением твердых каловых масс при запорах, повреждении слизистой мелкими инородными телами (рыбьи косточки, отломки костей и т. д.), с поносами;

травмы прямой кишки и заднего прохода - бытовые травмы, огнестрельные ранения, повреждения при медицинских манипуляциях;
как осложнение проктологических операций - ошибки в технике операции и нарушение правил асептики;
различные проктологические заболевания, в первую очередь геморрой.

Классификация парапроктитов (НИИ проктологии, 1984).

I. По характеру инфекции:

- Неспецифический (98-99%), чаще всего вызываемый стафилококками в сочетании с кишечной палочкой.

- Специфический (1-2%). 1) туберкулезный, 2) сифилитический, 3) актиномикотический.

II По активности воспалительного процесса.

острый,

рецидивирующий,

хронический (свищи прямой кишки)

III По локализации гнойников, инфильтратов.

подслизистый,

подкожный,

седалищно-прямокишечный,

тазово-прямокишечный,

позадипрямокишечный.

IV. По расположению внутреннего отверстия свища

передний,

задний,

боковой

V. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера.

интрасфинктерный (подкожно-подслизистый),

транссфинктерный,

- экстрасфинктерный (I-IV степени сложности).

VI По степени сложности.

1-я - фистула без рубцового процесса и воспалительных изменений вокруг,

2-я - выраженные рубцы вокруг фистулы, но без воспалительных изменений,

3-я - свищи без рубцового процесса, но с наличием гнойно-воспалительных изменений в параректальной клетчатке,

4-я - свищ с внутренним отверстием, окруженным рубцовыми тканями и воспалительными инфильтратами или гнойными затеками в клетчаточных пространствах.

Клиника и диагностика. Клиническая картина острого парапроктита характеризуется признаками как общего (повышение температуры тела, недомогание, снижение аппетита и т.д.), так и местного характера (покраснение кожи или слизистой, повышение местной температуры, инфильтрация тканей, отек, боли, иногда иррадиирующие).

Заболевание, как правило, начинается остро. Вслед за коротким, не более 3 дней, продромальным периодом, выражающемся в недомогании, слабости, головной боли, появляются озноб, лихорадка нарастают боли в прямой кишке, промежности.

Это наиболее постоянные симптомы заболевания, степень выраженности которых может быть различной в зависимости от локализации процесса, вида бактерии, реактивности организма. Нередко вторичные признаки заболевания - задержка стула, тенезмы, дизурические расстройства могут затушевывать основные симптомы, в результате чего диагностика затруднена. Однако в большинстве случаев местные симптомы парапроктита проявляются с самого начала, и распознавание его не представляет больших трудностей/

В зависимости от активности воспалительного процесса и первичной локализации гнояника этот период заболевания может продолжаться 2-10 дней. Затем, если не проводят адекватного лечения, воспаление распространяется на соседние клетчаточные пространства таза, происходит опорожнение гнояника в прямую кишку или гной прорывается наружу,

чаще всего на кожу промежности.

После вскрытия гнойника может отмечаться три исхода заболевания:

формирование свища прямой кишки,
развитие рецидивирующего парапроктита,
выздоровление.

Сбор анамнеза, осмотр области промежности и крестцово-копчиковой области, пальцевое исследование прямой кишки позволяют достоверно поставить правильный диагноз.

Инструментальное исследование при остром парапроктите не производят.

Лечение острого парапроктита хирургическое. Основные принципы операции при остром парапроктите

вскрытие и дренирование гнойника,
ликвидация его внутреннего отверстия, через который полость
гнойника сообщается с прямой кишкой.

Применяется два типа разрезов: радиальные и полулунные. Радиальные разрезы рекомендуются при подкожных и подслизистых формах острого парапроктита. Полулунный разрез выполняют при седалишно-прямокишечных (ишеоректальных) парапроктитах, тазово-прямокишечных (пельвиоректальных) и позадипрямокишечных (ретроректальных) парапроктитах.

В послеоперационном периоде производят ежедневные перевязки, разрешают подниматься с постели через несколько часов после вскрытия гнойника. На третий день назначают слабительные и, если нет стула, ставят клизму.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ

Этиология и патогенез. Хронический парапроктит является следствием острого парапроктита и характеризуется наличием внутреннего отверстия в кишке, свищевого хода с воспалительными и рубцовыми изменениями в стенке кишки и клетчаточных пространствах, а также наружного отверстия на коже промежности.

Клиника и диагностика. Общее состояние больного при хроническом течении парапроктита страдает мало. Длительное существование воспалительного очага в промежности ведет к появлению раздражительности, бессонницы, головной боли, возможно развитие неврастения, импотенции. Характер и количество отделяемого из свища зависят от активности воспалительного процесса, наличия разветвлений, гнойных полостей. Боли нехарактерны для хронического парапроктита. После вскрытия гнойника они, как правило, стихают и появляются вновь при обострении воспалительного процесса.

У 30-40% больных наблюдается хроническое течение заболевания, иногда годами не дающее обострения. У 60% больных - хронический рецидивирующий парапроктит, когда на фоне имеющегося свища возникает обострение заболевания, сопровождающееся усилением болей, повышением температуры тела, появлением гнойника по ходу свища, образованием новых свищевых разветвлений, а при прорыве их через кожу - новых наружных свищевых отверстий.

Самым грозным осложнением хронического парапроктита, но и самым редким является озлокачествление свищей прямой кишки - 0,3%.

Диагноз часто не представляет трудностей. Врач должен определить вид свища, отношение его к волокнам сфинктера заднего прохода, установить локализацию внутреннего отверстия свища, наличие гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах, степень разветвленности свищевого хода и развития рубцового процесса, выявить осложнения хронического парапроктита.

Диагностика основывается на опросе, осмотре, пальцевом исследовании, зондировании, фистулографии, ректороманоскопии, сфинктерометрии.

Лечение. Наличие свища прямой кишки, риск развития обострения являются показанием к операции, т. е. операция - единственный радикальный метод лечения больных со свищами прямой кишки. Консервативные мероприятия - регуляция акта дефекации, сидячие ванны, промывание свищевых ходов антисептиками, мазевые повязки, свечи, микроклизмы - это

все способствует стиханию воспалительного процесса и может привести к ремиссии, но радикального излечения этот метод не дает.

Применяемые в настоящее время методы оперативного лечения свищей прямой кишки могут быть объединены в три группы:

Иссечение свища (операция Габриэля):

- без ушивания дна раны при интрасфинктерных свищах;
- с частичным или полным ушиванием дна раны при чрессфинктерных свищах.

Пластический метод, направленный на перемещение слизистой оболочки прямой кишки с целью ликвидации внутреннего отверстия и разобщения свищевого хода с просветом кишки при экстрасфинктерных свищах 1-3-й степени сложности.

Наложение лигатуры при экстрасфинктерных свищах 4-й степени сложности.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Назовите ведущий фактор в патогенезе острого парапроктита.

Что лежит в основе клинической классификации острого и хронического парапроктита?

В чем особенности клиники подкожного, подслизистого, ишеоректального и пельвиоректального парапроктитов?

Каковы основные принципы лечения острого парапроктита?

Перечислите основные методы исследования для диагностики различных форм хронического парапроктита.

Перечислите необходимые мероприятия предоперационной подготовки по поводу хронического парапроктита.

Каковы особенности оперативных доступов при различных формах острого парапроктита?

Перечислите основные причины развития хронического парапроктита.

Что играет ведущую роль в выборе метода операции при хроническом парапроктите?

Назовите основные операции, используемые при свищевых формах парапроктита.

Перечислите заболевания, развитие которых сопровождается формированием специфических параректальных свищей.

Какова длительность стационарного лечения после операций по поводу хронического парапроктита?

Назовите основные осложнения ближайшего и отдаленного послеоперационного периодов при остром и хроническом парапроктите.

ГЕМОРРОИ

Геморрой - одно из самых распространенных заболеваний человека. Геморроем страдает более 1% взрослого населения.

Этиология и патогенез. В основе развития заболевания лежит нарушение оттока крови по венам от кавернозных телец, располагающихся в стенке прямой кишки.

Ранее существовали теории возникновения геморроя, которые в настоящее время потеряли самостоятельное значение, т. к. в них учитывался только механический фактор - запор, малоактивный образ жизни, характер трудовой деятельности (тяжелый физический труд), беременности, экзо- и эндогенные интоксикации (злоупотребление алкоголем, острой пищей и пр.). В настоящее время все вышеперечисленные факторы рассматриваются как провоцирующие

Объяснение развитию геморроя удалось найти лишь при изучении патологической анатомии геморроидальных узлов.

Геморроидальный узел представляет собой гиперпластическое изменение кавернозной ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тельца по улитковым артериям и затрудненным оттоком ее по отводящим венам. Улитковые артерии, расположенные в стенках кавернозных вен и трабекулах кавернозных лакун, впадают в кавернозные тельца, не распадаясь на капилляры. Наличие кавернозной ткани прямой кишки является нормальным состоянием. Она закладывается на 7-8-й неделе

эмбрионального развития в дистальном отделе прямой кишки в подслизистом слое на уровне столбов Моргани и под кожей в области заднепроходного отверстия. В 2/3 случаев кавернозные тельца образуют группы, локализующиеся на 3, 7, 11 часах (в положении тела на спине), соответственно расположению сосудов. В 1/3 случаев они располагаются диффузно, не образуя групп. Зрелая кавернозная ткань представлена сообщающимися между собой лакунами и отдельными сосудами венозного типа со складчатыми стенками, что позволяет ей легко менять объем.

Наружные геморроидальные узлы образуются из венозно-артериального сплетения нижних геморроидальных сосудов, равномерно распределяющихся под перианальной кожей вокруг заднего прохода. В связи с этим отсутствуют четкая локализация наружных геморроидальных узлов. Между внутренними и наружными узлами находится фиброзная перемычка, разделяющая их.

Клиника и диагностика. Предвестниками геморроя являются неприятные ощущения в области заднего прохода, зуд, некоторые затруднения при дефекации. Затем появляются кровотечения во время дефекации различной степени интенсивности. Следующим этапом является выпадение внутренних геморроидальных узлов.

Выделяют три степени выпадения:

1-я - узлы пролабируют из заднего прохода во время дефекации и самостоятельно вправляются;

2-я - пролабирующие узлы после дефекации больному необходимо вправлять;

3-я - узлы выпадают при малейшей физической нагрузке.

Острый геморрой (тромбоз геморроидальных узлов, геморроидальный тромбоз) сопровождается болями в области заднего прохода. Возникает отек ткани, а затем и воспалительная их инфильтрация, что создает впечатление ущемления геморроидальных узлов. В ряде случаев острое воспаление геморроидальных узлов сопровождается отеком перианальной ткани и некрозом узлов. При этом поражаются внутренние узлы, тогда как наружные вовлекаются в процесс вторично. Однако иногда имеется изолированное воспаление наружных геморроидальных узлов, причем в одном из них может определяться тромбообразование округлой формы, почти безболезненное, которое сохраняется на протяжении нескольких месяцев.

Различают три степени тяжести острого геморроя:

1-я - наружные геморроидальные узлы небольшой величины, тугоэластической консистенции, располагаются ниже зубчатой линии. При пальпации они болезненны. Перианальная кожа гиперемирована. Типичные жалобы - жжение и зуд, усиливающиеся при дефекации.

2-я - наблюдается более выраженный отек перианальной области, гиперемия. Пальпация и пальцевое исследование прямой кишки болезненны, жалобы на сильные боли в области заднего прохода, особенно при ходьбе и в положении сидя

3-я - вся окружность заднего прохода занята «воспалительной опухолью». Пальпация ее резко болезненна, пальцевое исследование по этой причине невозможно. В области заднего прохода видны багровые или синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, выпавшие из заднепроходного канала. При отсутствии своевременного лечения может наступить некроз узлов. Слизистая оболочка изъязвляется, появляются участки черного цвета с налетом фибрина. В запущенных случаях может развиваться пара-проктит.

Геморрой, осложненный угрожающим кровотечением. Геморрой с выраженными упорными кровотечениями встречается у 34% больных. Большинство больных с выраженными кровотечениями находится в возрасте от 30 до 50 лет, с давностью анамнеза от 1 до 5 лет, мужчин в 3 раза больше, чем женщин.

При этой форме заболевания кровотечения, бывшие ранее непостоянными, скудными (отдельные брызги, тоненькая струйка), становятся частыми, упорными. Появляются после умеренной физической нагрузки, алкогольного эксцесса, небольших погрешностей в питании или вовсе без причины.

Кровотечение может вызывать резкую анемию, требующую экстренной помощи.

Хронический геморрой. Хронический геморрой характеризуется типичным симптомо-комплексом геморроидальной болезни вне периода обострения и осложнения угрожающим кровотечением: наличием расширенных геморроидальных узлов; неприятными ощущениями при дефекации и вне ее, различными по характеру и интенсивности; анальным зудом; нерегулярным и необильным (брызги, струйка) выделением во время дефекации или после нее алой крови, различной степени выраженности воспалительными изменениями как самих геморроидальных сплетений, так и слизистой анального канала (криптит, сфинктерит) Периоды ремиссии могут быть различной продолжительности - до нескольких лет. Обострения наступают при запорах, нарушении диеты, физической нагрузке, беременности и родах и т. д. Обострения часты в осенний и весенний периоды.

В большинстве случаев диагноз геморроя в различных его клинических формах не представляет особого труда.

Основными диагностическими методами являются осмотр, ано-скопия и ректороманоскопия (РРС). При тромбозе геморроидальных узлов РРС выполняют после ликвидации острых явлений.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить со следующими заболеваниями: 1) анальная трещина, 2) полип анального канала, 3) парапроктит; 4) ворсинчатая опухоль, 5) рак прямой кишки; 6) НЯК.

Вторичный геморрой. Необходимо помнить о возможности развития вторичного геморроя при циррозе печени, некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы и опухолях, нарушающих венозный отток. Клинически вторичный геморрой может сопровождаться расширением вен прямой кишки, таза, передней брюшной стенки, нижних конечностей.

Лечение. В начальных стадиях необходим комплекс профилактических и гигиенических мероприятий:

Регуляция акта дефекации, профилактика запоров.

Диета, содержащая послабляющие продукты, овощи, фрукты, с исключением алкоголя, острых приправ и маринадов.

Гигиена заднего прохода - подмывание после стула.

Консервативное лечение острого геморроя.

Очищение кишечника с помощью клизм.

Послабляющие средства при запорах (сернокислая магнезия, касторовое масло, препараты сенны и др.).

Ректальные свечи с новокаином, анестезином, красавкой, новокаином с гепарином и другие 2-3 раза в день.

Теплые сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия 2-3 раза в день.

Микроклизмы с вазелиновым, облепиховым маслом, маслом шиповника, мазью Вишневского.

Примочки с мазью Вишневского, раствором фурацилина, с гепарином.

При сильных болях - ненаркотические анальгетики: анальгин, амидопирин.

Для улучшения механизмов гемоциркуляции - аспирин - (0,5 г х 3 раза в день).

ФТЛ - токи Дарсонваля ректально, УВЧ, микроволновая терапия.

Лечение геморроя, осложненного профузным кровотечением, анемией:

Общая гемостатическая и заместительная терапия – хлористый кальций, желатин, аминокaproновая кислота, к.рoвь и ее компоненты, переливание солевых и белковых растворов.

Местная терапия - кровоостанавливающие свечи с тромбином, тампоны с гемостатической губкой, турунды с аминокaproновой кислотой, турунды с раствором адреналина.

Склерозирующая терапия, которая выполняется при геморрое, осложненном только кровотечениями без выпадения геморроидальных узлов.

Составы склерозирующих растворов:

раствор новокаина с этиловым спиртом;

раствор новокаина с карболовой кислотой и растительным маслом и др.

Склерозирующий раствор вводят под слизистую внутренних геморроидальных узлов в проекции 3, 7, 11 часов в количестве 2-3 мл, в верхушку узла. Повторные инъекции - через 1-2 недели. Курс - 1-2 процедуры.

Показания к оперативному лечению:

хронический геморрой с частыми выпадениями узлов, тромбозами, кровотечениями; острый геморрой при неэффективности консервативной терапии в течении 3-4 недель.

Операции. Общепринятой в настоящее время является операция иссечения геморроидальных узлов по Миллигану-Моргану в модификации НИИ проктологии. Основные этапы операции:

растяжение сфинктера заднего прохода;

лигирование (перевязка) сосудистых ножек геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах, иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах;

ушивание трех раневых поверхностей.

Трудоспособность больных после геморроидэктомии по поводу неосложненного геморроя восстанавливается через 1-1,5 месяцев.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Что такое геморрой?

Перечислите теории возникновения геморроя.

Перечислите факторы, провоцирующие и способствующие развитию геморроя.

Что является субстратом геморроидального узла?

Перечислите основные жалобы при геморрое.

Назовите основные методы обследования больных с осложненным и неосложненным геморроем.

Перечислите клинические формы геморроя, расскажите об особенностях их клиники.

Перечислите основные заболевания, с которыми необходимо дифференцировать осложненный и неосложненный геморрой.

Перечислите показания к консервативному и оперативному лечению.

Перечислите основные этапы операции Миллигана-Моргана.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Удельный вес рака прямой кишки в общей структуре злокачественных опухолей составляет от 2 до 10%. Заболевание поражает преимущественно лиц пожилого возраста (старше 60 лет), которые составляют до 65% от общего числа больных.

Этиология и патогенез. Частота рака прямой кишки постоянно увеличивается. Наиболее выраженный рост заболеваемости отмечается в странах, которые до недавнего времени составляли регион минимального распространения рака указанной локализации (Сингапур, Новая Зеландия, Япония). У нас в стране также наблюдается отчетливый рост заболеваемости раком прямой кишки. Среднегодовой прирост заболеваемости составляет около 7%, значительно опережая процесс старения населения.

Установление взаимосвязей уровней заболеваемости раком прямой кишки с влиянием внешней среды позволило выявить роль питания. В питании населения стран с высоким уровнем заболеваемости раком прямой кишки преобладают рафинированные продукты с большим содержанием животных белков и жиров. Кроме того, значимым фактором в возникновении рака прямой кишки является пораженность населения полипами, индекс малигнизации для полипов предположительно колеблется от 1:35 до 2:3.

Рак нижнеампулярного отдела встречается в 26,1% случаев, среднеампулярного - в 49,1, верхнеампулярного - в 24,8%.

Выделение опухолей трех указанных локализаций имеет определенное значение, т. к. установлено их различное клиническое течение.

Для рака прямой кишки основными формами роста являются: экзофитная и эндофитная с выделением в каждой группе типичных разновидностей. Выделяется самостоятельная группа блюдцеобразного рака, сочетающая в себе элементы экзо- и эндофитной опухоли.

Согласно Международной гистологической классификации опухолей толстой кишки различают следующие виды злокачественных эпителиальных опухолей прямой кишки: аденокарцинома - 80 %, слизистая аденокарцинома - 12,0, перстневидно-клеточный рак - 4,4, плоскоклеточный рак - 2,13. железисто-плоскоклеточный рак - 0,07, недифференцированный рак - 1,0%.

Рак прямой кишки имеет различные пути метастазирования:

- Лимфогенное метастазирование.

Частота метастазирования рака прямой кишки в регионарные лимфатические узлы составила 32%.

- Гематогенное метастазирование.

Частота поражения печени составила 13,4%. Метастазы в мозге - 9,3%, в легких - 5, в костях - 3,3%.

- Имплантационные метастазы.

Примером такого метастазирования является канцероматоз брюшины.

Классификация рака прямой кишки (TNM):

T-опухоль, N-регионарные лимфатические узлы, M-отдаленные метастазы.

T-первичная опухоль имеет 4 градации:

T₁ - опухоль занимает 1/3 или менее окружности одного анатомического отдела кишки и не инфильтрирует мышечный слой;

T₂ - опухоль занимает более 1/3, но менее 1/2 окружности одного анатомического отдела кишки, инфильтрирует мышечный слой, но не вызывает ограничение смещаемости прямой кишки;

T₃ - опухоль занимает более 1/2 окружности одного анатомического отдела кишки или ограничивает смещаемость ее, но не инфильтрирует окружающие структуры;

T₄ - опухоль инфильтрирует структуры, окружающие прямую кишку.

При раке прямой кишки регионарные лимфатические узлы (N), как правило, недоступны для исследования и выявляются лишь после гистологического изучения удаленного препарата. В этих ситуациях употребляется категория N, которую при отсутствии метастазов обозначают как X-, а при их наличии - X+. Наличие отдаленных метастазов при этой системе обозначают как M₁, а их отсутствие - M₀.

Клиника и диагностика рака прямой кишки зависят от стадии заболевания, характера роста опухоли и уровня ее расположения.

В начальных стадиях заболевания независимо от вышеперечисленных факторов симптомы бывают выражены очень слабо. Злокачественные опухоли прямой кишки характеризуются медленным ростом и постепенным развитием симптомов.

Выделяют от 3 до 9 групп симптомов, характерных для данного заболевания. Наиболее характерные из них - патологические выделения из прямой кишки, расстройства функции кишечника, нарушение проходимости, болевые ощущения и нарушение общего состояния.

Самым частым и постоянным симптомом рака прямой кишки является кровотечение (чаще в виде примеси алой крови в кале или темных сгустков). Как правило, профузных кровотечений не бывает. Выделения крови связаны с изъязвлением опухоли и травматизацией ее каловыми массами.

В более поздних стадиях появляется выделение слизи и гноя. Это обусловлено наличием сопутствующих воспалительных процессов: рек-тит, проктосигмоидит, распад опухоли с перифокальным воспалением.

Различные виды расстройств функции кишечника: изменение ритма дефекации, формы кала, понос, запор и т. д., менее специфичны, чем ректальные кровотечения, но должны настораживать врача.

У некоторых больных в начальных стадиях заболевания наблюдается чередование поноса и запора. По мере роста опухоли запор становится преобладающим симптомом заболевания.

Наиболее тягостны для больных частые ложные позывы на дефекацию (от 3-5 до 15-20 раз

в сутки).

Характерно изменение формы кала (лентовидный, «овечий»), уменьшение его количества. По мере того как запор становится более упорным, у больных появляется и нарастает клиника кишечной непроходимости. Вздутие живота, урчание носят первоначально перемежающийся характер, после приема слабительных и клизм отходят кал и газы. В дальнейшем эти симптомы становятся постоянными.

Болевые ощущения у больных раком прямой кишки появляются при местном распространении процесса, особенно при переходе его на окружающие органы и ткани. Лишь при раке заднепроходного канала боли являются первым симптомом заболевания в ранней стадии.

Последнюю группу симптомов составляют нарушение общего состояния больных: анемия (у 40-50% больных), уменьшение массы тела, землистый цвет и сухость кожи, бледность, иктеричность.

Нарушения общего состояния больных раком прямой кишки возникают лишь при распространенном опухолевом процессе, в начальных же стадиях заболевания оно существенно не меняется. Это является одной из причин позднего обращения больных к врачу.

Следовательно, ранняя диагностика рака прямой кишки должна основываться на микросимптомах. Противораковая пропаганда, профилактические осмотры - путь к раннему выявлению заболевания.

Выраженность указанных симптомов зависит от локализации опухоли в прямой кишке и распространенности процесса.

Рак заднепроходного канала. Ранним симптомом рака заднепроходного канала являются боли. Опухоль растет эндофитно, рано изъязвляется, поэтому вторым частым симптомом является выделение крови при дефекации. Часто опухоль осложняется перифокальным воспалением, появляются слизисто-гнойные выделения. Инфекция проникает в параректальную клетчатку, в результате чего у больных образуются свищи. Рак заднепроходного канала рано метастазирует в паховые лимфатические узлы, что проявляется их увеличением.

Рак нижеампулярного отдела прямой кишки на ранних этапах протекает с менее выраженной симптоматикой. Наиболее характерными симптомами являются выделение крови и слизи из заднего прохода при дефекации, ощущение инородного тела в прямой кишке. Далее опухоль может распространяться в ретроректальное пространство, в предстательную железу и мочеиспускательный канал у мужчин, во влагалище у женщин. В этих случаях больные испытывают боли в области заднего прохода, крестца, копчика. Возможны затруднения при мочеиспускании или образования прямокишечно-уретральных свищей.

При раке средне- и вышеампулярного отделов прямой кишки наиболее частым симптомом являются патологические выделения из прямой кишки. В начальных стадиях наблюдается перемежающийся стул: чередование запора и поноса. Боли возникают на более поздних стадиях, иррадиируют в наружные половые органы, задний проход, нижние конечности. Тенезмы присоединяются по мере роста и распада опухоли. Постепенно развивается хроническая кишечная непроходимость - упорные запоры, вздутие живота, схваткообразные боли в животе.

В опухолевый процесс по мере его прогрессирования вовлекаются мочевой пузырь, матка, задняя стенка влагалища, мочеточники, что ведет к восходящей мочевой инфекции, гидронефрозу, азотемии, анурии, образованию влагалищно-прямокишечных, пузырно-прямокишечных свищей.

Осложнения:

- Обтурационная кишечная непроходимость (схваткообразные боли, иногда рвота, задержка стула и газов). Клиническая картина развивается медленно.

- Перфорация стенки кишки выше опухоли. Если прободение происходит в тазовой части кишки (крайне редко), то у больного развивается флегмона таза. При перфорации в брюшную полость - клиника калового перитонита.

Диагностика основывается:

на общем осмотре больного;
осмотре области заднего прохода;
пальцевом исследовании прямой кишки (у 70% больных опухоль располагается на расстоянии 9-10 см от края заднего прохода и, следовательно, без особого труда может быть обнаружена при
пальцевом исследовании);
влагалищном исследовании;
ректороманоскопии;
фиброколоноскопии;
биопсии и цитологическом исследовании опухоли;
ультразвуковом исследовании (печени и т. д.);
лапароскопии (не имеет самостоятельного значения, применяют при наличии клинических или инструментальных признаков метастазирования в печень);
10) рентгенологических исследованиях: а) ирригография; б) фистулография; в) урография, цистография, уретрография; г) рентгенография грудной клетки; д) лимфография и тазовая ангиография.

Дифференциальный диагноз рака прямой кишки необходимо проводить со следующими заболеваниями: 1) неспецифический язвенный колит и болезнь Крона; 2) опухоли половых органов, прорастающих в прямую кишку; 3) рак желудка с метастазами Шницлера при обсеменении брюшины у больных раком желудка; 4) доброкачественные опухоли прямой кишки; 5) заболевания, сопровождающиеся кровотечениями, запорами, болями в прямой кишке: дивертикулез ободочной кишки, мегаколон, геморрой, трещина заднего прохода, свищи прямой кишки.

Лечение. Рак прямой кишки является абсолютным показанием к оперативному лечению. При выборе метода операции учитывают локализацию опухоли, распространенность процесса (по системе TNM), возраст, конституцию больного, сопутствующую патологию. Все операции разделяют на радикальные, паллиативные и экономные.

Радикальные операции, выполняемые при раке прямой кишки, делят на две большие группы - с сохранением замыкательного аппарата прямой кишки и с его удалением.

При расположении опухоли в дистальной части прямой кишки, т. е. на расстоянии не более 6 см от края заднего прохода, выполняют экстирпацию прямой кишки (с удалением замыкательного аппарата прямой кишки) с формированием колостомы.

При локализации опухоли выше уровня 6 см могут быть выполнены сфинктер сохраняющие операции (с сохранением замыкательного аппарата): брюшно-анальная резекция прямой кишки.

- а) с низведением сигмовидной кишки в заднепроходной канал или
- б) с колостомой.

При раке верхнеампулярного отдела прямой кишки выполняется передняя (чрезбрюшинная) резекция прямой кишки (с наложением анастомоза и перемещением его под тазовую брюшину).

При опухолях верхнеампулярного и ректосигмоидных отделов прямой кишки проводится операция Гартмана - резекция прямой кишки без наложения анастомоза, выведение одноствольной колостомы и ушивание культи прямой кишки. Фактически эту операцию выполняют вместо передней резекции прямой кишки при наличии противопоказаний к ней: возраст старше 65-70 лет, тяжелые сопутствующие заболевания и др.

Кроме перечисленных выше операций могут выполняться расширенные, комбинированные и сочетанные операции.

Под расширенными понимают такие операции, когда необходимо расширить границы операции за счет включения в препарат регионарных зон второго и третьего метастазирования (брюшно-анальная резекция прямой кишки с аортоподвздошно-тазовой лимфаденэктомией).

К комбинированным относят операции, когда кроме прямой кишки, пораженной раком,

удаляют или резецируют орган, вовлеченный в опухолевый процесс (сальник, печень и др.). К сочетанным операциям относят те операции, когда кроме прямой кишки удаляют другие органы, пораженные сопутствующей патологией (калькулезный холецистит, острый и хронический аппендицит, фибромиома матки и др.).

Паллиативные операции. Эти операции выполняют больным с запущенными злокачественными заболеваниями прямой кишки:

местно-распространенным процессом без отдаленных метастазов;
первичной опухолью любых размеров с отдаленными метастазами;
генерализацией процесса.

Выделяют два вида паллиативных операций;

операции, при которых удаляют первичную опухоль (т. е. опухоль резектабельна, но отдаленные метастазы в печени или легком

и т. д. оставляют), - паллиативные экстирпации и резекции;

отключение кишки, несущей опухоль, методом наложения

колостомы (местное распространение процесса на стенки таза, множественные метастазы у больных старческого возраста с сопутствующей патологией).

Экономные операции заключаются в иссечении опухоли в пределах здоровых тканей. Выполняются при двух условиях, а) опухоль локализуется в слизистой оболочке и подслизистом слое; б) у пожилых ослабленных больных с выраженной сопутствующей патологией.

Выделяют 2 вида операции: 1) трансанальное иссечение опухоли; 2) электрокоагуляция опухоли через ректоскоп.

Комбинированное лечение:

- Лучевая терапия - предоперационная лучевая терапия интенсивно-концентрационным методом удовлетворительно переносится больными, не осложняет операции, не ухудшает ближайшие результаты, уменьшает в 2 раза частоту возникновения рецидивов в полости таза.

Однако, несмотря на снижение числа рецидивов, 5-летняя выживаемость достоверно не изменяется.

- Химиотерапия. До настоящего времени нет достаточно эффективного химиопрепарата для лечения рака прямой кишки.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Какова распространенность рака прямой кишки?

Перечислите основные локализации рака прямой кишки и их частоту.

Назовите основные макроскопические формы роста рака.

Перечислите основные гистологические формы рака прямой кишки.

Назовите основные пути метастазирования рака прямой кишки.

Классификация рака прямой кишки.

Перечислите ведущие клинические симптомы рака прямой кишки.

Перечислите особенности клинического течения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки, рака заднепроходного канала, средне- и верхнеампулярного рака.

Перечислите основные осложнения рака прямой кишки.

Перечислите основные методы диагностики рака прямой кишки.

Перечислите основные заболевания, с которыми необходимо дифференцировать рак прямой кишки.

Назовите ведущий метод лечения рака прямой кишки.

Перечислите радикальные и паллиативные операции при раке прямой кишки.

Назовите операции, выполняемые при нижнеампулярном раке, средне- и верхнеампулярном, раке ректосигмоидного отдела ободочной кишки.

Что такое экономные операции?

Какие операции называются комбинированными, расширенными и сочетанными?

В результате проведенного занятия

Студент должен знать:

- определение понятия «колопроктология»;
- анатомию и физиологию толстой кишки;
- методы обследования толстой кишки, анального канала и промежности;
- принципы подготовки толстой кишки к обследованию и операциям;
- определение неопухолевых заболеваний (дивертикулярная болезнь толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, парапроктит, геморрой), этиологию, патогенез, современные классификации, клиническую картину, дифференциальный диагноз, показания к консервативному и хирургическому лечению, виды и техника хирургического лечения, ведение послеоперационного периода, меры профилактики, показания к диспансерному учету.
- определение опухолевых заболеваний (рак толстой кишки), этиологию, патогенез, современные классификации, клиническую картину, дифференциальный диагноз, показания к консервативному и хирургическому лечению, виды и техника хирургического лечения, ведение послеоперационного периода, меры профилактики, показания к диспансерному учету.

Студент должен уметь:

- правильно собрать анамнез жизни и заболевания, жалобы;
- правильно выполнять объективное исследование, пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопию;
- назначать соответствующее обследование, тактику лечения, показания к различным видам и объему лечения, меры профилактики, правильно определять показания к диспансерному учету.

Методика проведения практического занятия:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

Основные вопросы темы:

1. Анатомия и физиология толстой кишки.
2. Методы обследования толстой кишки, анального канала и промежности. Принципы подготовки толстой кишки к обследованию и операциям.
3. Неспецифический язвенный колит. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, методы лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
4. Болезнь Крона. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
5. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз,

- виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
6. Парапроктит. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
 7. Геморрой. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
 8. Рак слепой кишки, ободочной и прямой кишки, анального канала. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.

Методическое обеспечение: методическое пособие «Методические разработки по курсу частной хирургии», таблицы, набор Ro-грамм по разбираемой теме, патологоанатомические препараты, схемы операций, макеты, муляжи, слайды, видеофильмы, хирургические инструменты, ситуационные задачи.

Рекомендуемая литература:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / [Под редакцией М.И. Кузина](#) / Издательство: [Медицина](#) 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / [Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко](#) / Издательство: [ГЭОТАР-Медиа](#) 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) клиника, диагностика и лечение / Халиф И.Л., Лоранская И.Д. – М.: «Миклош». – 2004, 88 с.
2. Колопроктология (Учебное пособие) / Под ред. Е.И. Семионкина – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М. - 2004, 224с.
3. «Методические разработки по курсу частной хирургии» под ред. Г.И. Жидовинова. - Волгоград, 1999.-248 с.
4. Неотложная колопроктология / Под ред. В.К. Ан, В.Л. Ривкина - М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М. - 2003, 114 с.
5. Опухоли толстой кишки/ Н.А. Яицкий, В.М. Седов, С.В. Васильев-М.: МЕДпресс-информ, 2004.-376 с.
6. Основы колопроктологии / Под ред. Академика РАМН, профессора Воробьева Г.И. - Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 2001.- 416 с.: ил.
7. Рак прямой кишки / Под ред. Академика АМН СССР, профессора В.Д. Федорова – М.: Медицина. – 1987, 320 с., ил.