

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ  
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ**

**«Заболевания прямой кишки.**

Хирургическая анатомия и физиология прямой кишки.

Хирургические болезни прямой кишки, методы исследования.

Виды оперативных вмешательств. **Трещина прямой кишки.**

Этиология, клиника, диагностика и лечение. **Выпадения прямой кишки.** Этиология, клиника, диагностика и лечение»

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ  
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*

Андижан - 2005 г.

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
*Заведующий кафедрой хирургических  
 болезней 6-7 курса и урологии,  
 проф: \_\_\_\_\_ Нишанов Ф.Н.*

**РЕГЛАМЕНТ**  
 учебного времени кафедры  
 хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	<b>Продолжи- тельность, мин</b>	<b>Время</b>
1. Переключка.	5	8 <sup>00</sup> - 8 <sup>05</sup>
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 <sup>05</sup> - 10 <sup>35</sup>
3. Перерыв.	10	8 <sup>50</sup> - 9 <sup>00</sup>
	10	9 <sup>45</sup> - 9 <sup>55</sup>
	10	10 <sup>25</sup> - 10 <sup>35</sup>
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 <sup>35</sup> - 11 <sup>20</sup>
5. Обеденный перерыв.	40	11 <sup>20</sup> - 12 <sup>00</sup>
6. Семинарское занятие. Разбор теоретических вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>30</sup>
7. Перерыв	10	12 <sup>45</sup> - 12 <sup>55</sup>
	10	13 <sup>30</sup> - 13 <sup>40</sup>
8. Разбор практических навыков.	55	13 <sup>40</sup> - 14 <sup>35</sup>

**ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

**ОЦЕНКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяют преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	удовлетворительный т.е. выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления.
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления .
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

### **КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ**

(самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корригирует физикальное обследование больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

### **ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ**

Каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболеваний, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корригировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические

тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

### **РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

### **НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ**

Таблицы, схемы, слайды, цветные рисунки, компьютерные программы, научные статьи, рентгенограммы.

## **ТЕМА ЗАНЯТИЕ**

**«Заболевания прямой кишки. Хирургическая анатомия и физиология прямой кишки. Хирургические болезни прямой кишки, методы исследования. Виды оперативных вмешательств. Трещина прямой кишки. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Выпадения прямой кишки. Этиология, клиника, диагностика и лечение»**

### ***Цель занятия:***

1. Изучить хирургическую анатомию и физиологию прямой кишки.
2. Изучить этиологию, патогенез, клинику и диагностику больных с трещинами и выпадениями прямой кишки. Научиться правильной постановке диагноза согласно современной классификации. Уметь провести дифференциальный диагноз.
3. Знать основные принципы лечения больных с трещинами и выпадениями прямой кишки.
4. Установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

### ***Контрольные вопросы:***

1. Анатомия и физиология прямой кишки.
2. Этиология и патогенез трещин прямой кишки.
3. Клиника, дифференциальный диагноз трещин прямой кишки.
4. Лечение трещин прямой кишки.
5. Этиология и патогенез выпадения прямой кишки.
6. Клиника, дифференциальный диагноз выпадений прямой кишки.

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**Анатомия прямой кишки.** Заключительную функцию кишечника обеспечивают прямая кишка, кавернозные тельца прямой кишки, внутренний непроизвольный гладко-мышечный сфинктер заднего прохода, «управляемый» наружный сфинктер заднего прохода и чувствительная к раздражению и эластичная стенка заднепроходного канала.

Прямая кишка является конечной частью толстой кишки. Длина ее не превышает 15 см. Когда прямая кишка не наполнена, в ее слизистой оболочке имеются продольные складки, исчезающие при растяжении кишки. Три поперечные складки (складки Хаустона) частично окружают верхнюю часть прямой кишки. Наиболее крупной и постоянной является средняя складка. Она выступает из передней и правой стенки прямой кишки и содержит больше гладких мышечных волокон, чем две другие. Аноректальная область схематически изображена на рис. №1.

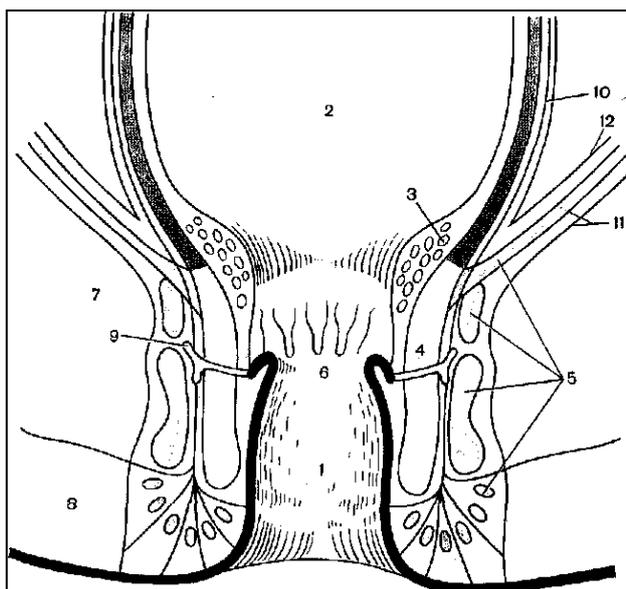


Рис. 1. Схематическое изображение аноректальной области.

(1 - заднепроходный канал; 2 - прямая кишка; 3 - кавернозная сосудистая ткань прямой кишки; 4 - внутренний сфинктер заднего прохода; 5 - наружный сфинктер заднего прохода; 6 - анальные железы (граница эктодермы); 7 - ишиоректальное пространство; 8 - подкожное перианальное пространство; 9 - рудиментарные железы прямой кишки; 10 - продольный мышечный слой прямой кишки; 11 - фасция таза; 12 - брюшина).

Просвет заднепроходного канала представляет собой щель. В верхней части заднепроходного канала на слизистой оболочке имеется от 6 до 12 продольных складок, известных под названием заднепроходных (анальных) столбов (морганиевы колонки).

Дистальная граница их расположена на уровне середины внутреннего сфинктера. Здесь соседние столбы соединяются складками слизистой оболочки. Немного ниже этих заслонок слизистая оболочка переходит в кожу заднего прохода.

**Мышечная оболочка.** Мышечная оболочка прямой кишки, так же как и предыдущих отделов кишечника, состоит из внутреннего кругового и наружного продольного слоев мышц. Круговой слой принимает участие в образовании поперечных складок.

Продольный мышечный слой прямой кишки развит равномерно и не образует трех мышечных лент, характерных для дистального отдела сигмовидной ободочной и других отделов толстой кишки. На уровне диафрагмы таза в продольный мышечный слой прямой кишки вплетаются волокна мышцы, поднимающей задний проход. Выходной отдел прямой кишки кольцеобразно охватывается мышечным наружным сфинктером заднего прохода, состоящим из поперечнополосатых мышечных волокон (произвольный сфинктер). На расстоянии 3-4 см от заднепроходного отверстия круговые мышечные волокна, утолщаясь, образуют внутренний сфинктер (непроизвольный). На расстоянии 10 см от заднепроходного отверстия круговые волокна образуют еще один непроизвольный сфинктер (сфинктер Гепнера).

**Кровоснабжение.** Основное кровоснабжение прямой кишки осуществляется верхней и нижней прямокишечными артериями.

Верхняя прямокишечная артерия представляет непосредственное продолжение нижней брыжеечной артерии. Нижние прямокишечные артерии являются ветвями внутренней половой артерии. Установлена богатая сеть интрамуральных анастомозов между верхней и нижней прямокишечными артериями,

обеспечивающими жизнеспособность прямой кишки после пересечения и верхней и средней прямокишечных артерий.

Благодаря перечисленным артериям прямая кишка не вовлекается в патологический процесс при развитии ишемического колита.

Соответствующие артериям вены образуют в стенке прямой кишки сплетения. Различают подкожное сплетение вокруг заднего прохода, подслизистое и подфасциальное сплетения. В стенке прямой кишки имеются портокавальные анастомозы. К настоящему времени достигнуты значительные успехи в понимании клинической анатомии геморроя. Появились убедительные данные об отсутствии связи между геморроем и портальной гипертензией.

В патофизиологии геморроя важную роль играет кавернозная сосудистая ткань, располагающаяся в подслизистой основе заднепроходного канала на уровне заднепроходных (анальных) заслонок, богатая артерио-риовенозными анастомозами. Вследствие разрыва соединительной ткани и гладких мышц, поддерживающих кавернозные тельца, «подушки» кавернозной ткани выпадают в виде геморроидальных узлов в просвет дистальной части канала. Наличие артерио-венозных анастомозов объясняет появление не только темной (венозной), но и ярко-красной (артериальной) крови при кровоточащем геморрое.

**Лимфатические сосуды и вены.** Отток лимфы из прямой кишки осуществляется в лимфатические узлы вокруг нижней брыжеечной артерии, подздошные, крестцовые и паховые лимфатические узлы.

Лимфатические сосуды связывают между собой лимфатические узлы, расположенные висцерально в околокишечной клетчатке. Отсюда возможность метастазов рака вдоль прямой кишки.

Начальные ветви верхней прямокишечной вены образуют в стенке прямой кишки венозное сплетение и обширно анастомозируют со средней и нижней прямокишечными венами. Таким образом, венозная кровь от среднего и нижнего отделов прямой кишки частично отводится в систему нижней полой вены.

Верхняя прямокишечная вена, сигмовидные вены и левая ободочная вена, объединяясь, образуют нижнюю брыжеечную вену. Последняя соединяется с верхней брыжеечной веной, впадающей в воротную вену.

**Иннервация.** В иннервации прямой кишки принимают участие нижнее брыжеечное, брюшное аортальное, нижнее подчревное сплетения и половой нерв. Иннервация произвольного сфинктера и тазового дна осуществляется через крестцовое сплетение половыми нервами. Все другие системы, в частности внутренний сфинктер заднего прохода, координируются посредством тазовых узлов.

Функционально самой важной частью гладких мышц прямой кишки и заднепроходного канала является внутренний сфинктер. Он обеспечивает остаточное давление в просвете прямой кишки. Этот сфинктер находится под двойным тормозящим и возбуждающим двигательным контролем как симпатической, так и парасимпатической нервной системы. Нервные волокна настолько тесно переплетены между собой, что одностороннее рассечение их не оказывает существенного влияния на силу тонического сокращения.

**Гистологическое строение.** Гистологическое строение Прямой кишки идентично таковому других отделов толстой кишки.

**Физиология прямой кишки.** Внутренний и наружный сфинктеры заднего прохода. Зона давления в заднепроходном канале возникает главным образом благодаря внутреннему сфинктеру, однако рассечение его мышц приводит лишь к незначительным функциональным нарушениям, в основном к потере контроля над удержанием газов. Установлено, что внутренний сфинктер поддерживает замкнутое состояние заднепроходного канала и предотвращает случайное прохождение газов и жидких фекалий. Рассечение кольца наружного сфинктера также приводит лишь к минимальным функциональным нарушениям. Считается, что наружный сфинктер заднего прохода своим мощным сокращением сохраняет держание в таких ситуациях, когда нормальные механизмы с трудом справляются с обильными массами жидких фекалий.

Как показали специальные исследования, функция держания в большой степени определяется состоянием лобково-прямокишечной мышцы, поддерживающей необходимый аноректальный угол. При повреждении этой мышцы возникает тяжелое недержание кала.

## ТРЕЩИНА ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Среди всех болезней прямой кишки трещина заднего прохода занимает по частоте третье место после колитов и геморроя. Представляет собой линейный надрыв стенки прямой кишки, который продолжается на стенку заднепроходного канала, захватывая его кожную часть. Длина трещины около 1-1,5 см, ширина колеблется от 0,2 до 0,5 см, глубина - 0,1-0,2 см.

Наиболее часто трещина заднего прохода расположена в области задней комиссуры ануса, что обусловлено травматизацией этой зоны при дефекации. Может быть несколько трещин, в таком случае наиболее типичная локализация их передняя и задняя комиссуры («зеркальные» трещины). Направление трещин продольное. Трещины заднего прохода чаще наблюдают у женщин в возрасте от 30 до 50 лет.

**Этиология и патогенез.** Точная причина анальных трещин неизвестна. Они, как полагают, являются следствием травм заднепроходного канала твердым калом и вторичного инфицирования. Трещина обычно возникает при сильном натуживании во время запора, поднятии тяжестей, а у женщин нередко во время родов. Предрасполагающими факторами являются колиты, проктиты, энтероколиты, криптит, геморрой. Изредка они возникают в результате грубых манипуляций при аноскопии, ректороманоскопии, в том числе болезнь Крона с локализацией в заднепроходном канале.

Истинная трещина представляет собой травматический надрыв стенки заднего прохода, сопровождающийся сильным спазмом сфинктера и резко выраженным болевым синдромом. В отличие от разного рода осаднений и поверхностных надрывов, которые могут располагаться по всей окружности заднего прохода, трещина всегда локализуется только по средней линии на 6 часах по циферблату (копчиковая сторона), реже - на 12 часах по циферблату в положении больного на спине (передняя стенка). Такая четко выраженная локализация трещины объясняется анатомическими особенностями строения сфинктера заднего прохода.

Заднепроходный канал представляет собой наиболее чувствительный отдел прямой кишки. Здесь переплетаются спинномозговые нервы и многочисленные ветви вегетативной нервной системы. В результате надрыва происходит раздражение нервных окончаний - наступает сильный рефлекторный спазм сфинктера. Трещина достигает внутреннего сфинктера и вызывает его судорожное сокращение, которое ведет к хронизации процесса. Именно спазм препятствует самостоятельному заживлению трещины.

**Клиника.** Различают два основных вида заболевания: острая и хроническая трещина (трофическая язва).

**Острая трещина.** Острые трещины могут появляться даже у младенцев. Клиническая картина очень яркая. На первом плане - болевой синдром, который возникает во время и сразу после акта дефекации и продолжается обычно 2-3 ч, иногда и более. Боль настолько сильная, что больной теряет самообладание, не может работать, буквально не находит себе места.

Другой характерный признак острой трещины - спазм сфинктера. Он усиливает боль, делает ее пульсирующей. У больного появляется страх перед дефекацией. Это приводит к тому, что больной сам либо искусственно задерживает работу кишечника, либо принимает слабительное. Однако употребление слабительных средств приводит к тому, что крупинки жидкого кала проникают на дно трещины и усиливают раздражение нервных окончаний.

Кровотечение при трещине, как правило, незначительное (в виде капель или прожилок на поверхности кала).

**Хроническая трещина (трофическая язва).** Боль при хронической трещине менее острая. Обычно она держится после дефекации несколько минут, усиливается лишь после натуживания и нарушения диеты. Спазм сфинктера также не такой резкий. При дефекации на поверхности кала обнаруживается кровь в виде капель.

Характерным признаком трофической трещины является замещение волокон подкожной части наружного сфинктера заднего прохода соединительной

тканью. При длительном течении болезни этот процесс ведет к расслаблению сфинктера.

Хроническая трещина иногда осложняется образованием неполных, или краевых, свищей прямой кишки. Появляются небольшие гнойные выделения, зуд, раздражение в области заднего прохода.

Для хронических трещин, как и для любой трофической язвы, характерна цикличность. Они могут как будто зажить. Однако при малейшем нарушении диеты, при натуживании во время акта дефекации, при поднятии больших тяжестей вновь открываются. Такие трещины в большинстве случаев требуют хирургического лечения.

Существует еще один вид трещины - острорецидивирующая. Она не имеет характера трофической язвы и по своему клиническому течению, внешнему виду скорее напоминает острую трещину. Однако, заживая под влиянием консервативного лечения, такая трещина (в отличие от острой) при запорах, физическом напряжении возникает вновь.

При инфицировании трещины появляется анальный зуд, может развиваться задний параректальный абсцесс. При вскрытии абсцесса в заднепроходный канал образуется неполный внутренний свищ прямой кишки. При образовании свища боль обычно стихает, но появляются мокнутие и зуд в заднем проходе.

**Диагноз.** Диагноз может быть предположительно установлен даже на основании одного анамнеза (сильные рецидивирующие боли, связанные с актом дефекации, небольшие кровотечения, анальный зуд). Для обследования больной должен находиться в коленно-локтевом положении или на спине в гинекологическом кресле. Следует развести ягодицы и с помощью двух салфеток раздвинуть задний проход. В это время на задней копчиковой стенке легко обнаружить линейную трещину в виде свежего надрыва.

При разведении заднего прохода она начинает кровоточить. Однако вследствие спазма сфинктера осмотреть всю трещину обычно не представляется возможным. По этой же причине не удастся произвести пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию.

Нельзя забывать, что трещина может сопутствовать или быть следствием другого серьезного заболевания - полипа, рака и др. Поэтому обследование прямой кишки не следует откладывать.

Лучше всего произвести исследование прямой кишки сразу при первом осмотре, применив обезболивающие средства. С этой целью под трещину у наружного края заднего прохода вводят маленькой иглой 2-4 мл 2 % раствора новокаина. Сфинктер расслабляется, появляется возможность провести исследование прямой кишки.

Обследование больного с хронической трещиной чаще не требует обезболивания, особенно в «спокойном периоде». При внешнем осмотре заднего прохода обычно на задней стенке виден дефект длиной 1,5-2 см, шириной 0,5-1 см, с рубцовыми краями. Дно язвы рубцово-измененное, нередко покрыто серым налетом. У верхнего полюса трещины часто определяется бугорок в виде гипертрофированного сосочка, который иногда неправильно расценивается как анальный полип. В результате хронического процесса на периферическом конце трещины также образуется кожный бугорок.

Помимо проктологического осмотра, следует провести эндоскопическое и рентгенологическое исследования толстой кишки. Необходимо иметь в виду, что трещина может быть первым проявлением рака заднепроходного канала или прямой кишки, а также сифилитической язвы.

**Дифференциальный диагноз.** Следует отличать истинную трещину от различных поверхностных повреждений кожи вторичного характера. Нередко с диагнозом «трещины заднего прохода» лечат больных с раздражениями кожи, ссадинами, мокнутиями, развивающимися в результате воспалительных процессов в толстой кишке.

**Лечение острой трещины.** Острая трещина хорошо и быстро заживает с помощью консервативных методов.

Прежде всего необходима строгая диета. Из пищи исключают все острые, кислые, соленые блюда и алкогольные напитки. Пищу, содержащую растительную клетчатку, следует свести до минимума, так как она может вызвать послаб-

ление, дополнительный стул, усилить газообразование, что отрицательно влияет на течение болезни. В связи с этим назначают легкое, в основном белковое питание: творог, яйца, куры, отварное мясо, бульоны, белый хлеб, яблоки.

В течение 2 нед больной должен иметь стул только с помощью очистительной клизмы.

Очень часто больные пытаются заменить клизму любым слабительным. На самом же деле именно очистительная клизма - главное средство в лечении острой трещины. Использование слабительных средств не рекомендуется - могут усилиться раздражение и боль.

Больного следует научить правильно поставить клизму, учитывая сильную боль и спазм сфинктера.

Для клизмы требуется 1 л кипяченой воды комнатной температуры. Наконечник обильно смазывают вазелиновой мазью; хорошо также смазать мазью и область заднего прохода. Самое главное - правильно ввести наконечник в задний проход. Его следует вводить по краю заднепроходного отверстия, противоположному тому, где находится трещина. Через 7-10 мин после клизмы больной может идти в туалет. Процедуру производят 1 раз в день или чаще, если у больного появляется потребность в дефекации. Самостоятельного стула в этот период ни в коем случае не должно быть. Сразу же после очищения кишечника делают ванночку с перманганатом калия. В тазик наливают слабый раствор перманганата калия (35-36 °С). Больной садится на корточки так, чтобы ягодичы были разведены и вода омывала задний проход. Процедура продолжается 10-15 мин. После ванночки в задний проход вводят свечу, которая должна быть обильно смазана мазью (новокаина 0,5 г, стрептоцида 5 г, мази цинковой 50 г). При острых трещинах мы рекомендуем свечи следующего состава:

Rp.: Extr. Belladonnae 0,015  
Novocaini 0,14  
Xeroformii 0,1  
Bulyri Cacao 1,7  
M.f. Suppos.

Вторая такая свечка должна быть введена на ночь. Область заднего прохода и наружную часть трещины следует смазывать несколько раз в день, мазью, состав которой приведен выше. Курс лечения занимает 14 дней. Затем больной может иметь самостоятельный стул.

Необходимо предусмотреть ряд мероприятий, предупреждающих возможный рецидив вследствие натуживания при дефекации. Прежде всего - изменить диету. Теперь рекомендуется употреблять пищу, содержащую растительную клетчатку. Для смягчения стула назначают на ночь следующие блюда: три отварные красные свеклы, натертые на крупной терке, с добавлением одной столовой ложки подсолнечного масла или сметаны с кусочком ржаного хлеба. Можно съесть на ночь два яблока, натертых на мелкой терке, или выпить стакан однодневного кефира. Вместо бульона назначают овощные супы. Утром натощак рекомендуют намоченный в воде чернослив вместе с настоем из него (6-8 ягод на стакан). Благоприятный эффект достигается, наконец, назначением на ночь одной столовой ложки жидкого вазелинового масла.

Для лиц, страдающих запорами, этих рекомендаций может оказаться недостаточно. В таких случаях следует использовать средства, направленные на устранение запоров.

Следует подчеркнуть, что значительное послабление (особенно при назначении солевых слабительных) нежелательно. Это может способствовать рецидиву трещины. Если консервативное лечение не дает эффекта, приходится прибегать к оперативному вмешательству (растяжение сфинктера, частичная задняя сфинктеротомия). Острорецидивирующие трещины, как правило, требуют оперативного вмешательства.

**Лечение хронической трещины.** Патологические изменения, происходящие в хронической трещине прямой кишки, и прежде всего проявления стойкого неврита делают такую трещину (по существу трофическую язву), как правило, неизлечимой с помощью консервативных методов.

Опыт показывает, что различные виды консервативного лечения дают в этих случаях лишь кажущееся выздоровление. В действительности же под руб-

цом остаются точечные ходы, способствующие образованию прямокишечных свищей, затеков под кишку, что в конечном счете приводит к ослаблению функции сфинктера.

Отсюда следует, что хронические трещины требуют оперативного вмешательства (иссечение рубцово-измененного дна и краев язвы, а также гипертрофированных сосочков, наружного бугорка и геморроидальной бахромки) с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей для исключения рака.

**Профилактика.** В связи с тем что трещина заднего прохода часто возникает в результате сильного натуживания, профилактические мероприятия должны быть направлены на борьбу с запорами.

## ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Выпадение прямой кишки - смещение прямой кишки книзу с выхождением (выворачиванием) ее через задний проход. Частота выпадения прямой кишки составляет 9-10 % от всех заболеваний толстой кишки.

Выделяют три стадии выпадения прямой кишки: I стадия - выпадение кишки лишь во время дефекации, затем кишка самостоятельно вправляется; II стадия - кишка выпадает при физической нагрузке, самостоятельно не вправляется, больные вправляют кишку рукой; III стадия - выпадение кишки при незначительной физической нагрузке, ходьбе, вертикальном положении тела больного. После вправления кишки она вновь довольно быстро выпадает.

В зависимости от степени выраженности патологоанатомических изменений выделяют четыре формы заболевания: 1) выпадение только слизистой оболочки заднего прохода; 2) выпадение всех слоев стенки анального отдела кишки (prolapsus ani); 3) выпадение прямой кишки без выпадения заднего прохода (собственно prolapsus recti); 4) выпадение заднего прохода и прямой кишки (prolapsus ani et recti).

**Этиология и патогенез.** Болезнь развивается вследствие повышения внутрибрюшного давления (при родах, запорах, поднятии тяжести) и ослабления поддерживающего аппарата таза и прямой кишки (длинная брыжейка сигмовидной ободочной кишки, малая вогнутость крестца, истощение, нарушение иннервации).

У детей в раннем возрасте выпадение слизистой оболочки заднепроходного канала возникает в результате длительных поносов или, напротив, упорных запоров, наиболее частая причина заболевания - геморрой.

Выпадение всех слоев прямой кишки возникает при ослаблении мышц тазового дна и брюшного пресса, при слабости внутреннего и наружного сфинктеров заднего прохода, при сильном общем истощении, в результате анатомических особенностей строения брыжейки нижнего отдела сигмовидной ободочной кишки. При наличии хотя бы одного из этих факторов иногда достаточ-

но поднятия чрезмерного груза или сильного натуживания во время дефекации, чтобы произошло выпадение. По данным Г. И. Воробьева и соавт. (1996), у 37 % больных толчком к развитию выпадения прямой кишки послужила тяжелая физическая работа, у 40 % - стойкие запоры, у 13 % - травма, у 7 % женщин - роды, у 3 % больных клинические признаки заболевания обнаружены после поносов и значительного уменьшения массы тела.

**Клиника.** Выпадение прямой кишки развивается постепенно. Вначале при акте дефекации выпадает только слизистая оболочка, которая легко самостоятельно вправляется. Затем при каждой последующей дефекации происходит выпадение большего или меньшего участка кишки, который больной должен вправлять рукой. В поздних стадиях заболевания кишка выпадает не только при дефекации, но даже при вертикальном положении тела больного. В таком случае вправление кишки больным не дает устойчивого результата - она тут же вновь выпадает. У таких больных возникает недостаточность сфинктера заднего прохода.

Выделяют три степени недостаточности сфинктера: I степень - недержание газов; II степень - недержание газов и жидкого кала; III степень - недержание плотного кала.

При частых выпадениях слизистая оболочка прямой кишки травмируется, присоединяется воспаление, стенка кишки легко кровоточит, иногда наблюдают изъязвление слизистой оболочки. При выпадении прямой кишки с сохраненным тонусом сфинктера возможно ущемление выпавшего участка с последующим некрозом и перфорацией стенки кишки. Это грозит развитием разлитого перитонита, острой кишечной непроходимости, парапроктита. Лечение данного осложнения заключается в осторожном вправлении под наркозом выпавшего участка кишки. При некрозе кишки выполняют операцию наложения противоестественного заднего прохода или брюшно-промежностную резекцию прямой кишки с наложением сигмостомы.

**Диагноз.** Диагноз устанавливают во время проктологического исследования. Для выявления выпадающей кишки больного следует попросить потужиться в положении на корточках.

Значительно реже бывает внутреннее выпадение прямой кишки, т.е. инвагинация вышележащих отделов прямой кишки в нижележащие. В этих случаях диагностика довольно сложна. Если инвагинация не определяется при пальцевом исследовании прямой кишки, то производят ирригоскопию и проктографию с натуживанием. На рентгенограммах прямой кишки в покое и при натуживании обнаруживают изменения, характерные для скрытого выпадения кишки. К ним относятся грибовидная деформация прямой кишки и/или ректоцеле - шаровидное подкожное выпадение передней стенки прямой кишки через дефект мышц промежности.

Проводят также функциональные исследования - сцинтидефекографию и электрофизиологические исследования моторной функции толстой кишки.

У 71 % больных с внутренним выпадением прямой кишки Г.И. Воробьев и соавт. (1996) выявили в зоне инвагинации солитарную язву прямой кишки.

**Лечение.** Выпадение прямой кишки требует немедленного вправления. Если этого не сделать, выпавшая кишка отекает. Вправить ее затем чрезвычайно сложно.

У ребенка вправление прямой кишки производят следующим образом: поднимают ноги, разводят их в стороны, обильно смазывают выпавшую кишку вазелином и рукой осторожно вправляют ее в полость таза, вворачивая центральную часть в просвет кишки. Часть кишки, расположенная ближе к заднепроходному отверстию, вправляется при этом, как правило, самостоятельно.

У взрослых вправление прямой кишки производят в коленно-локтевом положении или на левом боку.

У детей в раннем возрасте это заболевание может быть ликвидировано и без операции. Если принять соответствующие меры, выпадение может больше не повториться. Нельзя допускать напряжения во время дефекации, не

надо некоторое время сажать ребенка на горшок, позволять ему кричать, следует тотчас же останавливать понос при помощи закрепляющих средств, при запоре ставить клизмы.

При выпадении слизистой оболочки заднепроходного канала применяют сравнительно простой хирургический метод - иссечение выпавшего участка. Как правило, эта операция сочетается с перевязкой и иссечением внутренних геморроидальных узлов.

Выпадение всех слоев прямой кишки требует также оперативного лечения, но в этом случае оно значительно сложнее. Существует целый ряд методик в зависимости от характера вмешательства: сужение отверстия заднего прохода с помощью серебряной проволоки, фиксация прямой кишки со стороны промежности, внутрибрюшная фиксация, различные виды сфинктеропластики, имплантация магнитного запирающего устройства.

Наиболее эффективна операция ректопексии по Кюммелю - Зеренину. Суть этой операции заключается в фиксации стенки прямой кишки к передней продольной связке позвоночника в области крестцовых позвонков. При небольшом выпадении прямой кишки, а также у лиц с повышенным риском выполнения операции ректопексии внутрибрюшным способом выполняют операцию, Тирша - подкожную имплантацию под кожей вокруг заднего прохода серебряной проволоки. Иногда вместо проволоки используют лоскут широкой фасции бедра, шелковую нить, узкий деэпителизированный кожный лоскут.

При невозможности оперативного лечения рекомендуют применение бандажей и пел ото в.

**Профилактика.** Ведущую роль играют профилактика и лечение нарушений стула, в особенности запоров.

# ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. На какие отделы делится прямая кишка ( выберите правильный ответ)
  - а) Надампулярный
  - б) мешковидный
  - в) ампулярный
  - г) заднепроходный
  - д) анальный
  
2. Сколько артерий кровоснабжают прямую кишку
  - а) 5 (1 непарная и 4 парные)
  - б) 4 (2 непарные и 2 парные)
  - в) 3 (1 непарная и 2 парные)
  - г) 3 непарные
  - д) правильный ответ отсутствует.
  
3. Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является:
  - а) запор
  - б) хронический парапроктит
  - в) недостаточность сфинктера
  - г) криптит
  - д) папиллит
  
4. При кровотечении после дефекации в виде струйки крови и зуде в области анального отверстия можно думать:
  - а) о параректальном свище
  - б) о геморрое
  - в) о раке прямой кишки
  - г) о полипе прямой кишки
  - д) о трещине анального канала
  
5. Для параректального свища не характерно:
  - а) гнойное отделяемое
  - б) периодические обострения
  - в) стул обоязнь
  - г) мацерация кожи промежности
  - д) наличие свища
  
6. Радикальным методом лечения анальной трещины является:
  - а) растяжение сфинктера прямой кишки

- б) диатермокоагуляция трещины
- в) иссечение трещины
- г) прижигание настойкой йода
- д) все перечисленное верно

7. Для подтверждения диагноза трещины анального прохода используется:

- а) аноскопия
- б) измерение давления в прямой кишке
- в) колоноскопия
- г) ректоскопия
- д) ирригоскопия

8. В клинику поступил больной, 62 лет, с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. Какой метод исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь?

- а) ирригоскопию
- б) ректороманоскопию
- в) колоноскопию
- г) пальцевое исследование прямой кишки
- д) антеградный пассаж бария по кишечнику

9. Консервативная терапия при острой анальной трещине предусматривает:

- а) нормализацию стула
- б) лечебные клизмы
- в) снятие спазма сфинктера
- г) применение местно средств, способствующих заживлению раневой поверхности
- д) все перечисленное

10. 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) трещина анального канала
- б) рак прямой кишки
- в) острый парокроктит
- г) параректальный свищ
- д) геморрой

**СПИСОК ЛИТЕРАТУР**

1. Астопенко В.Г. Практическое руководство по хирургической болезни// М.: 1984. Том-2, с380.
2. Егиев В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. М.: Мед. практика. 2002. 100с.
3. Ерюхин И.А. и др. Кишечная хирургия. Руководство для врачей. М.: 1999. 143с.
4. Каримов Ш.И. Хирургические болезни// М.: Ташкент, 1994. с420.
5. Корепанов В.И. Новые методы операции на толстой кишке и в анальной области. М.: Москва, 1998. 70с.
6. Кузин М.И. Хирургические болезни// М.: 1990, -С. 526-541
7. Литтман И. Брюшная хирургия// Будапешт, 1970, с566.
8. Логинов А.С. и др. Болезни кишечника// М.: -Руководства для врачей 2000, с624.
9. Маскин С.С. и др. Однорядные швы хирургии ободочной и прямой кишки: IV Республиканская конф. с межд. участием по проктологии. Минск, 2001. С. 266-268.
10. Михайлова Е.В. и др. Кишечные стомы: Актуальные вопросы современной хирургии. Тез. науч. конф. Москва, 2000. С. 127-128.







