

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ**

**«Хронический парапроктит. Этиология, патогенез,
классификация, клиника, диагностика, осложнения.**

**Консервативное и хирургическое лечение. Показания к опера-
тивному лечению, предоперационное подготовка,
методы операций, послеоперационное ведение»**

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*

Андижан - 2005 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

*Заведующий кафедрой хирургических болезней 6-7 курса и урологии,
проф: _____ Нишанов Ф.Н.*

РЕГЛАМЕНТ

учебного времени кафедры
хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	Продолжительность, мин	время
1. Переключка.	5	8 ⁰⁰ - 8 ⁰⁵
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 ⁰⁵ - 10 ³⁵
3. Перерыв.	10	8 ⁵⁰ - 9 ⁰⁰
	10	9 ⁴⁵ - 9 ⁵⁵
	10	10 ²⁵ - 10 ³⁵
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 ³⁵ - 11 ²⁰
5. Обеденный перерыв.	40	11 ²⁰ - 12 ⁰⁰
6. Семинарское занятие. Разбор теоретических вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 ⁰⁰ - 13 ³⁰
7. Перерыв	10	12 ⁴⁵ - 12 ⁵⁵
	10	13 ³⁰ - 13 ⁴⁰
8. Разбор практических навыков.	55	13 ⁴⁰ - 14 ³⁵

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

ОЦЕНКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяют преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	Удовлетворительный т.е. выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления.
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления .
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ

(самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корригирует физикальное обследование больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ

Каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболеваний, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корригировать вопросы и

ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблицы, схемы, слайды, цветные рисунки, компьютерные программы, научные статьи, рентгенограммы.

ТЕМА ЗАНЯТИЕ

«Хронический парапроктит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, осложнения.

Консервативное и хирургическое лечение.

Показания к оперативному лечению, предоперационное подготовка, методы операций, послеоперационное ведение»

Студент что должен знать:

1. Изучить особенности клинического проявления парапроктита: признаки осложнений, предрасполагающие и производящие причины.
2. Выявить различия клинических проявлений при разных формах строго папарапроктита – подкожного, седалишно-прямокишечного, подслизистого и др.
3. Изучить особенности течения параректальных свищей – длительное, упорное, обострение процесса в виде острого парапроктита, возможность злокачественного перерождения.
4. Объем диагностических мероприятий.
5. Объем хирургического вмешательства при остром парапроктите – вскрытия карманов, дренирование, заживления по тампону; при хроническом парапроктите – рассечение свища, иссечения свища с зашиванием раны, лигатурный метод и др.
6. Усвоит необходимость своевременной диагностики и своевременного лечения как профилактики осложнений.
7. установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

Изучив тему, студент ДОЛЖЕН УМЕТЬ

1. Правильно проводить опрос больных с парапроктитом.
2. Проводить объективное обследования больных.
3. Анализировать данные методов исследования.
4. Назначить план дополнительной обследования больных
5. Формулировать клинический диагноз.
6. Проводит дифференциальную диагностику.
7. Определит тактику и объем лечебных мероприятий.
8. Вести послеоперационный период.
9. Оценить трудоспособность больных.

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия прямой кишки.
2. Острый парапроктит: классификация, клиника.
3. Факторы предрасполагающие к развитию острого и хронического парапроктита.
4. Диагностика острого парапроктита.
5. Лечение острого парапроктита.

6. Хронический парапроктит: классификация, клиника.
7. Диагностика хронического парапроктита.
8. Консервативное лечения свищей прямой кишки.
9. Показания к хирургическому лечению.
10. Хирургическое лечения свищей прямой кишки.
11. Методы оперативного лечения.
12. Ведения больных в послеоперационном периоде.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ПАРАПРОКТИТ И СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

ПАРАПРОКТИТ - острое или хроническое воспаление околопрямокишечной клетчатки. По частоте занимает около 30% всех заболеваний прямой кишки, поражая примерно 0,5% населения. Мужчины страдают парапроктитом в 2 раза чаще женщин, причем основной контингент больных находится в возрасте от 30 до 50 лет.

Этиология и патогенез. Парапроктит возникает в результате попадания в параректальную клетчатку микрофлоры (кишечная палочка, стафилококк, грамотрицательные и грамположительные палочки). При обычном парапроктите чаще всего выявляют полимикробную флору. Воспаление с участием анаэробов сопровождается особо тяжелыми проявлениями заболевания - газовой флегмоной клетчатки таза, гнилостным парапроктитом, анаэробным сепсисом. Специфические возбудители туберкулеза, сифилиса, актиномикоза очень редко являются причиной парапроктита (специфического).

Пути попадания микроорганизмов, дающих начало парапроктиту, разнообразны. Микробы попадают в параректальную клетчатку из анальных желез, открывающихся в анальные крипты. В результате воспалительного процесса в анальной железе ее проток перекрывается, в межсфинктерном пространстве образуется абсцесс, который прорывается в перианальное или параректальное пространство. Переход процесса с воспаленной железы на параректальную клетчатку возможен также лимфогенным путем.

В развитии парапроктита определенную роль могут играть травмы слизистой оболочки прямой кишки инородными телами, содержащимися в кале, геморрой, анальные трещины, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

Парапроктит может быть вторичным. В таком случае воспалительный процесс переходит на параректальную клетчатку с предстательной железы, уретры, женских половых органов.

Травмы прямой кишки являются редкой причиной развития (травматиче-

ского) парапроктита.

Распространение гноя по параректальным клеточным пространствам может идти в разных направлениях, что приводит к формированию различных форм парапроктита. При этом гной нередко прорывается наружу через кожу с образованием свища.

Классификация парапроктита

I. Острый парапроктит

1. По этиологическому принципу (обычный, анаэробный, специфический, травматический).
2. По локализации гнойников, инфильтратов, затеков (подслизистый, подкожный, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный).

II. Хронический парапроктит (свищи прямой кишки)

1. По анатомическому признаку (полные, неполные, наружные, внутренние).
2. По расположению внутреннего отверстия свища (передний, задний, боковой).
3. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера (интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрафинктерный).
4. По степени сложности (простые, сложные).

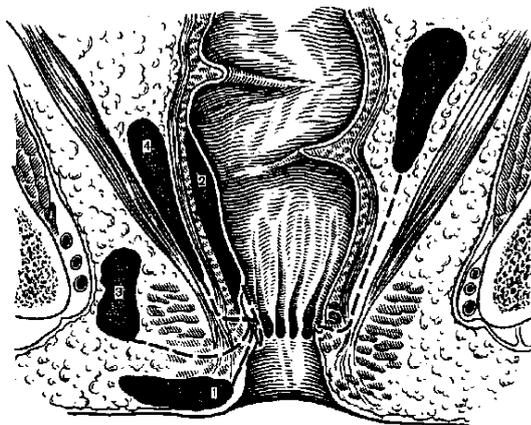


Рис. 1. Виды парапроктита (схема). 1 - подкожный; 2 - подслизистый; 3 - ишиоректальный; 4 - пельвиоректальный.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Острый парапроктит - Острое гнойное воспаление параректальной клетчатки. Характеризуется быстрым развитием процесса. Клинически проявляется довольно интенсивными болями в области прямой кишки или промежности, повышением температуры тела, сопровождающимся ознобами, чувством недомогания, слабости, головными болями, бессонницей, исчезновением аппетита. Обширная флегмона параректальной клетчатки ведет к выраженной интоксикации. Нередко появляются задержка стула, тенезмы, дизурические явления. По мере скопления гноя боли усиливаются, становятся дергающими, пульсирующими. Если своевременно не производят вскрытие гнойника, он прорывается в смежные клетчаточные пространства, в прямую кишку, наружу через кожу промежности.

Прорыв гнойника в прямую кишку является следствием расплавления ее стенки гноем при пельвиоректальном парапроктите. Образуется сообщение полости гнойника с просветом прямой кишки (неполный внутренний свищ).

При прорыве гноя наружу (на кожу промежности) происходит формирование наружного свища. Боли стихают, снижается температура тела, улучшается общее состояние больного.

Прорыв гнойника в просвет прямой кишки или наружу очень редко приводит к полному выздоровлению больного. Чаще образуется свищ прямой кишки (хронический парапроктит). Причиной перехода острого парапроктита в хронический является наличие внутреннего отверстия, ведущего из прямой кишки в полость гнойника. При формировании хронического парапроктита внутреннее отверстие свища открывается в просвет прямой кишки, наружное - на коже промежности. В свищ из прямой кишки попадают газы и кал, что постоянно поддерживает воспалительный процесс.

Рецидивирующий парапроктит проявляется наличием ремиссий, когда наступает казалось бы полное выздоровление больного (исчезают боли, нормализуется температура тела, рана заживает), сменяющихся новыми обострениями.

Подкожный парапроктит - наиболее часто встречающаяся форма заболе-

вания (до 50% всех больных парапроктитом). Характерны острые, дергающие боли, усиливающиеся при движении, натуживании, дефекации; наблюдается дизурия. Температура тела достигает 39°C, часто возникают ознобы. При осмотре выявляют гиперемию, отечность и выбухание кожи на ограниченном участке вблизи ануса, деформацию анального канала. Пальпация этой зоны вызывает резкую болезненность, иногда определяют флюктуацию. Пальцевое исследование прямой кишки вызывает усиление болей, однако при этом можно определить размеры инфильтрата на одной из стенок прямой кишки вблизи анального канала.

Седалищно-прямокишечный парапроктит встречается у 35-40% больных. Вначале появляются общие признаки гнойного процесса - слабость, ознобы, нарушение сна. Впоследствии возникают тупые боли в глубине промежности, прямой кишке, которые в дальнейшем становятся острыми, пульсирующими, усиливаются при кашле, физической нагрузке, дефекации. При локализации гнойника спереди от прямой кишки наблюдается дизурия. И лишь через 5-7 дней от начала болезни отмечают умеренную гиперемию и отечность кожи промежности в зоне расположения гнойника. Обращает на себя внимание асимметрия ягодичных областей, сглаженность полулунной складки на стороне поражения. Болезненность при пальпации кнутри от седалищного бугра умеренная. Весьма ценным в диагностике седалищно-прямокишечных гнойников является ректальное исследование. Уже в начале заболевания можно определить болезненность и уплотнение стенки кишки выше гребешковой линии, сглаженность складок слизистой оболочки % прямой кишки на стороне поражения.

Подслизистый парапроктит наблюдается у 2-6% больных с острым парапроктитом. Боли при этой форме парапроктита весьма умеренные, несколько усиливаются при дефекации. Температура тела субфебрильная. Пальпаторно определяют выбухание в просвет кишки в зоне гнойника, резко болезненное при пальпации. После самопроизвольного прорыва гнойника в просвет прямой кишки наступает выздоровление.

Газово-прямокишечный (пельвиоректальный) парапроктит - наиболее тяжелая форма заболевания. Встречается у 2-7% больных с острым парапроктитом. Вначале отмечаются общая слабость, недомогание, повышение температуры тела до субфебрильной, озноб, головная боль, потеря аппетита, ломота в суставах, тупые боли внизу живота. При абсцедировании инфильтрата пельвиоректальной клетчатки (через 7-20 дней от начала заболевания) температура тела становится тахитической, выражены симптомы гнойной интоксикации, боли становятся более интенсивными, локализованными, отмечаются тенезмы, запоры, дизурия. Болезненности при пальпации промежности нет. Диагноз труден до тех пор, пока гнойное расплавление тканей не приведет к распространению воспалительного процесса на седалищно-прямокишечную и подкожную клетчатку с появлением характерных симптомов: отек и гиперемия кожи промежности, болезненность при надавливании в этой области. Во время пальцевого исследования прямой кишки можно обнаружить при пельвиоректальном парапроктите инфильтрацию стенки кишки, инфильтрат в окружающих кишку тканях, болезненность при надавливании на одну из стенок кишки, выбухание гнойника в просвет кишки, причем верхний край выбухания пальцем не достигается.

Ретроректальный парапроктит наблюдается у 1,5-2,5% всех больных парапроктитом. Характерны интенсивные боли в прямой кишке и крестце, усиливающиеся при дефекации, в положении сидя, надавливании на копчик. Боли иррадиируют в бедра, промежность. При ректальном исследовании определяют резко болезненное выбухание задней стенки кишки.

Из специальных методов исследования применяют ректороманоскопию, которая информативна при пельвиоректальном парапроктите. Обращают внимание на гиперемию и легкую кровоточивость слизистой оболочки в области ампулы, сглаживание складок и инфильтрацию стенки, внутреннее отверстие свищевого хода при прорыве гнойника в просвет кишки. При других формах парапроктита в эндоскопическом исследовании нет необходимости.

Лечение: хирургическое. Операция при остром парапроктите заключается

во вскрытии и дренировании гнойника, ликвидации входных ворот инфекции. Операцию выполняют под наркозом. После введения больного в наркоз необходимо установить локализацию пораженной крипты (осмотр стенки кишки с помощью ректального зеркала после введения в полость гнойника раствора метиленового синего с перекисью водорода). Если произошел прорыв гнойника наружу через кожу, то хорошего его дренирования, как правило, не наступает. При подкожном парапроктите гнойник вскрывают полулунным разрезом, гнойную полость хорошо ревизуют пальцем с разделением перемычек и ликвидацией гнойных затеков. Пуговчатым зондом проходят через полость в пораженную крипту и иссекают участок кожи и слизистой оболочки, образующие стенку полости вместе с криптой (операция Габриэля). При ишиоректальном и пельвеоректальном парапроктитах подобное хирургическое вмешательство невозможно, поскольку при этом будет пересечена большая часть наружного сфинктера. В подобных случаях производят вскрытие гнойника полулунным разрезом, тщательно обследуют полость с вскрытием всех гнойных затеков, рану промывают перекисью водорода и рыхло тампонируют. Для ликвидации криптита, приведшего к развитию парапроктита, в таких случаях необходимо обеспечить парез сфинктера. Этого можно достигнуть либо дозированной задней сфинктеротомией (при этом рассекают и пораженную крипту), либо введением дюрантового раствора новокаина в сфинктер (раствор основной соли новокаина в косточковом масле).

В ряде случаев (если при ревизии гнойной полости) четко определяется дефект в стенке прямой кишки (входные ворота инфекции) возможно использование лигатурного метода. Полулунный разрез кожи после вскрытия гнойника продлевают до средней линии кпереди или кзади от прямой кишки (в зависимости от локализации пораженной крипты). Далее со стороны прямой кишки эллипсоидным разрезом иссекают пораженную крипту. Через вскрытую полость и иссеченную крипту в прямую кишку и далее наружу проводят толстую лигатуру и укладывают строго по средней линии спереди или сзади анального канала и затягивают. Через 2-3 дня часть волокон сфинктера прорезается лигатурой,

и ее снова затягивают. Так повторяют несколько раз. Этим достигается постепенное пересечение лигатурой мышечных волокон сфинктера, в результате чего у большинства больных удается ликвидировать развитие свища без нарушения замыкательной функции сфинктера.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ (Свищи прямой кишки)

Хронический парапроктит встречается у 30-40% всех проктологических больных. Развивается вследствие перенесенного острого парапроктита и проявляется наличием свища прямой кишки.

Причины перехода острого парапроктита в хронический:

1) поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, когда гнойник уже самопроизвольно вскрылся; 2) неверная хирургическая тактика в остром периоде - ограничение вмешательства вскрытием гнойника без санации входных ворот инфекции.

Свищ может быть полным и неполным. Полный свищ имеет два или более отверстий: внутреннее - на стенке прямой кишки и наружное - на коже промежности. Неполный свищ имеет одно отверстие на стенке прямой кишки, слепо заканчиваясь в параректальной клетчатке (внутренний свищ). Такие свищи наблюдают у 10% больных. Они возникают в результате самопроизвольного вскрытия гнойника в просвет прямой кишки.

Свищ прямой кишки в зависимости от его расположения по отношению к волокнам сфинктера может быть интрасфинктерным, трансфинктерным и экстрасфинктерным. Интрасфинктерный свищ - свищевой канал полностью находится кнутри от сфинктера прямой кишки. Обычно такой свищ прямой и короткий. Наблюдается у 25-35% больных. Трансфинктерный свищ - часть свищевой канала проходит через сфинктер, часть - расположена в клетчатке. Наблюдается у 40-45% больных

Экстрасфинктерный свищ - свищевой канал проходит в клетчаточных пространствах таза и открывается на коже промежности, минуя сфинктер. Наблю-

дается у 15-25% больных.

Транс- и экстрасфинктерный свищи могут соединяться с полостями в ишиоректальной и пельвиоректальной клетчатке (сложные свищи).

Клиническая картина связана с наличием свища.

Количество гнойного отделяемого из свища различно и зависит от объема полости, которую он дренирует, а также от степени воспалительных изменений в ней. При широком свищевом ходе через него могут выходить газы и кал. Эпизодическое закрытие свища ведет к нарушению дренирования гнойной полости, скоплению гноя, обострению парапроктита. Такое чередование обострений и ремиссий нередко наблюдается при хроническом парапроктите, длительность ремиссий может достигать нескольких лет. Боли возникают лишь в периоды обострения заболевания, исчезая при функционирующем свище. Свищи прямой кишки часто приводят к проктиту, проктосигмоидиту, мацерации кожи промежности. У некоторых больных мышечные волокна сфинктера прямой кишки замещаются соединительной тканью, что делает его ригидным и ведет к сужению анального канала, нарушению замыкательной функции сфинктера и как следствие этого недержанию газов и кала (особенно жидкого).

Длительно существующие свищи прямой кишки могут малигнизироваться. При осмотре обращают внимание на количество свищей, рубцов, характер и количество отделяемого из них, наличие мацерации кожных покровов. Уже при пальпации перианальной области редко удается определить свищевой ход. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить тонус сфинктера прямой кишки, выявить внутреннее отверстие свища и его размеры, установить, сложность свища, его ход и особенности.

Дополнительные сведения о локализации внутреннего отверстия, свища, о ходе свища и его особенностях, что необходимо для выбора метода операции, получают с помощью введения метиленового синего в свищ, осторожного зондирования свищевых ходов, фистулографии, аноскопии и ректороманоскопии.

Лечение: консервативное и хирургическое. Консервативное: сидячие ванны после дефекации, промывание свища антисептическими растворами, введе-

ние в свищевой ход антибиотиков, использование микроклизм с облепиховым маслом, колларголом. Консервативное лечение редко приводит к полному выздоровлению больных, поэтому его обычно используют лишь в качестве подготовительного этапа перед операцией.

Хирургическое вмешательство является радикальным методом лечения свищей прямой кишки. Выбор метода хирургического вмешательства при свищах прямой кишки проводят дифференцированно в зависимости от типа свища (его отношения к сфинктеру), наличия воспалительных процессов в параректальной клетчатке, гнойных затеков, состояния тканей в зоне внутреннего отверстия свища.

При интрасфинктерных свищах применяют иссечение свища в просвет прямой кишки. Иссечение свища лучше производить клиновидно вместе с кожей и клетчаткой.

Трассфинктерные свищи ликвидируют путем иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием глубоких слоев раны (мышц сфинктера) или без него.

При экстрасфинктерных свищах, являющихся наиболее сложными, прибегают к различным операциям, суть которых сводится к полному иссечению свищевых ходов и ликвидации (ушиванию) внутреннего отверстия свища. При сложных свищах применяют лигатурный метод. Неполные свищи иссекают в просвет прямой кишки.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. Выберите рациональный метод лечения острого парапроктита
 - а) вскрытие гнойника
 - б) сидячие теплые ванны
 - в) пункции гнойника с промыванием полости антибиотиками
 - г) общая антибиотикотерапия
 - д) физиопроцедуры
2. Острый парапроктит это
 - а) гнойник аноректальной клетчатки, связанный с просветом прямой кишки
 - б) абсцесс перианальной области
 - в) гнойник не связанный с просветом прямой кишки
 - г) фурункул промежности
 - д) флегмона аноректальной области
3. Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита, на первом месте стоит:
 - а) гнойник аноректальной клетчатки, связанный с просветом прямой кишки
 - б) абсцесс перианальной области
 - в) гнойник не связанный с просветом прямой кишки
 - г) фурункул промежности
 - д) флегмона аноректальной области
4. Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита, на первом месте стоит:
 - а) геморрой
 - б) повреждение слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях
 - в) микротравмы слизистой прямой кишки
 - г) огнестрельные ранения прямой кишки
 - д) воспалительные заболевания соседних с прямой кишкой органов
5. Какие методы лечения следует применять при остром парапроктите?
массивная антибактериальная терапия
физиотерапевтическое лечение
экстренная операция
плановая операция
 - а) 1,2
 - б) 1,4
 - в) 1,2,4
 - г) 2,3
 - д) 1,3
6. При лечении острого парапроктита необходимо придерживаться следующих принципов:
ранняя операция
адекватное вскрытие и санация гнойного очага
иссечение внутреннего отверстия

адекватное дренирование

- а) 1,2 б) 1,2,4 в) 1,3 г) 2,4 д) все ответы правильные

7. Какие из перечисленных мероприятий существенны для профилактики острого парапроктита?

очистительные клизмы

лекарственные клизмы

солевые слабительные

лечение сопутствующих проктологических и желудочно-кишечных заболеваний

отказ от пользования после дефекации бумагой в пользу обмывания промежности

- а) 1,2 б) 1,3,4 в) 2,3,5 г) 2,4,5 д) все ответы правильные

8. Для хронического парапроктита наиболее характерным является?

а) гематурия

б) наличие свищевого отверстия на коже промежности

в) выделение алой крови в конце акта дефекации

г) боли внизу живота

д) диаррея

9. Самая частая форма парапроктита?

а) подкожный парапроктит

б) подслизистый парапроктит

в) седалищно-прямокишечный

г) тазово-прямокишечный

д) межмышцелковый парапроктит

10. Операцию по поводу острого парапроктита лучше всего провести:

а) под внутривенным наркозом

б) под местной анестезией

в) с применением сакральной анестезии

г) под перидуральной анестезией

д) с использованием любого вида обезболивания, кроме местной анестезии

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. У больного сильные боли в области заднего прохода высокая температура, акт дефекации болезненный. Каковы диагноз и тактика врача?
2. После перенесенного острого парапроктита у больного остался свищ, из которого выделяется каловое содержимое. Каковы Ваши диагноз и тактика?
3. Имеются сильные пульсирующие боли в области заднего прохода, высокая температура, отек, распространяющийся на промежность и ягодичные области. Каковы ваши диагноз и тактика?
4. После скрытия парапроктита образовался полный свищ с большими «карманами» в параректальной клетчатке. Консервативное лечение эффекта не дает, ибо клетчатка постоянно инфицируется каловыми массами. Какова тактика хирурга?
5. В области прямой кишки у больного имеется свищ, который под влиянием консервативной терапии закрывается на короткое время, а при обострении процесса вновь открывается. Какова тактика хирурга?
6. Во время ректороманоскопии перфорировали прямую кишку в ампулярном отделе. Какова тактика хирурга?
7. Выше заднего прохода на 6-7 см, по средней линии ближе к копчику у больного наблюдаются припухлость, гиперемия, болезненность. Каковы Ваши диагноз и тактика?
8. У больного параректальный свищ. При гистологическом исследовании стенок свища отмечено наличие туберкулезных узелков. Каковы Ваши диагноз и тактика?
9. У больного параректальный свищ. При гистологическом исследовании стенок свища отмечены наличие туберкулезных узелков, первичный туберкулезный процесс в костях таза. Какова тактика хирурга?
10. Расшифровать фистулограммы при хроническом парапроктите.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ

1. Острый парапроктит. Необходимо произвести вскрытие парапроктита.
2. Полный параректальный свищ. Надо: а) иссечь свищ с тампонированием параректальной клетчатки в расчете на вторичное заживление, б) наложить сигмостому и иссечь свищ.
3. Гнилостный парапроктит, возможно, анаэробной природы. Сделать широкие разрезы на промежности и ягодичных областях. Лечение анаэробной инфекции.
4. Наложить сигмостому и проводить консервативную терапию. По стихании острых воспалительных явлений произвести иссечение свища с ликвидацией всех карманов. В последующем закрыть сигмостому.
5. Хирургическое лечение.
6. Наложение сигмостомы и дренирование параректальной клетчатки.
7. Нагноившаяся эпителиальная киста крестцово-копчиковой области. Показано вскрытие нагноившейся кисты.
8. если нет других проявлений туберкулеза, показана операция иссечения свища и специфическая терапия.
9. лечить первичный очаг поражения. Иссекать свищ на надо.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР

1. Астопенко В.Г. Практическое руководство по хирургической болезни// М.: 1984. Том-2, с380.
2. Егиев В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. М.: Мед. практика. 2002. 100с.
3. Ерюхин И.А. и др. Кишечная хирургия. Руководство для врачей. М.: 1999. 143с.
4. Каримов Ш.И. Хирургические болезни// М.: Ташкент, 1994. с420.
5. Корепанов В.И. Новые методы операции на толстой кишке и в анальной области. М.: Москва, 1998. 70с.
6. Кузин М.И. Хирургические болезни// М.: 1990, -С. 526-541
7. Литтман И. Брюшная хирургия// Будапешт, 1970, с566.
8. Логинов А.С. и др. Болезни кишечника// М.: -Руководства для врачей 2000, с624.
9. Маскин С.С. и др. Однорядные швы хирургии ободочной и прямой кишки: IV Республиканская конф. с межд. участием по проктологии. Минск, 2001. С. 266-268.
10. Михайлова Е.В. и др. Кишечные стомы: Актуальные вопросы современной хирургии. Тез. науч. конф. Москва, 2000. С. 127-128.