

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

«НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО
СФИНКТЕРА. ЭКТОПИЯ
АНАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ»

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*



Андижан – 2003

«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

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

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

ПРОВЕДЕНИЕ 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 3,0; в том числе:

- до 50% за теоретическую часть, т.е. до 1,5 балла.
- до 40% за практические навыки, т.е. до 1,2 балла.
- до 10% за учебную дисциплину, т.е. до 0,3 балла.

Итоговая оценка за каждое занятие составляет:

- от 2,6 до 3,0 – «отлично»;
- от 2,1 до 2,5 – «хорошо»;
- от 1,6 до 2,0 – «удовлетворительно»;
- 1,5 и менее – «неудовлетворительно».

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, корректирует 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 корректировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и си-

туационные 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.

ЗАНЯТИЕ №30

тема: НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА. ЭКТОПИЯ АНАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ.

Цель занятия:

1. Изучить этиологию, патогенез, клинику недостаточности анального сфинктера и эктопии анального отверстия.
2. Научиться правильной постановке диагноза согласно современной классификации.
3. Уметь провести дифференциальный диагноз.
4. Знать основные принципы лечения.
5. Установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

Контрольные вопросы:

1. Анатомия и физиология прямой кишки.
2. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз и лечение недостаточности анального сфинктера.
3. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз и лечение эктопии анального отверстия.
4. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз и лечение выпадения прямой кишки.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Прямая кишка является терминальным отделом кишечника. Она расположена в заднем отделе полости малого таза. Ее длина (от мыса крестца до аноректальной линии) составляет в среднем 15-16 см. В прямой кишке выделяют надампулярный (ректосигмоидный), ампулярный отделы и анальный канал (рис. 135). В ампулярном отделе различают верхне-, средне- и нижеампулярный отделы. Нижеампулярный отдел прямой кишки переходит в анальный канал длиной 2,5-4 см и заканчивается задним проходом. Только в надампулярном отделе прямая кишка покрыта брюшиной, ниже она расположена экстраперитонеально и покрыта фасцией. Под тазовой брюшиной прямая кишка окружена клетчаткой, расположенной в тазово-прямокишечных и седалищно-прямокишечных пространствах. В отличие от других отделов толстой кишки прямая кишка не имеет гаустрации, ее продольный мышечный слой не собран в ленты, а равномерно распределен по всей окружности.

Слизистая оболочка прямой кишки покрыта цилиндрическим эпителием. В нижеампулярном отделе прямой кишки слизистая оболочка образует продольные складки (колонны Морганьи), у основания которых находятся анальные пазухи (крипты). В эти крипты открываются протоки анальных желез, вырабатывающих слизь. В анальном канале слизистая оболочка покрыта многослойным плоским эпителием. Границей между цилиндрическим эпителием нижеампулярного отдела кишки и плоским эпителием анального отдела служит зигзагообразная аноректальная (зубчатая, гребешковая) линия. Анальный канал окружен внутренним и наружным сфинктерами, выполняющими замыкательную функцию.

Кровоснабжение прямой кишки осуществляют непарная верхняя прямокишечная артерия (ветвь нижней брыжеечной артерии) и парные средние и нижние прямокишечные артерии. Средняя прямокишечная артерия отходит от внутренней подвздошной или внутренней срамной артерии, нижняя (которая снабжает кровью анальный канал и наружный сфинктер прямой кишки) - от внутренней срамной артерии. Артерии, снабжающие кровью прямую кишку, широко анастомозируют между собой.

Венозный отток идет через нижнее и верхнее венозные сплетения в нижнюю, среднюю и верхнюю прямокишечные вены, анастомозирующие между собой. Нижняя прямокишечная вена впадает во внутреннюю срамную вену, а средняя - во внутреннюю подвздошную вену. Верхняя прямокишечная вена впадает в брыжеечную вену. Следовательно, в области прямой кишки имеются естественные портокавальные анастомозы.

Лимфатические сосуды и лимфатические узлы прямой кишки расположены по ходу верхней прямокишечной артерии и нижней брыжеечной артерии. От зоны анального канала лимфа оттекает в паховые лимфатические узлы.

Иннервацию прямой кишки осуществляют ветви крестцового отдела пограничного симпатического сплетения, симпатические нервы, сопровождающие артерии,

ветви, отходящие от второго-четвертого корешков крестцовых нервов. Иннервация надампулярного и ампулярного отделов осуществляется в основном вегетативными нервами. Анальная часть кишки иннервируется преимущественно спинномозговыми нервами. Этим объясняется относительно слабая чувствительность ампулярного отдела к различным воздействиям и высокая болевая чувствительность анального отдела.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Недостаточность сфинктера заднего прохода - заболевание, которое непосредственно не угрожает жизни, но нередко ведет к инвалидности больных и исключает их из активной трудовой и общественной жизни, создавая сложные взаимоотношения с окружающими. Число больных с нарушением функции держания кишечного содержимого среди больных с заболеваниями толстой кишки достигает 3-7%. Очевидно, что таких больных в действительности значительно больше, однако ложная стыдливость мешает части из них вовремя обращаться за помощью.

Этиология. Среди причин, наиболее часто приводящих к слабости сфинктера заднего прохода, первое место занимают травмы (75%), затем следуют функциональные нарушения (15%) и аноректальные пороки развития (10 %).

Нарушение функции держания кишечного содержимого может развиваться при поражении одного из звеньев запирающего аппарата прямой кишки. Под этим понятием мы объединяем анатомо-функциональные патологические состояния толстой кишки, заднепроходного канала, мышц промежности, наружного и внутреннего сфинктеров.

В норме удерживание кишечного содержимого обеспечивается щелевидной формой и достаточной протяженностью заднепроходного канала; деятельностью наружного, осуществляющего волевое замыкание, и внутреннего, тонически смыкающегося, сфинктеров; мышцами, поднимающими задний проход, усиливающими функцию сфинктеров и образующими аноректальный изгиб, изменяющий направление эвакуации каловых масс; моторной деятельностью толстой кишки. Корректируют работу мышц и моторную активность толстой кишки нервные рецепторы, обладающие различной чувствительностью в заднепроходном канале, дистальном отделе прямой кишки и на всем протяжении толстой кишки.

Поражение одного из этих звеньев влечет за собой нарушение согласованной работы запирающего аппарата прямой кишки, снижая способность удерживать кишечное содержимое. Причинами поражения могут быть повреждение мышечной ткани и слизистой оболочки кишки, содержащей нервные окончания, повреждение и заболевания нервной системы, воспалительные заболевания, снижающие чувствительность рецепторной зоны и усиливающие моторику толстой кишки, врожденные дефекты развития аноректальной области.

Клиническое течение и формы. Установление самого факта нарушения функции держания кишечного содержимого в большинстве случаев основывается на жалобах больных. Наряду с этим следует иметь в виду, что они не всегда отражают истинную картину заболевания. Иногда такие жалобы, без достаточного объективного

подтверждения снижения функции запирающего аппарата прямой кишки, являются проявлением дисморфофобии. При этом больные предъявляют в основном жалобы на наличие неприятного запаха, неконтролируемое выделение газов, подозрительное или пренебрежительное отношение окружающих. Эти больные нуждаются в консультации психиатра.

Больные с недостаточностью сфинктера заднего прохода отмечают разную степень его слабости - от недержания газов до недержания жидкого или плотного кала. На основании результатов применения комплексного метода обследования запирающего аппарата прямой кишки нами разработана классификация недостаточности заднего прохода сфинктера, в которой учитывается форма и этиология заболевания, степень и характер нарушений, а также сопутствующие заболевания, усугубляющие недержание кишечного содержимого.

Неорганическая форма недостаточности сфинктера заднего прохода характеризуется нервно-рефлекторными нарушениями, развивающимися в результате воспалительных заболеваний толстой кишки, нейроинфекции, поражения центральной нервной системы, перерастяжения заднего прохода и т.д. В этих случаях наряду с нарушением сократительной способности запирающего аппарата, с развитием дистрофических изменений в мышечной ткани отмечается снижение чувствительности рецепторов, нарушение проводимости по периферическим нервам и поражение центральной нервной системы.

При органической форме наблюдается дефект мышечных структур различной протяженности. Целесообразно выделить также смешанной формы, при которой сочетаются нарушения нервно-рефлекторной деятельности и мышечных структур запирающего аппарата прямой кишки. Важным является учет сопутствующих заболеваний толстой кишки, увеличивающих слабость сфинктера заднего прохода и требующих консервативного или хирургического лечения.

Почти у всех больных с врожденной недостаточностью при локализации отверстия заднего прохода во влагалище и расположении наружного сфинктера на обычном месте были сохранены рефлекторные ответы и отмечалось сокращение сфинктера заднего прохода. В тех случаях, когда анальная слабость развивалась после проктопластики или других пластических операций, производившихся в детском возрасте, наиболее часто выявлялось повреждение наружного сфинктера. Нередко эти изменения сочетались с нарушением нервно-рефлекторной деятельности запирающего аппарата прямой кишки.

При проктопластике с низведением сигмовидной кишки недержание, кроме того, может быть обусловлено нарушением моторной деятельности толстой кишки. При этом на всем протяжении низведенной кишки сохраняются пропульсивные волны высокой амплитуды, способствуя постоянной эвакуации кала.

При травматической недостаточности первое место по частоте занимают дефекты наружного сфинктера заднего прохода. С увеличением объема повреждения и распространенности рубцового процесса увеличивается частота повреждения внутреннего сфинктера и выраженность нервно-рефлекторных нарушений. Последние наблюдались почти во всех случаях, когда имелось локальное повреждение сфинктера, сочетавшееся с гнойно-воспалительным процессом.

Функциональная недостаточность сфинктера заднего прохода характеризуется нервно-рефлекторными нарушениями со снижением или повышением чувствительности дистальных отделов прямой кишки и в ряде случаев снижением сократительной способности сфинктера заднего прохода. Снижение чувствительности затрудняет контроль за удерживанием кишечного содержимого, а повышенная чувствительность вызывает частую эвакуацию кала даже при незначительном количестве его в прямой кишке. Это сочетается с нарушением моторной деятельности толстой кишки.

Диагностика. Как уже отмечалось, основными жалобами больных являются недержание газов, жидкого и твердого кала. На основании этого ориентировочно можно выделить соответственно I, II и III степень анальной инконтиненции. Окончательно выраженность недержания устанавливают с помощью специальных методов исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки. При опросе выясняют причину нарушения функции держания кишечного содержимого, частоту и характер стула, мочеиспускания, обращают внимание на сохранность ощущения позыва к дефекации, возможность дифференцировать характер кишечного содержимого.

При осмотре устанавливают величину заднепроходного отверстия, его форму, деформации перианальной кожи, рубцовые изменения кожи промежности и ягодичной области. Одновременно исследуют анальный рефлекс. Для этого производят штриховое раздражение перианальной кожи, корня мошонки, больших половых губ и отмечают наличие сокращения наружного сфинктера заднего прохода. Анальный рефлекс оценивают как живой либо ослабленный или устанавливают отсутствие сокращения сфинктера. Непременным условием является раздражение кожи без предварительного нанесения на нее вазелина или мазей, снижающих рефлекторный ответ.

Во время пальцевого исследования определяют тонус сфинктера, волевые сокращения его, длину заднепроходного канала, сохранность верхнего края аноректального угла, величину просвета заднепроходного канала и дистального отдела прямой кишки, состояние внутренней поверхности крестца, мышц, поднимающих задний проход, и окружающих тканей.

Для оценки состояния слизистой оболочки и проходимости прямой кишки обязательно выполнение ректороманоскопии. Необходимы также полноценный общий осмотр и обследование с оценкой состояния костно-мышечной системы, органов брюшной и грудной полости, мочеполовой системы и т. д. Только на основании результатов всестороннего обследования можно составить полное представление о характере заболевания и выработать план проведения необходимых лечебных мероприятий.

Необходимо провести рентгеновское исследование прямой кишки и костей таза. При этом обращают внимание на тонус толстой кишки, величину аноректального угла, исключают повреждение костной ткани крестца и позвоночника, расщепление дужек позвонков. Величина аноректального угла, т. е. отношение осей направления заднепроходного канала и прямой кишки, в норме находится в пределах 82-85°. Увеличение его следует учитывать при оперативном пособии, стремясь со-

здать необходимый физиологический изгиб.

Кроме того, для определения состояния запирающего аппарата прямой кишки и оценки отдельных механизмов удерживания проводят специальные функциональные исследования. Сократительную способность сфинктера заднего прохода исследуют с помощью сфинктерометрии с помощью браншевого сфинктерометра с графической регистрацией показателей. Важны как сами показатели тонического напряжения и волевого сокращения, так и разница между ними, характеризующая в большей степени сократительную способность наружного сфинктера прямой кишки.

Большое значение для функциональной оценки сохранности мышечной ткани и ее иннервации имеет электромиография. С помощью ректального электрода оценивают деятельность наружного и внутреннего сфинктеров, а с помощью игольчатого - границу мышечной ткани, рубцов и мышц, поднимающих задний проход. Накожный пластинчатый электрод позволяет определить функциональное состояние мышц промежности, а при соответствующем расположении - ягодичной мышцы.

Манометрическими методами изучают давление в заднепроходном канале в проекциях наружного и внутреннего сфинктеров, порог ректоанального рефлекса, адаптационную способность прямой кишки, максимальный объем наполнения и порог чувствительности ее, что характеризует состояние сфинктеров и рецепторного аппарата. При дилатометрии устанавливают степень эластичности и растяжимости анального сфинктера.

Лечение. Лечение больных с недостаточностью сфинктера заднего прохода должно строиться на основе учета нарушений механизмов удерживания. Существуют два основных способа лечения - консервативный и хирургический.

Консервативный метод направлен на улучшение нервно-рефлекторной деятельности и сократительной способности запирающего аппарата прямой кишки. Его применяют для лечения больных с неорганической формой недержания, а также с органической формой инконтиненции I степени при линейных дефектах жома, не превышающих 1/4 окружности, при отсутствии деформации заднего прохода. Главенствующее значение здесь имеет электростимуляция сфинктера и мышц промежности. Важной является лечебная физкультура и медикаментозная терапия.

Электростимуляцию анального сфинктера и мышц промежности выполняют портативным стимулятором ЭАС-6-1 или стационарным аппаратом Эндатон-1. Процедуру проводят в течение 15 мин ежедневно (10-15 дней) в прерывистом режиме: 2с - стимуляция, 4с - пауза.

Применение стимуляции ограничено при наличии общих противопоказаний к электролечению, а также при недержании с повышенным порогом раздражения прямой кишки, так как в этом случае описанное лечение ведет к повышенному раздражению рецепторной зоны.

Занятия лечебной физкультурой проводят под контролем частоты пульса, дыхания и измерения артериального давления и назначают в зависимости от степени недержания кала, возраста и общего состояния больных. Из занятий исключают упражнения, выполняемые в быстром темпе, и силовые. Большое внимание уделяют

упражнениям для мышц живота и тазового дна, чередуя их с дыхательными упражнениями. Ввиду того что, специальные упражнения для мышц тазового дна и сфинктера ограничиваются только одним активным втягиванием заднего прохода, используют содружественные упражнения для мышц брюшного пресса, приводящих мышц бедра и ягодичной области. Длительность занятия не превышает 30-40 мин.

Медикаментозное лечение должно быть многоплановым. Для улучшения синтеза белка в организме применяют анаболические гормоны - неробол или ретабол, препараты анаболического действия - оротат калия (по 0,5 г 3 раза в день за час до еды). Усиления медиаторной функции ацетилхолина, улучшающего нервно-мышечную проводимость, и повышение силы ослабленной мышцы достигают инъекциями 0,05% раствора прозерина по 0,1 мл под кожу 2 раза в день.

Назначают АТФ, витамины группы В, поливитамины в принятых дозировках, проводят лечение воспалительных заболеваний толстой кишки, дисбактериоза. Длительность курса консервативного лечения составляет 3-4 нед. В ряде случаев, при стабильном эффекте, в течение 2 нед (период электростимуляции) больные находятся в стационаре, а последующие 2 нед лечение продолжают амбулаторно.

Хирургическая коррекция показана больным с повреждением запирающего аппарата прямой кишки. В тех случаях, когда органические нарушения сочетаются с функциональными (смешанная форма недержания), хирургическое лечение дополняют консервативным. Консервативные мероприятия, описанные выше, входят в комплекс предоперационной подготовки и послеоперационного лечения таких больных, так как одно хирургическое вмешательство не обеспечивает выздоровления.

В случае использования для пластики ягодичных и бедренных мышц проводят их электростимуляцию, улучшающую трофику.

При нарушении позыва к дефекации, а в дальнейшем и для тренажа сформированного запирающего аппарата прямой кишки осуществляют условно-рефлекторную регуляцию дефекации, с помощью которой удастся увеличить время произвольного сокращения мышц в 5-8 раз. На резиновую трубку надевают резиновый латексный баллон вместимостью до 150 см³. К свободному концу трубки подсоединяют грушу вместимостью до 200 см³. Баллон вводят в прямую кишку за заднепроходный канал и раздувают его грушей до появления у больного чувства наполнения прямой кишки. Введение воздуха прекращают, и больной, сокращая мышцы промежности, имитирует удержание кишечного содержимого до первых признаков утомления мышц. Подобные упражнения повторяют 15-20 раз с интервалами в 15-20 с 1-2 раза в день. К 15-му дню улучшается чувствительность прямой кишки и увеличивается время сокращения мышц промежности.

Хирургическое лечение. Вид оперативного вмешательства зависит от величины и локализации дефекта, распространенности рубцового процесса. У больных с сохранным сфинктером заднего прохода и заднепроходным отверстием, расположенным во влагалище, а также другими врожденными дефектами выполняют операции, описанные в следующей главе.

При дефектах сфинктера заднего прохода, равных или несколько превышаю-

щих 1/4 окружности сопровождающихся деформацией стенки заднепроходного канала, производят сфинктеропластику или сфинктеролеваторопластику. В этих случаях рубцовый процесс не распространяется на мышцы тазового дна, имеется II степень недостаточности.

Сфинктеропластику выполняют следующим образом. Дугообразным разрезом перианальной кожи длиной 3 см, отступая от края заднего прохода на 2-3 см, обнажают мышцы сфинктера и замещающую ее рубцовую ткань. Рубец выделяют на всю глубину без вскрытия просвета кишки. Мобилизуют прилежащие к нему участки сфинктера на протяжении 1,5-2 см в каждую сторону. Рубец иссекают. Просвет заднепроходного канала суживают, ушивая его стенки двумя - тремя гофрирующими швами, избегая сквозного прокалывания стенки прямой кишки. Концы сфинктера сближают двумя - тремя П-образными кетгутовыми швами. Тщательно выделяют и ушивают подкожную порцию жома. Этим рядом швов покрывают более глубоко расположенные ткани. Рану ушивают в радиальном направлении отдельными узловыми шелковыми швами; остается открытой дистальная четверть длины раны. Если отмечается натяжение тканей, накладывают поддерживающие шелковые швы по Аминеву через все слои тканей. Через отдельный прокол сверху от операционной раны в глубину ее подводят микроирригатор для фракционного орошения раствором антисептика (диоксидин).

Данный метод фиксации сфинктера, наиболее распространенный, имеет недостатки: нарушение кровообращения П-образными швами, малая площадь соприкосновений тканей. В связи с этим мы отдаем предпочтение ушиванию сфинктера бок в бок. Для этого концы сфинктера выделяют не менее чем на 2 см, накладывают друг на друга, как полы сюртука, и ушивают. Такой способ уменьшает возможность расхождения ушитых частей сфинктера даже при развитии нагноения. Дренирование раны осуществляют описанным выше способом.

При выполнении сфинктеропластики иногда требуется иссечение кожного рубца и пластика перианальной кожи. Эффективны при этом иссечение рубца по типу треугольника с продлением разреза по основанию его и смещение мобилизованных краев кожи.

При величине дефекта сфинктера заднего прохода от 1/4 до половины окружности с локализацией его по передней или задней полуокружности производят сфинктеролеваторопластику. Недостаточность анального сфинктера в этих случаях обычно соответствует II-III степени. Переднюю сфинктеролеваторопластику выполняют при дефекте передней полуокружности сфинктера. После обработки стенки кишки и влагалища раствором йодната отчетливо выявляется граница между ними. Стенка влагалища имеет темно-бурый оттенок и контрастирует со слизистой оболочкой прямой кишки. Большие половые губы подшивают к коже промежности. Разрез кожи производят в поперечном направлении, а в случае отсутствия кожной перемычки - по границе слизистой оболочки прямой кишки и влагалища, дугообразно изгибая соответственно окружности заднего прохода до уровня жизнеспособных мышц. Ректовагинальную перегородку расслаивают на глубину 5-6 см с использованием гидравлической препаровки 0,25% раствором новокаина с добавлением на 1000 мл этого раствора 1 мл 1 % раствора адреналина.

Все манипуляции выполняют острым путем, тщательно оберегая целостность стенки прямой кишки и влагалища. Подобное выделение передней стенки прямой кишки при дефектах ректовагинальной перегородки до средней трети является достаточным для ее низведения; этим обеспечивается отсутствие раневых поверхностей со стороны просвета кишки. Затем выделяют мышцы, поднимающие задний проход, и рассекают покрывающую их фасциальную капсулу. На выделенную стенку прямой кишки накладывают два - три гофрирующих шва, максимально сближая выделенные боковые стенки, благодаря чему формируется заднепроходный канал.

Следующим моментом является ушивание мышц, поднимающих задний проход: захватывают до 1,5-2 см их толщины. Производят сфинктеропластику по одному из описанных выше способов. Рана принимает переднезаднее направление. Избыток задней стенки влагалища, если он образуется, иссекают с наложением отдельных кетгутовых швов, формирующих заднюю спайку. Край выделенной стенки прямой кишки подшивают к перианальной коже, кожную рану ушивают в переднезаднем направлении. Между швами вводят один-два выпускника из тонкой латексной резины, которые подтягивают на следующий, а окончательно извлекают на 3-4-й день.

У мужчин выделяют стенку прямой кишки из разреза, проведенного по передней полуокружности заднего прохода. Последовательность леваторо- и сфинктеропластики и выполнение ее аналогичны описанным выше. Для предупреждения повреждения уретры при иссечении рубцов необходима катетеризация мочевого пузыря.

Во время операции необходим тщательный гемостаз. При малейшей неуверенности в нем следует произвести дренирование раны силиконовыми трубками через контрапертуры латерально от линии швов на промежности. Выше через отдельные проколы вводят микроирригаторы для орошения раны раствором антисептиков. Через дренажные трубки осуществляют активную аспирацию содержимого. Удаляют их на 2-3-й день после операции, микроирригаторы извлекают на следующий день после удаления дренажных трубок. В тех случаях, когда при ушивании краев раны отмечается натяжение кожи, могут быть нанесены насечки острием скальпеля в переднезаднем направлении в шахматном порядке.

При локализации дефекта по задней полуокружности выполняют заднюю сфинктеропластику. Дугообразный кожный разрез производят, отступя 2 см от края заднего прохода, обнажают рубцово-измененные ткани сфинктера. Затем разрез продолжают книзу по средней линии (типа Т-образного). Пересекая заднепроходно-копчиковую связку, выделяют заднюю стенку прямой кишки и ее боковые поверхности на глубину до 5-6 см. В глубине раны отсепааровывают медиальные края мышц, поднимающих задний проход. На прямую кишку накладывают гофрирующие швы, суживающие ее просвет. Затем тремя - четырьмя швами ушивают мышцы, поднимающие задний проход, контролируют наличие аноректального угла со стороны просвета прямой кишки и производят сфинктеропластику с ушиванием заднепроходно-копчиковой связки. При отсутствии таковой ее формируют из рубцовых тканей. Рану послойно ушивают, в дистальную ее часть вводят резиновый выпускник и через отдельные проколы кожи - микроирригаторы для

фракционного орошения раны антисептиками. Резиновый выпускник удаляют на 3-4-й день после операции, а через день после этого извлекают микроирригаторы.

Повреждение боковой полуокружности сфинктера обычно сопровождается травмой и рубцовым перерождением мышц, поднимающих задний проход, что не позволяет произвести сфинктеролеваторопластику. В таких случаях следует выполнять сфинктероглютеопластику - замещение дефекта коротким лоскутом большой ягодичной мышцы. Производят полулунный разрез кожи длиной 5-6 см, отступя от края заднего прохода на 2-3 см. Из рубцов не вскрывая просвет кишки, выделяют стенку заднепроходного канала. Иссекают рубцы и мобилизуют края сфинктера.

Разрез из нижнего угла раны продолжают на 8-10 см вдоль проекция волокон большой ягодичной мышцы. Из ее медиального края выкраивают лоскут длиной до 7-8 см, толщина которого вдвое превышает поперечный размер выделенного сфинктера.

Свободную и проксимальную часть выделенного мышечного лоскута подшивают двумя - тремя швами к краям мобилизованного сфинктера. Кожную рану послойно ушивают с введением в дистальную часть выпускника из латексной резины, который удаляют через 2 дня после операции. Целесообразно орошение раны раствором антисептиков через введенный микроирригатор в течение 3-4 дней после операции.

При повреждении мышц запирающего аппарата прямой кишки, занимающем 3/4 или всю окружность, требуется хирургическая коррекция с использованием больших ягодичных мышц - глютеопластика. Операция заключается в формировании сфинктера заднего прохода длинными лоскутами большой ягодичной мышцы. При этом необходимо учитывать величину аноректального угла, так как различное расположение перемещаемых мышц вокруг прямой кишки влияет на его величину.

После обработки операционного поля и стенок прямой кишки в ее просвет вводят тампон, предотвращающий подтекание кишечного содержимого. Для удобства извлечения тампона его прошивают шелковой нитью, концы которой крепят зажимом к краю операционного белья. Разрез длиной до 20 см производят параллельно волокнам большой ягодичной мышцы, отступя от края заднепроходного отверстия на 4-5 см. Вдоль хода мышечных волокон из средней и нижней трети большой ягодичной мышцы выделяется мышечный лоскут шириной 8-10 см, толщиной у основания 4-6 см и в дистальной части до 2-3 см, длиной не менее 20 см. Обязательным условием является сохранение сосудисто-нервного пучка, располагающегося в медиальной трети мышечного лоскута. Жизнеспособность лоскута контролируют по цвету, истечению алой крови и сокращению при раздражении нервных волокон.

Раневую поверхность после гемостаза обрабатывают растворами антисептиков. От основания лоскута вокруг прямой кишки к месту фиксации отсеченной части его через дополнительный разрез прокладывают тоннель. Рану послойно ушивают, через отдельные проколы вставляют дренажные трубки для активной аспирации и выше них - микроирригаторы для введения антисептиков.

Возможна одноэтапная и многоэтапная пластика запирающего аппарата прямой кишки. В первом случае одновременно используют мышечные лоскуты обеих

ягодичных мышц, во втором - поочередно через 4-6 мес. Мы считаем более целесообразным» двухэтапные вмешательства, в пользу которых свидетельствует тяжесть операции с использованием лоскутов двух ягодичных мышц, опасность развития массивных гнойных осложнений, а также возможность дополнительной коррекции на втором этапе.

Тип расположения лоскутов большой ягодичной мышцы вокруг прямой кишки определяют следующим образом. При величине аноректального угла более 100° лоскуты размещают, как при выполнении операции Четвуда, так как проведение двух мышечных лоскутов сзади от прямой кишки значительно удлиняет заднепроходный канал и создает большой аноректальный изгиб. Операции Шомакера и Махова выполняют при величине угла менее 100° . При выраженных изменениях мышц тазового дна предпочтительна операция Махова с фиксацией дистальных концов перемещаемых мышц к лонным костям противоположной основанию лоскута стороны.

В тех случаях, когда имеется повреждение одной из ягодичных мышц, производят операцию Флоерхена. Из большой ягодичной мышцы выделяют лоскут шириной до 12 см, дистальный конец его расщепляют на протяжении 5-6 см. У основания расщепления лоскута накладывают кетгутовые швы для предотвращения дальнейшего его расслоения. Оба конца мышцы обводят вокруг прямой кишки через тоннели, сделанные в параректальной клетчатке, с фиксацией их между собой с противоположной стороны из радиального разреза кожи. Операцию заканчивают послойным ушиванием раны после проведения дренажных трубок и микроирригаторов.

Однако при повреждении больших ягодичных мышц использовать их для формирования запирающего аппарата прямой кишки нельзя. Существует ряд операций для создания запирающего устройства из фасциальных полосок широкой фасции бедра (операция Фаермана) и др. Недостатком этих операций является необходимость активного сокращения больших ягодичных мышц, которое часто невозможно при их повреждении. Кроме того, фиксация фасциальных полосок к окружающим тканям снижает эффективность закрытия просвета кишки. Использование нежной мышцы бедра, длинной, но относительно тонкой и не обладающей достаточными усилиями для сокращения, также оказалось недостаточно эффективным. В связи с этим была разработана операция формирования запирающего аппарата прямой кишки из медиальной порции большой приводящей мышцы бедра. Она берет начало от седалищного бугра и прикрепляется к медиальному мыщелку бедра, имея две порции с автономным кровоснабжением и иннервацией. Медиальная порция имеет продольное расположение волокон, совпадающее с осью бедра, а латеральная представляет собой короткие мышечные волокна, прикрепляющиеся к бедренной кости.

Операцию выполняют в положении больного на спине с разведенными в стороны нижними конечностями, согнутыми под углом $100-110^\circ$ друг к другу. По медиальной поверхности бедра, по нижнему краю нежной мышцы производят разрез кожи и подкожной клетчатки от паховой складки до медиального мыщелка бедра. По отведении нежной мышцы определяют большую приводящую мышцу бедра.

Медиальную часть ее после рассечения фасциального футляра отделяют от латеральной части. Выделение производят острым путем, не повреждая седалищного нерва, располагающегося в глубине раны между большой приводящей мышцей и длинной головкой сгибателя бедра.

Не доходя 4-5 см до места прикрепления мышцы к седалищному бугру выделение прекращают, так как именно здесь локализуется нервно-сосудистый пучок выделяемой части мышцы. Формируют фасциальное покрытие мышцы вокруг выделенной порции. Ушивают фасциальный футляр латеральной части мышцы. Спереди и сзади от заднего прохода, отступя 2 см от его края, производят радиальные разрезы кожи и подкожной клетчатки. От основания лоскута формируют тоннель вокруг прямой кишки, в который помещают выделенную мышцу, используя для этого произведенные разрезы. Свободный конец лоскута подшивают к мышце, образуя замкнутое кольцо. Рану дренируют силиконовыми трубками, через которые производят активную аспирацию раневого содержимого, и через отдельные проколы вводят микроирригаторы для орошения раневой поверхности растворами антисептиков.

При недостаточности сфинктера заднего прохода, сочетающейся со свищами прямой кишки, стриктурами заднепроходного канала, одновременно выполняют иссечение свища или стриктуры с пластикой запирающего аппарата по одному из описанных способов, в зависимости от величины дефекта. Обязательно дренирование раны и орошение ее растворами антисептиков. При наличии выраженного воспалительного процесса, гнойных полостей, ставящих под угрозу заживление раны после пластических операций, следует первым этапом выполнить операцию, направленную на ликвидацию свища и гнойных затеков, а затем произвести коррекцию анальной недостаточности. При распространенном воспалительном процессе лечение следует начинать с отключения пассажа кала через прямую кишку, наложив превентивную колостомию.

Превентивная колостома показана больным, которых готовят к оперативным вмешательствам с использованием больших ягодичных и бедренных мышц. Отключение каловой струи в 3-4 раза снижает частоту нагноения раны, создает оптимальные условия заживления. Закрытие стомы производят через 3-4 мес после выполнения последнего этапа операции по коррекции недостаточности запирающего аппарата прямой кишки. Предварительно путем введения жидкости в прямую кишку и исследования функции сформированного жома необходимо убедиться в эффективности проведенного хирургического лечения.

Послеоперационное лечение больных можно разделить на два этапа. Первый начинается с перевода больного из операционной в палату. На этом этапе назначают обезболивающие препараты, производят ежедневные перевязки, осуществляют профилактику или лечение местных и общих осложнений, задержку акта дефекации, давая норсульфазол и левомицетин по 0,5 г 4 раза в день, аскорбиновую кислоту по 0,3 г 3 раза в день. Первый стул у больных с сохраненным пассажем кала по прямой кишке вызывают с помощью вазелинового масла, назначая его по 30 г 3 раза в день, и высокой очистительной клизмы на следующий день после приема вазелинового масла. За 3-4 дня до этого расширяют пищевой режим: разрешают употреб-

ление отварного мяса, творога, яиц, бульона, сухарей до приема каш, овощей и других продуктов, содержащих клетчатку. Исключают из питания острые и соленые блюда, специи.

Очистительную клизму больным после сфинктеропластики ставят на 7-8-й день, после сфинктеролеваторопластики или формирования запирающего аппарата прямой кишки из мышц ягодичной области и бедра - на 10-11-й день. Последующие 5-7 дней больные продолжают получать вазелиновое масло, опорожнение прямой кишки осуществляется с помощью очистительных клизм. Постельный режим, который больные соблюдали до этого, отменяют после первого стула. Выписку производят через 1-1½ нед с момента отмены постельного режима.

Второй этап послеоперационного лечения начинается с периода заживления послеоперационной раны, так как хирургическим вмешательством лечение недостаточности сфинктера заднего прохода не кончается. У больных со смешанной формой недержания необходимо через 2-3 дня после первого стула провести комплекс консервативных мероприятий, направленных на компенсацию функции запирающего аппарата прямой кишки, включая лечение сопутствующих заболеваний толстой кишки. После окончания курса электростимуляции лечение продолжают амбулаторно.

Физические нагрузки ограничивают в течение 2-3 мес после сфинктеро- и сфинктеролеваторопластики и до 4-6 мес после использования мышц ягодичной области и бедра. Первый год после операции все больные находятся под диспансерным наблюдением, оценку функции запирающего аппарата производят каждые 6 мес. Больные со смешанной формой недостаточности и после пластики сфинктера заднего прохода большой ягодичной или приводящей мышцами бедра подлежат наблюдению в течение 2 лет с проведением курсов консервативной терапии дважды на протяжении первого года, а в дальнейшем в зависимости от состояния сформированного запирающего аппарата, но не реже 1 раза в год. Выбор метода лечения, основанный на всестороннем исследовании запирающего аппарата прямой кишки, динамическое наблюдение за больными и своевременное дополнительное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение позволили добиться выздоровления или улучшения функции держания у 96% больных.

ЭКТОПИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ

Эктопия заднепроходного отверстия - крайне редкий вид аноректального порока развития у взрослых, при котором нормально сформированное заднепроходное отверстие расположено на необычном месте, ближе к половым органам. Промежностная эктопия заднепроходного отверстия не подлежит лечению. Вестибулярную эктопию (анусвагиналис) в детском возрасте также не лечат, так как не нарушается функция прямой кишки и не развиваются осложнения заболевания.

Вопрос о тактике лечения вестибулярной эктопии у взрослых окончательно не решен. Эти больные, как правило, обращаются к врачу после полового созревания. В литературе описаны случаи вестибулярной эктопии у женщин, которые не знали о своем заболевании, вели обычный образ жизни, рожали. В связи с этим некоторые

авторы рекомендуют воздерживаться от активной хирургической тактики у этих больных. Однако большинство исследователей совершенно справедливо считают вестибулярную эктопию заднепроходного отверстия показанием к операции, так как расположение эктопированного заднего прохода вблизи от влагалища и уретры ведет к инфицированию половых органов и мочевыводящей системы. Кроме того, половое сношение у этих больных часто осуществляется через эктопированное заднепроходное отверстие. Истинную эктопию необходимо дифференцировать со свищевой формой атрезии. Дифференциально-диагностическим тестом в этом случае служит отсутствие функциональных отклонений у больных с врожденной эктопией заднего прохода. Исследование анального рефлекса всегда выявляет сокращение наружного сфинктера, окружающего эктопированное заднепроходное отверстие. При специальных функциональных исследованиях (сфинктерометрия, дилатометрия и электромиография) определяется нормальное состояние запирающего аппарата прямой кишки.

Наибольшее распространение при лечении больных с вестибулярной эктопией заднего прохода получила операция Стоуна. Суть этой операции сводится к перемещению нормально сформированного заднего прохода в место его обычного расположения. С этой целью циркулярным разрезом у заднепроходного отверстия выделяют дистальную часть прямой кишки вместе с мышечными волокнами сфинктера в отличие от операции, выполняемой при свищевой атрезии заднепроходного канала. На месте нормального расположения заднего прохода иссекают кожу в виде овала. Через эту рану проделывают тоннель и мобилизованную кишку перемещают в анатомически правильное положение, впереди лонно-прямокишечной мышцы. Перемещенную кишку фиксируют отдельными кетгутовыми швами к тканям промежности и перианальной коже.

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Под выпадением прямой кишки понимают выход кишки наружу за пределы заднего прохода. Выпадению прямой кишки способствуют слабость мышц тазового дна (предрасполагающий фактор) и повышение внутрибрюшного давления (производящий фактор). Повышение внутрибрюшного давления происходит при запорах, поносах, тяжелом физическом труде, затрудненном мочеиспускании, кашле. Способствовать выпадению прямой кишки могут геморрой и хронические воспалительные процессы (проктит, проктосигмоидит, неспецифический язвенный колит).

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).

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.

Диагностика основывается на жалобах больного и данных объективного его исследования. При натуживании больного, особенно в положении на корточках, выпадает слизистая оболочка или все слои стенки кишки в виде конуса. При пальцевом исследовании прямой кишки оценивают тонус сфинктера. Кроме того, выполняют ирригоскопию и ректороманоскопию.

Лечение. У детей для излечения выпадения прямой кишки обычно бывает достаточно применения консервативных мероприятий, направленных на борьбу с запорами, поносами, кашлем. Аналогичное лечение у взрослых в начальной стадии заболевания дает значительно худшие результаты, приходится прибегать к хирургическому лечению.

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 сочетании выпадения прямой кишки с недостаточностью анального сфинктера эту операцию дополняют тем или иным вмешательством, направленным на укрепление мышц тазового дна (сфинктеролеваторопластика). 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 дезэпителизированный кожный лоскут.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. Какие формы недостаточности сфинктера заднего прохода различают:

- 1) органическая и неорганическая
- 2) острая и хроническая
- 3) ректальная и параректальная
- 4) первичная и вторичная
- 5) промежностная и вестибулярная

2. Как называется операция подкожной имплантации под кожей вокруг заднего прохода серебряной проволоки:

- a) Тирша
- b) Кюммеля
- c) Зеленина
- d) Фаермана
- e) Стоуна

3. Какие отделы прямой кишки выделяют, кроме:

- a) анальный канал
- b) нижнеампулярный
- c) среднеампулярный
- d) верхнеампулярный
- e) ректосигмоидный

4. Какие клинические признаки делают сомнительной возможность произвести радикальное оперативное вмешательство при выпадении прямой кишки?

- a) асцит
- b) острая толстокишечная непроходимость
- c) пальпируемая опухоль
- d) увеличение паховых лимфоузлов
- e) кровотечение из прямой кишки

5. Среди причин, предрасполагающих к возникновению слабости сфинктера заднего прохода, первое место занимают:

- a) травмы
- b) функциональные нарушения
- c) аноректальные пороки развития
- d) геморрой
- e) трещины заднего прохода

6. Какие методы лечения следует применять при остром парапроктите?

- 1) массивная антибактериальная терапия
 - 2) физиотерапевтическое лечение
 - 3) экстренная операция
 - 4) плановая операция
- a) 1,2
 - b) 1,4
 - c) 1,2,4
 - d) 2,3
 - e) 1,3.

7. Наиболее распространенными методами лечения хронического геморроя являются:

- 1) хирургический - геморроидэктомия
- 2) консервативный - диета, свечи, микроклизмы
- 3) склерозирующая терапия
- 4) лигирование латексом, шелком
- 5) физиотерапия

8. Какие формы эктопии заднепроходного отверстия различают:

- 1) промежностная и вестибулярная
- 2) острая и хроническая
- 3) органическая и неорганическая
- 4) ректальная и параректальная
- 5) первичная и вторичная

9. Для исследования свищей прямой кишки применяются:

- 1) наружный осмотр и пальпация
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) прокрашивание свищевого хода и зондирование
- 4) фистулография
- 5) все перечисленное

10. Сколько степеней недостаточности сфинктера ануса различают:

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5
- 5) 6

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больной 29 лет поступил с диагнозом выпадения прямой кишки. Выпадение произошло 2 ч назад во время акта дефекации. В последние 2 дня у больного появи-

лись схваткообразные боли в животе и ложные позывы на стул. При осмотре больного хирург обнаружил, что из заднего прохода действительно выпадает около 15 см кишки, вывернутой слизистой оболочкой наружу. Однако анамнез заболевания и тщательное исследование места выпадения заставили хирурга изменить первоначальный диагноз и тактику лечения больного. Какой диагноз и на основании каких данных был поставлен? Какое лечение надо предпринять?

2. У больного 25 лет, лечившегося по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях, наступил рецидив заболевания. Что рациональнее всего выполнить:

- 1) назначить слабительные (сернокислая магнезия), свинцовые примочки, внутрь эскузан или аспирин, свечи с красавкой
- 2) сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
- 3) назначить анальгетики, на первые 2-3 дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, диету
- 4) удалить тромбированные узлы
- 5) применить склерозирующую терапию.

2. Больному 39 лет поставлен диагноз острого неосложненного парапроктита. Под каким обезболиванием лучше всего провести операцию:

- 1) под внутривенным наркозом
- 2) под местной анестезией
- 3) с применением сакральной анестезии
- 4) под перидуральной анестезией
- 5) с использованием любого вида обезболивания, кроме местной анестезии.

3. У больного 45 лет обнаружена острая анальная трещина без наличия осложнений. Какую консервативную терапию можно назначить больному:

- 1) нормализацию стула
- 2) лечебные клизмы
- 3) снятие спазма сфинктера
- 4) применение местно средств, способствующих заживлению раневой поверхности
- 5) все перечисленное.

4. У ребенка 5 лет обнаружена I степень выпадения прямой кишки. Что необходимо предпринять?

- 1) консервативные мероприятия, направленные на борьбу с запорами, поносами, кашлем
- 2) оперативное лечение
- 3) физиотерапевтическое лечение
- 4) наблюдение.

