

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с
курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО

**Рецензия ДМН, профессора кафедры и клиника хирургических болезней
им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО Первой
Ольги Владимировны на реферат ординатора 1 года обучения
специальности хирургия Вотиновой Елены Сергеевны по теме:
«Аноректальные расстройства».**

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов. Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

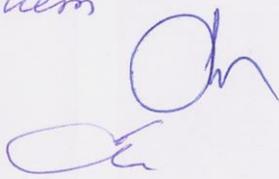
Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: *нет*

Дата: 15.02.2020

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО
Реферат

Тема: Аноректальные расстройства

Выполнила: ординатор 1 года Вотина Елена Сергеевна

Проверила: ДМН, профессор Первова Ольга Владимировна



Красноярск, 2020

Содержание

Введение

1. Геморрой

2. Анальные трещины

3. Абсцессы

4. Анальные свищи

5. Выпадение прямой кишки

6. Пилонидальный синус

7. Аноректальные опухоли

8. Инородные тела в прямой кишке

Литература

Введение

Существует ряд осложнений, вовлекающих аноректальную область; многие из них возникают в результате заболевания кишечника. При аноректальных осложнениях наиболее часто наблюдаются следующие симптомы:

1. Кровотечение
2. Запор
3. Понос
4. Выделения
5. Неполное опорожнение
6. Недержание
7. Боль
8. Выпадение

1. Геморрой

Геморрой является одним из самых частых осложнений. Внутренний геморрой представляет расширение подслизистого венозного сплетения в верхнем отделе анального канала. Это может определяться при сигмоскопии. Наружный геморрой — это результат расширения вен наружного края ануса; он виден при наружном осмотре.

Хотя причинный фактор геморроя не всегда известен, отмечается его связь с запором и напряжением при дефекации. Геморрой очень часто возникает во время беременности и может быть результатом застоя в венозной сети прямой кишки. Один из физиологических шунтов портальной системы включает геморроидальные вены. Следовательно, повышение давления в портальной системе (вследствие хронического заболевания печени) может обусловить дилатацию и формирование геморроидальных узлов. Возникающее в этой ситуации кровотечение крайне трудно контролировать. К геморрою могут приводить опухоли прямой кишки и нисходящего отдела толстой, которые часто ассоциируются с непроходимостью и тенезмами.

Клиническая характеристика

Неосложненный геморрой обычно бывает безболезненным; основная жалоба пациентов — безболезненные алые выделения при дефекации. Кровотечение чаще всего минимальное, кровь находят на поверхности или в каловых массах. Хотя геморрой является наиболее частой причиной ректального кровотечения, последнее может быть обусловлено и более серьезными факторами. Хроническое медленное кровотечение может оставаться незамеченным, но оно способно привести к анемии. Боль (если она присутствует) наиболее выражена в момент дефекации и проходит после нее.

По мере увеличения узлы могут пролабировать, что требует периодического их вправления больным. Может возникнуть пролапс; при этом больной жалуется на выделения и кожный зуд.

В том случае, когда пролапс не уменьшается, возможно, ущемление узлов. К другим осложнениям относятся сильное кровотечение и тромбоз. В том и другом случае отмечается крайняя болезненность, а также появление выраженного отека, который необходимо ликвидировать перед операцией. Может также наблюдаться изъязвление окружающей слизистой оболочки.

Лечение

В большинстве случаев лечение является местным и нехирургическим, если нет осложнений. Горячие сидячие ванны 3—4 раза в день существенно уменьшают боль и отек. После ванны необходимо тщательно вытереть анальную зону. После ванны используются обезболивающие мази или свечи. Больному не рекомендуется подолгу оставаться в сидячем положении. Целесообразно назначение слабительных. Адекватным лечением является использование слабительных после острой фазы. Весьма полезным может оказаться и добавление в пищу отрубей.

При выраженной симптоматике тромбированные внешние геморроидальные узлы можно лечить в ОНП: производится разрез над пальпируемым образованием и выделяется узел. Возможное кровотечение останавливается наложением давящей повязки. Поскольку обычно имеется много узлов, разрез снимает боль, но полностью не излечивает. Если боль не слишком сильная, то лечение может быть симптоматическим. Полное излечение наступает после удаления всех узлов. Наркотики могут использоваться лишь эпизодически, поскольку они усиливают запоры и ухудшают течение заболевания.

Хирургическое вмешательство при геморрое показано при некупируемых болях, длительном кровотечении, странгуляции и тромбозе. Оперативное лечение может включать введение склерозирующих веществ, перевязку узлов резиновыми нитями и иссечение.

2. Анальные трещины

Это частое осложнение представляет собой линейные язвы анального канала, которые начинаются на коже и иногда распространяются на область слизистой оболочки. Они часто сочетаются с потением окружающих тканей, в результате чего образуются характерные "пограничные бугорки", или гипертрофические сосочки. Наиболее часто они возникают по средней линии кзади от ануса; у женщин они могут располагаться и спереди. При ином расположении трещин следует думать о другой причине — изъязвлении неоплазмы, сифилисе, туберкулезе, болезни Крона и др. Наиболее часто трещина возникает в результате травмы при прохождении очень объемных или твердых каловых масс и сопровождается вторичным инфицированием. Она очень болезненна и часто сопровождается сильным спазмом анального сфинктера и уменьшением стула.

Клиническая характеристика

После дефекации возникает сильная боль, которая может длиться часами. Боль со временем стихает, но при каждом движении кишечника возобновляется. Спазм сфинктера и боль могут заставить больного избегать дефекации. Спазм может быть настолько сильным, что проведение пальцевого исследования становится невозможным. Визуальное исследование выявляет классическую линейную язву.

Лечение

Лечение направлено на уменьшение симптоматики, устранение спазма анального сфинктера и предотвращение образования стриктуры. Первые две цели достигаются с помощью горячих сидячих ванн (3—4 раза в день), а последняя — путем добавления в пищу отрубей, что способствует послаблению стула. Использование местных обезболивающих мазей (хотя оно и уменьшает симптоматику) не приводит к быстрому излечению. Мази, содержащие гидрокортизон, не только не способствуют выздоровлению, но даже могут усилить воспаление. В одном из обширных исследований

продемонстрировано заживление трещин при применении сидячих ванн и диеты с отрубями; ни анальгетирующие, ни гидрокортизонсодержащие мази не были эффективны. После дефекации необходим тщательный туалет ануса. Заживление происходит путем образования грануляционной ткани и реэпителизации зоны трещины. При длительном отсутствии заживления может потребоваться оперативное лечение. Целесообразной альтернативой может быть склеротерапия (в амбулаторных условиях).

3. Абсцессы

Абсцессы, как и свищи, чаще всего располагаются в периректальной и перианальной области. Они могут возникать в любом месте этой области.

Большинство абсцессов имеет выход в кожу. Они могут иметь внутреннее сообщение с прямой кишкой или анусом и дренироваться; спонтанное или неадекватное дренирование может привести к образованию свищей.

Ишиоректальные абсцессы возникают иначе. Ишиоректальная ямка образует объемное пространство по обе стороны прямой кишки, которое сообщается позади нее и распространяется кпереди над перинеальной мембраной к предстательной железе (у мужчин). Наличие инфекции в этой зоне случайно; она может попасть в зону, находящуюся на некотором расстоянии от кожи. Абсцессы могут быть достаточно большими; при осмотре перинеальной области определяется только "новообразование".

Большинство абсцессов этой области являются результатом закупорки анальной железы, расположенной у основания анальной складки, и в норме опорожняющейся в анальный канал. При обструкции заблокированная железа инфицируется и возникает абсцесс. При аноскопии возможно выявление воспаленных крипт. Существует ряд заболеваний, связанных с развитием абсцессов и фистул, в том числе гонококковый простатит, болезнь Крона и лейкоз.

Клиническая характеристика

В начале заболевания больной испытывает тупую боль или болезненные ощущения в ректальной или анальной зоне, которые усиливаются перед дефекацией и стихают после нее. Боль обостряется при повышении давления в прямой кишке, что наблюдается перед дефекацией.

По мере распространения абсцесса, увеличения его объема и приближения к поверхности кожи боль усиливается. Отмечается локальная болезненность, усиливающаяся при сидении или ходьбе.

Больной испытывает значительный дискомфорт и может иметь повышенную температуру. Возможно наличие напряженного новообразования или болезненной зоны покраснения с флюктуацией (или без нее). При ректальном исследовании определяется твердое новообразование. Может присутствовать лейкоцитоз.

Лечение

Проводится оперативное лечение. Дренирование должно быть ранним и активным. Все абсцессы в этой области дренируются в операционной. Только в условиях операционной возможно проведение адекватной анестезии, позволяющей сделать достаточный разрез и выполнить дренирование, которое может потребоваться. Лишь очень небольшие подкожные абсцессы могут лечиться тампонированием.

4. Анальные свищи

Анальные свищи (АС) представляют собой аномальное соединение ануса с поверхностью кожи, они выстланы грануляционной тканью с эпителием. Анальные свищи чаще всего обусловлены перианальными или исхиоректальными абсцессами. Однако они могут ассоциироваться с язвенным колитом, регионарным энтеритом и туберкулезом. Анальные свищи, открывающиеся кпереди, склонны к простому, прямому соединению

с анальным каналом, тогда как анальные свищи, открывающиеся кзади, следуют кривым, извилистым путем.

Клиническая характеристика

Пока анальный свищ остается открытым, происходит постоянное выделение сукровичного содержимого. Чаше анальный свищ периодически блокируется, что приводит к воспалению и образованию абсцесса, который может спонтанно прорываться. Абсцесс может быть лишь признаком анального свища.

Лечение

Единственным методом лечения является оперативное иссечение свища.

5. Выпадение прямой кишки

Различают три типа ректального пролапса (РП):

- 1) РП, вовлекающий только слизистую оболочку прямой кишки;
- 2) РП, вовлекающий все стенки кишки;
- 3) проникновение верхнего отдела прямой кишки в ее нижний отдел с выпадением части кишки в анус.

В первой группе ректального пролапса возникает в результате ослабления связи слизистой и подслизистой оболочек, что сочетается со слабостью анального сфинктера, а во второй и третьей — вследствие слабости тазовой фасции и мышц. Полное выпадение прямой кишки наблюдается в крайних возрастных группах, чаще всего у престарелых женщин. Пролапс слизистой оболочки часто сочетается с геморроем.

Клиническая характеристика

Большинство больных жалуются на пролапс, поскольку они чувствуют присутствие образования, особенно после дефекации или при стоянии и ходьбе. Профузное выпадение слизистой оболочки сопровождается небольшим кровотечением. Некоторые больные жалуются только на

выделения и кровотечение. Сопутствующая слабость анального сфинктера ведет к недержанию кала.

Лечение

У маленьких детей после соответствующей аналгезии и седации пролапс может быть редуцирован, а провоцирующий фактор устранен. Хирургическое вмешательство обычно показано во всех остальных возрастных группах, если только пролапс достаточно большой. При возникновении сосудистых нарушений может потребоваться экстренная операция.

6. Пилонидальный синус

Пилонидальный синус (ПС) или абсцесс возникает в верхней части ягодичной борозды, находящейся над крестцом. ПС образуется при пенетрации кожи волосами. Существование пилонидального синуса поддерживается наличием волос и повторным инфицированием. Хотя ранее полагали, что ПС имеет наследственный характер, в настоящее время его рассматривают как приобретенное осложнение. Хотя чаще всего ПС возникает до третьего десятилетия жизни, у небольшой части больных он наблюдается в четвертом десятилетии. Пилонидальный синус и абсцессы считают хроническим рецидивирующим заболеванием.

Карцинома является нечастым осложнением. Она чаще возникает у мужчин и обычно представляет собой хорошо дифференцированный ороговевающий рак.

Клиническая характеристика

Больные обычно испытывают определенный дискомфорт. При формировании абсцесса больные жалуются на боли. При обследовании в отсутствие абсцесса чаще всего находят отверстие с выступающими волосами.

Лечение

Оперативное лечение является методом выбора. Высока частота рецидивирования, хотя последние опубликованные данные свидетельствуют о том, что лечение в ОНП с использованием местной анестезии, с минимальным иссечением, тампонадой и перевязкой может быть успешным. Если осуществляется адекватное дренирование абсцесса и отсутствует панникулит, то добавление антибиотиков существенно не улучшает лечения.

7. Аноректальные опухоли

Аноректальные опухоли (АО) наблюдаются достаточно часто и нередко бывают злокачественными. Наиболее часто встречаются аденокарциномы анального канала. Ороговевающий рак и злокачественная меланома возникают в коже ануса, но встречаются реже. У больных с эпидермоидной карциномой ануса может присутствовать паховая аденопатия. Как правило, имеет место минимальное кровотечение; ярко-красная кровь обнаруживается в кале. Симптомами аноректальной карциномы являются похудание, анорексия, запоры, сужение диаметра каловых масс и тенезмы. Возможна также полная обструкция.

Аноректальные опухоли могут быть причиной пролапса и тенезмов. Возможно появление геморроидальных узлов. Опухоли могут проявляться как периректальные абсцессы или свищи.

В большинстве случаев при ректальном исследовании выявляется объемное образование; практически все опухоли обнаруживаются при сигмоскопии. По данным одного исследования, 80 % опухолей находилось в канале и 20 % — на анальном крае (эпидермоидная карцинома).

Ворсинчатые аденомы часто приводят к диарее и недержанию. Понос может быть обильным, и как следствие возникает гипокалиемия.

8. Инородные тела в прямой кишке

Медицинская литература изобилует описаниями случаев обнаружения в прямой кишке различных инородных тел. В большинстве случаев они выявляются при пальпации или сигмоскопии. Часть тел выявляется при рентгенографии брюшной полости. Для обнаружения инородного тела иногда необходимы снимки в нескольких проекциях.

Наиболее частым и серьезным осложнением является перфорация прямой или толстой кишки. Она может быть экстра- или интраперитонеальной.

Лечение

Хотя большинство инородных тел можно удалить в отделении неотложной помощи, в ряде случаев требуется операция. Если тело удаляется в ОНП, а его размеры или форма ассоциируются с перфорацией, то для исключения ятрогенной перфорации могут потребоваться сигмоидоскопия и(или) рентгенография. Для того чтобы убедиться в отсутствии перфорации, необходимо наблюдение в течение как минимум 12 часов. Возможны разрывы прямой кишки и ануса, что требует ушивания.

Для удаления тела необходимо расслабление сфинктера. Часто достаточно местной инфильтрационной анестезии сфинктера. Разумеется, целесообразна седатация. Присасывающий эффект, создаваемый инородным телом (таким как бутылка), устраняется путем проведения катетера за инородное тело и введения воздуха.

Литература

1. Военно-полевая терапия. Под редакцией Гембицкого Е.В. - Л.; Медицина, 1987. - 256 с.
2. Военно-морская терапия. Учебник. Под ред. проф. Симоненко В.Б., проф. Бойцова С.А., д.м.н. Емельяненко В.М. Изд-во Воентехпит., - М.: 1998. - 552 с.
3. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
4. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2012.
5. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2006.