

## Лекція №5.

**Тема: “Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та пошкодженнями прямої кишки.”**

### План лекції.

1. Загальні відомості про методи обстеження прямої кишки.
2. Ушкодження та сторонні тіла прямої кишки.
3. Тріщини прямої кишки
4. Проктит.
5. Геморой.
6. Тромбоз гемороїдальних вузлів.
7. Парапроктит.
8. Нориці прямої кишки.
9. Доброякісні пухлини прямої кишки.
10. Рак прямої кишки.
11. Особливості догляду за проктологічними хворими.

**1.Актуальність теми:** Пряма кишка часто уражається різними патологічними процесами. Це пов'язано з тим ,що вона виконує важливу функцію звільнення організму від шлаків і має не вигідне анатомічне розташування: природа,поставивши людину у вертикальне положення,не передбачила додаткового захисту для цього органа. Ця патологія має більш як тисячолітню історію. Її описували в своїх працях Гіпократ і Авіценна.

Захворювань прямої кишки багато. Їх знання допоможе медичній сестрі розпізнати,надати своєчасну допомогу та здійснювати догляд за хворими.

## **Зміст лекційного матеріалу.**

### **Хірургічні захворювання та пошкодження прямої кишки.**

#### ***Методи обстеження прямої кишки.***

При захворюваннях прямої кишки хворі скаржаться на біль у відхіднику, наявність крові у випорожненнях, порушення акту дефекації, запори, проноси та ін.

Обстеження ділянки відхідника проводять у положенні хворого на боці із зігнутими в кульшових суглобах кінцівками, у колінно-ліктьовому положенні, у положенні на спині з приведеними до живота стегнами або навпочіпки.

Звертають увагу на стан шкіри і слизової оболонки (набухання, набряк, гіперемія), наявність гемороїдальних вузлів, тріщин слизової оболонки відхідника чи випадання прямої кишки.

Під час пальпації ділянки відхідника можна визначити межі і консистенцію інфільтрату, а також встановити, чи є розм'якшення в центрі. Розвівши складки шкіри, можна виявити крапко-подібні отвори нориць прямої кишки і тріщини слизової оболонки відхідника. Під час ректального дослідження звертають увагу, чи розслаблений сфінктер, чи він щільно стискає палець, чи є внутрішні гемороїдальні вузли, чи заповнена калом ампула прямої кишки. Визначають також колір і консистенцію калових мас. На передній поверхні ампули прямої кишки в чоловіків пальпують тіло передміхурової залози розміром 2 — 2,5 см x 3 см, у середній частині якого є борозна.

Огляд за допомогою ректальних дзеркал проводять в одному з трьох положень хворого. Візуально обстежують відхідниковий канал і нижній відділ прямої кишки. Там можна виявити тріщини, внутрішні гемороїдальні вузли, поліпи, пухлини.

За наявності болю в ділянці прямої кишки і кровотечі з відхідника, а також за підозри на рак виконують ректороманоскопію. Її проводять також з метою біопсії і забору матеріалу для посіву та мікроскопічного дослідження.

### ***Ушкодження прямої кишки сторонні тіла в ній, ПМД.***

Поранення прямої кишки може супроводжуватися шоком, кровотечею. Через рановий канал відходять гази, виділяються кал і сеча. Якщо рана прямої кишки сполучається з черевною порожниною, з'являються ознаки подразнення очеревини.

### **Медична сестра повинна затампонувати рану прямої кишки і госпіталізувати хворого.**

Сторонні тіла потрапляють у пряму кишку з кишечнику або вводяться через відхідник. Хворий скаржиться на біль або відчуття повноти в прямій кишці, тенезми, виділення слизу і крові з відхідника. Можуть виникнути перфорація в черевну порожнину або сечовий міхур, флегмона тазової клітковини.

**Діагноз** встановлюють, враховуючи результати пальцевого обстеження прямої кишки, огляду за допомогою ректальних дзеркал, ректоскопії і рентгенографії

**Медична сестра може видалити стороннє тіло з прямої кишки пальцем або корнцангом.**

## **Запальні захворювання прямої кишки.**

### ***Тріщина.***

Утворюється при запальних процесах у слизовій оболонці відхідника внаслідок розтягнення його в разі відходження твердого калу або під час форсованого акту дефекації. Розміщується, як правило, на задній стінці відхідника. Основний симптом — сильний біль у відхіднику під час дефекації і після неї. Іноді виділяються краплі крові. Під час огляду відхідника виявляють невеликий лінійний дефект слизової оболонки, а під час пальцевого дослідження — різку болючість і спазм сфінктера. Гостра тріщина через 3 міс переходить у хронічну. Хронічна тріщина в 33 % випадків має дистальний горбик, а в 3 % — проксимальний горбик у вигляді поліпа.

**Лікування консервативне.** Хворим показані теплі сидячі ванни, мікроклізми з ромашкою, гемороїдальні знеболювальні свічки. За неефективності консервативного лікування показана операція (вирізування тріщини).

**Розрізняють гострі та хронічні запальні захворювання прямої кишки та навколопрямокишкової клітковини.**

***Проктит*** — гостре або хронічне запалення слизової оболонки прямої кишки.

Гострий проктит характеризується пекучим болем і відчуттям переповнення в прямій кишці, частими позивами на дефекацію, виділенням рідкого слизу,

серозно-кров'янистої рідини, іноді з домішками гною. Хворому призначають мікроклізми з 0,5 % коларголом або оливковою олією.

**Геморой** — варикозне розширення вен прямої кишки, яке супроводжується кровотечею, болем, запаленням, випаданням гемороїдальних вузлів.

### **Розрізняють зовнішній та внутрішній геморой.**

Захворювання розвивається поступово. У ділянці відхідникового каналу виникає відчуття важкості. Розвивається кровотеча. Потім спостерігається випадання гемороїдальних вузлів, які можуть защемлюватися.

Розрізняють 4 ступені випадання гемороїдальних вузлів:

I ступінь — вузли випадають тільки під час акту дефекації, вправляються самостійно;

II ступінь — вузли випадають під час різкого напруження, але самостійно не вправляються;

III ступінь — вузли випадають під час ходьби і залишаються в такому положенні, поки їх не вправить хворий;

IV ступінь — вузли випадають постійно і після вправлення випадають знову.

Під час огляду можна побачити зовнішні гемороїдальні вузли, які контуруються ізольовано під шкірою. Часто вони зв'язані з внутрішніми вузлами, утворюючи гемороїдальні комплекси. Внутрішні гемороїдальні вузли, які випали в просвіт прямої кишки, набувають синюшного або синьо-багрового забарвлення.

У разі запалення гемороїдальних вузлів спостерігаються гіперемія і набряк шкіри над ними, підвищення температури тіла до 37 — 38 °С.

Хворі скаржаться на біль у відхіднику.

Під час пальцевого обстеження прямої кишки виявляють набряк внутрішніх гемороїдальних вузлів і спазм сфінктера.

### **Запалення і тромбоз гемороїдальних вузлів є ускладненнями геморою.**

Температура тіла підвищується до 38 °С. Дефекація болюча. На защемлених вузлах, які випали назовні, є ділянки некрозу; на слизовій оболонці є нальот фібрину.

Зовнішні гемороїдальні вузли збільшені, мають синьо-багрове забарвлення, набряклі.

Якщо вузли некротизуються, температура тіла підвищується до 39 °С. Навколо відхідника утворюється запальний конгломерат, прилеглі тканини набряклі.

Геморою може ускладнюватися кровотечею і постгеморагічною анемією, тромбофлебітом тазових вен, випаданням слизової оболонки прямої кишки.

### **Лікування геморою.**

Проводять амбулаторно або в стаціонарі (залежно від клінічного перебігу захворювання і наявності ускладнень). Призначають дієту. Проводять ретельний туалет ділянки відхідника після кожної дефекації. Необхідно утримуватись від вживання спиртних напоїв. Позитивний ефект дає застосування гемороїдальних свічок (проктоседил, ультрапрокт, "Прокто-Глівенол", ауробін).

У разі защемлення гемороїдальних вузлів, які випали, вводять наркотичні анальгетики, проводять пресакральну новокаїнову блокаду. Потім необхідно вправити гемороїдальні вузли. За наявності великих гемороїдальних вузлів, які часто випадають і защемлюються, а також у разі недостатності

відхідникового сфінктера, мацерації шкіри, повторних кровотеч чи утворення на вузлах виразок фельдшер повинен направити хворого на консультацію до хірурга.

**Парапроктит**— це гостре або хронічне запалення клітковини навколо прямої кишки. Гострий парапроктит спричинюють травми, які виникають при проходженні твердого калу через спазмований відхідниковий канал.

**Розрізняють:** підшкірний, сіднично-прямокишковий, тазово-прямокишковий і позадупрямокишковий парапроктит, а також підслизовий абсцес прямої кишки.

**При підшкірному парапроктиті** спостерігаються гіперемія і набряк шкіри навколо відхідника. Під час пальпації виявляють щільний болючий інфільтрат.

**При тазово-прямокишковому інфільтраті** хворі скаржаться на біль і відчуття важкості в тазу, постійне відчуття тиску в прямій кишці, часте сечовипускання, незначну біль під час дефекації.

Під час огляду промежини і відхідника ознак запалення не виявляють.

Під час поверхневої пальпації сідниць болу немає, але поштовхоподібна пальпація сідниці спричинює біль у глибині тазу.

Під час пальцевого обстеження виявляють болюче ущільнення однієї з бічних стінок прямої кишки.

**При позадупрямокишковому парапроктиті**, як і при тазово-прямокишковому, різко виражені загальні явища інтоксикації.

Під час натискування пальцем на шкіру в ділянці між вершиною куприка і відхідником з'являється біль.

**Виявивши гострий парапроктит медична сестра повинна направити хворого в хірургічне відділення для оперативного лікування.**

**Розрізняють дві клінічні форми хронічного парапроктиту:**

без нориць і з норицями.

Перша форма проявляється постійним тупим болем, болючістю під час дефекації.

Для другої форми характерна наявність нориць у періанальній ділянці, з яких виділяються гній, кал і слиз, відходять газы. Нориця може самостійно закриватися, а потім знову відкриватися.

**Лікування оперативне (розтин гнояка, вирізування параректальних нориць).**

***Нориці прямої кишки*** — ходи, розміщені біля відхідника. Вони є наслідком гострого парапроктиту.

Під час огляду можна виявити зовнішні отвори, через які виділяється слиз або гній. Пальпаторно за ходом нориці визначається шнуроподібний тяж.

**Діагноз** встановлюють шляхом уведення в норицю гудзикового зонда або 1 % розчину метиленового синього, а також за допомогою фістулографії.



**Лікування оперативне.**

## **Доброякісні та злоякісні пухлини товстої і прямої кишки.**

### ***Доброякісні новоутворення товстої кишки.***

До них відносять одиничні і множинні поліпи.

Вони проявляються проносами, спастичним болем за ходом товстої кишки, кровотечею.

**Діагноз** підтверджується під час трансверзоколоноскопії, ректоскопії і рентгенографії.

**Лікування оперативне** (поліпектомія або резекція ураженого відділу кишечника).

### ***Злоякісні пухлини товстої кишки.***

Найчастіше пухлина локалізується в сліпій і сигмоподібній ободовій кишках.

Пухлина, що локалізується в правій половині товстої кишки, росте швидко. Спостерігаються підвищення температури тіла, кишкові кровотечі, біль, загальні ознаки ракової інтоксикації. З'являються симптоми непрохідності кишок.

Якщо пухлина розміщена в лівій половині товстої кишки, у хворого спостерігаються запори, здуття живота, виділення слизу і крові, симптоми гострої кишкової непрохідності. Ці симптоми прогресують повільно.

**Діагноз** підтверджується під час трансверзоколоноскопії, іригоскопії та іригографії.

**Лікування оперативне** (резекція кишки з накладанням анастомозу). За показаннями виконують паліативні операції (обхідний анастомоз, калова фістула).

**Поліпи прямої кишки** — доброякісні пухлини слизової оболонки.

Поліпи невеликих розмірів можуть нічим себе не проявляти.

У разі збільшення їх розмірів із відхідника виділяється слиз і кров, з'являються запори і проноси.

Поліпи на довгій ніжці (при їх низькому розміщенні) можуть під час акту дефекації випадати через відхідник і защемлюватися.

**Діагноз** підтверджується під час ректоскопії і рентгенографії.

**Лікування оперативне.**

**Рак прямої кишки.**

Залежно від локалізації розрізняють анальний рак, рак ампули прямої кишки і рак проксимального її відділу.

До перших симптомів раку прямої кишки відносять неприємні відчуття в ділянці відхідника і крижів, тенезми, запори, які чергуються з проносами, тупий біль під час дефекації, виділення крові і слизу або гною. Ознакою стенозу відхідникового каналу є стрічкоподібний кал.

У разі проростання пухлини в тазову клітковину і передміхурову залозу з'являється різкий біль. При розпаді пухлини виникає кровотеча.

**Діагноз** підтверджується під час пальцевого обстеження, ректоскопії і рентгенологічного дослідження.

**Лікування оперативне.** Вибір методу хірургічного втручання залежить від стадії поширення пухлинного процесу і розміщення пухлини (накладання калової фістули, видалення основної пухлини, черевно-промежинне видалення прямої кишки).

У післяопераційний період медична сестра забезпечує подачу зволоженого кисню, внутрішньовенно краплинно вводить кровозамінники. Виконує інші призначення лікаря (вводить наркотичні анальгетики, антибіотики та аналептики, проводить промивання шлунка, сечового міхура).

#### **А. Контрольні запитання для самопідготовки по темі лекції.**

1. Як проводиться пальцеве дослідження прямої кишки?
2. Перерахуйте методи обстеження прямої кишки.
3. Назвіть ймовірні причини ушкоджень прямої кишки.
4. Що викликає тріщини відхідника?
5. Назвіть найбільш ефективний метод лікування тріщин відхідника.
6. Що таке проктит?
5. Які причини виникнення геморою?
6. Назвіть та охарактеризуйте ступені випадання гемороїдальних вузлів.
7. Внаслідок чого виникає тромбоз гемороїдальних вузлів?
8. Вкажіть методи лікування геморою.
9. Причини виникнення парапроктиту.
10. Охарактеризуйте методи лікування парапроктиту.
11. Що таке нориця?
12. Чому утворюється нориця?
13. Розкажіть методи лікування нориць.
14. Які доброякісні пухлини прямої кишки ви знаєте?
15. До яких пухлин відносяться поліпи?
16. Перерахуйте хірургічні методи лікування поліпів.
17. Назвіть перші симптоми раку прямої кишки.
18. Який вигляд має стілець при раку відхідника?
19. Назвіть методи обстеження хворих на рак прямої кишки.
20. Особливості догляду за проктологічними хворими.

## **Література:**

### **Основна:**

О.М. Кіт “Медсестринство в хірургії” Тернопіль, 2002р. ст.400-409.

### **Додаткова:**

С.Д. Хіміч ” Хірургія” Київ “Здоров'я” 2004р. ст.401-413;

Л.М. Ковальчук “Навчальний посібник з хірургії в модулях” Київ,”  
Медицина” 2009 р.ст.376-391.

Л.В. Цитовская “Руководство по практическим занятиям по хирургии.”  
К., “Вища школа” 1988г. ст.303-308.

## **Матеріали для закріплення вивченого.**

### **Контрольні питання.**

- 1.Перерахуйте методи обстеження прямої кишки.
- 2.Назвіть ймовірні причини ушкоджень прямої кишки.
- 3.Що викликає тріщини відхідника?
- 4.Що таке проктит?
- 5.Які причини виникнення геморою?
- 6.Внаслідок чого виникає тромбоз гемороїдальних вузлів?
- 7.Причини виникнення парапроктиту.
- 8.Що таке нориця?
- 9.Які доброякісні пухлини прямої кишки ви знаєте?
- 10.Назвіть характерні симптоми раку прямої кишки.
- 11.Особливості догляду за проктологічними хворими.

### **Б.Контрольні запитання для самопідготовки по темі наступної лекції.**

- 1.Що таке урологія?
- 2.Перерахуйте методи обстеження урологічних хворих.
- 3.Назвіть основні симптоми урологічних захворювань.
- 4.Ушкодження нирок. Клінічні прояви.
- 5.Ушкодження сечового міхура. Клінічні прояви.
- 6.Ускладнення, які виникають при цистоскопії.
- 7.Невідкладна допомога при травмах нирок та сечового міхура.

8. Назвіть основні причини виникнення СКХ.
9. Основні симптоми ниркової кольки.
10. ПМД при нирковій кольці.
11. Патогномічні симптоми раку нирок.
12. Пухлини сечового міхура. Клінічні прояви, лікування.
13. Причини, клінічні прояви, ускладнення аденоми передміхурової залози.
14. ПМД при гострій затримці сечі.
15. Догляд за післяопераційним хворим.
16. Перерахуйте тріаду симптомів раку нирки.
17. Яке лікування раку сечового міхура?
18. Що таке крипторхізм?
19. Яке значення для діагностики пухлин має біопсія?

### **Література:**

#### **Основна:**

О.М. Кіт “Медсестринство в хірургії” Тернопіль, 2002р. ст.429-440.

#### **Додаткова:**

С.Д. Хіміч ” Хірургія” Київ “Здоровя” 2004р. ст.416-433;

Л.М. Ковальчук “Навчальний посібник з хірургії в модулях” Київ, “Медицина” 2009 р. ст.391-410.

Л.В. Цитовская “Руководство по практическим занятиям по хирургии.” К., “Вища школа” 1988г. ст.308-316.