Реферат

на тему: «Прямая кишка: аномалия развития, повреждения и заболевания»

Аномалия развития

Врожденные уродства, связанные с пороками развития заднего прохода и прямой кишки (или того и другого), встречаются сравнительно редко, примерно у 1 из 5000 новорожденных (С, Д. Терновский). Различают полную атрезию прямой кишки или открытие ее просвета в необычном месте промежности либо в просвет какого-либо соседнего органа.

Наиболее часто встречаются полные атрезии заднего прохода или прямой кишки — в 57% всех врожденных дефектов промежности и тазовых органов (Б. В. Ларин). Клинические проявления при полной атрезии обнаруживаются довольно скоро. В результате брожения мекония возникающие газы вызывают растягивание кишечника, резкое вздутие живота, затруднение дыхания и цианоз. Это сопровождается беспокойством и Криком ребенка, рвотой пищей, а затем и меконием, икотой, судорогами. Если не произведена операция, скоро развиваются; явления истощения, коллапса, иногда перитонита, приводящие к смерти через 4—6 дней.

Клиническое значение свищевого хода из прямой кишки в промежность, в области мошонки или влагалища и его преддверия зависит от ширины свища: достаточно широкий свищ причиняет лишь неудобства и вызывает мацерацию при неопрятном содержании, ребенка; при узком свищевом ходе могут развиться явления непроходимости со всеми тяжелыми последствиями. Наличие свища в мочевой пузырь или в уретру, может привести к инфицированию мочевыводящих путей (тяжелому циститу и пиелиту), приводящему к смерти ребенка.

Диагностика атрезии заднего прохода и прямой кишки обычно не представляет труда. Отсутствие испражнений или их недостаточность, поступление кала из необычного хода заставляют заподозрить порок развития концевого отдела кишечника. При атрезии заднего прохода и близком прилегании растянутого слепого конца прямой кишки можно иногда видеть через кожу скопление мекония, просвечивающее синевой. Более высокая атрезия прямой кишки легко определяется на рентгенограмме, снятой при положении ребенка с поднятыми кверху ножками (газовый пузырь в полости малого таза). При сообщении прямой кишки с мочевым пузырем моча бывает смешана с меконием и имеет буровато-зеленоватый цвет, а при свище в уретру моча после первой мутноватой порции становится прозрачной.

Лечение простой атрезии заднего прохода при близком расположении прямой кишки сравнительно легкая задача. Продольным разрезом вскрывают тонкую фиброзную пластинку заращенного ануса (проктотомия). При более высоком расположении прямой кишки ее мобилизуют, низводят, вскрывают и, освободив от мекония, подшивают края ее к кожному разрезу, создав кожную и слизистую выстилку для анального канала (проктопластика). Вмешательство рекомендуется производить на 2—3-й день жизни ребенка. Очень высокое расположение слепого конца прямой кишки может потребовать комбинированной операции: мобилизации кишки сверху через срединную лапаротомию и вшивания низведенной кишки в края аноперинеального разреза. К таким более сложным операциям приходится прибегать и для разъединения внутренних свищей — пузырного, уретрального и высоко расположенного вагинального. При вестибулярном или промежностном и мошоночном свищах операция разъединения и создания естественного заднепроходного отверстия может быть выполнена через промежность. Нередко приходится разделить эти операции на два этапа ввиду тяжелого состояния ребенка: накладывают на сигмовидную кишку временный противоестественный задний проход, а затем (через несколько недель) выполняют основную операцию.

Летальность после операций по поводу простой атрезии заднего прохода не высока, но после более сложных вмешательств еще довольно значительна, напр. после операции по поводку атрезии со свищом в мочевом канале 32% (Б. В. Парин), а при комбинированных операциях еще выше. Функция держания кала достигается не всегда, и нередко требуются в дальнейшем дополнительные операции.

Изредка наблюдаются дермоидные кисты, проникающие из яичника в стенку и в просвет прямой кишки (ГО. Ю. Джанелидзе). В редких случаях можно наблюдать кисты и опухоли из смещенных в процессе эмбриогенеза эпителиальных элементов кишечника. Большей частью они располагаются позади прямой кишки, между нею и передней поверхностью крестца и копчика. Они могут стать источником развития позадикишечных раков, непосредственно не связанных с прямой кишкой (С. А. Холдин).

К врожденным порокам развития промежностно-копчиковой области следует относить и копчиковые эпителиальные ходы и кисты («пилонидальные кисты»). Они развиваются либо из остатков мозговой трубки, либо в результате инвагинации эктодермы в области копчика. Эти кисты выстланы эпителием и идут большей частью в краниальном направлении, но изредка и в каудальном. Они открываются в межъягодичной складке свищевым ходом, из которого иногда выступают волосы. При закупорке выхода слущившимся эпителием и скопившимся салом в результате инфицирования содержимого может развиться гнойное воспаление с переходом на окружающую клетчатку и вскрытием в виде дополнительных гнойных свищей. Заболевание встречается довольно часто и составляет примерно 10% парапроктитов, за которые его обычно принимают (А. Н. Рыжих, 1956), Расположение строго по средней линии со свищом в межъягодичной складке, отсутствие связи с прямой кишкой, довольно частое наличие волос, выступающих из свища, помогают отличить это заболевание от парапроктита. Радикальное лечение состоит в иссечении всей зоны распространения копчикового хода с окружающей воспаленной клетчаткой в пределах здоровых тканей с наложением сближающих края редких швов и дренажем или введением тампонов с мазью Вишневского.

Повреждения

Повреждения прямой кишки могут быть вызваны разными причинами. Сравнительно часто наблюдается разрыв сфинктера, анального канала и передней стенки кишки во время родового акта. Они легко ликвидируются, если немедленно после родов наложить швы. К нередким нарушениям целости кишечной стенки относится трещина заднего прохода.

При длительном существовании трещины, превращающейся в хроническую язву, и безуспешности консервативной терапии может возникнуть необходимость иссечения пораженных тканей.

Бытовые или профессиональные травмы прямой кишки наблюдают довольно часто. Они могут происходить в результате падения промежностью или задним проходом на острые или выступающие предметы, например колья плетня, железные трубы, ножки стульев, выступающие части сельскохозяйственных или фабричных орудий и приборов и т. п. Возможны также ранения стенки прямой кишки ломаным клистирным наконечником, термометром, деревянной палочкой, введенной для смазывания анального канала, или инородным телом при мастурбации. Наблюдалось введение бутылок в пьяном виде или с преступной целью. Наконец, изредка наблюдаются повреждения и разрывы стенки кишки в результате направления в нее струи сжатого воздуха с злонамеренной целью.

Ранящий предмет может проникнуть через задний проход или через мягкие ткани промежностной или ягодичной области. Рана обычно бывает загрязнена обломком ранящего предмета (щепка, земля и т. п.), внесенными обрывками одежды, а также содержимым кишки, мочой. Повреждение кишки может наступить и при переломах костей таза с разрывом кишечной стенки или отрывом кишки от анального кольца. Иногда такие повреждения сопровождаются одновременным нарушением целости мочевого пузыря, уретры или влагалища, что значительно осложняет последующее течение вследствие образования кншечномочевых или кишечно-влагалищных свищей. Различают внебрюшные повреждения прямой кишки без нарушения целости брюшины и такие, которые сопровождаются повреждением брюшины, а иногда и брюшных органов, в первую очередь, петель кишечника. Обширные повреждения с проникновением в брюшную полость или в сочетании с повреждением костей таза, пузыря или крупных сосудов могут сопровождаться тяжелым состоянием шока и значительной кровопотерей, болями в нижней половине живота, напряжением брюшной стенки, рвотой, учащением пульса и падением кровяного давления, холодным потом. Менее обширные повреждения внебрюшной или только промежностной части кишки переносятся вначале значительно легче и могут даже остаться в первое время незамеченными. В последующие дни в связи с развитием воспалительных явлений, образованием тазовой флегмоны или абсцесса развивается более тяжелое состояние с повышением температуры, болями и нарушениями функции кишечника, а также иногда мочеиспускания. При комбинированном ранении прямой кишки и пузыря или уретры возможно попадание газов и кала в пузырь и мочи в кишку.

Огнестрельные ранения

Прямая кишка в условиях войны составляют от 0,15 до 0,5% всех ранений. Из них внутри-брюшных около 5% (Н. Н. Самарин). Различают ранения касательные, фронтальные, сагиттальные, косые и вертикальные. При прохождении через прямую кишку пули или осколка образуются обычно два отверстия — входное и выходное, за исключением касательных и некоторых вертикальных ранений, где возможно одно отверстие. Огнестрельное ранение прямой кишки редко бывает изолированным, т. к. при прохождении ранящего снаряда на его пути повреждаются мягкие и костные ткани, а также предстательная железа и другие органы (кишечник, мочевой пузырь, мочеточники и др.). Ранения прямой кишки относятся к тяжелым, а при сочетании вне- и внутрибрюшных ранений или при одновременном поражении мочевых путей и костей таза такие ранения протекают весьма тяжело, давая высокую летальность.

По данным Н. Н. Самарина, при огнестрельных ранениях ампулярной части П. к. летальность в течение первой недели после ранения доходит до 40 %.

Распознавание повреждений и ранений прямой кишки легко при значительных повреждениях и ясности направления хода ранящего предмета. При небольших повреждениях кишки и расположении входа в раневой канал не в непосредственной близости от заднего прохода и прямой кишки, например в ягодичной области, в нижней половине живота, а иногда в районе тазобедренного сустава, повреждение кишечной стенки, особенно во внебрюшной части кишки, легко может быть просмотрено. Этому способствует отсутствие кровянистых выделений вследствие замыкания сфинктера. Поэтому при всяком повреждении крестцово-тазовой области и нижней половины живота следует производить обследование прямой кишки, начиная с наружного осмотра промежности и заднего прохода и обязательного пальцевого исследования и осмотра прямой кишки через анальное зеркало. При обнаружении патологических выделений в ампуле (кровь, слизь, гной, примесь мочи) следует по возможности произвести ректороманоскопию. Весьма важно установить точную локализацию раны, ее размеры, ход и вовлечение соседних органов. Появление в ране мочи, а также примеси кала и газов в моче свидетельствует об одновременном повреждении мочевого пузыря или мочеиспускательного канала.

Отличить повреждение пузыря от ранения мочеиспускательного канала легко удается при помощи катетера: если через него поступает моча с примесью кала и кишечных газов, то имеется ранение пузыря; при ранении уретры катетеризация часто не удается; если же катетер ввести в пузырь, то из него идет чистая моча. Повреждение костей таза сопровождается сильными болями при перемене положения и более значительным кровотечением из раны; оно сравнительно легко выявляется на рентгенограммах. Внутрибрюшное ранение вскоре дает себя знать реакцией со стороны брюшины, напряжением брюшной стенки, учащением пульса, подъемом температуры, сухостью языка, т. е. выраженными симптомами раздражения и воспаления брюшины.

Перевозка раненого должна производиться в сидячем или полусидячем положении во избежание затекания кала, мочи и крови в брюшную полость в случае повреждения брюшины. Для обработки раны нужна хорошая ориентировка в локализации и степени повреждения, для чего иногда приходится расширять рану или идти на рассечение сфинктера и стенки кишки, а для лучшего доступа — на резекцию копчика и части крестца. При подозрении на повреждение внутрибрюшной части кишки показано неотложное чревосечение и зашивание дефекта с удалением проникших в брюшную полость инородных тел, обрывков одежды, крови и кишечного содержимого, с введением антибиотиков (пенициллин, стрептомицин, колимицин) и оставлением тонкого катетера, через который 1—2 раза в сутки вводят антибиотики. Наложение противоестественного заднего прохода на сигмовидную или поперечную ободочную кишку с целью отведения каловых масс от нижележащей поврежденной кишки оказывает весьма благоприятное действие на ход заживления и должно широко применяться при всех внутрибрюшных и значительных внебрюшных ранениях прямой кишки. Только при небольших повреждениях нижнеампулярной и анальной областей можно попытаться обойтись меньшим вмешательством типа сфинктеротомии сзади (Н. Н. Петров) или рассечением сфинктера и стенки кишки до раневого дефекта. В некоторых случаях можно по расширении раны или после резекции копчика для обнажения кишки зашить дефект в стенке двумя рядами швов, но рану даже после самой тщательной обработки не следует зашивать наглухо, а лучше вести ее открытым методом. В ряде случаев необходимо воспользоваться дополнительными разрезами для вскрытия и дренирования полостей и затеков в малом тазу. После заживления раны нередко остаются прямокишечные или прямокишечно-пузырные, прямокишечно-влагалищные свищи. При глубокоидущих трубчатых свищах все рубцовые ткани вокруг свища должны быть иссечены, кишка по возможности хорошо мобилизована, а образовавшийся после иссечения свища дефект закрывается 2—3 рядами узловых инвагинирующих швов без захвата слизистой оболочки. Губовидные свищи зашивают (по А. В. Мельникову) также 2—3 рядами узловых швов после отсепарования краев кишки с небольшими кожными лоскутами, вворачиваемыми в просвет. Для обеспечения хорошего заживления зашитого свища необходимо наложить временную колостомию на сигмовидную кишку.

Лучевые повреждения прямой кишки могут возникать вскоре, а иногда ив более поздние сроки после радиевой или сочетанной (рентгено-радиевой) терапии рака шейки матки. Они развиваются примерно у 4—10% больных и являются результатом избыточной дозы или технических погрешностей (недостаточное дистанцирование, недостаточная фильтрация). Применение радиямезотория вместо чистой радиевой соли во много раз повышает опасность повреждения кишечной стенки. Тем более может сказаться на слизистой оболочке кишки эндоректальное введение радия с лечебной целью. Возникают явления проктита с образованием язв слизистой оболочки соответственно приложению радиевых препаратов. Основными симптомами являются: боли, тенезмы, выделения слизи с примесью крови, беловатых пленок некротизированной слизистой оболочки, поносы, чередующиеся с запорами, затруднения проходимости. При пальцевом исследовании на передней стенке соответственно заднему своду влагалища обнаруживается язва с плоским дном и утолщенными, не очень плотными краями. Позднее (спустя много месяцев) могут развиться рубцовые изменения с сужением просвета и затруднением проходимости. Ректоскопия позволяет отличить такую длительно существующую без заметного увеличения язву от опухолевой благодаря характерному плоскому дну, покрытому сероватым налетом и вялыми грануляциями, отсутствию твердых бугристых валикообразных краев, расположению на передней стенке строго соответственно шейке матки и заднему своду влагалища. В случае надобности биопсия может подтвердить диагноз.

Лечение лучевого язвенного проктита, тянущегося иногда в течение 1—2 лет, должно сводиться к устранению болей и тенезмов, к ускорению процесса заживления, для чего рекомендуются ежедневные клизмы, введение после этого небольшого количества теплого, не раздражающего растительного масла, смазывание через день изъязвленной поверхности 1 % раствором генцианвиолета, теплые ванны. Внутрь — прием парафинового масла 2 раза в день по столовой ложке. В случае развития рубцовой стриктуры временное облегчение наступает от буширования, но нередко приходится накладывать подвздошную колостомию.

Заболевания

Из специфических проктитов сравнительно часто встречается туберкулез на почве заглатывания бацилл с мокротой или перенесения их током крови. Возможен и прямой перенос инфекции при расчесах и трещинах заднего прохода или переход с соседних органов (яичников, предстательной железы). Распознать туберкулез прямой кишки удается путем биопсии и прививки выделений морским свинкам. Лечение состоит в общих мероприятиях по борьбе с туберкулезной инфекцией (стрептомицин, фтивазид, общеукрепляющее лечение) и в иссечении или электрокоагуляции язвы или свища с присыпкой стрептомицином.

Гонорейные проктиты встречаются чаще у женщин на почве занесения выделений из влагалища. Процесс локализуется в основном в анальной и нижнеампулярной частях кишки и выражается зудом, жжением, болями в крестце и выделением густого, желтоватого, дурно пахнущего гноя. Вокруг заднего прохода возникают мацерация, эрозии слизистой оболочки анального канала и множество остроконечных кондилом. Распознавание легко удается с помощью бактериоскопического исследования соскоба слизистой оболочки. Лечение проводится сульфаниламидными препаратами, пенициллином, местно 5% раствором протаргола, клизмами из марганцовокислого калия (1:5000).

Сифилитические проктиты весьма редки, относительно чаще встречаются у женщин, локализуются обычно на коже заднего прохода в виде первичной глубокой язвы с серым сальным дном. Во вторичном периоде задний проход окружен папулами и кондиломами. В третичном периоде обнаруживаются в заднем проходе инфильтраты и в толще кишечной стенки одиночные мелкие и крупные гуммы. Специфическое лечение оказывается эффективным в первых двух стадиях, а в третьей нередко требуется хирургическое лечение для ликвидации стриктуры.

Изредка наблюдается актиномикоз, проявляющийся в виде множественных инфильтратов в окружности заднего прохода, которые размягчаются и вскрываются множественными свищами. Процесс может распространиться на соседние ткани и органы малого таза, истощая больного. Поэтому следует прибегнуть к возможно более раннему иссечению пораженных тканей.

К специфическим хроническим проктитам следует отнести так наз. четвертую венерическую болезнь Никола — Фавра, вызванную особым фильтрирующимся вирусом в результате заражения половым путем. Первичный очаг возникает на задней стенке влагалища или на головке полового члена, через 2—3 недели развивается паховый лимфаденит, а затем по лимфотическим путям процесс распространяется на стенку кишки, приводит к утолщению ее стенки и резкому сужению просвета. Диагностика облегчается с помощью введения специфического антигена интрадермально (реакция Фрея). Лечение в ранних случаях проводится с помощью внутривенных инъекций 2 раза в неделю возрастающих доз (от 1 до 10 мл) 1 % раствора сурьмы или люголевокого раствора. Местно рекомендуются промывания 0,25% раствором марганцовокислого калия или перекисью водорода. При резко выраженных стриктурах приходится прибегать к хирургическому лечению — резекции пораженного отдела или наложению противоестественного заднего прохода.

Из заболеваний прямой кишки большое практическое значение имеют выпадение прямой кишки и геморрой.