

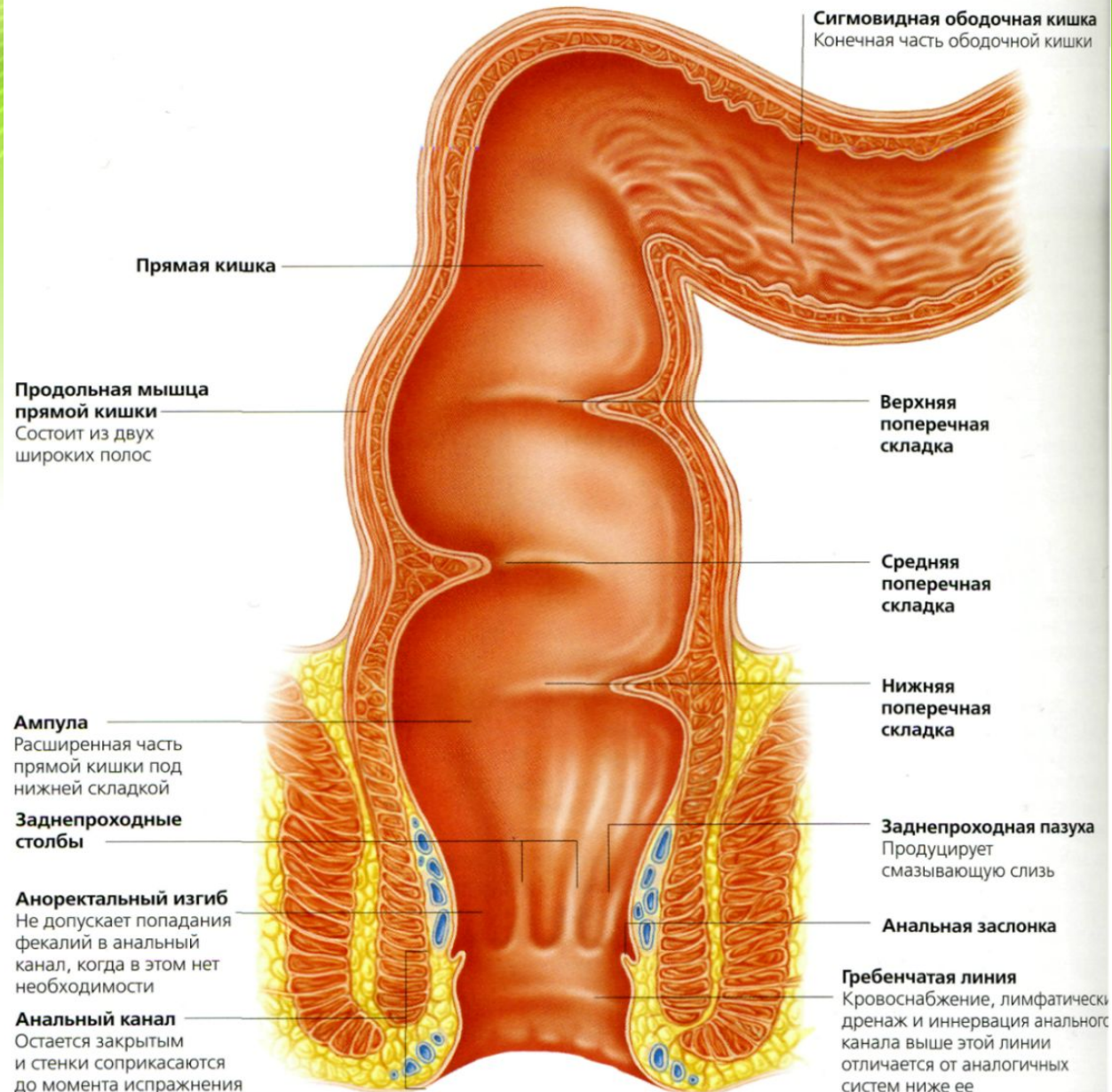
Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями прямої кишки

ВНЗ “ДБМК”
ЦМК хірургічних дисциплін
Медсестринство в хірургії
Викладач Петров В.В.

План лекції:

1. Методи дослідження проктологічних хворих.
2. Геморой, причини, клініка, лікування.
3. Тріщина прямої кишки, клініка, лікування.
4. Випадання прямої кишки, форми захворювання, лікування.
5. Парапроктит, його форми, клініка, лікування.
6. Епітеліальний куприковий хід.
7. Поліпи прямої кишки, клініка.
8. Рак прямої кишки, клініка, лікування.
9. Пошкодження заднього проходу і прямої кишки.
10. Особливості підготовки проктологічних пацієнтів до операції.
11. Особливості ведення в післяопераційному періоді проктологічних хворих.

Венечный разрез прямой кишки и анального канала



Проктология - наука про хвороби прямої кишки

Пряма кишка поділяється на ректальну и анальну частини. Анальна частина закінчується міцним сфінктером. Клітковина навколо прямої кишки називається навколопрямокишковою .

Методи обстеження проктологічних хворих

- При зборі анамнезу слід з'ясувати наявність болю до-, під час- або після дефекації,
- характер болю (тупа, сильна, нападopodobна, ниюча, непостійна, при ходьбі, акті дефекації),
- локалізацію при виникненні (внизу живота, відчуття важкості в тазу, тиск на низ, в прямій кишці, в задньому проході),
- іррадіацію болю,
- час появи (раптово, протягом дня, тижня, місяців, років),

Методи обстеження проктологічних хворих

- частоту дефекації і характер стільця: його забарвлення, наявність домішок слизу, гною, крові;
- при появі крові - її колір (червона або темна), наявність згустків; окремо від калу, покриває кал зовні або змішана з ним,
- виділення калу і газів крім заднього проходу, що буває при норицях прямої кишки,
- при випаданні слизової оболонки або стінки прямої кишки - під час акту дефекації або просто при напруженні, кашлі,
- температуру тіла (нормальна, субфебрильна, висока, постійна або часом).

Об'єктивне обстеження

1. ПОЛОЖЕННЯ:

- звичайне,
- вимушене (ноги приведені до живота, лежить на боці, не може лежати з витягнутими ногами),
- не знаходить собі місця.

2. СТАН ЦНС:

- адекватний, загальмований, збуджений,
- без свідомості.

3. ШКІРА:

- звичайного кольору, бліда, суха, волога, холодна, тургор тканин знижений.

4. СТАН ОРГАНІВ грудної клітки:

- частота дихальних рухів,
- пульс,
- артеріальний тиск.

5. Живіт:

- форма живота (звичайна, роздутий);
- участь в акті дихання (бере участь, не бере);
- пальпація (доступна, не доступна в нижньому відділі живота, симптоми подразнення очеревини);
- перкусія (вільна рідина в порожнині);
- аускультация (кишкові шуми).

Локально:

1. Огляд заднього проходу:

- мацерація,
- розчоси,
- рубці на шкірі,
- наявність свищів,
- характер виділень з них,
- наявність гемороїдальних вузлів і інших патологічних утворень.

2. Пальцеве дослідження прямої кишки і анального каналу

- в положенні - гінекологічному або колінно-ліктьовому, сидячи навпочіпки,
- лежачи на боці з приведеними до живота ногами.
- у жінок необхідно проводити вагінальне дослідження.

дозволяє визначити наявність запальних патологічних процеси, виявляються тонус сфінктера і передміхурової залози (розміри, консистенція) і стан слизової оболонки.



3. Інструментальні методи дослідження:

Аноскопія дає можливість оглядати до 8-12 см анального каналу, включаючи аноректальну область з внутрішніми гемороїдальними вузлами, які при напруженні випадають в просвіт аноскопа.

Ректороманоскопія (30см),

Колоноскопія (до купола сліпої кишки)

(можлива біопсія)

Проктоскоп (аноскоп) - інструмент з джерелом світла, який дозволяє лікарю обстежувати задній прохід і нижню частину прямої кишки.



Колоноскопія



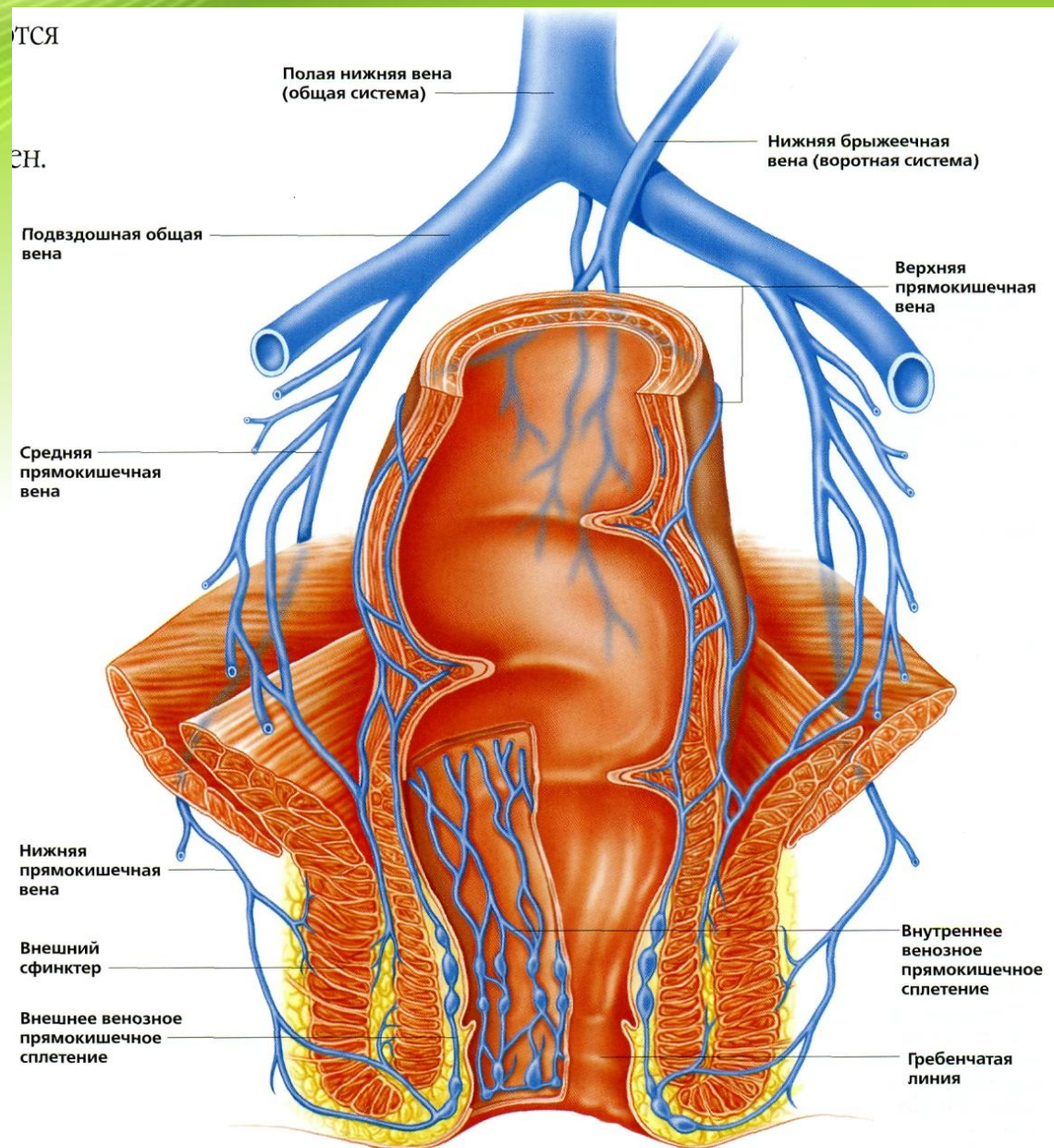
- **Іригографія** - R-графія товстого кишечника з контрастною речовиною.
- **R- графія** легенів, **УЗД** печінки, **цистографія** (для виключення метастазування з прямої кишки).

**Запальні захворювання прямої кишки та
навколопрямокишкової (параректальної)**

КЛІТКОВИНИ

**(тріщини відхідника, геморой, гострий
парапроктит, нориці відхідника і прямої кишки)**

Геморой - варикозне розширення ректальних вен



Система венозного відтоку прямої кишки і заднього проходу

Під вистілкою прямої кишки і анального каналу знаходиться ректальне венозне сплетіння. Воно ділиться на дві частини:

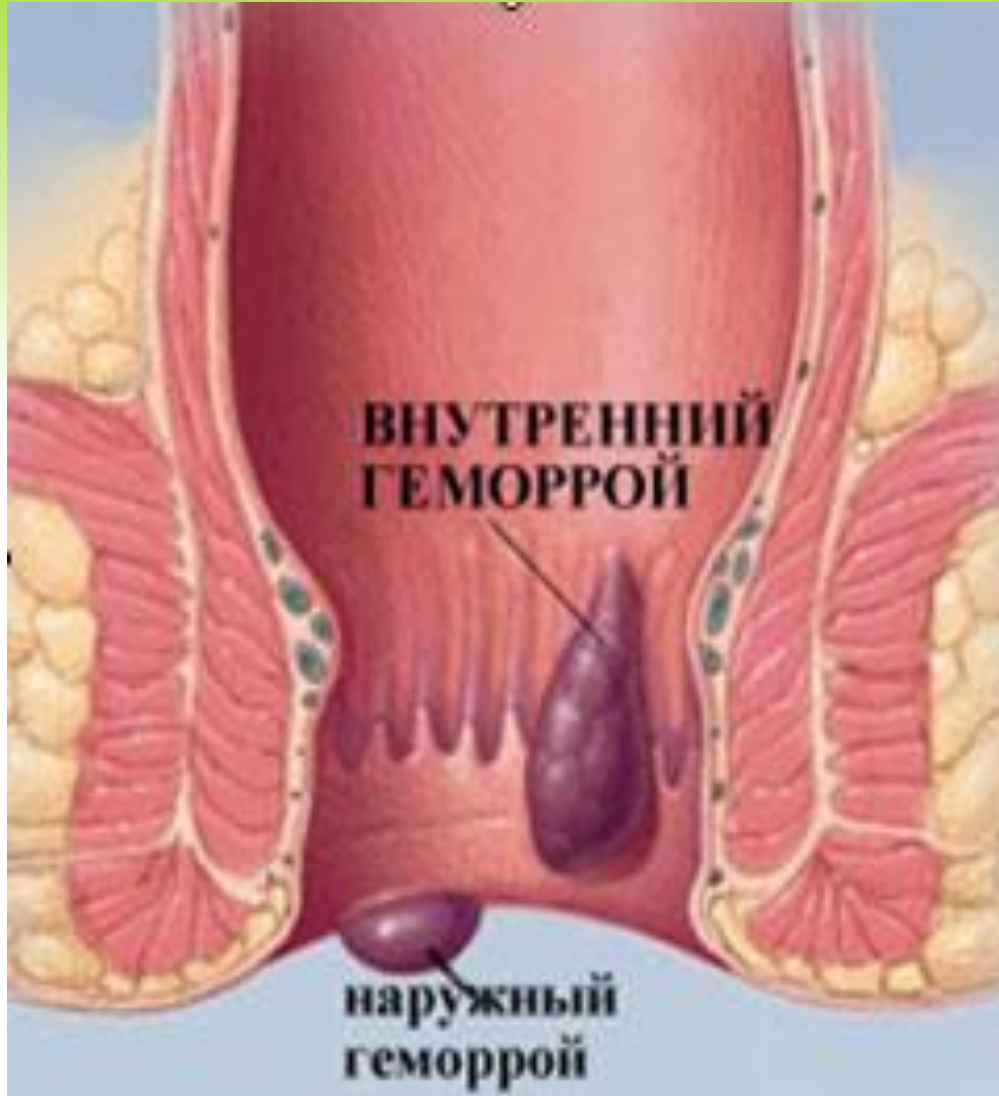
- внутрішнє ректальне венозне сплетіння;
- зовнішнє ректальне венозне сплетіння - знаходиться зовні м'язового шару.

Причини геморою:

- спадковість;
- запори, двухмоментні акти дефекації;
- важка праця і тривале перебування під час роботи в положенні сидячи або стоячи;
- вагітність і пологи;
- хронічні захворювання жіночої статеві сфери;
- пухлини малого тазу;
- аденома передміхурової залози;
- гіпертонічна хвороба;
- бронхіальна астма;
- зловживання алкоголем;
- непомірний прийом гострої і солоної їжі.

Геморой

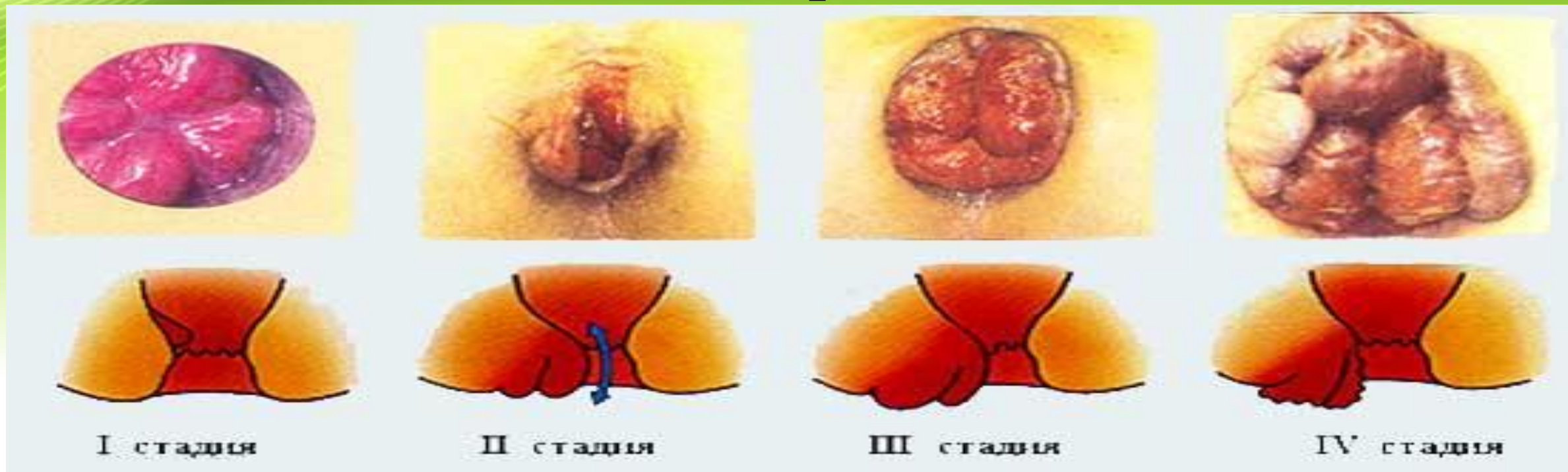
Класифікація за локалізацією



Внутрішній геморой - варикозне розширення вен в підслизовому шарі дистального відділу прямої кишки.

Зовнішній геморой - розширення вен в області анального отвору і анального каналу.

Геморой



Для першої стадії характерною ознакою є виділення крові з анального каналу без випадання гемороїдальних вузлів.

Друга стадія характеризується випаданням гемороїдальних вузлів з самотійним вправленням в анальний канал (з кровотечею або без нього).

Відмінною особливістю третьої стадії є необхідність ручного вправляння гемороїдальних вузлів при випаданні (з кровотечею або без нього).

Четверта стадія характеризується постійним випаданням вузлів і неможливістю їх вправляння в анальний канал (з кровотечею або без нього).

Геморой

Клінічні прояви

- Просте збільшення гемороїдальних вузлів може не викликати болів.
- Вузли набухають при напруженні, акті дефекації, а потім спадають.
- Поступово розвивається недостатність сфінктера.
- З'являються виділення з прямої кишки, що призводить до забруднення білизни.
- Турбує свербіж в області анального отвору, мацерація шкіри і біль.
- В кінці акту дефекації періодично невелика кровотеча.

Геморой

Ускладнення геморою

- Кровотеча (кров червона, краплями, цівкою, іноді навіть не видно кал).
- Анемія.
- Геморагічний шок.
- Тромбофлебіт гемороїдальних вузлів.
- Випадання вузлів і їх защемлення сфинктером.
- Нагноєння тромбованих вузлів.

Геморой

Лікування консервативне

- Дієта: (включають буряк, моркву, кефір, яблука, кисле молоко).
Виключають: алкоголь, перець, гірчицю та ін.
- Призначають послаблювальні засоби: дуфалак, регулакс, смекту та ін.
- При сильному болю призначають свічки з анестезином, беладоною, "Реліф", "Проктоседіл", "Проктозан-нео".
- Гігієнічний догляд за анальної областю:
 - підмивання прохолодною водою,
 - не допускати мокнути й мацерації шкіри, сидячи ванночки зі відваром дубової кори, ромашки;
- гемороїдальні вузли не можна вправляти, розминати;
- 2-3 рази на день ставлять мікроклізми з риб'ячим жиром, маслом шипшини.
- Фізіотерапія: Солюкс, УВЧ, діатермію, струми Дарсонваля.
- ЛФК

Геморой

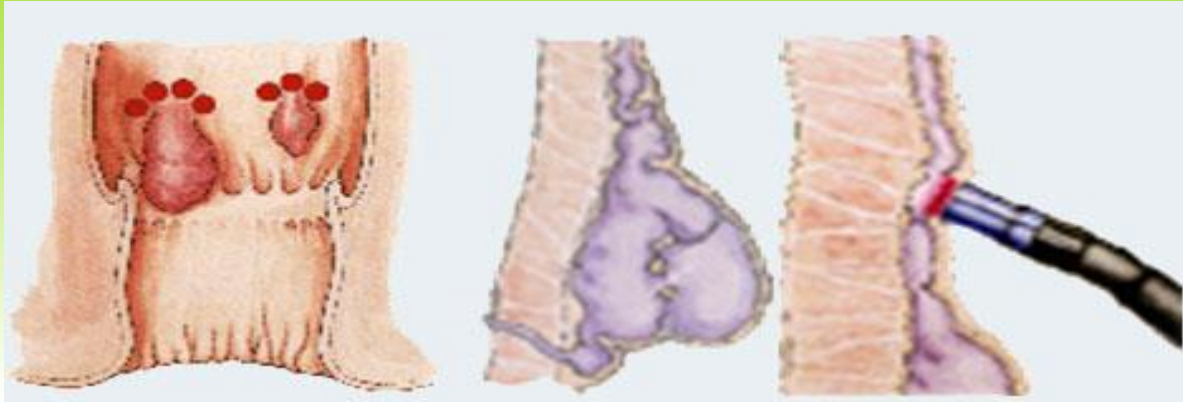
Оперативне лікування

(Тенденція до кровотечі і запалення) - перев'язка і видалення гемороїдальних вузлів.

- За 3-5 днів до операції призначається бесшлакова дієта.
- Клізми протягом 2-3 днів, а ввечері і в день операції вранці 2 клізми з інтервалом в 1 годину.
- Газовідвідну трубку ставлять на 30 хвилин для евакуації решти промивних вод.

Геморой

Малоінвазивні методи лікування геморою

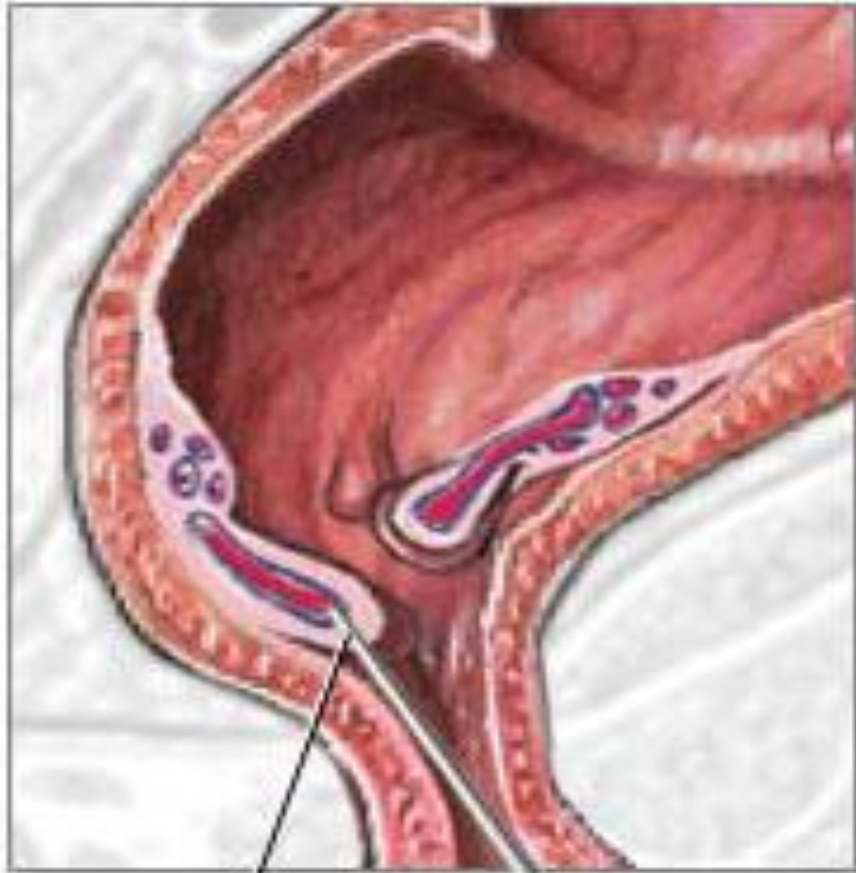


1. Інфракрасна та лазерна коагуляція гемороїдальних вузлів - тепловий потік енергії, що проходить через світловод, коагулює поверхню гемороїдального вузла

Геморой

2. Склерозуюче лікування геморою

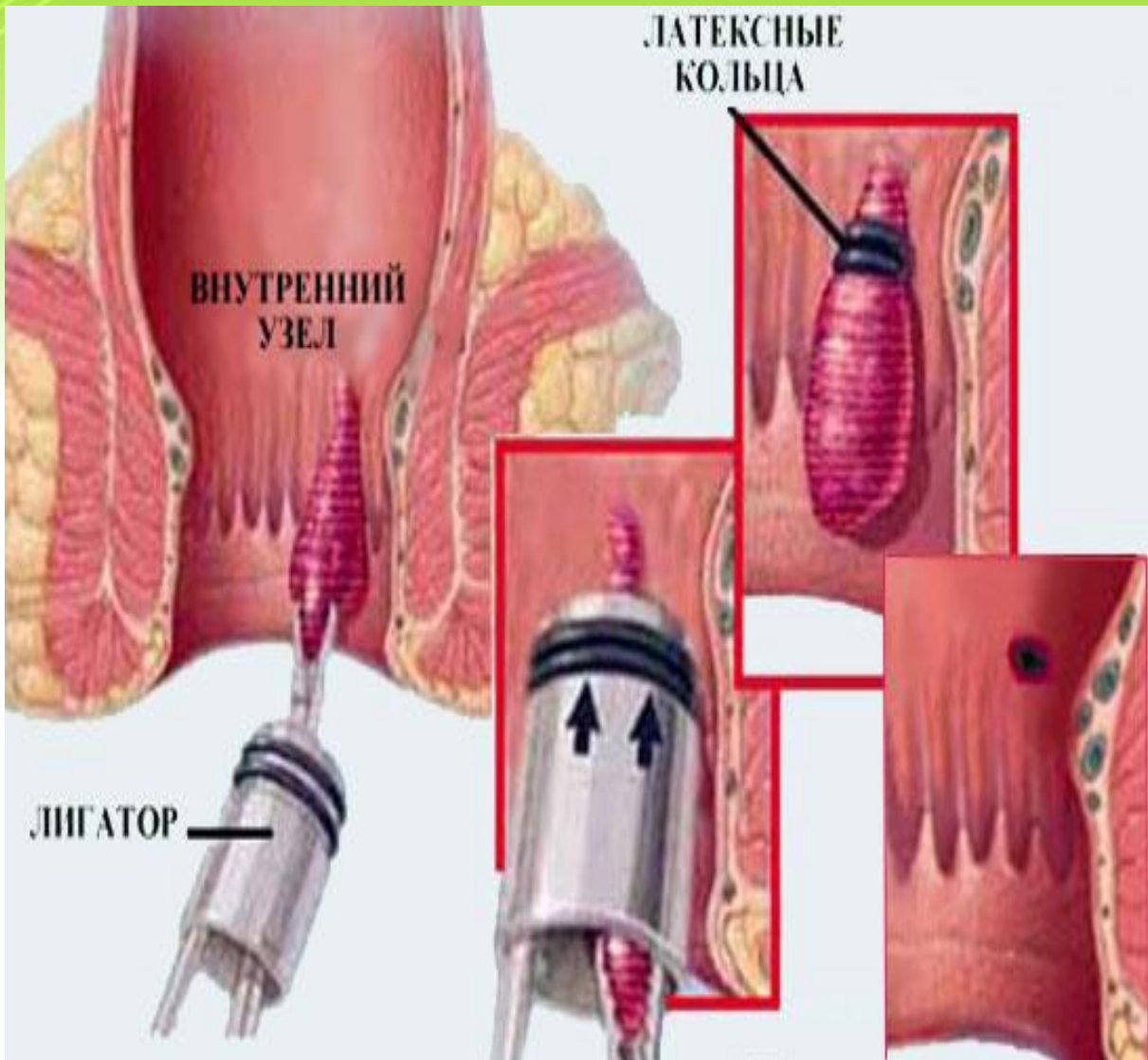
введення флебосклерозуючих препаратів (3% розчини тромбовар і етоксісклерола) в просвіт гемороїдального вузла ближче до його ніжки, при цьому відбувається денатурація білків оболонки артеріовенозних шунтів, тромбоз вузла з подальшою облітерацією його просвіту.



инъекция
склерозирующего
вещества

Геморой

3. Лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями



Через аноскоп з освітлювачем за допомогою вакуумного або механічного лігатора накидають латексне кільце на внутрішній гемороїдальний вузол, який відторгається разом з латексної лігатурою на 7-10 день.

Геморой

Оперативне лікування

Гемороїдектомія - висічення гемороїдальних вузлів



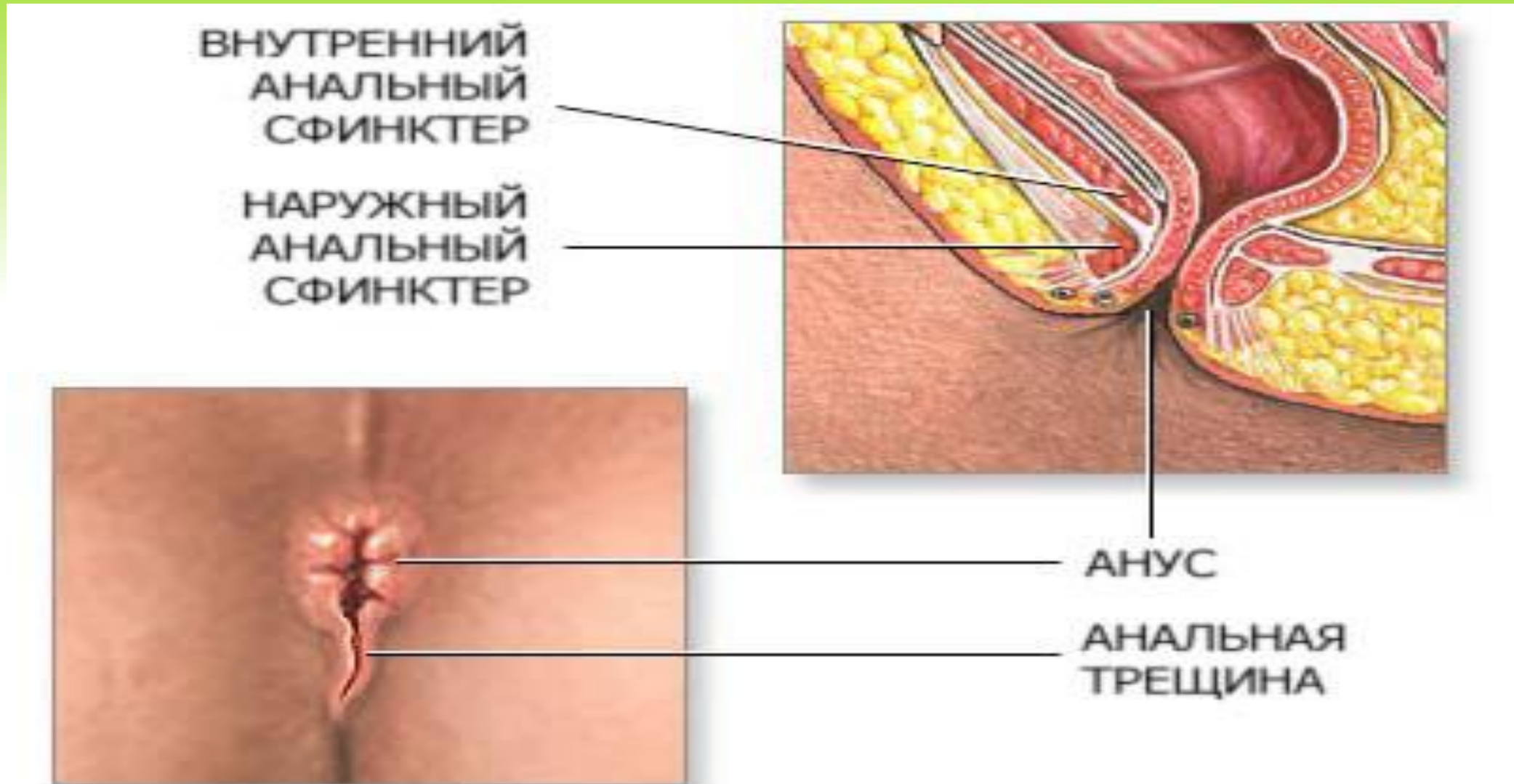
Геморой

Післяопераційний період

- З 2 дня призначають рідку, бідну клітковиною їжу. Забороняють: молоко, хліб, фрукти, капусту.
- Перев'язку проводять через 2-3 доби після операції:
 - видаляють тампон і трубку.
 - вводять пухкий тампон.
- Подальші перев'язки через день.
- Стілець після проносних або клізми на 7-8 день.
- Після акту дефекації сидячі ванни.
- Через тиждень можна виписати на амбулаторне лікування.

Тріщина заднього проходу

- це лінійний дефект слизової оболонки анального каналу



Тріщина заднього проходу

Тріщини заднього проходу займають третє місце після коліту і геморою (11,7%). Виникають переважно у жінок. Причина - запори, твердий кал, звужене анальне кільце.

Клінічні ознаки. Захворювання розпочинаються з простого розриву слизової оболонки і кровотечі. Хвороба характеризується сильним болем з іррадіацією в попереk, сідниці, сечовий міхур, наявності частих кровотеч, болючому акті дефекації.

Діагностика. Візуальний огляд і пальцеве дослідження прямої кишки

Тріщина заднього проходу

Фактори виникнення анальної тріщини:

- механічні - ушкодження слизової твердим калом або стороннім тілом;
- інфекційні - це запалення анальних залоз;
- нервово-рефлекторні - неврит нервових волокон стінки анального каналу;
- судинний спазм - спазм дрібних артерій

Класифікація анальних тріщин:

- гострі,
- хронічні та
- рецидивні.



Лікування анальної тріщини:

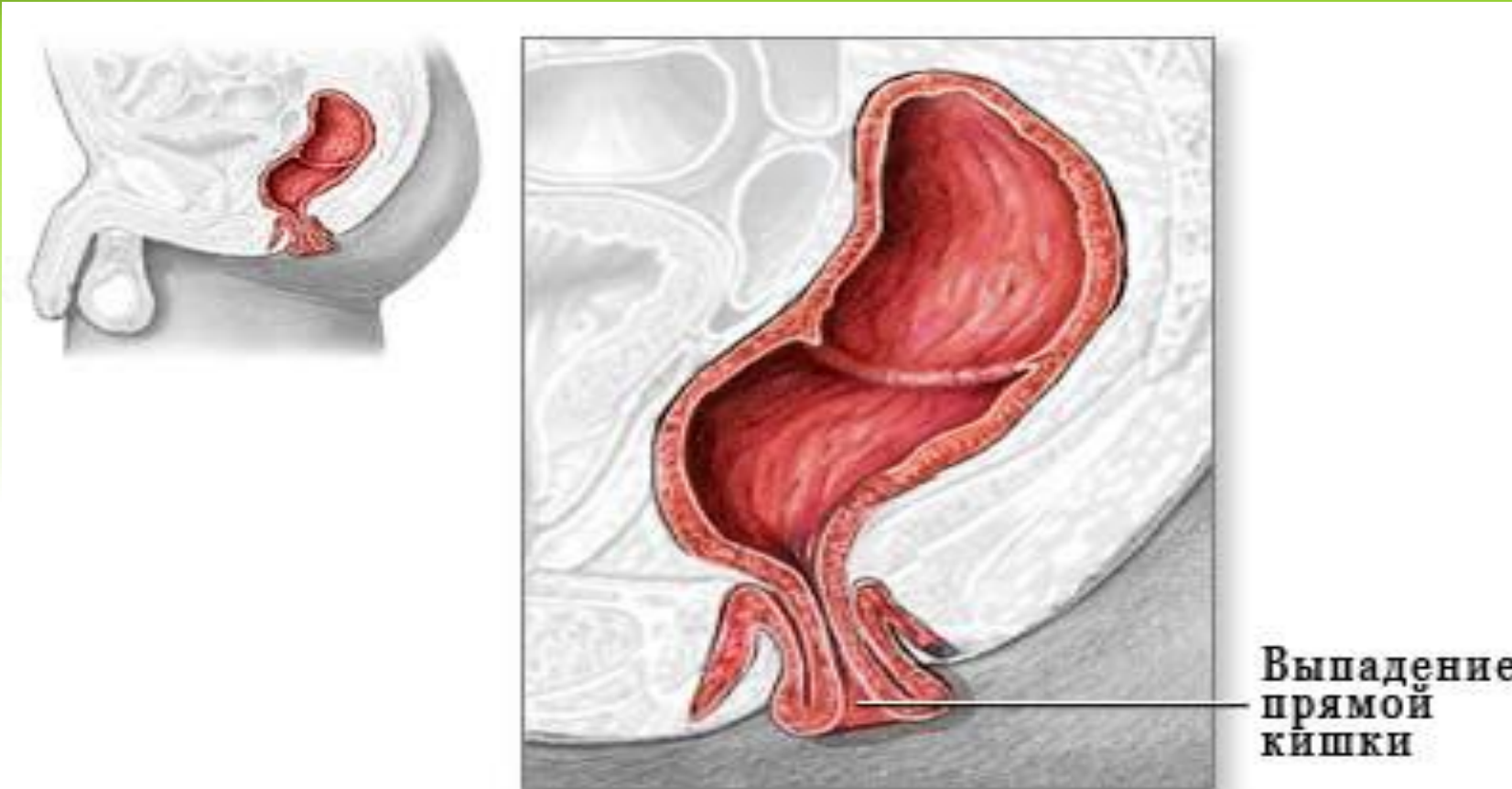
консервативне

- ліквідація запорів;
- дієтотерапія, виняток гострих, солоних, дратівливих блюд;
- гігієнічний догляд за анальної областю;
- сидячі теплі ванночки з марганцем, ромашкою;
- физиолечение: УВЧ, діатермія;
- свічки з анестезином 2-3 рази на день після акту дефекації.

оперативне

- висічення анальної тріщини.
- потенційні проблеми пацієнта в післяопераційному періоді:
- кровотеча,
 - затримка сечовипускання,
 - біль в результаті тугого тампонування,
 - в більш пізньому періоді можливий рецидив тріщини.

Випадіння прямої кишки



це стан, при якому вся пряма кишка чи тільки її частина на короткий або тривалий термін вивертається через задній прохід назовні.

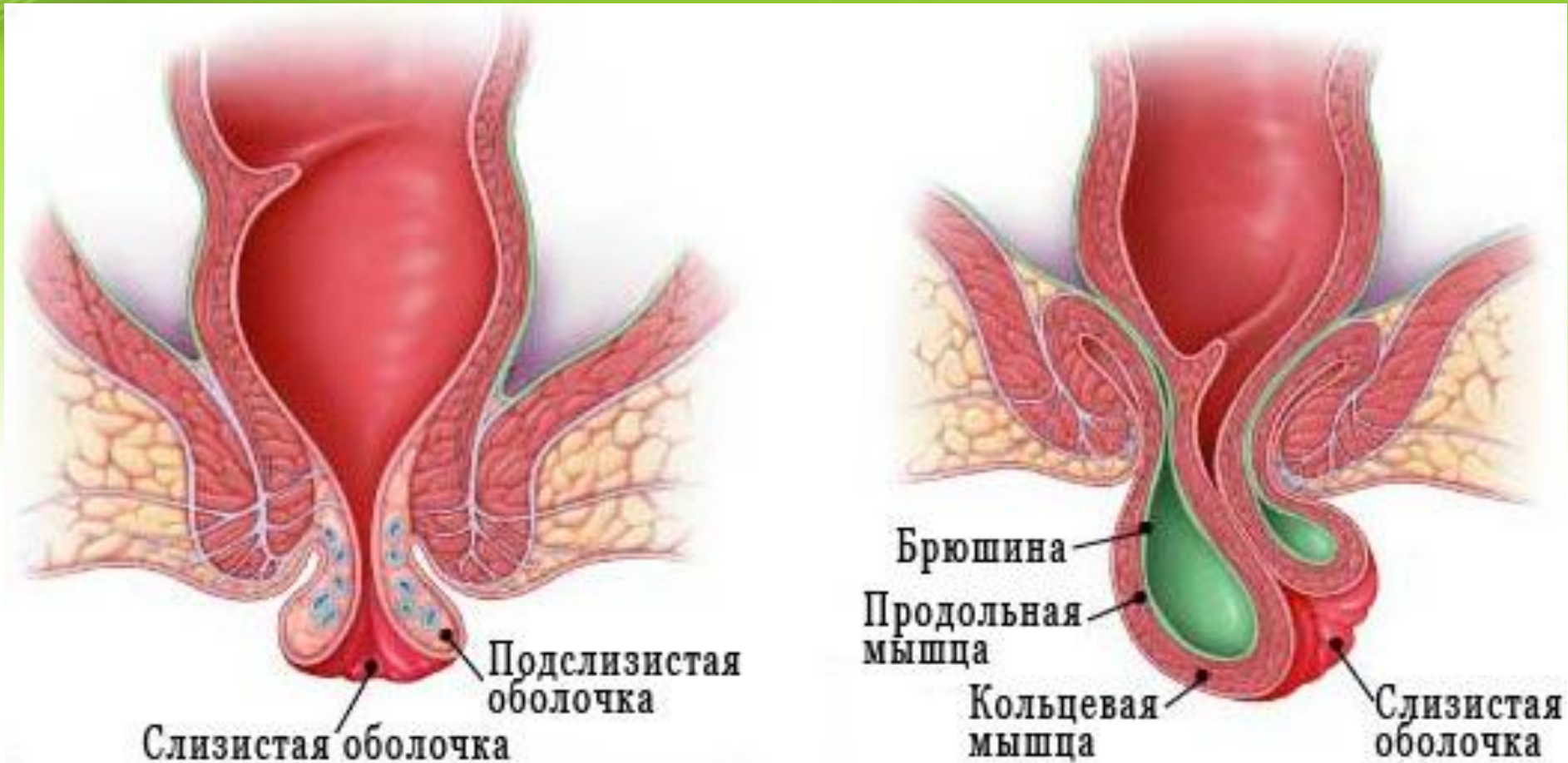
Фактори що сприяють випадання прямої кишки:

- вроджена в'ялість промежини;
- слабка фіксація прямої кишки внаслідок атрофії жирової клітковини;
- рахіт, гіпотрофія у дітей;
- дизентерія;
- запори;
- надмірно довге перебування на горщику;
- анатомічні особливості прямої кишки у дітей,
- як ускладнення геморою з нахилом випадання вузлів назовні.

Чинники, що призводять до випадіння прямої кишки:

- підняття важких предметів,
- запальні захворювання прямої кишки,
- розриви промежини після пологів,
- виснаження,
- стрибки,
- поліпи,
- двохмоментна дефекація.

Форми захворювання:



- випадання **слизової оболонки** заднього проходу;
- випадання **заднього проходу**;
- випадання **прямої кишки** при невідпадні задньому проході;
- випадання **заднього проходу і прямої кишки**.

Стадії функціональних порушень:

Випадання прямої кишки виникає

I. лише при дефекації, вправляється самостійно, тонус сфінктера збережений або незначно ослаблений;

II. при **фізичних напругах**, тонус сфінктера значно знижений, нетримання газів, каломазаніє, вправлення кишки ручне;

III. при самому **незначному напрузі черевного преса**, постійне нетримання газів і калу;

IV. вправлена кишка **негайно випадає знову** при вставанні, кал і гази не утримуються.

Випадіння прямої кишки

Клінічні прояви:

- відчуття стороннього тіла в задньому проході,
- біль,
- виділення слизу і крові в результаті роздратування і травми слизової оболонки,
- нетримання газів і калу.

Ускладнення випадання прямої кишки

- обмеження,
- розриви,
- пухлини,
- запалення,
- непрохідність кишечника.

Випадіння прямої кишки

Лікування

Консервативне:

- ліквідація запорів,
- дієтотерапія, з достатнім вмістом клітковини,
- забороняють висаджувати дитину на горщик. (випорожнюватися в лежачому положенні на боці або на спині),
- контроль за тим, щоб кишка не випадала, а при випаданні швидко вправляти її.
- гігієнічний догляд за анальної областю,
- при безуспішності консервативного лікування проводять склерозуючу терапію.

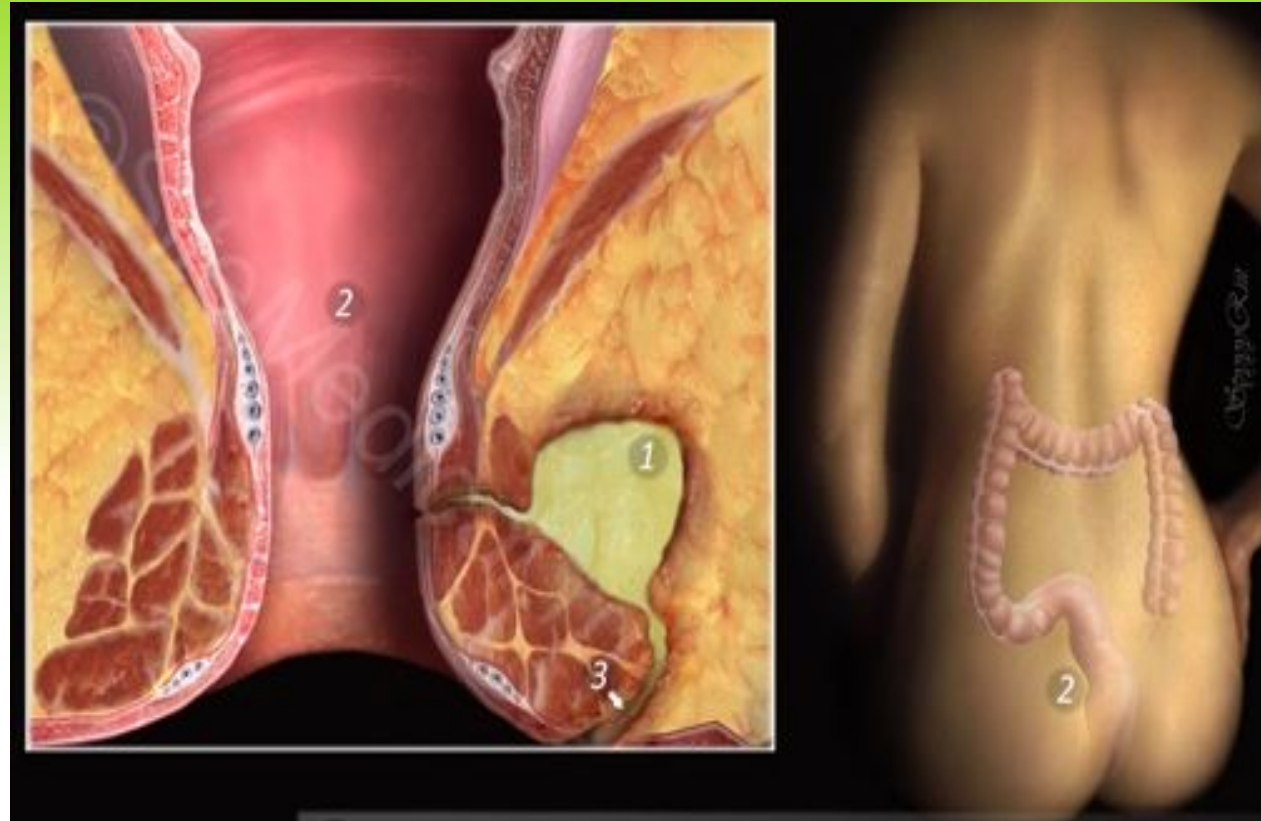
Оперативне:

- направлене на фіксацію прямої кишки або на зміцнення замикаючого апарату (сфінктера).

Хворі потребують тривалого звільнення від важкої праці, відповідної дієти, ЛФК.

Гострий парапроктит

- запалення навколопрямокишкової клітковини, що швидко призводить до гнійно-некротичного руйнування тканин та перехід у хронічну форму і утворення норниць.



i На рисунку показаны:
Периректальный абсцесс (1), который образовался на месте очага воспаления тканей, окружающих прямую кишку (2).
Гной из абсцесса прорвался наружу, образовав свищ (3) заднего прохода.

Гострий парапроктит

Причини парапроктиту:

- запалення анальних залоз,
- тріщина слизової заднього проходу,
- геморой,
- мікротравми при расчесам покривів заднього проходу,
- запальні захворювання прямої кишки і сусідніх органів, інфекція, яка проникає лімфогенним шляхом,

Сприяють - сидячий спосіб життя, тривала і часта їзда в автомобілі, зловживання спиртними напоями.

Класифікація за анатомо-топографічним розташуванням

- підшкірний,
- підслизовий,
- ішіоректальний (седалищно-прямокишковий),
- пельвіоректальний (тазово-прямокишковий),
- ретроректальний (позаду-прямокишковий)

Парапроктит (от рага и греч. proktós — задний проход), гнойное воспаление клетчатки, окружающей прямую кишку.

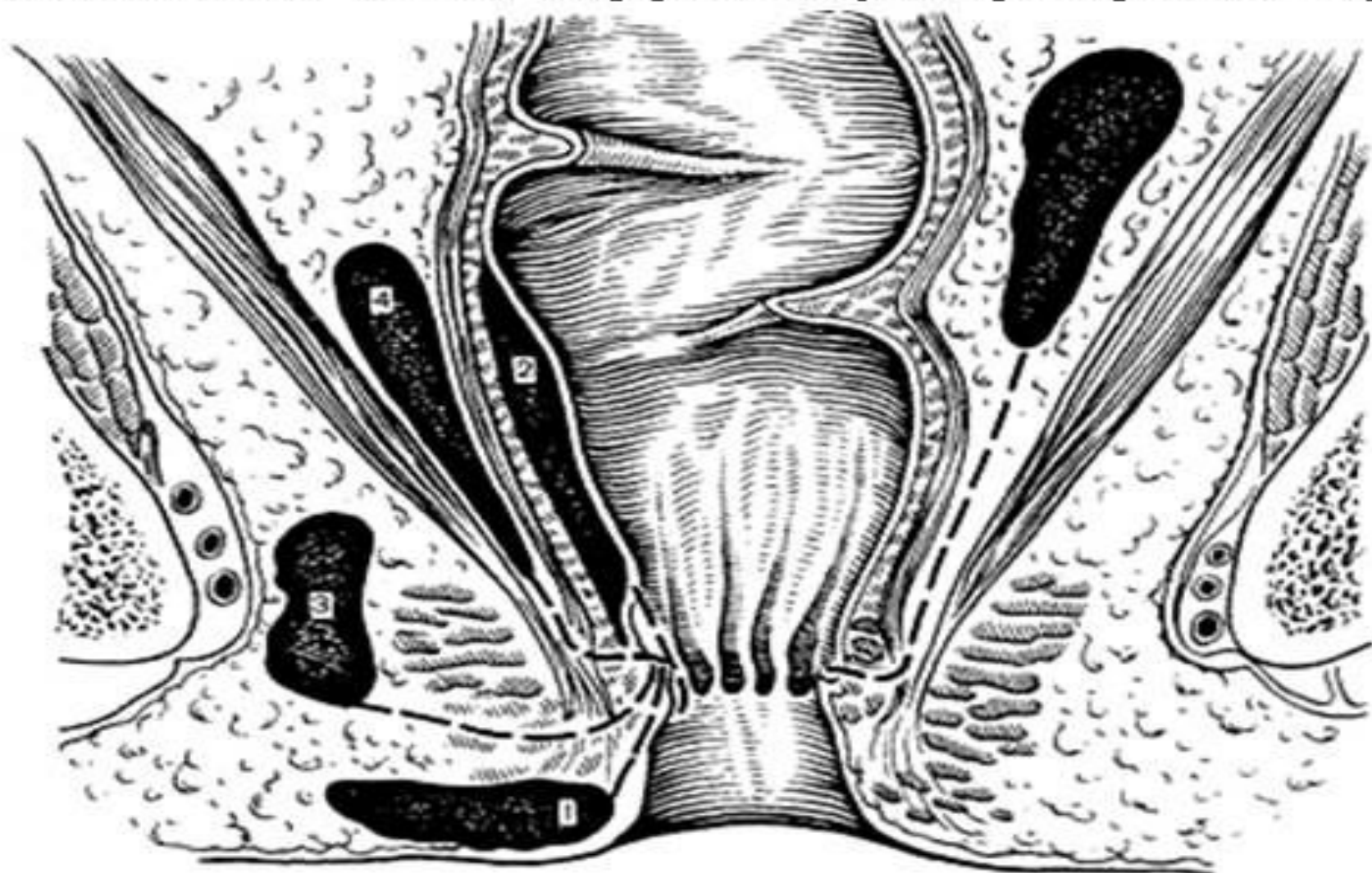


Рис. 24.2. Виды парапроктитов в зависимости от локализации.

1 — подкожный; 2 — межсфинктерный; 3 — ишиоректальный; 4 — ишиоанальный.

Підшкірний парапроктит

Процес розвивається гостро. Пацієнта турбує:

- біль в області заднього проходу, яка посилюється при дефекації, рухах, кашлі, чханні і стає пульсуючим;
- хворі намагаються сидіти на здоровій сідниці, при ходьбі відставляють зад («поза павіана»);
- затримується стілець через болючість при дефекації;
- при формуванні гнійника спереду від заднього проходу приєднуються дізуричні розлади;
- в першу добу захворювання підвищується t - $38-39^{\circ}\text{C}$, знижується працездатність, з'являється головний біль, порушення сну, апетиту, озноб.

Діагностика парапроктиту

- При об'єктивному обстеженні виявляють припухлість, гіперемію, болючість при пальпації.



- При пальцевому дослідженні виявляють ущільнення на певній ділянці, виникає біль при натискуванні на уражену стінку прямої кишки. При сформованих гнійниках у центрі ущільнення виникає флуктуація

Гострий парапроктит

Ішіоректальний парапроктит

(сіднично-ректальний) розвивається поступово.

Пацієнта турбує:

- Біль і важкість у глибині промежини, що посилюється при дефекації. Через 5-7 днів біль стає пульсуючою, особливо при русі.
- Симптоми інтоксикації поступово зростають, і до 5-7 дня різко погіршується стан.
- На відповідній стороні може з'явитися інфільтрація тканин, легка гіперемія шкіри.
- Запальний процес може переходити в протилежну сіднично-прямокишечну ямку і тоді формується "підковоподібний" парапроктит.

Пельвеоректальний парапроктит

(тазово-ректальний) протікає важко.

- Болі виникають при дефекації, іноді вони іррадіюють в матку, сечовий міхур.
- З'являється відчуття тяжкості в тазу, тиск "на низ".
- Поступово погіршується загальний стан.
- При ректороманоскопії визначаються зміни слизової оболонки кишки в зоні інфільтрату.

Гострий парапроктит

Підслизовий парапроктит

зустрічається рідше.

Пацієнта турбує:

- біль в прямій кишці, яка посилюється при дефекації;
- почуття переповнення кишки, тяжкості в ній,
- субфебрильна температура,
- зниження працездатності.

Гнійник може розкритися в просвіт кишки.

Ретроректальний парапроктит

(Позаду ректальний) зустрічається вкрай рідко.

Пацієнта турбує:

- Тяжкість, болі в прямій кишці, крижах, куприку, що посилюються в положенні сидячи і при дефекації.
- Пальпація виявляє різку хворобливість при тиску на область куприка.

Гострий парапроктит

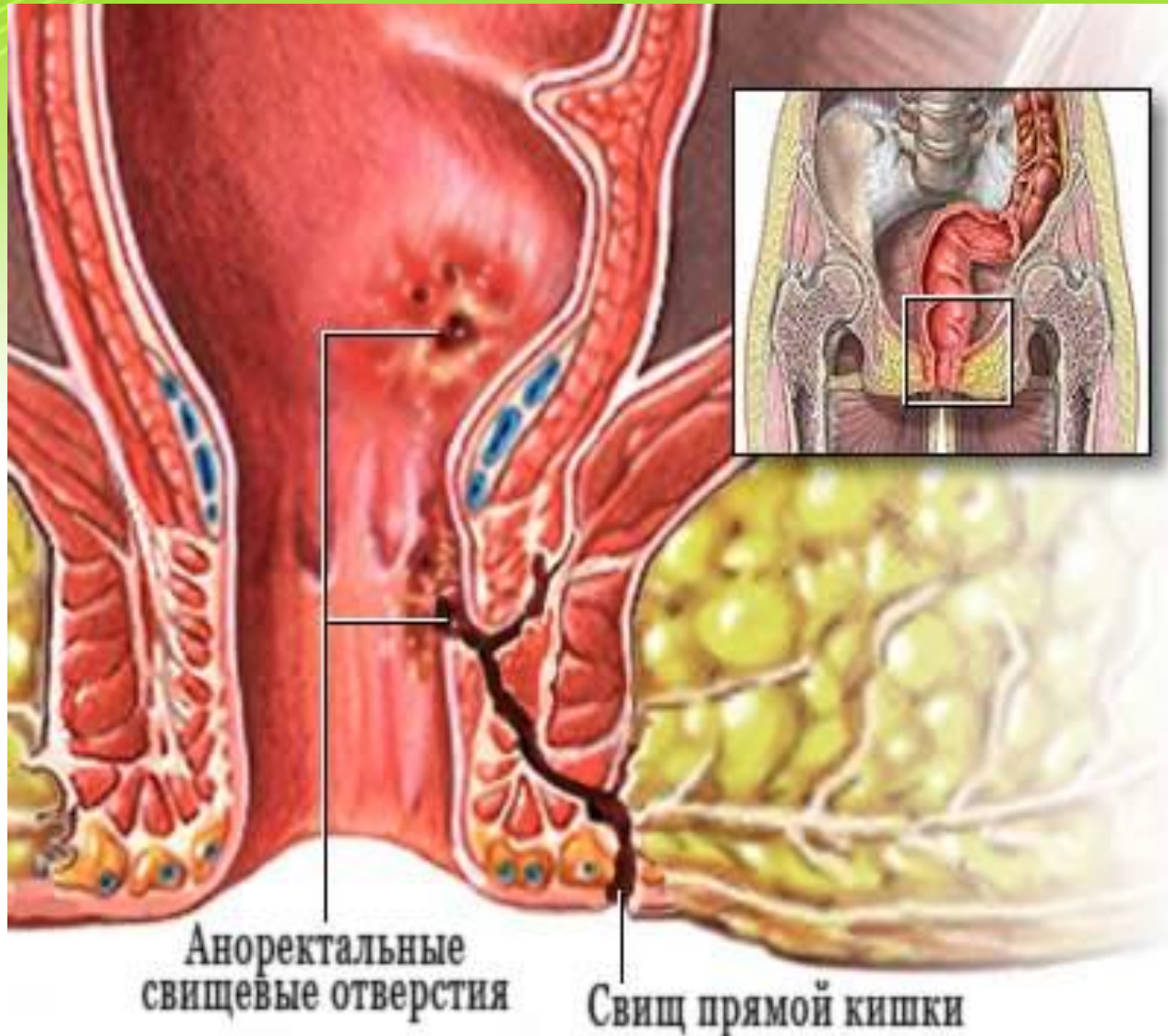
Лікування

Тільки оперативне. **Консервативне лікування - ліки і фізичні процедури не ефективні! - це велика тактична помилка.** Хворі на гострий парапроктит повинні лікуватись тільки в стаціонарі. Перед операцією їм необхідно очистити пряму кишку розчином фурациліну 1:5000 і добре помити промежину. Оперувати слід тільки під загальним наркозом

Передопераційна фістулографія з йодоліполом.

Розтин і дренивання гнійної порожнини через рану промежини з одночасною ліквідацією внутрішнього отвору свища.

Ускладнення парапроктита



У 95-98% випадків розвивається

- хронічний уповільнений парапроктит.
- параректальні нориці: неповні (поверхневі або внутрішні) і повні, коли нориці поєднують просвіт прямої кишки з промежиною.

Постійні слизисто-гнійні виділення ведуть до подразнення і мацерації шкіри, забруднюють білизну.

Гострий парапроктит

Післяопераційний період

- Антибактеріальна і дезінтоксикаційна терапія.
- Протягом 2 днів прийом рідини до 800мл.
- З 3 дня призначають бідну шлаками дієту: бульйон, м'ясо у вигляді пюре, відварну рибу, сир, сухарики, кашу манну, рисову.
- Поступово хворого переводять на менш щадну дієту, яка сприяє відправленню кишечника.
- Першу перев'язку роблять на наступний день після операції.
- Тампон видаляють з порожнини гнійника, призначають ванночку з розчином фурациліну (1: 5000).
- Надалі, щодня після дефекації роблять сидячі ванночки.
- Після появи здорових грануляцій в порожнину гнійника вводять тампон з мазями що містять антибіотики або антисептики.

Доброякісні та злоякісні пухлини прямої кишки: діагностика, лікування.

В останні 20 років спостерігається значний ріст різних пухлин товстої та прямої кишки.

До доброякісних пухлин кишечника відносять: **поліпи, лейоміоми, рабдоміоми, ангіоми, невриноми** і т. ін. Поодинокі і множинними.

Клініка. Доброякісні пухлини кишки тривалий час можуть себе не проявляти. Інколи може виникати біль у животі без чіткої локалізації, пронос, виділення крові і слизу з калом, схуднення.

Лікування. Методом вибору лікування доброякісних пухлин є операція, яка полягає в резекції ураженої ділянки кишки з обов'язковим цитологічним дослідженням видаленої пухлини.

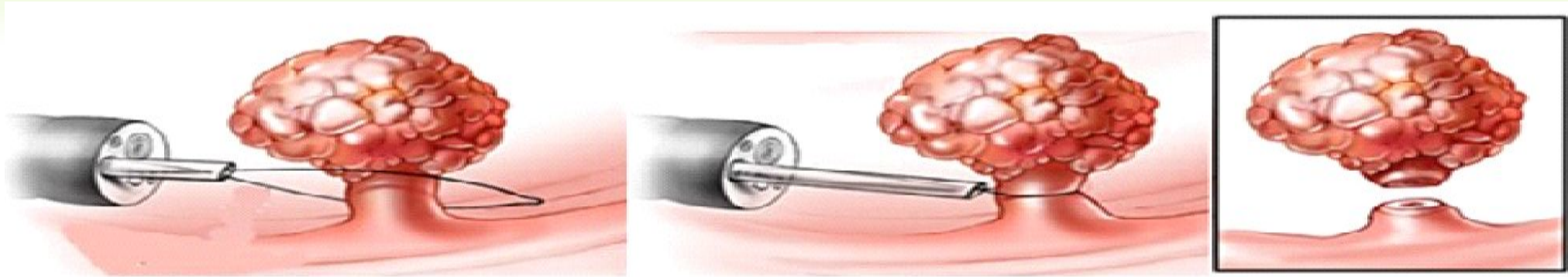
Доброякісні пухлини прямої кишки

Становлять 50-70% усіх пухлин прямої кишки.

Трапляються у 2,5-7,5% усіх хворих з патологією прямої кишки.

Розрізняють *епітеліальні* пухлини (поліпи), *ворсинчасті* і пухлини *неепітеліального походження* (лейоміоми, ліпоми, фіброми, судинні пухлини).

Поліпи кишечнику



Лікування. Застосовують електрокоагуляцію поліпу через ректороманоскоп. При злоякісному перетворенні поліпу проводять оперативне втручання.

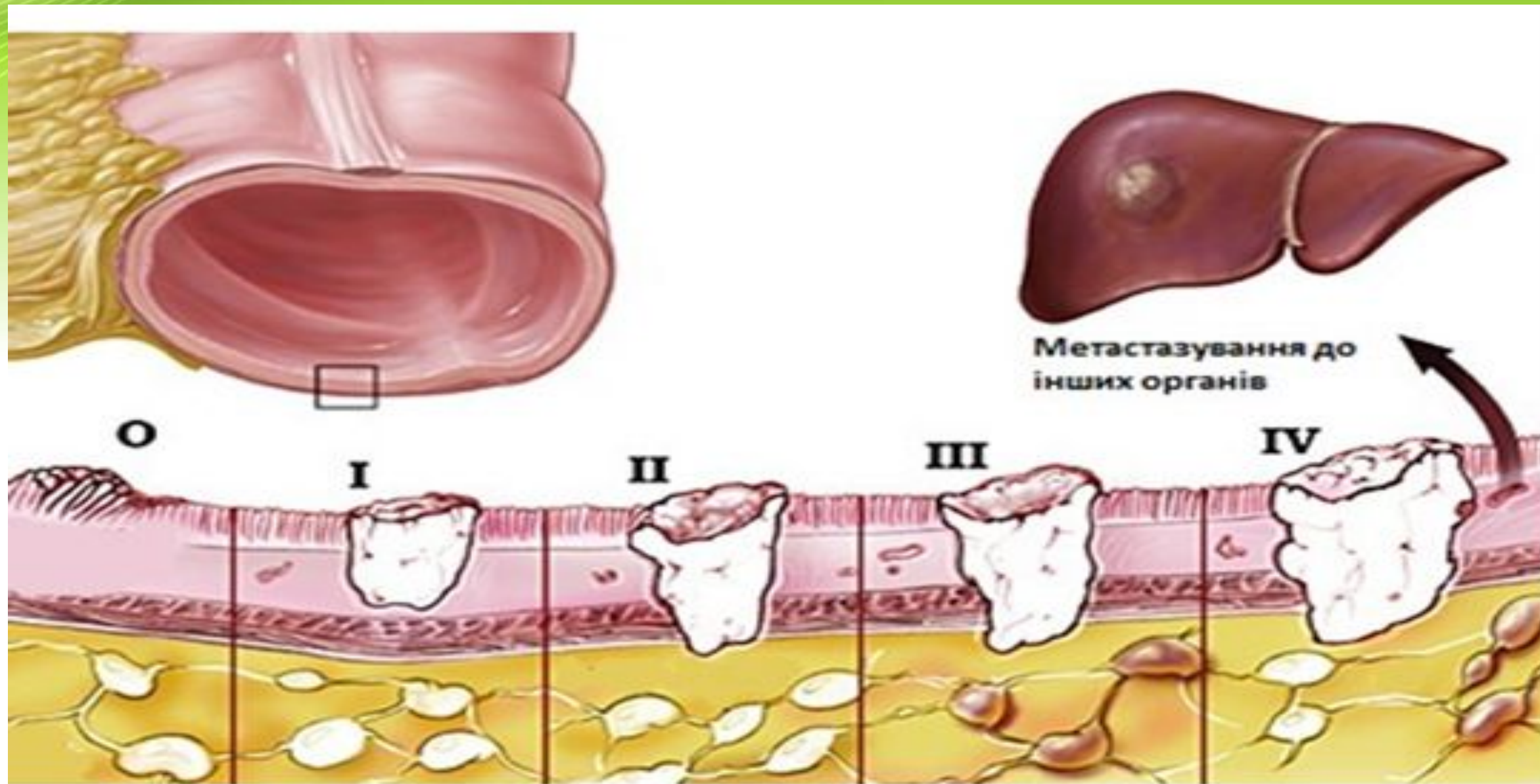
Рак прямої кишки

| | |
|--------------|--|
| Чинники | Основною причиною ракових уражень у 50-70% хворих є переродження доброякісних пухлин та різні запальні захворювання. |
| Локалізація | Переважає ураження середньо - ампулярний відділ прямої кишки (70-88%). |
| Форми раку | Рак ампули і проксимального відділу прямої кишки, як правило, є аденокарциномою або скіром, інколи викликає циркулярне звуження прямої кишки. Рак анального відділу трапляється рідше і походить з епітелію (плоскоклітинний рак). |
| | За характером росту розрізняють екзофітну, ендофітну, змішану форму раку |
| Класифікація | 1) T1,N₀M₀ - пухлина до 3 см (не більше $\frac{1}{3}$ кишки); 2) T2 N₀M₀ - пухлина проростає до половини околу, проростає через усю стінку, при пальпації зміщується; 3) T₃, N1,M₀ - пухлина циркулярно охоплює кишку, проростає через всю стінку, є метастази в регіонарні лімфатичні вузли; 4) T4,N1-3,M1 - велика пухлина, проростає в сусідні органи, визначаються метастази у сусідніх органах |

Рак прямої кишки

| | |
|-------------|--|
| Ускладнення | Рак верхнього відділу ускладнюється стенозуванням кишки і кишковою непрохідністю, середнього відділу - кровотечами, нижнього - утрудненим актом дефекації. |
| Клініка | Переважно виникає дискомфорт, відчуття незавершеності акту дефекації. може супроводжуватись проносом, кишковою непрохідністю, в сечовий міхур - порушенням сечовипускання. Стрічковий кал. |
| Діагностика | 1) пальцеве дослідження прямої кишки, 2) ректороманоскопія; 3) рентгенографія (ангіографія, лімфографія); 4) біопсія і гістологічне дослідження. 5) КТ, МРТ |
| Лікування | Операція. В окремих випадках проводять рентгенотерапію і хіміотерапію. |
| Прогноз | Тривалість життя хворого при паліативному лікуванні - 2-3 роки. Без операції хворі гинуть від низької кишкової непрохідності. |

Рак прямої кишки



Догляд за хворими із захворюваннями прямої кишки.

Підготовка до операції

Хворих готують до операції за 3-5 днів.

- Призначають висококалорійну і безклітковинну дієту.
- За 2-3 дні до операції призначають проносні засоби (15-30% розчин сульфату магнію по 1ст. ложці 6-8 разів на день або рицинову олію по 1с*т. ложці 4-5 разів на день).
- Очищають товстий кишечник за допомогою очисних клізм вранці і ввечері.
- Для профілактики нагноєння ран і розходження швів кишечнику за 3 дні до операції хворому призначають антибіотики,
- При операціях на прямій кишці в день операції кишечник очищають **сифонною клізмою до "чистої води"**. Крім того, проводять туалет промежини за допомогою спиртового розчину хлоргексидину, кутасепту і ін.

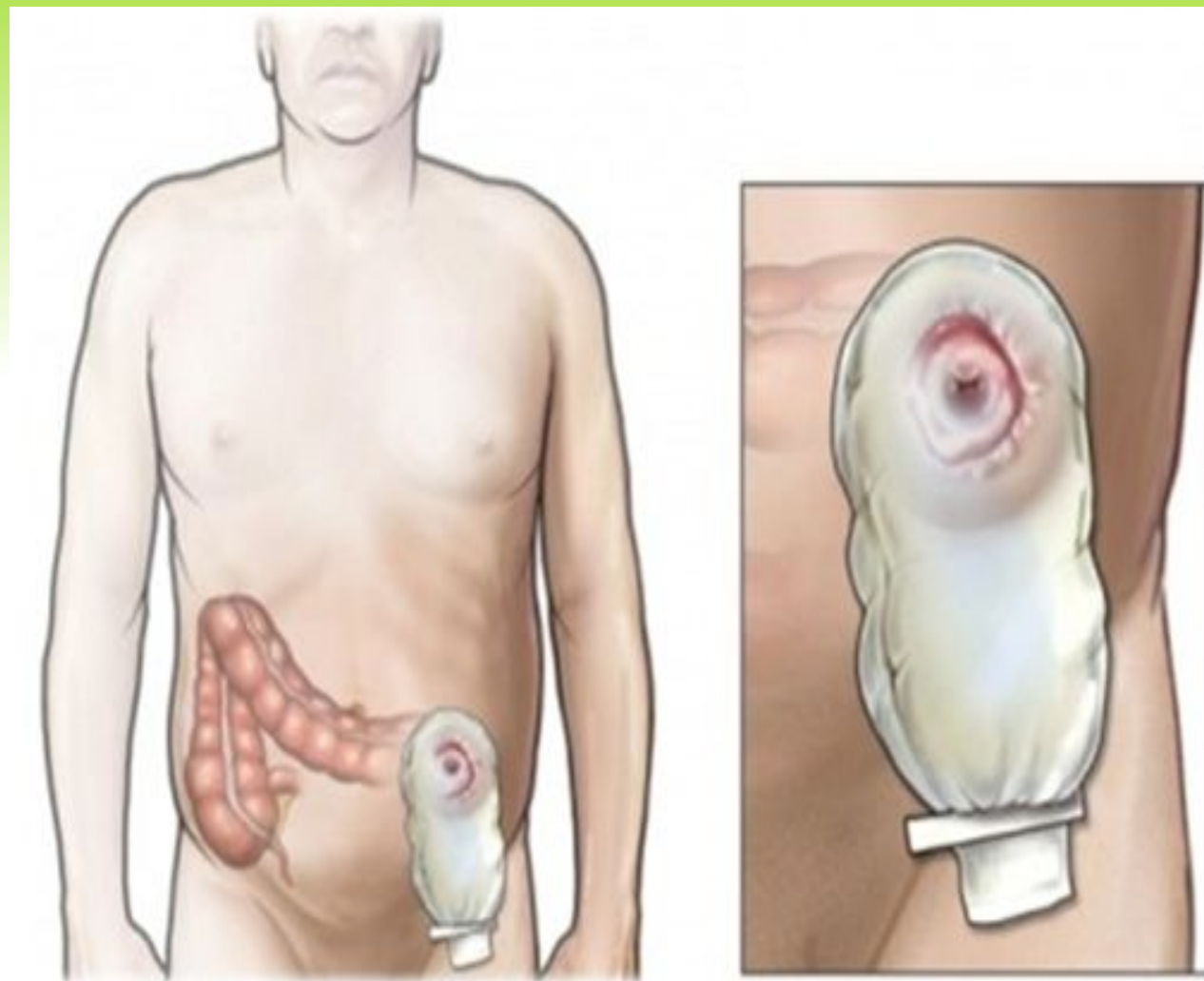
Догляд за хворими із захворюваннями прямої кишки після операції

- У перші дні після призначається дієта. Пити хворим дозволяють з 2-го дня після операції, з 3-го дня (індивідуальний підхід) можна давати рідку, калорійну, безклітковинну їжу (манна каша, кефір, йогурт, сирі яйця, протертий суп та ін.).
- Забороняють давати хліб, фрукти, молочні продукти. Протягом п'яти днів рекомендують призначати настоянку опію. На 5-6 день призначають по 20-30мл рідкого вазелінового масла, регулакс, дуфалак і тільки з 7-8-го дня можна ставити очисну клізму.

Догляд за хворими із захворюваннями прямої кишки після операції

Догляд за хворими із КОЛОСТОМОЮ

Після кожного випорожнення кишечника необхідно промити стому і на виступаючу частину слизової накласти серветки, змочені вазеліновим маслом. Шкіру навколо нориці необхідно змазувати пастою **Лассара** або іншою індиферентною маззю



Пошкодження заднього проходу і прямої кишки.

Причини:

- проковтування чужорідних тіл (кістки, зубні протези, цвяхи, голки);
- насильницьке грубе введення сторонніх предметів;
- падіння на тверді предмети промежиною або заднім проходом;
- переломи кісток тазу;
- вогнепальні поранення.

Пошкодження заднього проходу і прямої кишки.

Ушкодження прямої кишки при **закритих переломах кісток таза** трапляються дуже рідко, переважно у випадках переломів крижів із зміщенням відламків.

При **вогнепальних** нерідко бувають поєднані ушкодження кісток тазу і прямої кишки. У разі ушкодження прямої кишки затримуються випорожнення і газу, через задній прохід виділяється кров, через рану – кал і газу. Швидко розвивається калова флегмона.

Причиною пошкодження можуть бути **стороні тіла прямої кишки**, інколи травма стінки кишки настає при видаленні стороннього тіла.

Хворі поступають з ускладненнями (перитоніт, параректальний абсцес).

Доволі рідко пошкодження прямої кишки зумовлені збоченими половими актами та предметами сексуальної стимуляції.

Пошкодження заднього проходу і прямої кишки.

Рентгенівський знімок таза пацієнта показує причину його дискомфорту - пляшку в прямій кишці.



Пошкодження заднього проходу і прямої кишки.

Перша допомога:

1. Постраждалих укладають на ноші на спині, голова повернута набік (можливе блювання).
2. Асептична пов'язка, інородні тіла не видаляти
3. Тампонада рани
4. Місцево (промежина) холод .
5. Знеболення
6. Контроль загального стану і показників гемодинаміки.
7. Інфузійна терапія
8. Серцево-легенева реанімація
9. Екстренна госпіталізація,

Лікування:

При ознаках перитоніту, масивної кровотечі.

Після короткотривалих (не більше 2 годин) діагностичних заходів та передопераційної підготовки-екстренне оперативне втручання спрямоване на ліквідацію ускладнень, які виникли (кровотеча, перитоніт).

Домашнє завдання

Самостійна робота

СРС: №1 Особливості догляду за хворими із захворювання прямої кишки

СРС: №2 Особливості підготовки проктологічних хворих до операції

Рекомендована література

О.М. Кіт, О.Л.Ковальчук, Г.Т. Пустовойт « Медсестринство в хірургії» стор. 400-409.

О.Л.Ковальчук, Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович « Медсестринство в хірургії» стор.421 - 428.

«Руководство к практическим и занятиям по хирургии» Цитовська Л. В. Ст. 299-302.