

Захворювання товстої і прямої кишок.

Анатомо-фізіологічні дані товстої і прямої кишок.

Товста кишка, довжина якої складає 130 – 150 см. Вміст в товстій кишці ущільнюється, рідина всмоктується і повертається в систему кровообігу. Розщеплення, травлення і всмоктування їжі в товстій кишці не відбувається.

Є жирові підвіски (appendices epiploice). Найбільша кількість жирових підвісок зустрічається на сигмовидній кишці. При їх пересіченні в ході операції можна отримати інформацію про адекватність кровопостачання кишки.

Пряма кишка починається на рівні верхнього краю 3 крижового хребця і має довжину 12 – 15 см. По формі відповідає своїй назві лише в ранньому дитячому віці. У дорослих вона має два згини.

Площиною тазового дна пряма кишка ділиться на тазовий і промежинний відділи. В свою чергу тазовий відділ поділяється на 2 частини: інтраперітонеальну (надампулярний або ректосигмовидний відділ) довжиною 3 – 4 см і, підчеревинний (ампулярний відділ) довжиною 7 – 8 см. У вигляді анального каналу довжиною 3 – 4 см промежинний відділ прямої кишки закінчується анальним отвором.

Є 8 – 10 поздовжніх Морганієвих складок. Між ними знаходяться анальні крипти, в які відкриваються анальні залози.

Основною функцією прямої кишки є затримка і концентрація калу і газів до акту дефекації, що здійснюється складною замикаючою мускулатурою: внутрішніми циркулярними м'язевими волокнами, зовнішніми та внутрішніми сфінктерами та м'язом, що піднімає задній прохід.

Зовнішня венозна сітка розміщена під анодермою і зумовлює відтік крові через парні зовнішні та середні прямокишкові вени в систему нижньої порожнистої вени. Внутрішня венозна сітка забезпечує відтік крові через непарні верхні вени у ворітну вену.

Геморой.

Геморой (Haimorrhoids – кровотеча) – це захворювання, зумовлене розширенням судин прямокишкового венозного сплетення, гіпертрофованих печеристих тілець, з утворенням вузлів та кровотечею з них.

Хворіють переважно люди середнього віку від 20 до 50 років, хоч описані окремі випадки геморою у дітей. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки.

Етіологія і патогенез.

Розрізняють 2 групи факторів, що являються передумовою і сприяють виникненню геморою:

1. Анатомічні особливості будови венозної системи аноректальної ділянки;
2. Неблагоприсмний вплив екзо- та ендогенних факторів (*закрепи, кашель, блювота, вагітність, портальна гіпертензія, гіпертонія, пухлини*).

Існує декілька теорій виникнення геморою.

1. Механічна теорія. Геморой розвивається внаслідок застою крові і підвищення венозного тиску в органах малого тазу. Цьому сприяють фізичне перенапруження, тривале вертикальне чи сидяче положення, вагітність, закрепки, портальна гіпертензія, пухлини органів малого тазу.

2. Інфекційна теорія. Розвиток геморою відбувається внаслідок хронічного ендодобігу.

3. Теорія вроджених аномалій. Захворювання виникає внаслідок ембріональних вад розвитку вен гемороїдального сплетення (відсутність або недорозвиток венозних клапанів, анастомозів).

4. Теорія 2-х моментної дефекації. Геморой розвивається внаслідок тривалого натужування і підвищення внутрічеревного тиску у хворих з 2-х моментним актом дефекації.

5. *Теорія дисфункції артеріо – венозних анастомозів.* Внаслідок різноманітних факторів, що підвищують внутрічеревний тиск порушується функція артеріо – венозних анастомозів. Це сприяє розвитку гіперплазії печеристих вен (тілець), які є основою гемороїдальних вузлів.

Класифікація.

По етіології:

I. Вроджений, спадковий (у дітей).

II. Набутий:

1. Первинний – виникає без видимої причини.

2. Вторинний, симптоматичний – виникає внаслідок порушення відтоку із гемороїдальних сплетень.

По протіканню:

I. Гострий.

II. Хронічний.

По локалізації:

I. Внутрішній (підслизовий) – гемороїдальні вузли розміщені в підслизовому шарі вище гребінцевої лінії.

II. Проміжний – гемороїдальні вузли розміщені під перехідною складкою (лінією Хілтона).

III. Зовнішній – вузли локалізуються по краю задньої – прохідного отвору.

Клінічна симптоматика.

Хронічний геморой на протязі тривалого часу може бути безсимптомним. На початку захворювання появляються неприємні відчуття в задньому проході, відчуття стороннього тіла в прямій кишці, дискомфорт. Хворі скаржаться на відчуття тиснення, важкості, зуд в задньому проході. Ці симптоми виникають на фоні фізичної праці, порушеннях дієти, після вживання алкоголю, під час вагітності. Згодом з'являються виділення крові з прямої кишки, випадіння вузлів і біль. Часто кровотеча являється першим симптомом геморою. Кровлять, як правило, внутрішні гемороїдальні вузли, зовнішні вузли не кровлять. Спочатку хворі відмічають забарвлення калових мас кров'ю, або на туалетному папері, потім виділення крапель крові і, накінець, виділення крові у вигляді цівки з розбризкуванням її по стінках унітазу. Кровотеча появляється періодично.

Розрізняють **3 стадії геморою**:

1 стадія. Гемороїдальні вузли невеликих розмірів, підвищуються над рівнем слизової оболонки прямої кишки. Під час акту дефекації вузли можуть випадати, але самотійно вправляються.

2 стадія. Вузли великих розмірів з тенденцією до постійного випадіння при дефекації.

Самостійно не вправляються. Після дефекації хворі змушені їх вправляти.

3 стадія. Гемороїдальні вузли весь час в випавшому стані. При вправленні вузлів у пряму кишку, вони з'являються знову. Тонус сфінктера зменшений або відсутній. Слиз із випавшої слизової оболонки приводить до мацерації і виразкування шкіри в ділянці заднього проходу.

Оглядають хворого в колінно – ліктьовому положенні, на спині, на гінекологічному кріслі, на боці, навпрочіпки.

Внутрішні гемороїдальні вузли можна виявити пальцевим ректальним дослідженням.

Визначаються округлі пухлиноподібні утвори, що легко випорожнюються при надавлюванні. Вони, як правило, розміщені на 3, 7, 11 годинах циферблату годинника.

Лабораторними дослідженнями при хронічному геморої можна виявити анемію. При дослідженні ректальним дзеркалом та ректороманоскопії вузли мають червонувато – ціанотичне забарвлення.

У більшості хворих геморою протікає з періодичними загостреннями, у вигляді запалення, защемлення, тромбозу, некротизування вузлів. Такий стан розцінюється як **гострий геморой**.

Запалення гемороїдальних вузлів. Хворі скаржаться на пекучий біль в задньому проході, що підсилюється при дефекації, ході і, особливо, при сидінні. Тому хворі приймають вимушене положення на боці чи животі. Інколи дефекація затруднена. Часто появляються домішки в калі.

Порушується загальний стан, підвищується температура до 37-38 °С, з'являється лихоманка.

При огляді анальної ділянки шкіра над зовнішніми гемороїдальними вузлами гіперемована,

набрякла. Гемороїдальні вузли збільшені, щільні, закривають вхід в пряму кишку.

Пальпація вузлів різко болюча.

Запалення з тромбозом вузлів. Ця форма гострого геморою характеризується *випадінням, защемленням з послідовним тромбозом* внутрішніх гемороїдальних вузлів.

Біль інтенсивний, температура тіла підвищується до 38°C і більше. З'являються дизуричні розлади. Хворі бояться *їсти через болючість дефекації*.

При огляді в ділянці ануса визначається різко збільшені, синьо – багрового кольору, напружені гемороїдальні вузли. На поверхні деяких вузлів можна побачити ділянки некрозу і нашарування фібрину. Тканини навколо заднього проходу набряклі, напружені і різко гіперемовані.

Пальпація вузлів дуже болюча.

Пальцеве дослідження не можливе. Інструментальне дослідження протипоказане через можливість розвитку шоку чи тромбоемболії.

Запалення з некрозом вузлів. При цій формі геморою розвивається омертвіння вузлів.

Хворі скаржаться на постійний біль в задньому проході з іррадіацією в сідниці, промежину, низ живота. Утруднюється дефекація. Розвивається інтоксикація організму. Підвищується температура тіла до 39°C, появляється лихоманка, втрачається апетит, сон.

При огляді некротизовані зовнішні гемороїдальні вузли синьо – багрового кольору, збільшені, щільні, покриті фібрином з некротизованою слизовою оболонкою. В процес втягуються зовнішні вузли і запальний конгломерат займає всю окружність заднього проходу.

Пальпація вузлів різко болюча. Пальцеве чи інструментальне дослідження не можливі.

Гострий геморою може ускладнитися профузною кровотечею, гострим парапроктитом, пілефлебітом, абсцесами печінки, легень.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Всі неускладнені випадки зовнішнього та внутрішнього геморою з рідкими незначними кровотечами підлягають консервативному лікуванню. При появі кровотечі, запаленні вузлів проводять загальну і місцеву гемостатичну та протизапальну терапію.

При стійких повторних кровотечах, що не піддаються консервативному лікуванню, при геморої з частими випадіннями та защемленнями, запаленнями та кровотечами, виразкуванні вузлів, при наявних великих гемороїдальних вузлах хворі підлягають оперативному лікуванню.

При невеликих, не випадючих, періодично кровоточивих, але не запальних внутрішніх гемороїдальних вузлах можна провести ін'єкційний метод лікування склерозуючими розчинами.

У хворих похилого віку із соматичними ускладненнями при протипоказах до операції, при наявності великого одиночного випадючого вузла можна використати лігатурний метод лікування.

При гострому тромбозі зовнішніх гемороїдальних вузлів, при відсутності інфікування можна провести тромбектомію. Оперативне лікування проводиться при некрозі защемлених вузлів, приєднанні гострого парапроктиту.

Консервативне лікування.

Хворим призначають знеболюючі препарати, теплі сидячі ванночки, ректальні свічки, жирові мікроклізми з олією, бавовняного та шипшинового масла, рибного жиру, мазі Вишневського, масляно – бальзамічні пов'язки.

В комплекс лікування включають фізіотерапевтичні процедури: дарсонвалізація, лазерне – гелій – неонове опромінення, висхідний душ.

При неускладнених формах геморою застосовують ін'єкційний метод лікування склерозуючою терапією. Для цього використовують розчини варикоциду, новокаїн – спиртовий, карболової кислоти, йоду, спирту, хініну, сечовини. Хворому напередодні ввечері і зранку ставлять очисну клізму. В колінно – ліктьовому положенні з допомогою аноскопа довгою голкою на глибину 1,5 см роблять ін'єкцію склерозуючого розчину в верхній полюс кожного гемороїдального вузла.

Використовується також кріодеструкція гемороїдальних вузлів рідким азотом при температурі – 160°C протягом 2-3 хвилин на кожен вузол.

Хірургічне лікування. Показаннями до операції являються: повторні кровотечі, що не піддаються консервативному лікуванню; повторні випадіння, запалення, защемлення вузлів, виразкування,

великі вузли, що порушують акт дефекації.

Операція проводиться після передопераційної підготовки (легкозасвоювана безшлакова дієта, напередодні, ввечері і зранку, ставлять очисну клізму) під наркозом, чи спінальною або сакральною анестезією

Методи оперативного лікування:

1. Перев'язка гемороїдальних вузлів.
2. Висічення окремих гемороїдальних вузлів.

Метод М. С. Суботіна. Вузол захвачують кровозупинним затискачем і відтягують. Під затискачем основу вузла прошивають декількома кетгуттовими швами. Після відсічення вузла шви зав'язують.

Метод Л. В. Мартинова. Відтягнувши вузол затискачем, розсікають основу його на 2/3. Вузол перев'язують і відсікають. На шкірну рану накладають вузлові шви.

Метод Мілігана Моргана.

3. Циркулярне висічення слизової оболонки разом з гемороїдальними вузлами.
4. Висічення гемороїдальних вузлів в підслизовому шарі.

В післяопераційному періоді перевага надається активному веденню хворого. Призначається легкозасвоювана безшлакова дієта.

Перев'язка проводиться на 2 і 4 день після операції. Якщо на 4 – 5 день немає стільця, ставиться клізма з вазеліновим маслом, або очисна клізма. З 4 дня щоденно проводяться перев'язки після сидячої ванночки з розчином антисептиків.

На рани хворим призначають УВЧ, хвойні ванни, висхідний душ, купання в басейні.

Ускладнення раннього післяопераційного періоду: кровотеча, тромбоз вен малого тазу, проктити, парапроктити.

В пізньому післяопераційному періоді можуть виникати: стеноз анального отвору внаслідок рубцевих стріктур та недостатність функції анального жому.

Тріщина прямої кишки.

Тріщина прямої кишки - (fissura ani)-це щілиноподібний, радіально розміщений, різко болючий дефект прямої кишки на місці переходу слизової оболонки в шкіру.

Анальна тріщина є одним із самих поширених захворювань прямої кишки.

Етіологія і патогенез.

Анальна тріщина виникає внаслідок особливості анатомічної будови анального каналу. Останній розміщений під кутом до крижово-куприкового згину, а м'язевий шар в ділянці задньої стінки прямої кишки виражений слабо. Це сприяє пошкодженню каловими масами задньої стінки.

Утворенню анальної тріщини сприяють запальні захворювання анального каналу (папіліти, сфінктеріти, криптіти, проктіти), механічні пошкодження прямої кишки сторонніми тілами, захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ентероколіти), специфічні захворювання (туберкульоз, сифіліс). Анальна тріщина може виникнути внаслідок інструментальних маніпуляцій (клізми, ректороманоскопія).

Згідно інфекційної теорії в анальних криптах затримується інфекція, яка внаслідок травмування протоків каловими масами поширюється на перианальну ділянку.

Класифікація.

За клінічною картиною:

1. Гостра
2. Хронічна

За локалізацією:

1. На задній стінці анального каналу(зустрічається у 90% випадків).
2. На передній стінці анального каналу.
3. Комбінована.

Клінічна симптоматика.

Біль є основним симптомом, що змушує хворого звернутися до лікаря. Біль нестерпний, ріжучий, пекучий, іноді пульсуючий. Часто хворі втрачають сон і працездатність. Біль виникає в момент дефекації або через декілька хвилин і триває декілька годин, внаслідок чого виникає страх перед актом дефекації. У жінок біль іррадіює в ділянку сечового міхура, матки, в крижово-куприкову ділянку, нижні відділи живота, нижні кінцівки. Це приводить до явищ аменореї або дисменореї. У чоловіків біль іррадіює в органи малого тазу, що приводить до дизурічних явищ і сприяє неправильній постановці діагнозу. Для зменшення болю хворі приймають вимушене положення з приведеними до живота ногами.

Внаслідок больового рефлексорного спазму сфінктера виникають закрепи, внаслідок чого тріщина збільшується. Відмічається незначна кровотеча у вигляді декількох крапель. При цьому кров не змішується з калом, а знаходиться на його поверхні у вигляді смуг.

Огляд хворих проводиться в колінно-ліктьовому положенні, на боці чи гінекологічному кріслі. Хворому розводять сідниці. Як правило, на задній стінці анального каналу виявляється продовгуватий дефект слизової оболонки у вигляді заглиблення з продовгуватими краями.

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

При дослідженні ректальним дзеркалом та ректороманоскопом виявляється тріщина у вигляді трофічної виразки, овальної форми, розміщеної по ходу складок слизової оболонки, що починається на рівні перехідної складки і закінчується на рівні гребінцевої лінії гіпертрофованою анальною папіломою. Дистальний відділ закінчується на шкірі карункулою.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Консервативне лікування проводиться при первинних гострих тріщинах у жінок після пологів, у юнаків після одноразового закрепу, у хворих з важкою супутньою патологією.

Консервативне лікування.

Призначається легкозасвоювана дієта з виключенням спиртного, сидячі ванночки, ректальні свічки, лазеротерапія, фізіопроцедури.

Хірургічне лікування.

Ін'єкційний метод.

Висічення тріщини за методом І. Літмана.

Метод Габрієля. Тріщину висікають в межах здорових тканин трикутним розрізом з основою на перианальній шкірі. Горизонтальним розрізом 2,5-3 см викроюють шкірно-м'язевий клапот, який зміщують, прикриваючи рану і фіксуючи швами.

Метод Джод-Рабле.

Після операції в пряму кишку вводиться тампон з маззю Вишневського. Перша перев'язка проводиться на 2-й день, друга - на 4-й день. Призначаються ванночки з антисептиками, фіз. процедури.

Ранній післяопераційний період може ускладнитися кровотечею, парапроктитом, тромбозом вен тазу, пізній - порушенням функції замикаючого апарату.

Гострий парапроктит.

Парапроктит (Paraproctitis) – запалення клітковини, розміщеної навколо прямої кишки та заднього проходу.

Етіологія і патогенез. Парапроктит викликається переважно змішаною мікрофлорою. В 90% випадків зустрічаються стафілококи і стрептококи в поєднанні з кишковою паличкою. Специфічна інфекція є збудником парапроктиту в 1-2 % випадків.

Інфекція проникає в параректальну клітковину через анальні залози. Патогенні мікроорганізми попадають із просвіту кишки в протоки анальних залоз, руйнують їх,

уражають параректальну клітковину. Причиною парапроктиту є також пошкодження (мікротравми) прямої кишки та анального каналу щільними частинками калу, сторонніми тілами. Парапроктит може розвинутих гематогенним та лімфогенним шляхом при ангіні, грипі, гнійних захворюваннях.

Класифікація.

Найбільш поширеною і загальноприйнятою є класифікація А.М. Амінева.

По етіології:

1. Вроджені.
2. Набуті:
 - а) травматичні;
 - б) запальні;
 - в) симптоматичні;
 - г) пухлинні.

По анатомічних ознаках:

1. Відносно просвіту кишки:

- А) повні
- Б) неповні:
 - а) внутрішні;
 - б) зовнішні

2. Відносно зовнішнього сфінктера:

- а) внутрішньосфінктерні
- б) черезсфінктерні
- в) позасфінктерні

3. Відносно первинної локалізації запального процесу:

- а) підшкірні
- б) підслизові
- в) сіднично-прямокишкові
- г) тазово-прямокишкові

4. В залежності від розміщення зовнішніх та внутрішніх отворів:

- а) шкірні
- б) маргінальні
- в) отвір відкривається на передній каймі
- г) отвір відкривається в одній із крипт
- д) отвір відкривається вище крипти.

По характеру інфекції:

1. Вульгарні
2. Анаеробні
3. Специфічні.

По клінічному протіканню:

- 1) Гострий
- 2) Хронічний:
 - а) з норицями;
 - б) без нориць;
 - в) рецидивуючий.

Клінічна симптоматика.

Захворювання починається гостро, після короткого (не більше 3 днів) продромального періоду із нездужання, слабості, головного болю. З'являється *лихоманка, головний біль, наростаючий біль у промежині, тазу*. Якщо запальний процес в параректальній клітковині не обмежується і протікає *по типу флегмони*, виникають септичні ознаки. По мірі формування гнійника біль наростає і *приймає пульсуючий характер*. Цей період складає від 2 до 10 днів. Потім, якщо не лікувати, гнійник проривається в пряму кишку або на шкіру промежини. Прорив гнійника проявляється короткочасним покращенням

стану . Прорив гнійника на шкіру відбувається у 70% випадків.

Якщо гострий запальний процес виникає на фоні нориць, то таку форму називають хронічним рецидивуючим парапроктитом. В 30-70% випадків гострий парапроктит переходить в хронічний. Після розкриття гнійника внутрішній отвір залишається відкритим. На шкірі отвір не закривається і з нього періодично появляються сукровичні або гнійні виділення.

Підшкірний парапроктит. Це сама часта форма і складає 50% всіх видів парапроктитів.

Хворі скаржаться на біль в ділянці заднього проходу, промежині, що швидко наростає. Підвищується температура до 38-39°C, появляється лихоманка. Біль пульсуючого характеру, посилюється при зміні положення тіла, кашлі, дефекації. Відмічається затримка стільця, а при розміщенні гнійника спереду - дизуричні явища.

При огляді шкіра промежини на стороні ураження гіперемована. Радіальна складчатість біля заднього проходу згладжується. Збільшується вибухання шкіри, яке набуває кулеподібної форми. Якщо гнійник біля ануса, останній деформується, стає щілиноподібним, деколи зієє. В таких випадках настає нетримання газів, рідкого калу, підтікання слизу.

Пальпація різко болюча. У 50 % випадків визначається флюктуація.

Гострий підслизовий парапроктит.

Це найлегша форма парапроктиту. Зустрічається у 2 - 6% випадків. Хворі скаржаться на нерізкий біль в прямій кишці, що посилюється при акті дефекації. На протязі 1 неділі гній, як правило, проривається в просвіт прямої кишки і наступає выздоровлення. При огляді підслизовий парапроктит виявляється тоді, коли гній опускається нижче гребінцевої лінії. Тоді видно набряк відповідної півкružності ануса. При пальцевому дослідженні виявляють болючий, округлий, тугоеластичний утвір під слизовою оболонкою над гребінцевою лінією.

Сіднично-прямокишковий парапроктит. Зустрічається у 35-40% випадків. Спочатку хворі скаржаться на погіршення загального стану, лихоманку, поганий сон. Згодом появляється нечітка важкість і тупий біль в прямій кишці. До кінця 1-ї неділі стан хворого погіршується. Підвищується температура до 39-40°C.

Біль стає гострим, пульсуючим, посилюється при дефекації, різких рухах. При локалізації гнійника в зоні простати, сечовипускного каналу появляються дизуричні розлади. При огляді зміни можна побачити лише в кінці 1-ї неділі. Появляється набряклість, припухлість, легка гіперемія шкіри промежини. Ці симптоми свідчать про перехід процесу на підшкірну клітковину. Тоді глибокий тупий біль змінюється на гострий.

Пальпація. В перші дні ознак немає. Лише з появою набрякlostі, гіперемії шкіри промежини тканини стають тістуватими, пастозними, але і в таких випадках біль може не визначатись. В цей час появляється характерний симптом - значне посилення болю глибоко в тазі при пальпації м'яких тканин промежини поштовхоподібними рухами. При поширенні запалення на підшкірну клітковину пальпація промежини різко болюча. При пальцевому дослідженні в ранні строки виявляється потовщення і ущільнення стінки вище анального каналу, згладженість складок на стороні ураження. До кінця першої неділі інфільтрат вибухає в просвіт прямої кишки. Якщо процес поширюється на простату і сечовипускний канал, їх пальпація стає різко болюча.

При ректоскопії (обережній) на початку виявляється ущільнення стінки, гіперемія слизової оболонки в ділянці інфільтрату. Появляється ригідність стінки прямої кишки. Складки слизової грубі, інфільтровані. При прориві гнійника в просвіт прямої кишки можна виявити перфоративний отвір.

Тазово-прямокишковий парапроктит. Найбільш рідка і важка форма . Складає 1,9-7,5%. Захворювання починається поступово. Хворі скаржаться на погіршення стану, лихоманку, головний біль, біль в суглобах. Потім з'являється важкість і невизначений біль

в ділянці тазу або нижній половині живота. Біль може і не турбувати. Деколи біль незначний. Иррадіює в матку, сечовий міхур, почащується сечопуск. Біль не посилюється при рухах і при дефекації. З розвитком абсцесу біля посилюється. Тупий біль в ділянці прямої кишки і тазу супроводжується інтоксикацією, гектичною температурою, затримкою стільця, яка змінюється тенезмами. Накінець гній проривається і утворюється нориця. Зовнішні прояви гострого парапроктиту виявляються лише при поширенні процесу на ішіоректальну і підшкірну клітковину. Це настає не раніше 2-3 тижнів від початку захворювання. Якщо стінка прямої кишки руйнується, утворюється висока нориця. За тиждень до цього хворий відмічає болючі тенезми, виділення слизу з прожилками крові у випорожненнях.

При пальпації визначається болючість однієї з стінок прямої кишки (середньо- або верхньоампулярного відділу), тістувата консистенція, інфільтрація кишкової стінки або щільний інфільтрат за її межами.

При ректороманоскопії слизова над інфільтратом гіперемована, бархатиста, судинний малюнок сітчастої структури. При вибуханні інфільтрату в просвіт слизова гладка, без складок, легко і сильно кровить при доторкуванні тубусом ректоскопа.

Позаду-прямокишковий парапроктит. Можна розглядати як різновид тазово-прямокишкового.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Основним методом лікування гострого парапроктиту являється раннє хірургічне лікування із забезпеченням адекватного дренивання гнійника.

Хірургічне лікування.

При підшкірному парапроктиті проводять дугоподібний розріз над гнійником, з послідуною ревізією гнійника та дрениванням рани.

При сіднично-прямокишковому та тазово-прямокишковому гнійниках проводять широкий дугоподібний розріз в місці розм'якшення інфільтрату.

При тазово-прямокишковому парапроктиті, коли процес не поширюється на підшкірну клітковину, гнійник розкривають через пряму кишку в місці його розм'якшення. Операція аналогічна розкриттю абсцеса дугласового простору.

При наявності внутрішнього отвору операція розкриття гострого парапроктиту доповнюється висіченням крипти разом з внутрішнім отвором.

Хронічний парапроктит.

Хронічний парапроктит є наслідком гострого і характеризується наявністю норицевого ходу, перифокальних запальних змін в стінці кишки і клітковинних просторах.

Клінічна симптоматика.

Після розкриття гнійника ознаки гострого запалення зникають. Температура нормалізується або сте субфебрильною. Біль зникає, гнійні виділення з рани зменшуються. Стан хворого покращується. При цьому рана самостійно не заживає і з неї виділяється гній. Якщо на протязі 1,5-2 міс. рана не загоюється після розкриття, це свідчить про розвиток хронічного парапроктиту.

Хворі скаржаться на наявність рани на промежині. В минулому відмічають перенесений гострий парапроктит. Часто порушується психіка (дратівливість, безсоння) аж до розвитку неврастенії. Виникає зуд в перианальній ділянці, затруднення дефекації, нетримання калу.

При огляді відмічається асиметрія промежини і сідничної ділянки, що свідчить про запально-дегенеративний процес. У переважній більшості хворих виявляється один норицевий отвір.

При пальпації перианальної ділянки можна пропаль-пувати норицю у вигляді тяжа, що

йде від зовнішнього отвору до просвіту прямої кишки. Якщо нориця не пальпується, це свідчить про позасфінктерне її розміщення. По напрямку нориці можна визначити розміщення внутрішнього отвору. При натискуванні на шкіру промежини із зовнішнього отвору або з прямої кишки може виділятися гній.

Лабораторні та інструментальні методи діагностики

Всім хворим із хронічним парапроктитом проводиться *забарвлення нориці* 1% розчином метиленового синього. Для цього в анальний канал вводиться тампон. Через зовнішній отвір нориці вводять барвник під невеликим тиском. По розміщенню синьої плями на тампоні можна судити про локалізацію внутрішнього отвору. По кількості введеного барвника судять про порожнину гнійника.

При зондуванні нориці металічним зондом під контролем пальця можна визначити відношення ходу нориці до сфінктера.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікування хворих при хронічному парапроктиті тільки оперативне.

Хірургічне лікування.

Лігатурний метод. Використовується при інтра- або екстрасфінктерних норицях. Через норицю проводиться лігатура, якою зав'язують і перетискають м'які тканини. По мірі ослаблення лігатури, її затягують, і, таким чином, поетапно (на протязі 1-1,5 міс.) розсікають м'язеві волокна. Останні не розходяться, що забезпечує відновлення функції сфінктера.

Розсічення нориці. Використовують при підшкірно-слизових, інтрасфінктерних парапроктитах. Проводиться розсічення нориці на проведеному через неї зонді (операція Габрієля). Після розсічення норицевий хід видаляють. Шкіру над ним висікають у вигляді трикутника, вершина якого охоплює внутрішній отвір. Рану не зашивають.

Висічення нориці разом з внутрішнім отвором і з глибоким швом рани використовується при транс- і екстрасфінктерних норицях. При цьому відновлюється цілісність сфінктера.

Висічення нориці із закриттям внутрішнього отвору шляхом низведення слизової і ушиванням рани застосовується при екстрасфінктерних норицях. Операція Амінєва.

Пухлини товстої і прямої кишок.

Доброякісні пухлини товстої і прямої кишок об'єднують групи пухлин різного генезу, структури і клінічних проявів.

Доброякісні пухлини товстої і прямої кишок бувають:

- А) епітеліальні пухлини (аденома, ворсинчаста пухлина);
- Б) сполучнотканинні і м'язеві пухлини (фіброма, ліпома, міома);
- В) судинні і лімфатичні пухлини (гемангіома, лімфома);
- Г) непухлинні утвори (запальні поліпи, гранульоми, специфічні розростання при сифілісі, туберкульозі, псевдополіпи при дизентерії, амебіазі, регіонарному коліті);
- Д) кісти.

Поліп.

Поліп (polipus, poli - багато, pus - нога) - це патологічний пухлиноподібний утвір, що виступає над слизовою оболонкою або над поверхнею органу і зв'язаний з ним ніжною або своєю основою. Поліпи є самим поширеним видом доброякісних пухлин товстої і прямої кишок і мають найбільше практичне значення, так як відносяться до передракових захворювань.

Етіологія і патогенез.

Єдиного погляду на виникнення та розвиток поліпів немає. Всі запропоновані теорії можна об'єднати в декілька основних груп: 1) теорія спадкової передачі захворювання; 2) теорія ембріональної дистопії; 3) теорія запалення; 4) інфекційна (вірусна) теорія; 5) теорія аліментарних подразнень; 6) теорія професійних подразнень.

Величина поліпів коливається від розмірів просяної зернини до 10-15 см в діаметрі. Поліп, як правило, покритий незміненою слизовою оболонкою, але деколи може виразкуватися або некротизувати.

Макроскопічно поліп являє собою округлий утвір, блідо-рожевого або червоного кольору, на вузькій ніжці або більш широкій основі.

Частіше всього зустрічаються залозисті поліпи – аденоми і залозисто-ворсинчасті аденопапіломи. Гістологічно такі поліпи являють собою доброякісну гіперплазію слизової оболонки.

Класифікація.

1 група. Поліпи (одиначні, групові):

- а) залозисті і залозисто-ворсинчасті (аденоми і аденопапіломи);
- б) кістозно-гранулюючі (ювенільні);
- в) фіброзні поліпи анального каналу;
- г) гіперпластичні (міліарні);
- д) рідкі неепітеліальні поліпоподібні утвори.

2 група. Ворсинчасті пухлини.

3 група. Дифузний поліпоз:

- а) істинний (сімейний) дифузний поліпоз;
- б) вторинний поліпоз.

Клінічна симптоматика.

Поодинокі поліпи, як правило, протікають безсимптомно. Поодинокі поліпи сліпої, висхідної кишок є випадковою знахідкою при обстеженні, під час операції або при аутопсії.

Основним симптомом поліпів є *кишкові кровотечі*, які спостерігаються у 30-80% хворих. При ректальних поліпах *кров покриває оформлений стілець*. При вираженій кровотечі виникають тенезми і кров з калом виділяється у вигляді згустків. При поліпах проксимальних відділів товстої кишки кров змішується з калом і має темне забарвлення. Кровотечі частіше спостерігаються при групових і множинних поліпах. Кількість виділеної крові може коливатись від декількох крапель до 200-300 мл. Рідко такі кровотечі приводять до важкої анемії.

Часто у хворих спостерігаються *слизисті виділення*. Деколи можуть бути проноси, тенезми.

Багато хворих відмічають тупий, тягнучий біль у прямій кишці, що іррадіює в поперек, куприк.

Низько розміщені поліпи, особливо на ніжці, можуть випадати через задній прохід при дефекації або натужуванні і защемлюватися в анальному отворі. Тоді появляється сильний біль.

Великі поліпи можуть визивати обтурацію, інвагінацію.

Дифузний поліпоз являє собою важке системне захворювання, що характеризується малігнізацією поліпів у більшості хворих і має спадковий і сімейний характер. Захворювання проявляє себе в 20-25 річному віці.

Хворих турбують біль в животі, масивні виділення слизу з домішками крові з прямої кишки, періодичні великі ректальні кровотечі, з частими болючими проносами.

Хворі скаржаться на загальну слабкість, схуднення.

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

Ректороманоскопія дозволяє виявити навіть дуже дрібні поліпи прямої і сигмовидної кишки. При цьому проводиться біопсія.

З допомогою *фіброколоноскопії* можна виявити поліпи всієї товстої кишки.

Рентгенологічне дослідження – іригоскопія з тугим, або напівтугим заповненням кишечника.

При дифузному поліпозі проводиться ректороманоскопія, фіброколоноскопія з біопсією.

Рентгенологічно при подвійному контрастуванні виявляють велику кількість дефектів наповнення і “сотувий” характер рельєфу слизової оболонки, або зернистий рельєф.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Основним методом лікування являється хірургічний. КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ проводиться лише хворим похилого віку або з важкою супутньою паталогією, а також при ювенільних поліпах, що не малігнізують, та при поліпозі всього шлунково-кишкового тракту. Для цього використовується настій чистотілу в клізмах. Проводять 2-8 циклів по 15-20 лікувальних клізм. Для приготування клізми беруть 0,75 г зеленої маси чистотілу на 1 кг маси хворого, додають кип'яченої води із розрахунку 1:10. Лікувальну клізму ставлять після очисної. Лікувальний розчин затримують 1-2 години.

Хірургічне лікування.

Хірургічні методи лікування при одиночних поліпах.

1. Трансанальне видалення поліпів проводиться при розміщенні поліпа на віддалі до 10 см від заднього проходу.

2. Електрокоагуляція через ректороманоскоп застосовується при поліпах, розміщених в межах 30 см від заднього проходу. Операцію виконують в коліно-ліктвовому положенні. Поліп захвачують щипцями, і поступово коагулюють до основи. Після операції призначають холод на живіт, легко засвоювану дієту, синтоміцин, норсульфазол.

3. Електрокоагуляція через фіброколоноскоп за допомогою петлі використовується при проксимально розміщених поліпах товстої кишки.

4. Електрокоагуляція поліпів через колостомічний отвір використовують при множинних поліпах.

5. Резекцію товстої кишки аж до правобічної чи лівобічної геміколектомії застосовують при групових і множинних поліпах.

Хірургічні методи лікування при дифузному поліпозі.

1. Трансанальне висічення або електрокоагуляція через ректороманоскоп .

2. Висічення ураженої слизової оболонки кишки (операція Уайтхеда) використовується при локалізації поліпів до 15 см від заднього проходу.

3. Резекцію окремих сегментів кишки проводять при обмежених ураженнях поліпами.

4. Субтотальна колектомія з ілеоректоральним або ілеосигмовидним анастомозами проводиться при поширеному дифузному поліпозі.

Ворсинчаста пухлина.

Ворсинчаста пухлина - це доброякісна епітеліальна пухлина, що характеризується екзофітним ростом з утворенням сосочків та високою схильністю до малігнізації.

Клінічна симптоматика.

Хворі скаржаться на тенезми, біль, випадіння пухлини з прямої кишки. Характерним симптомом є виділення великої кількості прозорого скловидного калу. Кишковий слиз містить велику кількість калію, тому у таких хворих може розвинути важка гіпокаліємія, навіть з летальним наслідком. Разом із слизом хворі відмічають виділення яскраво-червоної або темної крові. При пальцевому дослідженні визначається м'яка, тістувата, дольчаста, рухома пухлина.

Ворсинчаста пухлина рідко виявляється вище рівня очеревини. Частіше пухлина розміщується в прямій і початковій частині сигмовидної кишки.

При ректороманоскопії виявляється пухлина, що виходить із слизової оболонки,

розмірами від 1 до 10-15 см. Поверхня пухлини рожева, ніжна, бархатиста, покрита великою кількістю ворсин, слизу.

При рентгеноскопії виявляється дефект наповнення.

При лабораторних дослідженнях електролітного складу крові виявляють гіпокаліємію.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування. Лікування ворсинчастих пухлин тільки оперативне. При низько розміщених (до 8 см) пухлинах проводиться трансанальне висічення. У випадках високого розміщення (9-14 см) ворсинчастих пухлин, а також великих пухлинах на широкій основі проводиться задня прототомія.

Ліпома.

Ліпома –це доброякісна пухлина, що розвивається з жирової тканини товстої кишки. Зустрічається у осіб віком 40-60 років. Розміщується в підслизовому шарі, переважно у правій половині товстої кишки. Частіше всього ліпоми бувають одиночні, мають широку основу, покриті незміненою слизовою оболонкою.

Клінічна симптоматика. Тривалий ріст пухлини часто нічим себе не проявляє. При клінічно виражених формах хворі скаржаться на біль в животі, закрепи, що змінюються проносами, деколи з домішками крові і слизу. При пальпації може визначатися пухлина, що легко зміщується, з гладкою поверхнею. Ліпома може ускладнитись гострою або переміжною інвагінацією з відповідними клінічними ознаками. Частіше ліпома діагностується при операції.

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

Лабораторні дослідження неінформативні. Рентгенологічно виявляють дефект наповнення, що зникає при роздуванні товстої кишки повітрям. Симптом зникнення при подвійному контрастуванні є найбільш характерним для ліпом.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікування ліпом хірургічне - економна резекція кишки.

Міома.

Міома - це доброякісна пухлина із внутрішнього або зовнішнього м'язевих шарів. Зустрічається дуже рідко.

Клінічна симптоматика.

Тривало протікає безсимптомно. Як правило, досягає великих розмірів і кальцинується. Великі міоми ускладнюються виразкуванням, кровотечею і порушенням прохідності кишечника. Можуть перероджуватись в міосаркому.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Проводиться резекція кишки.

Ангіома.

Ангіома – доброякісна судинна пухлина товстої кишки.

Класифікація.

Розрізняють солітарні ангіоми і ангіоматоз кишки.

Солітарні ангіоми - поодинокі обмежені ураження. Ангіоматоз характеризується судинними ураженнями, що займають обширні ділянки кишки і часто є проявом дифузного ангіоматозу органів травлення.

Клінічна симптоматика. Основним проявом судинних пухлин є періодичні або постійні кровотечі під час дефекації.

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

Лабораторними дослідженнями виявляють анемію. При ректороманоскопії можна

побачити темно - вишневого кольору вузли, що звисають в просвіт кишки з кровоточивою поверхнею.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікування хворих з гемангіомами - хірургічне. Проводиться резекція ураженої ділянки кишки з брижою.

Крім перерахованих доброякісних пухлин зустрічаються фіброми, лімфангіоми, ендометріоми.

Рак прямої кишки.

Серед злоякісних пухлин шлунково-кишкового тракту рак прямої кишки займає 3 місце після раку шлунка і стравоходу.

Етіологія. Причини виникнення раку в прямій кишці невідомі. Певну роль у виникненні раку прямої кишки відіграють одиничні і множинні поліпи, що розцінюються як істинний передрак, а також різні запальні захворювання (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона і інше). Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки.

Класифікація.

По макроскопічній будові.

1. Екзофітний.
2. Ендофітний:
 - а) виразкова форма;
 - б) виразково-інфільтративна форма.
3. Дифузно-інфільтративна форма.
4. Плоскоклітинний рак заднього проходу і шкіри промежини.

По мікроскопічній структурі.

I. Циліндричноклітинний (аденогенний).

1. Залозисті форми:
 - а) аденокарциноми;
 - б) аденокарциноми папілярного характеру;
 - в) аденокарциноми скіррозного характеру;
 - г) аденокарциноми слизистого характеру.
2. Солідні форми (вторинносолідуючі).
3. Дифузні форми.
4. Змішані форми.

II. Плоскоклітинний рак.

1. Орогіваючий.
2. Неорогіваючий.
3. Солідні форми (первинно солідні).

Міжнародна класифікація TNM.

T – первинна пухлина.

T₁ – пухлина, що займає 1/3 або менше довжини, або окружності прямої кишки і не інфільтрує м'язевий шар.

T₂ – пухлина, що займає більше 1/3, але не більше половини довжини або окружності прямої кишки, або що інфільтрує м'язевий шар, але не визиває обмеження зміщувальності кишки.

T₃ – пухлина, що займає більше половини або окружності прямої кишки або визиває обмеження зміщувальності, але не поширюється на сусідні структури.

T₄ – пухлина, що поширюється на сусідні структури.

По локалізації.

1. Аноректальний.
2. Ампулярний.
3. Супраампулярний.

Клінічна симптоматика.

Хворі скаржаться на виділення при дефекації з калом крові, слизу, гною. Виділення крові зустрічається у 90% хворих. Спочатку кров може виділятися у вигляді невеликих краплин, полосок на поверхні калу. Пізніше хворі відмічають виділення значної кількості крові, або великої кількості рідини типу м'ясних помий, або дьогтьоподібних калових мас із смердючим запахом. Постійна втрата крові приводить до анемізації хворих.

Порушення функції кишечника зустрічаються у 58% хворих, явища часткової кишкової непрохідності – у 20%. Хворі скаржаться на закрепи, проноси, або чергування закрепів і проносів, болючі тенезми з виділенням кров'янистого слизу, зміну форми калу, нетримання калу і газів.

Біль в задньому проході з'являється при проростанні пухлини в нервові сплетення або при порушенні прохідності кишечника.

Рак аноректального відділу прямої кишки рано поширюється на сфінктер, оточуючі тканини, багаті нервовими закінченнями. Тому у таких хворих рано проявляється біль, самостійний або зв'язаний з актом дефекації. З'являються постійні кровотечі внаслідок травмування пухлини каловими масами.

Внаслідок інфільтрації сфінктера пухлиною виникає звуження заднього проходу, нетримання або затруднене виділення калу.

Можуть виникати порушення сечопуску, аж до повної затримки сечі при поширенні пухлини на сечовипускний канал.

При анальному раку, внаслідок приєднання вторинної інфекції, можуть розвиватися парапроктити з утворенням нориць.

Рак ампули прямої кишки довгий час нічим себе не проявляє. Хворі скаржаться на виділення корві і слизу із прямої кишки, чергування слизистих проносів із закрепами, тенезми.

При раку супраампулярного відділу хворі вказують на патологічні виділення і порушення функції кишечника, що виникають пізніше, при виражених формах захворювання. При скіррозно-кольцевій формі у хворих виникає затруднення випорожнення кишечника у вигляді стійких закрепів. Деколи виникають чергування закрепів з проносами. Згодом з'являється повна непрохідність кишечника. Характерним для таких хворих є біль внизу живота. При виразкуванні пухлини турбують лихоманка, схуднення, анемія.

Екзофітні пухлини ростуть повільно, проявляються виділенням крові і слизу.

Ендофітний рак супроводжується розпадом тканин і проявляється підвищенням температури, розвитком анемії, запалних інфільтратів в малому тазу. Дифузно-інфільтративні пухлини поширюються в підслизовому шарі і тривалий час нічим себе не проявляють. В пізніх стадіях розвивається непрохідність кишечника.

При пальцевому дослідженні прямої кишки виявляють пухлину щільної консистенції, наявність виразкування з щільними валікоподібними краями, ригідність кишкової стінки, наявність крові на пальці. Пальцеве дослідження прямої кишки проводять в колінно-ліктьовому положенні, на спині і в положенні навпочіпки. Пальцеве дослідження прямої кишки навпочіпки, особливо при натужуванні, дозволяє визначити більш високо розміщені пухлини.

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Біохімічний аналіз крові.
4. Пальцеве дослідження прямої кишки.
5. Ректороманоскопія.
6. Іррігографія.
7. Дослідження біоптатів пухлини.

Ректороманоскопія дозволяє виявити пухлину на віддалі 30-35 см від анального отвору. При наявності раку видно горбкувату, щільну на дотик тубусом ректоскопу легко кровоточиву пухлину.

При екзофітних формах пухлини, що уражують ампулярний відділ, виявляється грибовидної форми пухлина, що росте в просвіт кишки. Ендофітні пухлини мають вигляд виразки з інфільтрованим дном і нерівними щільними краями і локалізуються в супраампулярному відділі прямої кишки. Дифузний рак виявляється у вигляді інфільтрації кишки по всій окружності у вигляді муфтоподібної трубки.

Ендоскопічне дослідження закінчується обов'язковим взяттям кусочка пухлини для гістологічного дослідження.

Рентгенологічне дослідження прямої кишки (ірригографія, ірригоскопія, подвійне контрастування) виявляють обривання складок слизової оболонки, пристінковий дефект наповнення, деколи з нішею, нерівність і ригідність стінок, звуження просвіту кишки з супрастенотичним розширенням, розширення ампули кишки, звуження.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Застосовують такі оперативні втручання.

1. Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки (за Кеню-Майльсом) ампулярного відділу в пізніх стадіях захворювання, при невеликих пухлинах інших відділів прямої кишки з множинними регіонарними метастазами.

2. Черевно-анальна резекція прямої кишки проводиться при пухлинах середнього і верхньоампулярного відділів прямої кишки, коли нижній край пухлини розміщується не ближче 8 см від заднього проходу.

3. Передня (внутрічеревна) резекція прямої кишки - показана при пухлинах ректо-сигмовидного відділу і невеликих пухлинах верхньоампулярного відділу. Операція заключається в мобілізації і резекції прямої кишки і дистального відділу сигмовидної з накладанням анастомозу кінець в кінець і зануренням його під тазову очеревину.

Комбіноване лікування.

Цей метод лікування раку прямої кишки являє собою поєднання передопераційного опромінення і послідувочої операції. Опромінення проводять фракційно по 600 рад на протязі 5 сеансів. Сумарна доза складає 3000 рад. Передопераційне опромінення значно підвищує ефективність оперативного лікування і покращує віддалені результати.

Паліативні операції. Такий вид операцій проводиться в неоперабельних випадках, коли є віддалені метастази (печінка, очеревина), які не можна видалити.

1. Протиприродній задній прохід накладається при неможливості видалити первинну пухлину і порушенні прохідності кишечника.

2. Паліативна резекція - видалення ураженої частини кишки в межах здорових тканин з лімфовузлами із залишеними віддаленими метастазами.