

СПРАВОЧНИКИ

СПРАВОЧНИК ПО КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Под редакцией профессора Ю.А. Шелыгина,
профессора Л.А. Благодарного



Москва
Издательство «Литтерра»
2012

УДК 616.35

ББК 54.134

С74

Авторы:

Ачкасов С.И., Благодарный Л.А., Бойко А.В., Болихов К.В.,
Дарьялова С.Л., Дрошнев И.А., Калашникова И.А.,
Камаева Д.К., Кашников В.Н., Михайлова Т.Л., Обу-
хов В.Н., Рыбаков Е.Г., Севостьянов С.И., Трякин А.А.,
Тюляндин С.А., Шелыгин Ю.А., Халиф И.Л.

С74 Справочник по колопроктологии/Под ред. проф. Ю.А. Шелы-
гина, проф. Л.А. Благодарного. — М.: Литтерра, 2012. — 608 с.

ISBN 978-5-4235-0069-6

В справочнике изложены современные представления об этиологии и патогенезе наиболее распространенных заболеваний толстой кишки, анального канала и перианальной области. Представлены наиболее часто используемые хирургические, лапароскопические и комбинированные методы лечения злокачественных и доброкачественных новообразований, воспалительных, функциональных и врожденных образований толстой кишки. Достаточно полно описаны схемы лучевой и химиотерапии злокачественных образований толстой кишки. Особое внимание уделено технологическим и малоинвазивным методам, применяемым во всех разделах колопроктологии. Освещены методики выбора кишечной стомы, особенности ее формирования и ухода за ней.

Справочник предназначен для ординаторов, аспирантов, колопроктологов, хирургов, онкологов и гастроэнтерологов.

УДК 616.35

ББК 54.134

При оформлении обложки использована репродукция картины Сальвадора Дали «Женская фигура у окна» (1925 г.)

ISBN 978-5-4235-0069-6

© Л.А. Благодарный, Ю.А. Шелыгин,
2012

© ООО «Издательство «Литтерра», 2012

© ООО «Издательство «Литтерра»,
оформление, 2012

Предисловие

Проблемы колопроктологии привлекают все большее внимание не только самих колопроктологов, но и хирургов, гастроэнтерологов и прежде всего онкологов. Это связано с неуклонным ростом заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности. В последние годы заметно увеличилась частота заболевания раком толстой кишки, язвенным колитом, дивертикулярной болезнью. Результаты лечения этих заболеваний достаточно часто заканчиваются формированием временной или постоянной кишечной стомы. Достаточно распространенное заболевание геморрой также не имеет тенденции к снижению.

Опубликовано достаточно много отечественных и зарубежных монографий, посвященных специальным разделам колопроктологии. Они являются основой для углубленного изучения отдельных заболеваний толстой кишки и приобретения всесторонних знаний о возможности лечения больных с подобными патологиями. Но для urgentных хирургических городских отделений и, особенно, районных больниц необходим краткий справочник — организованный источник информации, удобный для быстрого поиска, помогающий разрешить сложные ситуации. К тому же быстрое развитие технологий и лекарственных препаратов, внедряемых в практику колопроктологии, обуславливает необходимость выпуска такого издания.

Авторы поставили перед собой цель — создать такой справочник, который в полной мере отвечал бы интересам практических врачей. В нем суммирован огромный опыт, десятилетиями накопленный в Государственном научном центре колопроктологии и на кафедре колопроктологии РМАПО. Все, что нашло отражение в этой книге, испытано временем и в полной мере оправдало себя на практике.

Знакомство с последними достижениями в колопроктологии, несомненно, будет способствовать расширению кругозора отечественных колопроктологов и других специалистов в области заболеваний толстой кишки. Заслуживает внимания описание современных методов

исследования и выполнения малоинвазивных и лапароскопических вмешательств, применяемых для диагностики и лечения колопроктологических заболеваний. Крайне важен, интересен и познавателен раздел, касающийся формирования и ухода за колостомой, потому что он характеризуется многопрофильным подходом. Как подчеркивают авторы, он должен включать совместное участие колопроктолога, стоматерапевта и психолога.

Простое и доступное изложение вопросов этиологии, диагностики и лечения наиболее часто встречающихся заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности поможет начинающим и опытным хирургам и гастроэнтерологам в их многотрудной практической деятельности.

*Академик РАН, РАМН,
профессор, зав. кафедрой факультативной хирургии
Российского национального медицинского университета
им. Н.И. Пирогова
В.С. Савельев*

Глава I

Методы обследования пациентов с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности и методы подготовки толстой кишки к обследованию и операциям

I.1. Методы обследования пациентов с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности

Общеклиническое обследование имеет большое значение для установления диагноза и служит основой для выбора специальных методов исследования толстой кишки. Обследование пациентов следует начинать с выяснения жалоб, сбора анамнеза и общего осмотра.

Жалобы, предъявляемые пациентом на приеме колопроктолога, можно разделить на 4 основные группы.

- Боли.
- Нарушение стула.
- Повышенное газообразование.
- Патологические выделения из заднего прохода и области промежности.

Боли

Пациент может предъявлять жалобы на боли в животе. При этом они могут быть вызваны спазмом толстой кишки, ее расширением при кишечной непроходимости или воспалительным процессом. Болезненные ощущения могут возникать в проекции прямой кишки или в анальном канале. Они могут быть обусловлены опухолью, анальной трещиной, солитарной язвой прямой кишки, геморроем или острым парапроктитом.

Нарушение стула

Нарушение стула может проявляться его задержкой как в течение 3–4 суток, так и в течение 2–3 недель при

хроническом толстокишечном стазе. Стул может иметь неустойчивый характер, с чередованием плотной и жидкой составляющей. Ряд проктологических заболеваний, таких как воспалительные заболевания толстой кишки, проявляется учащенным жидким стулом.

Повышенное газообразование (метеоризм)

Эта жалоба может быть относительно безобидным проявлением нарушенного соотношения бактерий при синдроме раздраженного кишечника или дивертикулярной болезни. В то же время повышенное газообразование может быть грозной составляющей прогрессирующей кишечной непроходимости при опухолевом поражении толстой кишки.

Патологические выделения из области заднего прохода и промежности

Это не менее важный признак, требующий самого подробного выяснения. Патологические выделения могут быть представлены кровью — артериальной или венозной, скудной (в виде прожилок) и обильной (в виде сгустков и «кусков печени»). Необходимо обращать внимание на выделение слизи, что указывает на возможное проявление синдрома раздраженной кишки, ворсинчатой опухоли толстой кишки или слизееобразующего рака. Выделения гноя всегда являются проявлением хронического воспалительного процесса — хронического гнойного парапроктита, неполного внутреннего свища ободочной или прямой кишки при болезни Крона или дивертикулярной болезни.

Таким образом, перечисленные жалобы в комплексе с анамнезом заболевания и анамнезом жизни являются важным инструментом при первичном осмотре пациента. При подробном выяснении, с чем пациент связывает начало заболевания, когда появились первые симптомы, как развивалось заболевание и какова динамика изменения его проявлений, можно заподозрить его причину.

Анамнез жизни особенно важен в колопроктологии. Необходимо выяснить семейный, особенно онкологический, анамнез. Образ жизни самого пациента имеет большое значение — характер его питания и пищевые

предпочтения в ходе всей жизни, смена места жительства и проживание в экологически неблагоприятных зонах, а также работа на экологически вредном производстве или перенесенные заболевания, особенно инфекционные бактериальные и вирусные.

Пристальное внимание необходимо обращать на наличие в анамнезе заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, перенесенные операции и длительный прием различных препаратов (гормональных, нестероидных противовоспалительных, дезагрегантов). Разумеется, в группе повышенного риска заболеваний толстой кишки, особенно онкологических, находятся пациенты в возрасте старше 50 лет.

Осмотр

При обследовании пациента колопроктологом независимо от локализации патологического очага необходимо получить данные о состоянии организма и толстой кишки. Задача заключается не только в диагностике заболевания, но и в получении информации о сопутствующих или фоновых изменениях морфологического и функционального состояния всех отделов толстой кишки.

Только в некоторых ситуациях, при острых гнойных, воспалительных и других заболеваниях, требующих экстренной госпитализации или интенсивного срочного лечения, обследование толстой кишки может быть ограничено зоной поражения. Ведущими методами диагностики при этом являются осмотр и пальпация области поражения, пальцевое исследование прямой кишки и, при наличии показаний, ректороманоскопия. Подобная тактика применима при остром парапроктите, нагноении эпителиального копчикового хода и дермоидной параректальной кисты, повреждениях и инородных телах прямой кишки, остром воспалении или тромбозе геморроидальных узлов, острой анальной трещине.

В остальных случаях обследование пациента должно начинаться с общего осмотра. При подозрении на заболевание кишечника при осмотре можно установить общее вздутие живота, вздутие определенных его отделов, видимую на глаз перистальтику и др.

При осмотре легко обнаруживаются рубцы, свидетельствующие о ранее перенесенных операциях на органах брюшной полости или их повреждениях, наружные отверстия кишечных свищей, новообразования, выпячивающие переднюю брюшную стенку, и т. п.

Путем перкуссии можно установить скопление жидкости в брюшной полости (кровь, асцит), наличие газа в ней при повреждениях кишки, метеоризм, определить приблизительные границы инфильтрата.

Аускультация дает возможность услышать и оценить интенсивность перистальтики, обнаружить признаки пареза или спастической кишечной непроходимости, прослушать громкую пульсацию аорты далеко от средней линии живота при парезе или параличе кишечника и многое другое.

Пальпация живота — один из самых ценных методов исследования. Путем пальпации устанавливают напряжение мышц живота, определяют местоположение, размеры, консистенцию и подвижность новообразований кишечника, увеличение печени, например при ее метастатическом поражении, спастические сокращения петель кишок, асцит и т. п. Пальпацию следует проводить постепенно, во время выдоха, начиная с сигмовидной кишки как наиболее доступной для прощупывания, затем осматривают другие отделы ободочной кишки. Тонкая кишка при нормальном ее состоянии прощупыванию не поддается.

Затем приступают к осмотру промежности и крестцово-копчиковой области, следующий этап — пальцевое исследование прямой кишки (у женщин вначале влагалищное исследование, затем исследование прямой кишки) и ректороманоскопия. Указанная последовательность должна выполняться обязательно.

Вслед за традиционным изучением живота и паховых областей в положении больного на спине (лежа на кушетке) ему рекомендуется повернуться на левый бок и согнуть в тазобедренных суставах обе конечности или левую ногу. При этом положение врача остается прежним — сидя на стуле справа от больного. Проводится ориентировочный осмотр крестцово-копчиковой области и промежности (рис. I-1-1).

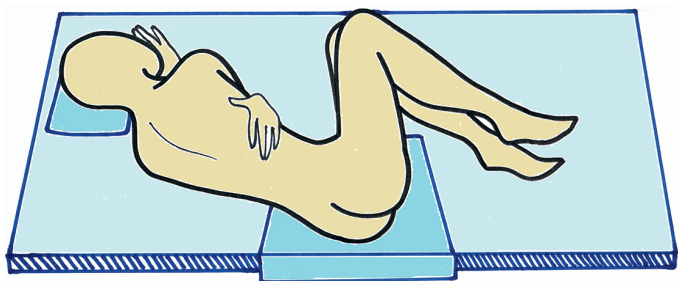


Рис. I-1-1. Положение пациента на боку

При осмотре лиц пожилого возраста, тучных, страдающих гипертензией и другими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также пациентов с патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата или резко ослабленных больных обследование следует проводить на кушетке, используя положение больного на боку.

Обследование в коленно-локтевом, или так называемом инвертном положении (лежа на животе на столе или гинекологическом кресле со слегка опущенным головным концом), весьма удобно и информативно у больных с заболеваниями крестцово-копчиковой области, заднего прохода и собственно прямой кишки (рис. I-1-2).

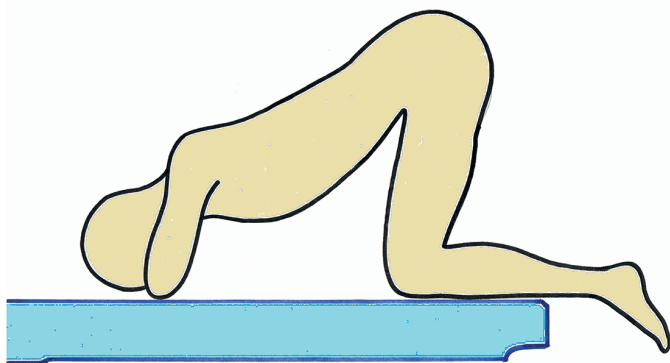


Рис. I-1-2. Пациент в коленно-локтевом положении