**Теоретическое занятие 8-9**

**Основные симптомы и синдромы хирургических заболеваний брюшной полости и органов брюшной полости**

Чаще всего больные с заболеваниями прямой кишки предъявляют жалобы на боли в животе, в области прямой кишки, анального канала и перианальиой области, на наличие патологических выделений из заднего прохода (кровь, слизь, гной), на нарушение пассажа кишечного содержимого, изменение ритма, характера дефекации, формы каловых масс и некоторые другие.

Боли в области заднего прохода и промежности характерны для таких заболеваний, как анальная трещина, острый нарапроктит, острый геморрой; для ряда состояний, характеризующих анально-копчиковый болевой синдром, рака анального канала. Для выяснения причин, приведших к развитию боли, и для оценки ее характера необходимо определить интенсивность и длительность болей, их иррадиацию, связь с актом дефекации.

Патологические выделения из заднего прохода, такие как кровь, слизь и гной, — обоснованный повод для обращения к колоироктологу.

При геморрагии из прямой кишки необходимо: уточнить цвет выделяемой крови (темная, алая), определить связь кровотечений с дефекацией (до, во время, после, вне), примерное количество теряемой крови (следы на туалетной бумаге, чайная, столовая ложка, 1/2 стакана, весь унитаз в крови), наличие прожилок или сгустков крови в каловых массах. Выделение алой крови после стула характерно для хронического геморроя. Очень важен симптом выделения только крови из заднего прохода, без каловых масс, когда при позыве на дефекацию вместо кала выделяются сгустки крови. Это грозный признак, свидетельствующий о кровотечении, как правило, из левых отделов толстой кишки, что может быть связано с раковой опухолью, изъязвлением крупного полипа. Прожилки или вкрапления крови в кале могут быть связаны с наличием опухоли толстой кишки.

Выделение слизи из прямой кишки может быть обусловлено изменениями слизистой оболочки толстой кишки воспалительного характера, сопровождать хроническое выхождение наружу внутренних геморроидальных узлов, а может быть связано с наличием ворсинчатой опухоли прямой кишки или левой половины ободочной кишки. Нередко кровянисто- слизистые выделения, обусловленные развитием раковой опухоли прямой кишки, сопровождаются тенезмами — ложными позывами на дефекацию.

Выделение гноя из заднего прохода может быть обусловлено прорывом гнойника в просвет прямой кишки в связи с развитием острого иарапрок- тита или связано с формированием свища прямой кишки, опухолях прямой кишки.

Больные могут предъявлять жалобы на образование у края заднего прохода каких-то образований, «уплотнений», что может быть обусловлено развитием наружных геморроидальных узлов, анальных полипов, кондилом, «сторожевого бугорка» при анальной трещине, наружного отверстия свища прямой кишки, опухоли и др. Больных также беспокоит выхождение из заднего прохода каких-либо образований, чаще после акта дефекации, что может быть связано с формированием крупных внутренних геморроидальных узлов, полипов, опухолей и др.

Сбор анамнеза заболевания, конечно же, имеет чрезвычайно большое значение для понимания причин, которые привели к развитию патологического процесса в прямой кишке.

При объективном исследовании больного с заболеваниями прямой кишки особое внимание уделяется органам пищеварения.

Пальпация живота направлена на оценку состояния доступных отделов толстой кишки, рядом расположенных органов, паховых лимфоузлов. Сначала проводится поверхностная, бережная пальпация, которая в основном и позволяет определить патологический очаг, наличие или отсутствие перитонеальной симптоматики, зону болезненности, выявить новообразования, и лишь только после этого проводится глубокая пальпация.

Осмотр области заднего прохода, промежности и ягодичной области проводится в коленно-локтевой позиции либо на спине, в положении как на гинекологическом кресле, при хорошем локальном освещении. При этом пациент должен быть полностью раздет ниже пояса. Для обозначения локализации каких-либо патологических образований на стенках анального канала в колопроктологии принято правило циферблата часов, условно проецирующегося на область заднего прохода, в положении пациента на спине. При этом верхушка копчика оказывается на 6 часах но условному циферблату. Необходимо помнить об этом при осмотре больных в коленно-локтевой позиции и правильно фиксировать расположение тех или иных образований.

Пальцевое исследование прямой кишки обязательно для всех больных с подозрением на заболевания толстой кишки. Оно предшествует любым инструментальным, эндоскопическим, рентгенологическим и другим видам исследований. Исключение составляют больные с резко выраженным гипертонусом анального сфинктера (анальная трещина) до купирования болевого синдрома и со стриктурами заднего прохода.

Пальцевое исследование прямой кишки выполняют в положении пациента в коленно-локтевой позиции, в левой латеропозиции с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, на спине, на корточках. Перед исследованием область заднего прохода и палец в перчатке обильно смазывают вазелиновым маслом, а пациент должен полностью расслабить анальные сфинктеры. Указательный палец в прямую кишку необходимо вводить медленно, аккуратно, как бы подготавливая больного к этому исследованию.

При этом оценивается состояние стенок анального канала и дистального отдела прямой кишки, тонус анальных сфинктеров и мышц, составляющих диафрагму таза, наличие новообразований (если имеются), их размер и локализация, локальная болезненность, а также состояние ректовагинальной перегородки. Кроме того, в процессе исследования оценивается предстательная железа у мужчин и шейка матки у женщин, состояние параректаль- ной клетчатки (на наличие инфильтратов, абсцессов), характер кишечного содержимого на перчатке и патологические примеси (если имеются). У женщин большую пользу в интерпретации данных, возможной связи патологического образования с ректовагинальной перегородкой, может помочь бимануальное исследование через прямую кишку и через влагалище.

В среднем при пальцевом исследовании возможно определить новообразования, локализующиеся до 8—9 см от анокутанной линии. При использовании положения на корточках, когда пациент как бы «садится на палец» врача, возможно, оценить более проксимальные отделы прямой кишки, до 11 — 12 см от анального края, т.е. провести диагностику 2/3 прямой кишки — нижнеампулярного и среднеампулярного ее отделов.

Ценность этого простого исследования, которое возможно проводить в амбулаторных условиях, трудно переоценить — до 80% опухолей прямой кишки можно диагностировать уже на этом этапе обследования.

Аноскопия — эндоскопическое исследование анального канала и дистального отдела прямой кишки с использованием коротких эндоскопов.

Методика апоскопии позволяет осмотреть все стенки анального капала и дистального отдела прямой кишки, оценить цвет слизистой, состояние внутренних геморроидальных узлов, патологические новообразования этой области, визуализировать внутреннее отверстие параректального свища и другие изменения.

Ректпороманоскопия — обязательное исследование для подавляющего большинства пациентов, обратившихся к колопроктологу. Ректоромано- скопия проводится с использованием жестких эндоскопов различного диаметра и длины. Максимально возможно осмотреть до 30 см толстой кишки, т.е. всю прямую и дистальную часть сигмовидной кишки.

Тубус ректоскопа с введенным в него обтуратором обильно смазывают вазелиновым или любым другим инертным маслом. В коленно-локтевом или коленно-плечевом положении больного аккуратно, медленно, вращательным движением вводят аппарат в прямую кишку на 4—5 см, удаляют обтуратор и присоединяют окуляр. Все дальнейшие манипуляции выполняются строго под визуальным контролем.

Тубус ректоскопа продвигают в проксимальные отделы кишки, периодически инсуффлируя воздух, следуя за ее изгибами и огибая складки. Не следует во что бы то ни стало осматривать кишку на всю длину ректоскопа. При появлении выраженных болей во избежание повреждения кишки исследование нужно прекратить. Детальный осмотр стенок толстой кишки обычно проводят при выведении эндоскопа. Врач осматривает всю поверхность слизистой оболочки, оценивая ее цвет, складчатость, выраженность сосудистого рисунка, ее подвижность, диаметр, кровоточивость слизистой оболочки, расправляемость кишки при ипсуффляции воздуха, наличие или отсутствие патологических новообразований, их размер, локализацию. Через тубус ректоскопа проводится биопсия образований с помощью биопсийных щипцов, забор материала для цитологического исследования, элсктроэксцизия полипов. В настоящее время помимо традиционных используются безобтураторные ректоскопы разных диаметра и длины. Кроме этого, существует возможность выполнять видеоректоскопию с визуализацией картинки на экране монитора.

Колопоскопия — ведущий метод исследования толстой кишки (см. гл. 14) с помощью эндоскопического оборудования, которое позволяет осмотреть и оценить все ее отделы. Современные колоноскоиы основаны на цифровой методике передачи информации с отображением «картинки» на экран монитора, с возможностью приблизить и увеличить изображение тканей локального участка органа в несколько раз, а увеличительная {zoom-) эндоскопия позволяет добиться разрешения изображения до уровня гистологического исследования.

Все современные колопоскопы оснащены одним или двумя биопсионными каналами, через которые с помощью специальных щипцов и петель проводится биопсия тканей для исследования, элсктроэксцизия полипов, окрашивание образований, коагуляция кровоточащих сосудов и тканей и др. Колоноскопы бывают различной длины, от 160 до 200 см.

В настоящее время еще используются и фиброволоконные эндоскопы, однако возможности их ограничены и качество передаваемого изображения ниже.

Безусловно, информативность эндоскопического исследования во многом зависит от качества подготовки толстой кишки. Для этого применяют препараты с использованием растворимых полиэтиленгликолей (флит, фортране).

Ультразвуковая колопоскопия позволяет получить дополнительную информацию о патологии ободочной и прямой кишок. Она используется для дифференциальной диагностики опухолевых и воспалительных образований как в самой кишке, так и в окружающих ее тканях.

Однако следует отметить, что методика исследования весьма трудоемкая, длительная, требует хорошей подготовки толстой кишки, проводится после выполнения фиброколоноскопии, при которой и выявляются трудные для интерпретации образования. К тому же стоимость комплекта оборудования для эндосонографии толстой кишки достаточно высокая, поэтому широкого распространения в практической колопроктологии эта методика пока не получила.

Ирригоскопия была описана в гл. 14.

Проктография — рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, которое выполняют для определения состояния прямой кишки и ректосиг- моидного отдела. Ее назначают также с целью контроля состоятельности швов илео- или колоректального анастомоза и при реконструктивных операциях на прямой кишке.

Баллонная проктография — рентгеноконтрастное исследование с помощью эластичного баллона, введенного в прямую кишку. Это исследование проводится для определения состояния мышц тазового дна, ректовагинальной перегородки (ректо- целе) и для определения эвакуаторной способности прямой кишки.

Для проведения исследования в прямую кишку устанавливают эластичный баллон. Конструкцию размещают таким образом, чтобы дистальный ее отдел находился в анальном канале. В рентгеновском кабинете больной (больная) сидит на специальном рентгенонеконтрастном стуле. В баллон вводят водную взвесь сульфата бария объемом 150 мл и выполняют первый снимок. Затем пациента (пациентку) просят натужиться, имитируя акт дефекации для эвакуации баллона из кишки. При этом проводят серию снимков (лучше использовать рентгенокинематографию), наблюдая на экране монитора за выхождением баллона из прямой кишки. Оценку состояния мышц тазового дна проводят по определению аноректального угла, который зависит от тонуса лонно-прямокишечной мышцы. Его измеряют между проведенной осью прямой кишки и осью анального канала, сначала в покое (на первом рентгеновском снимке), а затем при натуживании. В норме (в покое) аноректальный угол равен 92° (+1,5°), при натуживания — 137° (+1,5°). Оценивают и состояние (пролабирование) ректовагинальной перегородки.

Дефекография — рентгенологическое исследование эвакуаторной способности прямой кишки с использованием рентгеноконтрастного вещества. Больному (больной) в прямую кишку вводят густой водный раствор сульфата бария объемом 150— 200 мл. В рентгеновском кабинете, сидя на специальном рентгенонеконтрастном стуле, пациент (пациентка) начинает тужиться, имитируя акт дефекации, и при этом проводится рентгенокинематографическая запись. Во время этого исследования оценивают состояние ректовагинальной перегородки (выявляют ректоцеле и «обструктивную дефекацию»), определяют структурные аномалии и функциональные параметры прямой кишки. Следующим этаном следует измерить количество эвакуированного бария, и по этому объему проводят количественную оценку эвакуаторной способности прямой кишки. Используются также радионуклидная и MPT-методики дефекографии.

МРТ-дефекография проводится для определения эвакуаторной способности прямой кишки, состояния мышц тазового дна, положения матки и мочевого пузыря, ректовагинальной перегородки (ректоцеле). В прямую кишку вводят 200 мл рентгеноконтрастного геля и выполняют первую серию томограмм. Во время МРТ пациент (пациентка) начинает натуживаться и пробует эвакуировать гель из кишки, имитируя акт дефекации. В этот период проводится вторая серия томограмм. Сравнивая полученные данные, оценивают положение мышц тазового дна, изменения ректовагинальной перегородки (ректоцеле, энтероцеле, цистоцеле), опущение матки, уретры, величину аноректального угла.

Фистулография (рис. 15.1) — рентгеноконтрастное исследование через наружное отверстие свища. Введение в свищ рентгеноконтрастных, в том числе водорастворимых, веществ (кардиотраст, йодолипол, урографин и др.) с последующей полипроекционной рентгенографией — для выявления связи свищевого хода с просветом прямой или ободочной кишки, окружающими ее органами и тканями. При этом определяют направление свищевого хода, его протяженность и разветвленность. Методика часто используется для дифференциальной диагностики заболеваний пара- ректальной клетчатки и крестцово-копчиковой области (свищи прямой кишки, эпителиальные копчиковые ходы).

Функциональные методы исследования проводятся для оценки моторной, резервуарной, эвакуаторной, запирательной, сенсорной функций прямой и ободочной кишок, а также сократительной и нервно-рефлекторной деятельности запирательного аппарата прямой кишки. Оценка тонической и сократительной активности мышц сфинктерного аппарата прямой кишки в современных условиях проводится с помощью специальных диагностических комплексов — полиграфов, обеспечивающих многоканальную регистрацию давления с помощью открытых перфузион- ных катетеров, с последующей компьютерной обработкой данных (рис. 15.2).

Определяют ректоанальный ингибиторный рефлекс, проводят ректотоиобаллонометрию с определением давления и физиологического объема первого и императивного позывов (оценка резервуарной функции прямой кишки), качественную и количественную оценку эвакуаторной функций прямой кишки.

Таким образом, для постановки правильного диагноза существует много дополнительных инструментальных и аппаратных методов исследования, но клинические данные и результаты объективного исследования (подробнее о них будет сказано дальше) порой имеют большое значение для постановки правильного предварительного диагноза и назначения необходимых исследований.

**Диагностика геморроя**

Геморрой может сопровождать ряд заболеваний, одно из которых рак прямой кишки, поэтому важно вовремя поставить диагноз. Кровотечение и боль в анальной области никогда не следует слепо приписывать геморрою.

Врачу необходимо тщательно обследовать пациента, чтобы поставить точный диагноз и назвать точные причины кровотечения и других симптомов. Для выделения геморроя из ряда других ректальных заболеваний и установления точного диагноза проводятся различные исследования:

Физическое обследование (внешний осмотр)

В кабинете колоректального хирурга проводят детальное обследование, которое является решающим для дальнейшей диагностики. Пациентов обычно обследуют в боковом положении, колени должны быть плотно прижаты к груди.

Некоторые больницы оснащены кабинетами в которых есть стол, который удерживает пациента в положении «вниз головой». Благодаря внешнему осмотру легко выявить тромбофицированный внешний геморрой, который часто проявляется как твердый, пурпурный узел. Тромбированный гермой может иметь язвы с кровоподтеками. Врач оценивает целостность сфинктера.

Цифровой ректальный осмотр часть сопровождается осмотром анального канала с помощью освещенного инструмента – аноскопа. Большинство пациентов испытывают небольшой дискомфорт во время прохождения процедуры. Люди с анальными трещинами могут испытывать небольшое кровотечение.

Пальцевое ректальное обследование

.

Пальцевое ректальное исследование проводится для выявления проблем с органами и другими структурами в области таза и низа живота. Во время осмотра врач осторожно вводит указательный палец правой руки в прямую кишку. Вторую руку он может использовать, чтобы надавить на низ живота или область таза для обследования.

Пальцевое ректальное обследование делается не только для выявления геморроя, но и сопутствующих заболеваний, мужчинам для проверки предстательной железы. Для женщин это является частью гинекологического обследования для проверки матки и яичников. Иногда врач таким методом может проверять состояние мочевого пузыря.

Во время данного обследования пациенту необходимо снять одежду ниже талии. Мужчины часто обследуются, наклонены вперед или лежа на левой стороне, подогнув колени к груди. Женщины же чаще всего лежа на спине на гинекологическом кресле. Данная процедура противопоказана пациентам с выраженным болевым синдромом и резким сужением анального прохода.

Колоноскопия

Данное исследование проводиться с применением колоноскопа, на конце которого есть специальная камера. Данная процедура может включать в себя использование щипцов для взятия небольшого образца тканей, который потом отправится в лабораторию для тестирования.

Ваш врач даст инструкции, как подготовиться к колоноскопии. Основное требование не есть за 12 часов до процедуры. За 24 часа возможна жидкая диета, которая включает соки, чай, бульон. Могут использоваться слабительные и клизмы для очистки пищеварительной системы. Колоноскопия имеет свои риски и осложнения. Основные из них, это непредвиденная реакция на анестезию и кровотечение во время диопсии.

Во время колоноскопии Вас переоденут в специальную одноразовую одежду. Седативное средство обычно выдается в форме таблеток. Во время процедуры вы будете лежать на боку. Врач будет направлять гибкую трубку (колоноскоп) в прямую кишку. Изображение, которое передает колоноскоп, врач будет наблюдать через монитор. Как только область детального обследования будет установлена, в толстую кишку врач начнет вдувать углекислый газ. Это даст более точное представление о состоянии тканей.

После колоноскопии может быть кратковременное вздутие живота, не рекомендуется водить машину 24 часа после процедуры.

Аноскопия

Чтобы выполнить аноскопию врач вставляет в анальное отверстие устройство, называемое аноскопом. Оно обычно изготовлено из пластика ( для одноразового использования) или нержавеющей стали ( подвергается стерилизации). Аноскоп позволяет врачу детально рассмотреть ткани в анал-ректальной области. Пациент должен лечь в позу эмбриона или наклониться над столом. Процедура безболезненна и не вызывает сильного дискомфорта.

Аноскопия может выявить ряд проблем, в том числе:

Абсцесс.

Анальные трещины.

Геморрой.

Полипы.

Рак.

Ректороманоскопия

Метод позволяет исследовать слизистую оболочку прямой кишки. Выявляет причины болей, трудностей с дефекацией, наличие внутреннего геморроя.

Процедура проводится инструментом колонофиброскопом, который позволяет детально изучить все отделы толстой кишки. За три дня перед процедурой нужно исключить из рациона трудноперевариваемую пищу и вечером перед днем проведения ректоманоскопии сделать клизму. Клизма должна быть объемом не более 1 литра и температурой 25-35 градусов. Избыток жидкости излишне растягивает стенки кишечника.

Ирригоскопия

Это метод контрастного рентгенографического обследования толстой кишки. Пациенту вводят через задний проход сернокислый барий и через 5-6 часов врач начинает проводить обследование кишечника. Благодаря жидкости на рентгене видно просветы затемненные участки, которые помогают определить общее состояние толстой кошки, присутствие новообразований.

Противопоказание к данному методу исследования:

Сердечнососудистые заболевания.

Беременность.

Язвенный колит в острой форме.

Анализы при геморрое

Проведение анализов позволяет провести наиболее эффективное лечение. Кроме общего анализа крови наиболее распространены 2 анализа:

Фекальный скрининг оккультной крови

Для данного анализа пациент должен собрать небольшой образец стула у себя дома или его собирает врач во время ректального обследования.

.За 3 дня перед проведением теста следует отказаться от употребления таких продуктов:

Красное мясо.

Дыня.

Брокколи.

Редис.

Хрен.

Данный тест выявляет наличие крови в пищеварительном тракте и позволяет врачу проводить дальнейшее лечение.

Копрограмма

Копрограмма позволяет исследовать стул больного человека и выявить воспалительные процессы в толстой кишке. Стул пациент собирает сам в специальную посуду и доставляет в лабораторию не позднее чем через 12 часов после испражнения. Нельзя брать материал на анализ после использования клизмы и введения свечей.

Исследование выявляет нарушения в работе кишечника и осложнения в работе пищеварительного аппарата. Может выявить наличие даже незначительного кровотечения в кишечнике, которое не видно ни пациенту, ни врачу.

В лаборатории исследуют:

Количество кала.

Форму.

Консистенцию.

Цвет.

Запах.

Наличие остатков непереваренной пищи.

Слизь.

Кровь.

Гной.

Наличие паразитов.

Анализ кала на скрытую кровь

В большинстве случаев данный анализ врач назначает, когда существует подозрение на рак. Пациент должен серьезно подойти к подготовке к анализу, ведь даже малейшие нарушения приведут к выдаче неправильного результата. Главное в подготовке диета, которую выпишет вам врач.

Диагностика выпадения прямой кишки

Выпадение всех слоев прямой кишки представляет собой инвагинацию прямой кишки от точки приблизительно на 8 см выше анального отверстия. Эта патология может возникать в любом возрасте, но чаще всего бывает у пожилых нерожавших женщин.

 Причина выпадения неизвестна. Пролапс обычно связывают с генерализованной слабостью тазового дна и нарушением функции сфинктера, а также состояниями, при которых повышается внутрибрюшное давление (например, при муковисцидозе).

Дифференциальную диагностику следует проводить с выпадением аденомы или других опухолей.

 Пролапс может привести к выраженному травматическому проктиту в дистальном отделе прямой кишки. Это состояние, конечно, отличается от описанных выше менее тяжелых степеней изолированного выпадения слизистой оболочки прямой кишки. Если пролапс незаметен в покое, то будет обнаруживаться при натуживании (возможно, пациенту надо будет сесть на корточки и напрячься). Даже при полном выпадении прямой кишки практически всегда возможно ее вправление.

Диагностика выпадения прямой кишки

Диагностирует данное патологическое состояние проктолог после проведения осмотра и следующих инструментальных диагностических исследований: манометрия; ректоскопия; колоноскопия.

Осмотр выявляет выпавший сегмент конусовидной или цилиндрической формы, который имеет красный или синюшный цвет и отверстие, расположенное в центре.

 При прикосновении к нему слизистая немного кровоточит и отекает. После вправления её внешний вид восстанавливается. В случае, если при осмотре выявить выпадение не удаётся, пациента просят натужиться для того, чтобы выявить патологию.