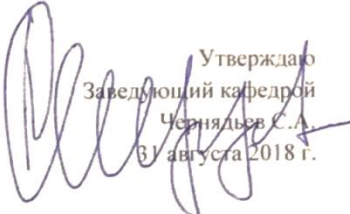


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Чернышев С.А.
31 августа 2018 г.

Методические указания к практическим занятиям по элективу

Колопроктология

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2018**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.
– Екатеринбург, 2018. –16с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики и хирургического лечения заболеваний прямой кишки и перианальной области

Рекомендации предназначены для студентов медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело по программе электива

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, 2018г.

ISBN

Содержание

Введение-----	6
Физиология прямой кишки-----	6
Геморрой-----	7
Анальная трещина-----	9
Острый парапроктит-----	9
Хронический парапроктит-----	10
Недостаточность сфинктера заднего прохода-----	10
Выпадение прямой кишки-----	11
Эпителиальный копчиковый ход-----	11
Ректоцеле-----	11
Послеоперационные осложнения-----	12
Список литературы-----	15

Методические рекомендации

Цели занятия: показать значимость проблемы проктологических заболеваний, ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, классификацией, клиникой и диагностикой, лечением.

Задачи занятия

Студент должен знать

Определение понятия.

Этиологию, патогенез развития

Классификацию

Особенности течения заболеваний

Методы диагностики

Тактику ведения пациентов

Студент должен уметь

Провести сбор жалоб, анамнеза, клиническое обследование больного.

Поставить и обосновать диагноз.

Разработать план обследования, обосновать объем необходимых лабораторных и инструментальных методов исследования.

Разработать оптимальную схему лечебной тактики.

Выставить показания и обосновать выбор тактики оперативного пособия.

Ассистировать на перевязках оперированным больным.

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

<i>шифр</i>	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5
ОК-1,	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
ОК-4	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
ОПК-4	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
ОПК-6	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-
ОПК-8	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическим и группами препаратов, их совместимость, показания к назначению

ОПК-9	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач,	Анатомо-физиологические особенности органов организма человека	Провести исследование организма человека в целом по системам	Методикой исследования организма человека по системам
ОПК-11	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов в хирургии
ПК-5	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
ПК-6	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
ПК-7	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
ПК-8	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
ПК-10	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи
ПК-11	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
ПК-20	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.

Введение.

Общепроктологические (неопухолевые) заболевания занимают значительное место в амбулаторно-поликлинической деятельности хирурга. Достаточно сказать, что геморроем страдают около 10% взрослого населения страны.

К заболеваниям прямой кишки относятся: геморрой, анальная трещина, острый парапроктит, хронический парапроктит (параректальные свищи), эпителиальный копчиковый ход, выпадение прямой кишки, ректоцеле, недостаточность анального жома.

Физиология прямой кишки.

Прямая кишка является конечным отделом пищеварительного тракта. Длина ее вместе с анальным каналом у взрослых составляет 16-17 см. В прямой кишке выделяют анальный канал – 3 см., ампулярный отдел 10-11 см и ректосигмоидный переход 2-3 см. Последний находится выше тазовой брюшины. Таким образом, основная часть прямой кишки расположена внебрюшинно и находится в малом тазу. Спереди от прямой кишки у женщин помещается влагалище с маткой и мочевой пузырь, а у мужчин – предстательная железа, семенные пузырьки с семявыносящим протоками и мочевой пузырь.

В малом тазу прямая кишка покрыта брюшиной лишь по передней и боковой поверхности. Брюшина доходит сверху примерно до середины ампулы, образуя Дугласов карман.

Прямая кишка сообщается с отверстием заднего прохода посредством анального канала, который покрыт многослойным плоским эпителием. Анальный канал обильно снабжается нервными окончаниями и очень чувствителен. Примерно на уровне середины анального располагается по окружности линия прикрепления дистальных волокон *m. levator ani*. Наверху (проксимально) анальный канал соединяется со слизистой оболочкой прямой кишки, покрытой цилиндрическим эпителием. На месте перехода анального канала в слизистую оболочку располагается аноректальная линия, обозначаемая также зубчатой или гребешковой. В этом же месте проходят продольно расположенные в подслизистом слое Морганиевы колонны, основания которых соединяются поперечными складками по гребешковой линии. Эти складки образуют крипты, которые нередко травмируются при запорах или поносах, что может привести к возникновению острого парапроктита, свищей и трещин прямой кишки.

Запирательная функция прямой кишки осуществляется внутренним и наружным сфинктером. Внутренний сфинктер не обладает способностью удерживать кал и газы. Среди мышц малого таза для хирургов наибольшее практическое значение имеют наружный сфинктер и мышца, поднимающая задний проход. Наружный сфинктер имеет преобладающее значение в запирательной функции. Мышца, поднимающая задний проход образует дно малого таза, ее также называют диафрагмой таза.

Кровоснабжение

Главным артериальным стволом прямой кишки является верхняя ректальная артерия, которая является веткой нижней брыжеечной артерии. Средние прямокишечные артерии берут начало от внутренних подвздошных артерий. Нижние прямокишечные артерии берут начало от срамной артерии. Артерии сопровождаются одноименными венами.

Периферическая иннервация прямой кишки осуществляется симпатическими и спинальными нервами.

Главная функция прямой кишки – это накопление и удержание (континенция) каловых масс.

Методы обследования проктологических больных

1. жалобы, анамнез;
2. осмотр заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки
3. anosкопия, ректороманоскопия
4. ирригография
5. фиброколоноскопия
6. УЗИ и КТ органов брюшной полости и малого таза

Геморрой

Это заболевание, характеризующееся увеличением наружных и внутренних геморроидальных узлов. Границей между ними является зубчатая линия. При этом заболевании происходит выпадение, ущемление геморроидальных узлов, а также кровотечение из них в конце акта дефекации. Заболевание встречается часто: им страдает 10% взрослых людей. Наиболее часто оно развивается у людей, страдающих хроническими запорами.

Патогенез. Изыскания Л.Л.Капуллера и В.Л.Ривкина (1976), F.Steizner (1972), установили, что гемодинамический и дистрофический факторы являются определяющими в возникновении геморроя. Дисфункция сосудов, обеспечивающих приток и отток крови к кавернозным образованиям, приводит к их переполнению и в конечном счете возникают геморроидальные узлы. Вместе с тем, в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале, развиваются дистрофические процессы, что ведет к необратимому выпадению геморроидальных узлов.

Выделяют хронический и острый геморрой. При хроническом геморрое происходит выпадение узлов в анальный канал, пациенты предъявляют жалобы на чувство дискомфорта, жжения в анальном канале. Постоянные кровотечения из геморроидальных узлов приводит к хронической постгеморрагической анемии. Хроническое течение заболевания делится на четыре стадии:

1. I стадия – характерно выделение алой крови из заднего прохода при дефекации без выпадения геморроидальных узлов.
2. II стадия – выпадение геморроидальных узлов, но с их самостоятельным вправлением в анальный канал
3. III стадия – периодическое выпадение узлов из анального канала с необходимостью их ручного вправления
4. IV стадия – постоянное выпадение геморроидальных узлов из анального канала вместе со слизистой оболочкой прямой кишки, невозможность их вправления в анальный канал при помощи ручного пособия. Выпадения не связаны с актом дефекации и узлы могут выпадать при вертикальном положении больного во время кашля или физической нагрузки.

Внутренние геморроидальные узлы находятся на 3, 7 и 11 часах при положении больного на спине. Кровотечения бывают при любой степени выпадения и зависят обычно от плотности каловых масс.

Острый геморрой характеризуется ущемлением выпавших геморроидальных узлов в анальном канале. Обычно это бывает после употребления алкоголя или выполнения тяжелой работы. Больные жалуются на сильные боли в области анального канала,

невозможность сидеть, боли усиливаются при ходьбе. Может подниматься температура. При осмотре области заднего прохода можно увидеть напряженные синюшные, резко болезненные узлы. Больные с острым геморроем нетрудоспособны.

Острый геморрой по клиническому течению разделяют на три стадии:

1. I стадия – характеризуется тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса
2. II стадия – свойственно воспаление геморроидальных узлов.
3. III стадия – на фоне тромбоза и воспаления геморроидальных узлов развивается воспаление подкожной клетчатки и перианальной области.

Диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза, осмотра области заднего прохода, пальцевого исследования прямой кишки, аноскопии.

Лечение

При хроническом геморрое необходимо соблюдение диеты, направленной на предупреждение запоров, местная терапия (свечи – ауробин, ультрапрокт, проктогливенол, гепатромбин Г; ванночки; мази – гепариновая при тромбозе геморроидальных узлов, левасин, левомеколь – при воспалении перианальной области), флеботонические препараты (детралекс, антистакс, веноруто, гливенол). Необходима растительная молочная диета, исключающая острые блюда и алкоголь. После дефекации необходимы сидячие марганцевые ванночки, свечи. Оперативное лечение показано при 2 и 3 ст. выпадения геморроидальных узлов. При постоянных длительных кровотечениях оперируют при любой степени выпадения. Операция геморроидэктомия по Милигану-Моргану в модификации НИИ проктологии. На сегодняшний день применяют три ее разновидности:

1. Закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала узловыми или непрерывными кетгутовыми швами (при III-IV стадии заболевания при отсутствии четких границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами).
2. Открытая геморроидэктомия – наружные и внутренние геморроидальные узлы удаляются единым блоком при помощи коагуляционного ножа с перевязкой ножки узла кетгутовой нитью и оставлением открытой раны анального канала, при III-IV стадии, но осложненных анальной трещиной или парапроктитом.
3. Подслизистая геморроидэктомия (1956 г. А.Parks) пластическая операция, суть которой заключается в том, что слизистая оболочка анального канала не иссекается вместе с геморроидальным узлом, а рассекается дугообразными разрезами, после чего из подслизистого слоя при помощи коагулятора выделяют геморроидальный узел, перевязывают его ножку, узел отсекают, оставляя культю удаленного узла в подслизистом слое.

При остром геморрое выполняют новокаиновую блокаду перианальной области, осторожное вправление выпавших узлов, свечи, ванночки. Оперативное лечение после стихания воспалительных явлений.

К современным (малоинвазивным) способам лечения геморроя относятся: инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов, склеротерапия, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция внутренних геморроидальных узлов, которые выполняются в амбулаторных условиях. Противопоказанием для проведения лечения этими способами являются тромбоз геморроидальных узлов, острый и хронический парапроктит, анальная трещина и воспалительные заболевания анального канала и промежности. Таким образом, пациентам с I стадией - показаны консервативное лечение флеботропными препаратами, инфракрасная фотокоагуляция, склеротерапия.

При II стадии можно проводить инфракрасную фотокоагуляцию, склеротерапию, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами.
При III и IV стадии – показана геморроидэктомия.

Анальная трещина

Хронические анальные трещины бывают в анальном канале на 6 часах - задняя анальная трещина. Гораздо реже встречается передняя анальная трещина на 12 часах. При этой патологии в анальном канале имеется продольная трещина длиной 10-12 мм. с грубыми орозоленными краями. Тонус анального жома повышен, вследствие чего практически невозможно спонтанное заживление. Больные жалуются на сильные боли во время акта дефекации, иногда при твердых каловых массах бывают незначительные кровотечения. У больных развивается стулбоязнь.

Диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза, осмотра заднего прохода. Трещину можно определить во время пальцевого исследования прямой кишки, которое бывает болезненным. Окончательный диагноз ставится во время осмотра ануса на ректальном зеркале - аноскопия. Перед выполнением этого исследования необходима новокаиновая блокада, которая вызывает выраженный обезболивающий эффект и расслабляет сфинктер. Обязательно проводится ректоскопия.

Лечение хронической анальной трещины, как правило, оперативное. Операция заключается в иссечении анальной трещины и дозированной сфинктеротомии.

Обязательно соблюдение послабляющей диеты.

Острый парапроктит

Острый парапроктит - это острое гнойное воспаление параректальной клетчатки. По локализации выделяют подкожный, ишиоректальный, пельвиоректальный и подслизистый парапроктит. Инфекция проникает в околокишечную клетчатку через поврежденную слизистую в области морганиевых желез. Таким образом, у гнойника в параректальной клетчатке всегда есть связь с прямой кишкой.

Наиболее часто встречается подкожный парапроктит. Заболевание начинается остро, с сильных болей в области заднего прохода, подъема температуры до фебрильных цифр.

При осмотре слева или справа от ануса отек, гиперемия, резкая болезненность при пальпации, определяется флюктуация. Лечение только оперативное - вскрытие парапроктита под общим обезболиванием или перидуральной анестезией. При ишиоректальном парапроктите гнойник располагается значительно глубже - между прямой кишкой и седалищной костью. При осмотре области заднего прохода внешних изменений не видно. Диагноз ставится на основании клиники и пальцевого исследования прямой кишки, при котором определяют болезненность и флюктуацию. Лечение оперативное - вскрытие парапроктита.

Самая редкая локализация острого парапроктита - это пельвиоректальный. Гнойник располагается очень высоко под тазовой брюшиной, выше леваторов. Больные предъявляют жалобы на боли внизу живота, высокую температуру с ознобом, боли при акте дефекации. Диагностика представляет значительные трудности, т.к. при пальцевом исследовании прямой кишки гнойник пальцем недостижим. Определенную помощь в диагностике представляют ректороманоскопия (можно увидеть выбухание стенки кишки) и КГ. Нередко диагноз устанавливают только тогда, когда гнойник перемещается вниз, в ишиоректальное пространство. Лечение также только оперативное - вскрытие парапроктита.

Довольно редкой локализацией парапроктита бывает подслизистая. Обычно на задней стенке прямой кишки. Диагноз ставят только на основании клиники и пальцевого исследования прямой кишки. Вскрывают острый подслизистый парапроктит под наркозом после дивульсии ануса через прямую кишку.

Свищи прямой кишки (хронический парапроктит)

Свищи прямой кишки развиваются после вскрытия острого парапроктита. их еще называют хроническим парапроктитом. Различают свищи полные и неполные. При полных свищах бывает внутреннее отверстие, сообщающееся с просветом прямой кишки и наружное, которое открывается на коже в перианальной области. При неполных свищах, что бывает реже, имеется только внутреннее отверстие свища. Именно внутреннее отверстие постоянно поддерживает воспаление и не позволяет свищу закрыться самостоятельно.

По отношению к анальному сфинктеру свищи бывают интрасфинктерные, трансфинктерные и экстрасфинктерные. Последние наиболее трудны для лечения. Больные жалуются на постоянные выделения из свищей, которые пачкают белье. Если наружное отверстие закрывается, в полости свища скапливается гной, которому нет оттока, и клиника напоминает острый парапроктит. Диагноз ставится на основании клиники, осмотра области заднего прохода, ректального исследования, зондирования свища пуговчатым зондом, ректороманоскопии, фистулографии. Лечение свищей только оперативное. При интрасфинктерных и трансфинктерных свищах последние иссекают единым блоком в просвет прямой кишки. При экстрасфинктерных свищах проводят шелковую лигатуру, которую постепенно затягивают. Рана при этом грануляциями заполняется изнутри.

Недостаточность сфинктера заднего прохода

Среди причин приводящих к слабости сфинктера заднего прохода первое место занимают травмы (75%), функциональные нарушения (15%) и аноректальные пороки развития (10%).

Выделяют 3 степени анальной недостаточности:

I – недержание газов

II – недержание жидкого кала

III – недержание плотного кала

Диагноз ставится на основании: жалоб и анамнеза, определения тонуса при пальцевом исследовании прямой кишки, исследовании ректального рефлекса. Для этого производят штриховое раздражение перианальной кожи, больших половых губ, мошонки и отмечают сокращение наружного сфинктера заднего прохода. Обязательно выполняют ректоскопию для определения состояния сфинктера.

Сфинктерометрия с помощью браншевого сфинктерометра позволяет определить тонус сфинктера в абсолютных единицах – граммах.

Лечение

При I степени анальной недостаточности проводят консервативное лечение. Оно включает в себя электростимуляцию анального сфинктера стационарным аппаратом «Эндатон-1». В течение 15 дней ежедневно выполняют электростимуляцию в течение 10-15 мин. В прерывистом режиме: 2 сек. – стимуляция, 4 сек. – пауза.

Назначают комплекс упражнений, направленных на укрепление ягодичных мышц и мышц тазового дна. Медикаментозное лечение включает в себя анаболические гормоны (ретаболил) и комплекс витаминов группы В.

Хирургическое лечение выполняют при повреждении запирающего аппарата, а также при анальной недостаточности II-III степени – выполняют сфинктеропластику или сфинктеролеваторопластику. При больших боковых дефектах сфинктера выполняют сфинктероглютеопластику. При этой операции замещают дефект коротким лоскутом большой ягодичной мышцы.

Выпадение прямой кишки

Заболевание полиэтиологичное. Предшествующие факторы: запоры, тяжелый физический труд, продолжительные поносы, осложненные роды.

Выделяют три стадии выпадения прямой кишки:

I – выпадение только при акте дефекации

II – при физической нагрузке

III – выпадение происходит при ходьбе и при перемещении тела из горизонтального положения в вертикальное.

Выпадение прямой кишки всегда сочетается с той или иной степенью анального недержания.

Диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза. Проводится осмотр области заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки при котором выявляют анальную недостаточность. Для окончательного подтверждения диагноза больной должен натужиться в положении на корточках над лотком или тазиком. Если выпавший участок кишки больше 15 см следует думать о выпадении сигмовидной кишки.

Обязательно выполняется ректороманоскопия, рентгеновское исследование (пассаж бария) тонкой и толстой кишки, рентгенография костей крестца и копчика.

Лечение

У взрослых лечение только оперативное независимо от стадии выпадения. Выпавшую кишку вправляют, обильно смазав ущемленный участок кишки вазелиновым маслом. Плановая операция выполняется через 2-3 недели. Наиболее оптимальной является операция Кюммеля-Зеренина. Выполняется нижняя срединная лапаротомия, прямую кишку ротируют на 180 градусов и фиксируют к промонториуму. Операция дополняется задней сфинктеролеваторопластикой, цель которой - укрепление анального сфинктера.

Эпителиальный копчиковый ход

Это врожденное заболевание, при котором в копчиковой области имеется ход, высланный изнутри эпителием. Длительное время это заболевание может себя клинически не проявлять. Ход этот может нагноиться, тогда появляются боли в области копчика, гиперемия, отек, повышение температуры. Лечение заболевания только оперативное. Операция заключается в иссечении эпителиального копчикового хода.

Ректоцеле

При этом заболевании происходит выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище. Заболевание развивается у женщин, страдающих хроническими запорами, также после осложненного течения родов.

Выделяют три степени ректоцеле:

I – определяется только при пальцевом исследовании прямой кишки как небольшой карман

II – выраженный карман прямой кишки, достигающий до уровня преддверия влагалища

III – выбухание задней стенки влагалища происходит за пределы половой щели

При этом заболевании женщины вынуждены во время акта дефекации вводить указательный палец во влагалище и надавливать на его заднюю стенку, чтоб добиться опорожнения прямой кишки от каловых масс. Это способствует возникновению невротических состояний.

Диагноз ставится на основании жалоб и анамнеза. Для окончательной постановки диагноза больную укладывают в гинекологическое кресло, во влагалище вводят зеркало. Далее врач вводит указательный палец в прямую кишку и надавливает на ее переднюю стенку. По тому насколько выбухает задняя стенка влагалища судят о степени ректоцеле. Обязательно выполняется ректороманоскопию и УЗИ малого таза.

Лечение

При I степени ректоцеле проводится консервативное лечение, которое заключается в послабляющей диете, предупреждающей запоры, комплекс лечебной гимнастики, направленной на укрепление мышц тазового дна.

При II и III степени проводится хирургическое лечение. Целью операции является гофрирование передней стенки прямой кишки и ушивание леваторов для укрепления ректовагинальной перегородки. После операции катетеризируется мочевого пузыря и на 10 дней назначают строгий постельный режим.

Послеоперационные осложнения

Наиболее частым осложнением после геморроидэктомии является стриктура анального канала. Для предупреждения этого осложнения на 4-ый и 7-й день (перед выпиской) после операции проводят осторожное пальцевое исследование прямой кишки, которое затем повторяют в поликлинике на 20-й и 30-й дни. Значительное место занимает послабляющая диета и прием по показаниям растительных слабительных.

Для ранней реабилитации больных в поликлинике врач-проктолог назначает физиолечение и комплекс упражнений ЛФК.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

- Классификация заболевания прямой кишки
- Этиологические факторы
- Выбор метода и техника выполнения операции
- Хирургическая тактика

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Сформулировать диагноз и его обосновать.

При осмотре пациента описать местный статус

При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику

По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):

Внутренние геморроидальные узлы располагаются

- а) ниже аноректальной линии
- б) над аноректальной линией
- в) на уровне межефинктерной борозды
- г) на уровне аноректальной линии
- д) на линии Хилтона

Микроскопически геморрой характеризуется

- а) варикозным расширением вен
- б) гиперплазией кавернозных телец
- в) ангиодисплазией
- г) тромбофлебитом
- д) склерозом гломерульных анастомозов

Острая анальная трещина не имеет:

- а) шелковидной формы
- б) гладких ровных краев
- в) анального (сторожевого) бугорка
- г) мышечной ткани на дне дефекта
- д) фибрина на раневой поверхности

Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид

- а) округлых плоских бляшек
- б) разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты

Неспецифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность

- а) сегментарное поражение слизистой оболочки
- б) воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
- в) блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям

- г) гладких бугристых образований
- д) грануляционной ткани

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала. Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончании дидактического модуля оценивается: Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

Список литературы.

Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
3. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
4. Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
- с Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
6. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
7. Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

Электронная база «Консультант студента»

1. Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
4. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
5. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
6. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
7. История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
8. Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

Электронные базы данных

www.общество-хирургов.рф

www.bmj.com

www.consilium-medicum.com

www.medscape.com

www.pubmed.org

www.rmj.ru

Электронные учебные издания.

- 1.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 2.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 3.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 4.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 5.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 6.Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
- 7.Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
- 8.Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ
Минздрава России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60х90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции