

**Міністерство охорони здоров'я України  
Національний медичний університет  
ім. О.О.Богомольця**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**  
**до практичних занять для студентів 4 курсу**  
**Тема заняття : Хвороби прямої кишки та м'яких тканин промежини.**

**Навчальна дисципліна Хірургія  
Напрямок підготовки Медицина  
Спеціальність 222 Медицина  
Кафедра хірургії №1**

**Київ 2024**

**Затверджено** на засідання кафедри від 26.03.2024р., протокол № 15

**Розглянуто та затверджено:** ЦМК з хірургічних дисциплін  
від «29» березня 2024року, протокол №1

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії № 1:

Укладачі:

- Кучер М.Д., д.мед.н., професор;

- Аксан М.В., к. мед. н., доцент.

**Тема заняття :** Хвороби прямої кишки та м'яких тканин промежини.

**Компетенції:**

1. інтегральні: здатність розв'язувати складні задачі та практичні проблеми у галузі професійної діяльності 22 “Охорона здоров'я”, що передбачає застосування певних теоретичних знань, вмінь, практичних навичок та методів відповідного професійного спрямування;

2. загальні:

- здатність застосовувати знання у реальних клінічних ситуаціях; проводити дослідження на відповідному рівні;
- демонструвати здатність до адаптації та дій в нових ситуаціях,
- діяти в автономному і командному режимах,
- оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт;
- спілкуватися державною мовою як усно, так письмово, з
- знаходити, опрацьовувати та аналізувати інформацію з різних джерел;
- виявляти та вирішувати проблеми;
- приймати обґрунтовані рішення, формувати базові уявлення, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, підтримці етичних цінностей, знанню важливих етапів вітчизняної історії,
- спроможності усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства з використанням їх у професійній і соціальній діяльності на основі положень фундаментальних наук
- діяльності у відповідності із основними безпечними та етичними принципами (мотивами) .

3. спеціальні (фахові, предметні):

- проведення збору та аналізу інформації від пацієнта (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, епідеміологічний анамнез, алергологічний анамнез);
- проведення фізикального обстеження хворих із хірургічними захворюваннями прямої кишки та м'яких тканин промежини і тазового дна;

- проведення проктологічного огляду хворих: огляд перианальної ділянки; пальцеве дослідження прямої кишки; обстеження анального каналу в ректальних дзеркалах та аноскопію; ректороманоскопію.

- проведення додаткових діагностичних методів обстеження пацієнтів з захворюваннями прямої кишки та м'яких тканин промежини, інтерпретація їх результатів;

- складання плану лікування пацієнтів із захворюваннями прямої кишки та м'яких тканин промежини;

- проведення диференціальної діагностики з іншими захворюваннями даної ділянки;

- планування та проведення профілактичних заходів з метою попередження подальшого розвитку або ускладнення захворювань прямої кишки та м'яких тканин промежини.

**Мета:** : розглянути та засвоїти основні етіологічні чинники, патогенез, класифікацію, клінічну симптоматику, методи діагностики, диференційну діагностику та особливості лікування хворих із захворюваннями прямої кишки та м'яких тканин промежини, в залежності від особливостей клінічного перебігу основного захворювання, наявності або відсутності його ускладнень та супутньої патології.

**Обладнання:** ноутбук, тестові завдання, результати інструментальних та лабораторних досліджень, ситуаційні задачі.

**План та організаційна структура заняття:**

Назва етапу	Опис етапу	Рівні засвоєння	Час
Підготовчий етап	1. Організаційні заходи 2. Постановка навчальних цілей та мотивація. 3. Визначення вхідного рівня знань студентів	Реконструктивний рівень	35 хв

<p>Основний етап</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обговорення теоретичної частини (визначення етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування захворювань прямої кишки та м'яких тканин промежини)</li> <li>• Формування професійних вмінь та навичок: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Провести курацію хворого;</li> <li>2.Скласти план обстеження хворих з захворюваннями прямої кишки та м'яких тканин промежини</li> <li>3.Провести діагностику та диференційну діагностику</li> <li>4.Визначити план лікування</li> </ol> </li> </ul>	<p>Реконструктивний, творчий рівень</p>	<p>110хв</p>
<p>Підсумковий етап</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та практичних навиків: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи студентів ;</li> <li>• Аналіз та оцінка результатів лабораторних, експериментальних, досліджень;</li> <li>• Рішення нетипових ситуаційних задач, завдань;</li> </ul> </li> <li>2. Підведення підсумків заняття: теоретичного, практичного, організаційного</li> </ol>	<p>Реконструктивний , творчий рівень</p>	<p>35 хв</p>

## Зміст теми заняття:

### Захворювання прямої кишки

Пряма кишка - найбільш дистальний відділ кишечника. Назва її не відповідає анатомічній будові, так як вона повторює вигини крижі у фронтальній і сагітальній площинах. Верхній вигиб відкритий до переду, нижній - до заду.

Довжина прямої кишки - 12-16 см.

По відношенню до очеревини розрізняють 3 відділи прямої кишки:

- 1 - інтраперитонеальний (надампулярний)
- 2 - промежинний (ампулярний) - покритий адвентицією
- 3 - анальний - по проекції внутрішнього і зовнішнього сфінктерів.

Слизова оболонка - зібрана в численні складки, які розправляються, окрім складок в дистальному відділі, які мають вигляд валиків і називаються стовбики Моргані, у основі яких знаходяться крипти.

Слизова оболонка покрита:

- у верхньому відділі - одношаровим циліндричним епітелієм;
- у зоні стовбців - багатошаровим кубічним епітелієм, місце переходу називають зубчатою лінією;
- у нижньому промежинному відділі - багатошаровим плоским неороговівшим епітелієм;
- у шкірній (анальній) ділянці - багатошаровим плоским з ороговінням.

Зустрічаються анальні залози, вивідні протоки яких зливаються в крипти.

Підслизова оболонка прямої кишки добре розвинута і дозволяє слизовій зміщуватись, збиратися в складки.

В прямій кишці м'язева оболонка складається з 2-х шарів - внутрішнього - циркулярного і зовнішнього - продольного. Циркулярний шар в анальній ділянці потовщується до 6 мм і утворює внутрішній сфінктер, ширина якого досягає 3 см. Закінчується він на місці переходу слизової оболонки в шкіру. Безпосередньо під шкірою знаходиться м'язеве кільце з поперечнополосатих м'язів, які утворюють зовнішній сфінктер. Товщина його - 6-8 мм, висота - до 2 см.

До промежинної частини прямої кишки по бокових поверхнях фіксуються м'язи, що піднімають задній прохід - *m. levator ani*.

Кровообіг прямої кишки забезпечується 3-ма артеріями:

- верхньою - від *a. mesenterica inferior*
- середньою - від внутрішньої здухвинної артерії
- нижньою - від *a. pudenda*.

Венозний відток проходить через відповідні вени, які утворюють сплетіння в підслизовому та підсерозному просторах. Відток вен в 2 русла - нижньої порожнистої та воротної вен зумовлює наявність в прямій кишці аорто-кавальних анастомозів.

Лімфатична система прямої кишки дуже розвита. В стінці кишки розміщені 3 лімфатичні сплетіння: інтрамуральне - між підслизовим та м'язевим шаром; проміжне - або підсерозне; екстрамуральне - поза стінкою прямої кишки. Регіонарними для прямої кишки є лімфатичні вузли мезентеріальні, здухвинні, а також зовнішні, промежинні і пахвинні.

Іннервація прямої кишки складна. Тазовий та ампулярний відділи іннервуються вегетативною нервовою системою за рахунок нижнього брижового сплетіння, а промежинний та анальний відділи - за рахунок спинномозкових - сакральних нервів.

Пряма кишка виконує складні фізіологічні функції:

- абсорбційну - всмоктує воду, NaCl, декстрозу, спирт, глюкозу;
- резервуарну - може затримати 150-300 г калових мас, газів;
- евакуаційну - акт дефекації дуже складний, рефлекторний, при якому скорочуються м'язи прямої кишки, т. levator ani з підняттям заднього проходу, скороченням м'язів черевної стінки та промежини.

### Геморой

Етіологія і патогенез геморою

Запропоновано близько 30 теорій розвитку геморою: механічна (підвищення венозного тиску в судинах прямої кишки; теорія екзо- і ендогенних інтоксикацій; нейрогенна теорія; інфекційна; пухлинна.

До середини 80-х років нашого сторіччя геморою визначався як варикозне розширення вен прямої кишки.

В останні роки виявлено наявність в підслизовому шарі прямої кишки кавернозних структур. Розміщуються вони на рівні зубчастої лінії. Мають вони вигляд кавернозної ангиоми - печерних, багатокамерних порожнин неправильної форми. В один з країв такої кавернозної структури відкривається спіралевидна артерія, а з іншого боку - відходить магістральна вена. Ці печерні порожнини є артеріо-венозними анастомозами, що можуть змінювати свій об'єм. Стінка порожнин нагадує стінку вен м'язевого типу, здатну скорочуватись, а просвіт покритий ендотелієм. В місці впадіння артерії та виходу вени розміщені сфінктери, при скороченні яких печеристі тільця тривалий час переповнені кров'ю. Розміщуються кавернозні тільця на межі зубчастої лінії в строго певних ділянках підслизового шару, проекція яких при положенні хворого на спині відповідає 3, 7, 11 годинам циферблату - це внутрішні гемороїдальні вузли. Якщо вони розміщуються нижче зубчастої лінії - зовнішні гемороїдальні вузли.

Фактори, що сприяють розвитку геморою:

1. Нейрогуморальні порушення тону сфінктерів
2. Тривалі функціональні порушення прямої кишки
3. Венозний стаз в прямій кишці
4. Двомоментний акт дефекації.

Клініка

## 1. Безсимптомний геморой

- Виявляється при обстеженні практично здорових людей.
- При пальцевому дослідженні виявляються рухомі підслизові структури, проекція яких 3, 7, 11 годин по циферблату (при положенні на спині).
- При аноскопії видно фіолетового кольору підслизові групи кавернозних тілець.

У таких хворих слід провести комплекс профілактичних мір.

## 2. Хронічний геморой

- 1) Болі в ділянці заднього проходу, які виникають під час і після дефекації;
- 2) Незначні інтермітуючі кровотечі (свіжа кров на калових масах);
- 3) анальний зуд та відчуття печії в задньому проході;
- 4) Періодичні випадіння вузлів.

Стадії:

1 ст. - вузли пролабують з анального каналу тільки під час дефекації, а потім самостійно вправляються.

2 ст. - вузли випадають під час дефекації і значних фізичних навантажень.

3 ст. - вузли випадають при незначному фізичному навантаженні, самостійно не вправляються.

Діагностика

- При пальцевому дослідженні
- При ректоскопії.

## Ускладнений геморой

1. Защемлення гемороїдальних вузлів - гемороїдальні вузли при потугах випадають через анальний канал і внаслідок спазму сфінктеру защемлюються. Виникає різкий біль зразу після дефекації, відчуття стороннього тіла, печія.
2. Тромбоз гемороїдальних вузлів. По клінічній картині розрізняють 3 ступеня важкості:
  - 1 - невеликі, дещо болючі вузлики еластичної консистенції, розміщені на рівні зубчатої лінії;
  - 2 а - перинеальна зона різко гіперемована, болюча, щільна, набрякла. Виражений спазм сфінктеру. Болі спостерігаються при сидінні, ходьбі.
  - 3 а - вся зона заднього проходу втягнута в запальний інфільтрат, в товщі якого видно потовщені, фіолетового кольору вузли, тугі, різко болючі.
3. Кровотеча - яка може бути дуже інтенсивною, так як кровотеча змішана - артеріально-венозна.

## Лікування

Консервативне - в "холодному" періоді при неускладнених формах рекомендують: спокій; дієта з виключенням гострого, соленого, копченого, алкоголю; нормалізація випорожнення кишечника; сидячі ванни 2-3 рази на добу з ромашки і примочки з фурациліном; медикаментозно: знеболюючі, антисептичні, протизапальні препарати.



При кровотечах - гемостатичні засоби (місцеві і загальні).

Оперативне лікування: гемороїдектомія за Міліганом-Морганом, гемороїдектомія за Фергюсоном, лігатурний метод.

### **Тріщини заднього проходу.**

Це порушення цілісності слизової оболонки прямої кишки, які виникають внаслідок порушень еластичності шарів стінки, змін процесів регенерації.

Сприяючі фактори: закрепи; гострі хронічні запальні процеси в кишці, інфікування анальних залоз; нейрорефлекторні розлади.

#### Клініка

- Сильні болі під час та після акту дефекації, з ірадіацією в промежину, статеві органи, сечовидільний канал;
- помірні кровотечі;
- закрепи.

При огляді виявляється тріщина, продольно розміщена, довжиною 1-2 см, шириною 1-2 мм, глибиною 2-3 мм. Знаходиться частіше в ділянці задньої спайки, що відповідає 6 год. циферблату при положенні на спині. Зустрічаються іноді кілька тріщин, розміщених на протилежних стінках анального каналу.

Відмічається підвищення тону сфінктеру, може приєднатись запальний процес в прилеглих ділянках слизової оболонки.

#### Лікування

Консервативне:

1. Регуляція випорожнення дієтою;
2. Знеболюючі, спазмолітики;
3. Місцеві ванночки, клізми масляні, з настоєм трав;
4. Свічки з анестезином, новокаїном.
5. Мазь з нітратами або блокаторами кальцієвих каналів;
6. Ін'єкції ботулінічного токсину типу А.

Оперативне

- висічення тріщини по Габрієлю

### **Парапроктит (Paraproctitis)**

Це запалення клітковини, розміщеної навколо прямої кишки та заднього проходу. Парапроктит досить поширене захворювання. В загально-хірургічних стаціонарах хворі парапроктитом складають від 0,5 до 4%. Зустрічається парапроктит у віці від 20 до 60 років. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки.

#### Етіологія і патогенез.

Парапроктит викликається переважно змішаною мікрофлорою. В 90% випадків зустрічаються стафілококи і стрептококи в поєднанні з кишковою паличкою. Специфічна інфекція є збудником парапроктиту в 1-2 % випадків. Інфекція проникає в параректальну клітковину через анальні залози. Патогенні

мікроорганізми попадають із просвіту кишки в протоки анальних залоз, руйнують їх, уражають параректальну клітковину. Причиною парапроктиту є також пошкодження (мікротравми) прямої кишки та анального каналу щільними частинками калу, сторонніми тілами. Парапроктит може розвинутих гематогенним та лімфогенним шляхом при ангіні, грипі, гнійних захворюваннях.

#### Класифікація.

Найбільш поширеною і загальноприйнятою є класифікація А.М.Амінєва.

За етіологією:

1. Вроджені.
2. Набуті: травматичні; запальні; симптоматичні; пухлинні.

За анатомічними ознаками:

1. Відносно просвіту кишки:

- А) повні
- Б) неповні: внутрішні; зовнішні

2. Відносно зовнішнього сфінктера:

- а) внутрішньосфінктерні
- б) черезсфінктерні
- в) позасфінктерні

3. Відносно первинної локалізації запального процесу:

- а) підшкірні
- б) підслизові
- в) сіднично-прямокишкові
- г) тазово-прямокишкові

4. В залежності від розміщення зовнішніх та внутрішніх отворів:

- а) шкірні
- б) маргінальні
- в) отвір відкривається на передній каймі
- г) отвір відкривається в одній із крипт
- д) отвір відкривається вище крипти.

За характером інфекції:

1. Вульгарні
2. Анаеробні
3. Специфічні.

За клінічним перебігом:

- 1) Гострий
- 2) Хронічний: з норицями; без нориць; рецидивуючий.

#### Клініка гострого парапроктиту.

Особливості перебігу гострого парапроктиту залежать від локалізації процесу, виду патогенних мікроорганізмів та реактивності організму.

Захворювання починається гостро, після короткого (не більше 3 днів) продромального періоду із нездужання, слабості, головного болю. З'являється

лихоманка, головний біль, наростаючий біль у промежині, тазу. Якщо запальний процес в параректальній клітковині не обмежується і протікає по типу флегмони, виникають септичні ознаки. По мірі формування гнійника біль наростає і приймає пульсуючий характер. Цей період складає від 2 до 10 днів. Потім, якщо не лікувати, гнійник проривається в пряму кишку або на шкіру промежини. Прорив гнійника проявляється короткочасним покращенням стану. Прорив гнійника на шкіру відбувається у 70% випадків.

Якщо гострий запальний процес виникає на фоні нориць, то таку форму називають хронічним рецидивуючим парапроктитом. В 30-70% випадків гострий парапроктит переходить в хронічний. Після розкриття гнійника внутрішній отвір залишається відкритим. На шкірі отвір не закривається і з нього періодично появляються сукровичні або гнійні виділення. Тимчасове закриття внутрішнього отвору веде до ремісії. Період тимчасового благополуччя може тривати декілька місяців, а то й років.

**Підшкірний парапроктит.** Це найчастіша форма і складає 50% всіх видів парапроктитів. Хворі скаржаться на біль в ділянці заднього проходу, промежині, що швидко наростає. Підвищується температура до 38-39°C, появляється лихоманка. Біль пульсуючого характеру, посилюється при зміні положення тіла, кашлі, дефекації. Відмічається затримка стільця, а при розміщенні гнійника спереду - дизуричні явища.

При огляді шкіра промежини на стороні ураження гіперемована. Радіальна складчатість біля заднього проходу згладжується. Збільшується вибухання шкіри, яке набуває кулеподібної форми. Якщо гнійник біля ануса, останній деформується, стає щілиноподібним, деколи зіє. В таких випадках настає нетримання газів, рідкого калу, підтікання слизу. Пальпація різко болюча. У 50 % випадків визначається флюктуація. При пальцевому дослідженні прямої кишки визначається болючий інфільтрат, згладжений анальний канал. Інструментальні дослідження різко болючі і можуть викликати шок.

**Гострий підслизовий парапроктит.** Це найлегша форма парапроктиту. Зустрічається у 2 - 6% випадків. Хворі скаржаться на нерізкий біль в прямій кишці, що посилюється при акті дефекації. На протязі 1 неділі гній, як правило, проривається в просвіт прямої кишки і наступає виздоровлення. При огляді підслизовий парапроктит виявляється тоді, коли гній опускається нижче гребінцевої лінії. Тоді видно набряк відповідної півкružності ануса. При пальцевому дослідженні виявляють болючий, округлий, тугоеластичний утвір під слизовою оболонкою над гребінцевою лінією.

**Сіднично-прямокишковий парапроктит.** Зустрічається у 35-40% випадків. Спочатку хворі скаржаться на погіршення загального стану, лихоманку, поганий сон. Згодом появляється нечітка важкість і тупий біль в прямій кишці. До кінця 1-ї неділі стан хворого погіршується. Підвищується температура до 39-40°C. Біль стає гострим, пульсуючим, посилюється при дефекації, різких рухах. При локалізації

гнійника в зоні простати, сечовипускного каналу pojawiaються дизуричні розлади. При огляді зміни можна побачити лише в кінці 1-ї неділі. Появляється набряклість, припухлість, легка гіперемія шкіри промежини. Ці симптоми свідчать про перехід процесу на підшкірну клітковину. Тоді глибокий тупий біль змінюється на гострий. Пальпація. В перші дні ознак немає. Лише з появою набрякlostі, гіперемії шкіри промежини тканини стають тістуватими, пастозними, але і в таких випадках біль може не визначатись. В цей час pojawiaється характерний симптом - значне посилення болю глибоко в тазі при пальпації м'яких тканин промежини поштовхоподібними рухами. При поширенні запалення на підшкірну клітковину пальпація промежини різко болюча. При пальцевому дослідженні в ранні строки виявляється потовщення і ущільнення стінки вище анального каналу, згладженість складок на стороні ураження. До кінця першої неділі інфільтрат вибухає в просвіт прямої кишки. Якщо процес поширюється на простату і сечовипускний канал, їх пальпація стає різко болюча. При ректоскопії (обережній) на початку виявляється ущільнення стінки, гіперемія слизової оболонки в ділянці інфільтрату. Появляється ригідність стінки прямої кишки. Складки слизової грубі, інфільтровані. При прориві гнійника в просвіт прямої кишки можна виявити перфоративний отвір.

**Тазово-прямокишковий парапроктит.** Найбільш рідка і важка форма . Складає 1,9-7,5%. Захворювання починається поступово. Хворі скаржаться на погіршення стану, лихоманку, головний біль, біль в суглобах. Потім з'являється важкість і невизначений біль в ділянці тазу або нижній половині живота. Біль може і не турбувати. Деколи біль незначний. Іррадіює в матку, сечовий міхур, почашується сечопуск. Біль не посилюється при рухах і при дефекації. З розвитком абсцесу біль посилюється. Тупий біль в ділянці прямої кишки і тазу супроводжується інтоксикацією, гектичною температурою, затримкою стільця, яка змінюється тенезмами. Накінець гній проривається і утворюється нориця. Зовнішні прояви гострого парапроктиту виявляються лише при поширенні процесу на ішіоректальну і підшкірну клітковину. Це настає не раніше 2-3 тижнів від початку захворювання. Якщо стінка прямої кишки руйнується, утворюється висока нориця. За тиждень до цього хворий відмічає болючі тенезми, виділення слизу з прожилками крові у випорожненнях. При пальпації визначається болючість однієї з стінок прямої кишки (середньо- або верхньоампулярного відділу), тістувата консистенція, інфільтрація кишкової стінки або щільний інфільтрат за її межами. Пізніше відмічається потовщення кишки і вибухання в просвіт еластичної, деколи флюктууючої, пухлини, над якою слизова залишається нерухомою. При ректороманоскопії слизова над інфільтратом гіперемована, бархатиста, судинний малюнок сітчастої структури. При вибуханні інфільтрату в просвіт слизова гладка, без складок, легко і сильно кровить при доторкуванні тубусом ректоскопа. В деяких випадках при тривалому процесі pojawiaється звуження на рівні інфільтрату у вигляді щілоноподібної або циркулярної стриктури просвіту кишки. Коли гнійник розміщений на межі з черевною порожниною, в процес втягується

очеревина. Хворих турбує біль в нижніх відділах живота, деколи з симптомами подразнення очеревини.

**Позаду-прямокишковий парапроктит.** Можна розглядати як різновид тазово-прямокишкового. Зустрічається в 1,7-2,8% випадків. Хворі скаржаться на виражений біль, що виникає на самому початку захворювання. Біль локалізується в прямій кишці і крижовій кістці, посилюється при положенні стоячи і при дефекації. Огляд інформативний лише в запущених випадках, коли гній проривається в кишку або через шкіру промежини. В першому випадку утворюється дефект стінки над гребінцевою лінією, з коротким норицевим ходом. В другому випадку розплавляється m.levator ani і гній поширюється під шкіру промежини та ішіоректальні клітковинні простори. Пальпація куприка різко болюча. При пальцевому дослідженні визначається вибухання в ділянці задньої стінки прямої кишки, що на початку захворювання має тістувату, а в кінці - тугоеластичну консистенцію.

#### Диференційний діагноз.

Гострий парапроктит необхідно диференціювати з циститом, сальпінгітом, простатитом, дизентерією, абсцесом дугласового простору, кістами, пухлинами прямої кишки.

#### Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Основним методом лікування гострого парапроктиту являється раннє хірургічне лікування із забезпеченням адекватного дренирування гнійника.

При наявності внутрішнього отвору операція розкриття гострого парапроктиту доповнюється висіченням крипти разом з внутрішнім отвором.

#### Хронічний парапроктит.

Хронічний парапроктит є наслідком гострого і характеризується наявністю норицевого ходу, перифокальних запальних змін в стінці кишки і клітковинних просторах. Переважна більшість хворих пов'язують появу захворювання з перенесеним гострим парапроктитом. Переважна більшість хворих невчасно зверталась за медичною допомогою з приводу гострого парапроктиту. У окремої групи пацієнтів хронічний парапроктит розвинувся як результат некваліфікованого лікування гострого парапроктиту.

#### Клініка.

Після розкриття гнійника ознаки гострого запалення зникають. Температура нормалізується або стає субфебрильною. Біль зникає, гнійні виділення з рани зменшуються. Стан хворого покращується. При цьому рана самотійно не заживає і з неї виділяється гній. Якщо на протязі 1,5-2 міс. рана не загоюється після розкриття, це свідчить про розвиток хронічного парапроктиту. Хворі скаржаться на наявність рани на промежині. В минулому відмічають перенесений гострий парапроктит. Часто порушується психіка (дратівливість, безсоння) аж до розвитку неврастенії. Виникає зуд в перианальній ділянці, затруднення дефекації, нетримання калу.

При огляді відмічається асиметрія промежини і сідничної ділянки, що свідчить про запально-дегенеративний процес. У переважній більшості хворих виявляється один норицевий отвір.

При пальпації перианальної ділянки можна пропальпувати норицю у вигляді тяжа, що йде від зовнішнього отвору до просвіту прямої кишки. Якщо нориця не пальпується, це свідчить про позасфінктерне її розміщення. По напрямку нориці можна визначити розміщення внутрішнього отвору. При натискуванні на шкіру промежини із зовнішнього отвору або з прямої кишки може виділятися гній.

При пальцевому дослідженні прямої кишки виявляється недостатність тону сфінктера. Можна визначити внутрішній розмір нориці, що знаходиться в одній із крипт. Величина внутрішнього отвору буває від точкової, до такої, що пропускає кінчик пальця. Відсутність слизової оболонки навколо внутрішнього отвору, наявність щільних тканин свідчить про рубцевий процес. При пектенозі визначаються щільні сполучнотканинні утвори, що циркулярно або сегментарно охоплюють стінку анального каналу. При пальпації дистального відділу можна визначити гнійні порожнини або запальний інфільтрат в параректальній клітковині.

При бімануальному дослідженні з боку промежини можна пропальпувати внутрішній отвір і хід нориці та визначити напрямок та гілки норицевого ходу.

#### Лабораторні та інструментальні методи діагностики

Всім хворим із хронічним парапроктитом проводиться забарвлення нориці 1% розчином метиленового синього. Для цього в анальний канал вводиться тампон. Через зовнішній отвір нориці вводять барвник під невеликим тиском. По розміщенню синьої плями на тампоні можна судити про локалізацію внутрішнього отвору. По кількості введеного барвника судять про порожнину гнійника.

При зондуванні нориці металічним зондом під контролем пальця можна визначити відношення ходу нориці до сфінктера. Якщо зонд проходить паралельно прямій кишці, можна думати про екстрасфінктерну норицю, якщо у напрямку прямої кишки - про інтра- або трансфінктерний.

Обов'язково проводиться контрастна фістулографія (йодоліпол, урографін,гіпак) з рентгенограмами в двох проекціях.

#### Диференційний діагноз.

Проводиться з епітеліальними куприковими ходами, вродженими кістами параректальної клітковини, остеомієлітом кісток тазу, хворобою Крона, актиномікозом перианальної ділянки, норицями туберкульозної етіології.

#### Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікування хворих при хронічному парапроктиті тільки оперативне.

Консервативне лікування можливе тільки для проведення передопераційної підготовки хворого. Вибір методу залежить від відношення нориці до волокон сфінктера, ступеня розвитку рубцевих змін в стінці кишки, наявності запального процесу в навколопрямокишковій клітковині.

Розрізняють наступні методи оперативного лікування:

- лігатурний метод - використовується при інтра- або екстрасфінктерних норицях.
- Розсічення нориці - використовують при підшкірно-слизових, інтрасфінктерних парапроктитах.
- Висічення нориці разом з внутрішнім отвором і з глибоким швом рани - використовується при транс- і екстрасфінктерних норицях.
- Висічення нориці із закриттям внутрішнього отвору шляхом низведення слизової і ушиванням рани - застосовується при екстрасфінктерних норицях.

### Захворювання м'язких тканин промежини

#### Епітеліальний куприковий хід (ЕКХ)

ЕКХ розглядають як вроджений дефект шкіри внаслідок неповної редукції м'язів хвоста. ЕКХ являє собою епітеліальну трубку (одну або декілька), розташовану в сідничній складці та не пов'язану з кістковими структурами цієї ділянки. В такій трубці може рости щетинкоподібне волосся, тому в англійській літературі цю патологію називають „пілонідальний синус”.

ЕКХ є поширеним захворюванням, що частіше зустрічається у чоловіків 20-40 років. За частотою поширення ЕКХ можуть бути порівнювані з парапроктитом.

#### Етіопатогенез.

Дана вроджена патологія знаходиться в латентному стані до періоду статевого дозрівання, коли під дією статевих гормонів починається інтенсивний ріст волосся в цій ділянці, збільшується продукція сальний залоз. Крім того часта травматизація (їзда в автомобілі, сидіння на твердих поверхнях) є додатковим фактором ушкодження шкіри цієї ділянки, що призводить до вrostання волосся в шкіру та наступного інфікування шкіри та підшкірної клітковини.

#### Класифікація.

В залежності від клінічних проявів розрізняють наступні варіанти ЕКХ:

I. Епітеліальний куприковий хід без клінічних проявів.

II. Гостре запалення епітеліального куприкового ходу:

а) інфільтрат;

б) абсцес.

III. Хронічне запалення епітеліального куприкового ходу:

а) інфільтрат;

б) рецидивний абсцес;

в) гнійна нориця.

#### Клінічні прояви.

ЕКХ при неускладненому перебігу можуть стати справжнім відкриттям для пацієнта. В такому випадку ЕКХ проявляється поодиноким норицевим отвором, що розташований по серединній лінії в крижово-куприковій ділянці.

Шкіра навколо отвору не змінена, інфільтрації тканин немає. З норицевого отвору можуть виглядати поодинокі щетинкові волосини.

#### Ускладнені форми ЕКХ.

Інфільтрат розвивається при порушенні дренажу ЕКХ від продуктів життєдіяльності епітелію (сальний секрет, злущені клітини). Інфільтрат визначається як невелике за розмірами ущільнення з чіткими контурами, яке заважає хворим. Механічні травми та закупорка первинних норицевих ходів призводять до інфікування та запалення тканин навколо ходів. Абсцеси зрідка можуть досягати значних розмірів. Іноді вони розкриваються самовільно, в результаті чого з'являються вторинні норицеві отвори на значній відстані від первинних.

Абсцедування інфільтрату починається при приєднанні мікрофлори та проявляється класичними проявами запалення – гіперемія, набряк, значна болючість, підвищення місцевої температури.

Діагностика ЕКХ труднощів не становить. Для верифікації діагнозу використовують рентгенографію кривозової кістки та куприка в двох проекціях, фістулографію. Дуже рідко виникають показання до проведення бактеріологічного дослідження гнійних виділень із нориць.

#### Диференційна діагностика.

ЕКХ потрібно диференціювати з туберкульозним ураженням кривозової кістки та м'яких тканин, актиномікотичним ураженням м'яких тканин, каудальними пресакральними тератомами, остеомієлітом куприка, норицевою формою хронічного парапроктиту.

#### Лікування.

Наявність ЕКХ є показанням до оперативного лікування. Сутність операції полягає у висіченні контрастованих норицевих ходів у межах незмінених тканин. Варіанти закриття післяопераційної рани можуть бути різними – від простого глухого зашивання до використання складних методик пластичного закриття великих дефектів м'яких тканин (Зпластика. Y-пластика, RP-пластика).

У випадках абсцедування ЕКХ лікування двохетапне: на першому етапі проводять розкриття та дренажування абсцесу, на другому – радикальне висічення в "холодному" періоді.

#### **Кінчасті конділоми**

Кінчасті конділоми – захворювання, спричинене папіломавірусом. Передається статевим шляхом. Кінчасті конділоми зазвичай локалізуються в перианальній ділянці, анальному каналі, статевих органах.

#### Етіопатогенез.

Збудники цього захворювання належать до родини паповавірусів (Papovaviridae). Родина паповавірусів налічує близько 40 збудників різноманітних захворювань. Віруси типів 6 та 11 відповідальні за розвиток



кінчастих кондилом. Зараження відбувається при статевому контакті за наявності мікропошкоджень шкірних покривів. Реплікація вірусних частинок відбувається лише в клітинах базального шару епітелію, в інших шарах вони лише персистують. Це означає, що всі методи лікування, спрямовані на видалення лише поверхневих шарів епітелію, не є радикальними та супроводжуватимуться рецидивами захворювання.

Класифікація кінчастих кондилом:

1. Кондиломи перианальної шкіри.
2. Кондиломи анального каналу.
3. Кондиломи статевих органів.
4. Гігантські кондиломи Бушке-Левенштейна.

Клінічні прояви.

Хворі на кінчасті кондиломи промежини перш за все звертають увагу на косметичний дефект у вигляді розростань. Пізніше, у міру прогресування хвороби, приєднуються дискомфорт під час дефекації, свербіж, мокнуття шкіри, неприємний запах.

Діагностика.

Кінчасті кондиломи визначаються як м'які, не болючі, бородавкоподібні утворення, поодинокі, або такі, що зливаються та нагадують при цьому цвітну капусту. Можуть спостерігатись ознаки гіперкератозу. Проктологічний та гінекологічний огляди дають змогу визначити поширення кондилом, виключити інше захворювання або діагностувати супутнє. У виняткових випадках (гігантські кондиломи Бушке-Левенштейна) використовують біопсію. Диференційну діагностику необхідно проводити з широкими кондиломами (сифіліс), гіперкератозом, хворобою Боуена, онкологічними захворюваннями.

Лікування.

Для лікування кінчастих кондилом застосовуються консервативні заходи (видалення кондилом за допомогою медикаментозних засобів – кондилін, подофілін, колломак, та ін.), видалення кондилом за допомогою лазера та хірургічне висічення ураженої шкіри. При наявності у хворого кондилом великих розмірів або при стійкому рецидивуванні захворювання проводять комбіновану терапію - хірургічне видалення поєднують з противірусними препаратами (лаферон, ацикловір) або аутовакцинацією.

### **Піодермія промежини**

Піодермія промежини – бактеріальне ураження шкіри, сальних та потових залоз.

Етіопатогенез.

Збудниками є *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Streptococcus*, анаеробні бактерії та дифтероїди. Численні дослідження показують, що *S. epidermidis* є мікроорганізмом, що найчастіше виділяється з гнійних виділень.

Пусковим механізмом піодермії є обтурація вивідних протоків шкірних залоз кератиновими частками. Таке порушення призводить до активації мікрофлори залоз. Часто піодермії виникають на тлі важких супутніх захворювань – цукровий діабет, імунодефіцитні стани.

#### Клінічні прояви.

Піодермія проявляється інфільтрацією шкіри промежини, індуративними змінами підшкірної клітковини, численними норицями з гнійними виділеннями, рубцевою деформацією тканин промежини.

Діагноз піодермії промежини встановлюється за результатами збору анамнезу захворювання, даних фізикального обстеження. В складних діагностичних випадках виконується рентгенографія кісток тазу, фістулографія, бактеріологічні дослідження виділень з нориць.

Диференційний діагноз проводять з остеомієлітом кісток тазу, туберкульозним та актиномікотичним ураженнями, хронічним парапроктитом.

#### Лікування

Часто поєднують хірургічне видалення змінених м'яких тканин з наступним пластичним закриттям післяопераційного ранового дефекту з корекцією імунологічних порушень.

Піодермія, що існує тривалий час, є джерелом постійної інтоксикації та може призвести до розвитку амілоїдозу паренхіматозних органів.

#### **Синдром опущення тазового дна**

Порушення функцій тазового дна з клінічними проявами: порушення акту дефекації, випадінням прямої кишки, біль в ділянці промежини та тазу, нетримання сечі, випинання тканин в ділянці тазової воронки, опущення стінок піхви називається синдромом опущення тазового дна.

Даний синдром зустрічається переважно у жінок і може діагностуватись різними спеціалістами (переважно гінекологи, урологи, проктологи). Статистичні дані про захворюваність відсутні, оскільки цей синдром часто діагностується як окремі нозологічні форми.

#### Етіопатогенез.

Синдром опущення тазового дна можна назвати поліетіологічним захворюванням (закрепи, важка фізична праця, тривале перебування у вертикальному положенні, ожиріння, численні пологи і т.п.) та монопатогенетичним (слабкість сполучнотканинних структур тазового дна и органів малого тазу).

#### Класифікація.

Синдром опущення промежини необхідно виділити у двох формах:

1. Без порушення функції органів малого тазу.
2. З порушення функції органів малого тазу.

### Клінічні прояви.

Найбільш характерною та постійною клінічною ознакою опущення промежини є порушення дефекації у вигляді тривалих марних потуг та відчутті неповного випорожнення. Тазове дно в таких випадках опускається, змінюється аноректальний кут. Наслідком таких змін є пролапс передньої стінки прямої кишки в анальний канал під час натужування. Такий пролапс слизової оболонки заважає нормальному проходженню калових мас. Пацієнти часто бувають змушені вводити в анальний канал палець, відсувати слизову оболонку, що нависає, щоб адекватно спорожнити пряму кишку. Пролапс слизової оболонки в анальний канал поза актом дефекації призводить до подразнення рецепторів анального каналу, що проявляється постійним відчуттям наповненості прямої кишки, що пацієнти описують як «відчуття неповного випорожнення». Постійне знаходження слизової оболонки нижче зубчастої лінії призводить до підтікання слизу, мокнуття шкіри промежини, забруднення білизни. Іноді хворі скаржаться на дискомфорт та біль в промежини або в глибині тазу. Біль не інтенсивний, чітко не локалізований, не пов'язаний з дефекацією, хоча може її супроводжувати. У жінок можуть спостерігатись порушення сечовипускання (головним чином нетримання сечі), випадіння (опущення) стінок піхви.

### Діагностика.

Діагноз синдрому опущення тазового дна встановлюють на підставі:

- а) огляду промежини в положенні лежачи та при натужуванні – відсутня анальна воронка, тканини промежини розташовані нижче сідничних кісток або конусоподібно випинаються;
- б) спостерігається опущення (випадіння) стінок піхви при натужуванні, кашлі, спостерігається також мимовільне підтікання сечі;
- в) інструментальних методів дослідження (проктографія, дефекографія, профілометрія).

Диференційна діагностика проводиться з такими захворюваннями: випадіння прямої кишки, ректоцеле, хронічний геморой із значним пролапсом слизової оболонки, промежинні грижі, новоутворення органів малого тазу та тканин промежини.

### Лікування.

З моменту встановлення зв'язку між синдромом опущення тазового дна та натужуванням під час дефекації стало ясно, що головне завданням лікування полягає в корекції цього зв'язку. Застосовують засоби, що збільшують об'єм калових мас, у поєднанні з суппозиторіями подразнюючої дії. Ці засоби необхідні для ліквідації марного натужування під час дефекації, яке посилює небажаний пролапс слизової в анальний канал.

При наявності нетримання калу хворим виконують сфінктероластику.

На жаль, необхідно констатувати, що результати хірургічного лікування хворих на синдром опущення тазового дна поки що не є приводом для оптимізму ні для лікарів, ні для пацієнтів. Навіть якщо лікування спочатку ефективне, то через деякий час симптоми захворювання повертаються, стають стійкими, а терапевтичні можливості вичерпуються.

### Прокталгія

Прокталгія – болісні відчуття постійного або минушого характеру, що виникають в ділянці прямої кишки.

#### Етіопатогенез.

Сутність захворювання до теперішнього часу не встановлена. В основі захворювання у значної частки хворих лежать нервово-психічні розлади – істерія, психопатія, астено-невротичний синдром. Захворювання в деяких випадках починається раптово, в деяких – клінічні прояви посилюються поступово. Як правило, акт дефекації безболісний, біль з дефекацією не пов'язаний. Найбільш характерним симптомом є біль в ділянці прямої кишки, звідки біль поширюється на анальний канал, промежину, іноді ірадіює в нижні кінцівки, нижню частину живота, ділянку сечового міхура. У деяких пацієнтів больовий приступ супроводжується тахікардією, болем за грудиною, задишкою, блідістю, профузним потовиділенням, нудотою, пріапізмом, позивом до сечовипускання. Окремий приступ болю починається не залежно від яких-небудь причин, триває від декількох хвилин до декількох годин, іноді днів, закінчується так само. Як і розпочався. Іноді больові приступи мають певну циклічність.

#### Діагностика.

Встановити діагноз прокталгії можна лише методом виключення іншої патології. Для цього необхідно не лише проаналізувати скарги пацієнта, але і виконати необхідний алгоритм дослідження пацієнта: пальцьове дослідження (через анальний отвір, через піхву, а також бідігтально для виключення органічної патології прямої кишки, передміхурової залози, стінок піхви, клітковинних просторів малого тазу); виконати інструментальне дослідження прямої кишки з тією ж метою (як правило, таке дослідження безболісне, ніяких патологічних змін встановити не вдається); консультації суміжних спеціалістів (уролог, гінеколог, невропатолог, психоневролог).

#### Лікування.

В основному застосовують медикаментозне лікування різноманітними знеболювальними, спазмолітичними, антихолінергічними, седативними препаратами. Консервативну терапію поєднують з фізіотерапевтичними процедурами (електро- та фонофорез анальгетиків, діатермія, УВЧ, дарсонваль, та ін.). У випадках неефективності таких заходів використовують спирт-новокаїнові блокади - пудендальну, тазову, за Амінєвим.

## Кокцигодина

Кокцигодина – це біль в куприку, що посилюється при натисканні на нього.

Етіопатогенез.

У виникненні кокцигодинії провідне місце посідає гіпертонус m. Levator ani. В свою чергу, гіпертонус цього м'яза зумовлений місцевими процесами – запальні зміни органів малого тазу, рубцеві зміни клітковинних просторів і т.ін.

Класифікація.

Виділяють дві форми кокцигодинії:

1. Первинна (ідіопатична) – органічні зміни в тазу, кісткових структурах крижової кістки та куприка відсутні.
2. Вторинна – зумовлена травмою куприка або крижово-куприкового суглоба, хронічними запальними процесами органів малого тазу або клітковинних просторів малого тазу (дермоїдні кісти, пухлини).

Клінічні прояви.

Хворі скаржаться на біль в ділянці куприка або промежини, порушення сексуальної функції та сечовипускання, закрепи. Як правило. Такі скарги поєднуються з погіршенням настрою, депресією, зниженням працездатності, уваги, розладами сну. Біль при кокцигодинії триває багато місяців, іноді років. Інтенсивність його може хвилеподібно змінюватись. Деякі хворі пов'язують підсилення болю з хвилюванням, охолодженням, фізичним навантаженням, змінами погоди, повторними травмами. По-різному пацієнти реагують при дослідженні ділянки куприка. Зазвичай біль підсилюється під час сидіння, особливо на твердих поверхнях. У деяких пацієнтів біль підсилювався при нахилі тулуба назад в положенні сидячи. В процесі діагностики необхідно звернути уваги на перенесені хворим оперативні втручання, маніпуляції. Необхідно також провести дослідження суглобів тазу, зв'язок та м'язів сідниць. Обов'язковою є пальпація м'язів тазового дна. Пальпаторно уражений м'яз визначається як ущільнення, що йде у радіальному напрямку від анального каналу до крижової кістки. Підвищення тону м'язів тазового дна є досить частим супутником кокцигодинії.

З додаткових методів дослідження використовують КТ, МРТ, трансректальне (трансвагінальне) УЗД.

Лікування.

Консервативне лікування кокцигодинії полягає у використанні теплових, електричних, механічних чи бальнеологічних процедур – місцево дарсонваль, діатермія, електрофорез з новокаїном, УВЧ, ванни, озокерит і т.п. в поєднанні з анальгетичними препаратами.

При неефективності консервативних заходів вдаються до навколокуприкових спиртновокаїнових блокад.

При неефективності блокад виникають показання до оперативного лікування. Найбільш ефективною є видалення куприка.

### *Саркома Капоші*

Поширеність цього захворювання в цілому невелика, однак саркома Капоші посідає перше місце серед злоякісних новоутворень, що уражають хворих на ВІЛ. До факторів, що провокують виникнення саркоми Капоші, належать вірус герпесу 8 типу. До груп ризику по розвитку саркоми Капоші належать:

- ВІЛ-інфіковані чоловіки;
- Чоловіки похилого віку середземноморського походження;
- Населення Африки;
- Особи з пересадженими органами (реципієнти).

Зазвичай пухлина має багряне забарвлення, але колір може мати різні відтінки: темночервоний, фіолетовий, бурий. Пухлина може бути плоскою, або виступає над рівнем шкіри і являє собою безболісні плями або вузли. Захворювання прогресує повільно. Знаходження саркоми Капоші у ВІЛ-інфікованих дає підстави для встановлення діагнозу СНІД.

Гістологічна структура пухлини характеризується численними хаотично розташованими тонкостінними судинами і пучками веретеноподібних клітин. Характерна інфільтрація пухлини лімфоцитами та макрофагами. Виконувати біопсію при підозрі на саркому Капоші не обов'язково. Саркома Капоші – це особливий вид пухлини, який часто не вимагає не лише гістологічної верифікації, але й лікування. Така ситуація пов'язана з тим, що встановити правильний діагноз можна і без біопсії, а лікування лише саркоми Капоші (йдеться про її зв'язок з основним захворюванням) зазвичай є паліативним.

#### Класифікація.

1. Класичний тип.
2. Ендемічний тип.
3. Епідемічний тип.
4. Імуно-супресивний тип.

Класичний тип поширений в центральній Європі та Середземномор'ї. Типові місця локалізації: стопи, гомілки. Ураження зазвичай симетричні та безсимптомні.

Ендемічний тип поширений серед жителів центральної Африки. Починається переважно в дитячому віці. Як правило, уражаються внутрішні органи та лімфатичні вузли. Шкірні прояви рідкісні та мінімальні.

Епідемічний тип. Ця саркома Капоші асоційована зі СНІДом і є найбільш достовірним симптомом ВІЛ-інфекції. Характерним є молодий вік пацієнтів, яскравість забарвлення та нетипова локалізація пухлини. Захворювання швидко прогресує, уражає також внутрішні органи та лімфатичні вузли.

Імуно-супресивний тип протікає хронічно та доброякісно. Як правило. Виникає після пересадки нирок, при якій призначаються особливі типи імуносупресорів. Після відміни препаратів спостерігається регрес захворювання.

### Хвороба Боуена

Хвороба Боуена – це передраковий дерматоз. Спостерігається переважно у людей середнього і похилого віку, частіше локалізується на шкірі обличчя, спини, промежини, статевих органів. Зазвичай представляє собою поодинокую бляшку червонуватого відтінку, що складається із зливних плоских папул, з неправильними чіткими межами, вкрити лусочками або серозногеморагічними шкірочками, слабо інфільтровану. Іноді хвороба Боуена нагадує екзему.

Хвороба Боуена може уражати будь-які ділянки шкіри і може виникати на слизових оболонках рота, статевих органів, прямої кишки. Частота переродження хвороби Боуена в плоскоклітинний рак сягає 80%. При злоякісній трансформації хвороби Боуена в межах бляшки утворюється щільний вузол, часто спостерігається утворення виразок на бляшках.

Лікування залежить від локалізації бляшки та її розмірів. При невеликих ураженнях використовують кріодеструкцію та медикаментозну терапію. При локалізації уражень на слизових оболонках ефективною є близько фокусна рентгенотерапія.

Можливе хірургічне видалення великих бляшок.

### Меланома

Меланома - злоякісна пухлина, що розвивається з меланоцитів (пігментних клітин, що продукують меланін). В основному локалізується в шкірі, рідкіше – сітківці ока. Слизових оболонках (ротова порожнина, піхва, пряма кишка). Меланома є однією з найбільш злоякісних пухлин людини, часто рецидивує, метастазує гематогенним та лімфогенним шляхом практично в усі органи. Кількість зареєстрованих нових випадків щорічно зростає. За даними ВОЗ, щорічно в усьому світі реєструється близько 48 000 смертей, пов'язаних з меланомою. В нашій країні захворюваність на меланому складає 4,1 випадків на 100 000.

Виділяють такі морфологічні варіанти меланом:

- Поверхнево поширена меланома – складає близько 70% всіх меланом, характеризується горизонтальним ростом, відрізняється більш сприятливим прогнозом;
- Вузлова (нодулярна) меланома – складає близько 15%, характеризується ростом в товщу шкіри, вважається самим несприятливим в плані прогнозу типом пухлини;
- Акролентигіозна меланома – складає близько 10%, локалізується на кінчиках пальців, долонях. Зустрічається в основному у темношкірих чоловіків;

- Лентигінозна меланома – складає близько 5%, розвивається на тлі пігментної плями, як правило, на обличчі у жінок. Характеризується повільним горизонтальним ростом та має найбільш сприятливий прогноз;
- Ахроматична меланома – зустрічається вкрай рідко;
- Меланома сітківки ока;
- Лентигінозна меланома слизових оболонок – складає близько 1% від загальної кількості меланом, зустрічається в порожнині рота, перианальній та вульвовагінальній ділянках, характеризується вираженою нерівномірною пігментацією.

#### Діагноз:

- Дерматоскопія – найбільш рання діагностика меланоми, проводиться за допомогою дерматоскопа. Дає змогу визначити чи є невус небезпечним на підставі системи

#### ABCDE:

A — asymmetry, асиметричність родинки

B — border irregularity, неровний край

C — color, неодинаковий цвет різних частей родинки

D — diameter, діаметр родинки більше 6 міліметрів

E — evolving, змінчивість родинки

- Остаточний діагноз меланоми може бути встановлений лише після гістологічного дослідження, проведеного після видалення невуса, або біопсії пухлини прямої кишки.
- КТ, МРТ, сцинтиграфія з ізотопом фосфора використовуються для виявлення метастазів в інші органи.

Метастазування. Меланома метастазує гематогенним та лімфогенним шляхами. Гематогенним шляхом найчастіше відбувається метастазування пухлини в печінку, легені, головний мозок, кістки.

#### Лікування.

Лікування меланом повинно здійснюватись лише в спеціалізованих установах.

#### Рекомендована література :

##### Базова:

1. Хірургія : у 2-х т. Т. 2. Спеціальна хірургія / Р. О. Сабадишин, В. О. Рижковський, О. В. Маркович, Б. З. Чижин. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 389-409 с. ISBN 978-966-382-706-3
2. Хірургія : підручник / [Я. С. Березницький О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 109-118; 201-208 с. ISBN 978-966-382-834-3
3. Хірургія: підручник /О.Ю.Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. – 5-е вид. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 314-321 с. ISBN 978-617-505-853-4



4. Oxford Textbook of Surgery (3-Volume Set) 2nd edition (January 15,2000): by Peter J. Morris (Editor), William C. Wood (Editor) By Oxford Press
5. Sabiston Textbook of Surgery 17th edition by Courtney M. Townsend Jr.,Kenneth L. Mattox, B. Mark, MD Evers, Kenneth L., MD Mattox, Courtney Townsend, Daniel Beauchamp, B. Mark Evers, Kenneth Mattox W.B. Saunders Company (June, 2004)

#### **Допоміжна:**

1. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY 2-volume set 11th edition 11th Edition/ F. Brunicaardi (Author), Dana Andersen (Author), Timothy Billiar (Author), David Dunn (Author), John Hunter (Author), Lillian Kao (Author), Jeffrey Matthews (Author), Raphael Pollock (Author) - McGraw Hill / Medical,2019. – 2448
2. Kirk's Basic Surgical Techniques, 7th Edition/ By Fiona Myint, FRCS – 2019. – 272

#### **Питання для самопідготовки студента до практичного заняття.**

1. Назвіть відділи прямої кишки.
2. Кровопостачання прямої кишки?
3. Назвіть, що включає хірургічний анальний канал?
4. Які орієнтири анатомічного анального каналу?
5. Для чого ми розділяємо хірургічний та анатомічний анальний канал?
6. Що таке ректоцеле?
7. Які стадії має ректоцеле?
8. Яку роль відіграють кавернозні тільця прямої кишки?
9. Вкажіть стадії розвитку геморою.
10. Які клінічні ознаки неускладненого геморою?
11. Які ви знаєте форми хронічного парапроктиту?
12. Як класифікуються нориці прямої кишки?
13. Назвіть клінічні прояви неускладненого геморою.
14. Назвіть клінічні прояви гострого геморою.
15. Назвіть ступені тяжкості гострого геморою.
16. Назвіть малоінвазивні методи лікування геморою.
17. Назвіть хірургічні методи лікування геморою.
18. Які ускладнення хірургічного лікування геморою?
19. Чи можлива кріодеструкція гемороїдальних вузлів?
20. Чи використовується метод Лонго для лікування геморою?
21. Які методи застосовуються для лікування норицевої форми парапроктиту?
22. На якій стінці найчастіше виникає анальна тріщина?
23. Які анатомічні компоненти включає наявність анальної тріщини?
24. Яку локалізацію має інфільтративна форма хронічного парапроктиту?

25. Назвіть лікарську тактику при інфільтративній формі хронічного парапроктиту.
26. Як класифікується гострий парапроктит по локалізації?
27. Назвіть клінічні ознаки гострого парапроктиту.
28. Лікувальна тактика при виявленні хворого на гострий парапроктит?
29. Яким методом лікується підшкірна підслизова нориця прямої кишки?
30. Назвіть ускладнення хірургічного лікування гострого парапроктиту.
31. Назвіть особливості будови шкіри перианальної ділянки.
32. Які типи залоз зустрічаються в шкірі перианальної ділянки?
33. Яка гістологічна будова шкіри?
34. Назвіть основні шари епітелію шкіри.
35. Яка особливість морфологічної будови стінки прямої кишки?
36. Вкажіть особливості кровопостачання прямої кишки.
37. Назвіть основні фізіологічні функції товстої та прямої кишок.
38. Назвіть морфологічні відмінності ободової та прямої кишок.
39. Назвіть параректальні клітковинні простори.
40. Назвіть м'язи, які формують тазову діафрагму.
41. Назвіть нерви, які іннервують м'язи тазової діафрагми.
42. Які судини здійснюють кровопостачання тазової діафрагми?
43. Назвіть теорії етіопатогенезу епітеліального куприкового ходу.
44. Назвіть клінічні ознаки епітеліального куприкового ходу.
45. Назвіть основні ускладнення епітеліального куприкового ходу.
46. Що таке первинні та вторинні нориці при епітеліальному куприковому ході?
47. Яка лікувальна тактика при абсцедуванні епітеліального куприкового ходу?
48. Які можливі варіанти закриття післяопераційної рани після висічення епітеліального куприкового ходу?
49. Які збудники спричиняють розвиток кінчастих кондилом перианальної ділянки?
50. До якої родини належать збудники кінчастих кондилом?
51. Які ще захворювання людини спричиняють паповавіруси?
52. Що таке гігантські кондиломи Бушке-Левенштейна?
53. З якими захворюваннями необхідно диференціювати кінчасті кондиломи перианальної ділянки?
54. Які існують можливості терапевтичного впливу на кінчасті кондиломи?
55. Які противірусні препарати використовуються для лікування кінчастих кондилом?
56. Які функції виконує тазова діафрагма?
57. Які м'язи беруть участь в механізмі анальної континенції?
58. Що таке ректоанальний інгібіторний рефлекс?
59. Якими патологічними станами супроводжується синдром опущення тазового дна?

60. Що таке дисинергія тазового дна?
61. Які принципи біофідбек-терапії при лікуванні дисинергії тазового дна?
62. Які ще спеціалісти повинні оглянути пацієнта з синдромом опущення тазового дна?
63. Які додаткові методи дослідження повинні використовуватись для діагностики синдрому опущення тазового дна?
64. Які сучасні методи лікування синдрому опущення тазового дна?
65. Поясніть сучасні погляди на етіопатогенез прокталгії.
66. Які бувають варіанти клінічного перебігу прокталгії?
67. Які принципи лікування прокталгії?
68. Як класифікують кокцигодинію?
69. Які можливі причини кокцигодинії?
70. Які додаткові методи дослідження необхідно використати для діагностики кокцигодинії?
71. Назвіть сучасні методи лікування кокцигодинії.
72. Які оперативні втручання є патогенетично обґрунтованими при кокцигодинії?
73. Які збудники спричиняють розвиток піодермії промежини?
74. Які патологічні стани найчастіше сприяють розвитку піодермії промежини?
75. Як класифікують піодермію промежини?
76. З якими захворюваннями необхідно диференціювати піодермію промежини?
77. Назвіть сучасні методи лікування піодермії промежини.
78. Які ви знаєте варіанти пластичного закриття ранових дефектів після операцій з приводу піодермії промежини?
79. Дайте визначення саркоми Капоші.
80. Маркером якої інфекції є саркома Капоші?
81. На які варіанти поділяють саркому Капоші?
82. Який варіант саркоми Капоші найбільш поширений на території України?
83. Які існують методи діагностики саркоми Капоші?
84. Які існують методи лікування саркоми Капоші?
85. Що таке хвороба Боуена?
86. В якому шарі епітелію відбувається дисплазія клітин при хворобі Боуена?
87. Дайте короткий опис уражень при хворобі Боуена.
88. З якими захворюваннями необхідно диференціювати хворобу Боуена?
89. Які додаткові методи використовуються для діагностики хвороби Боуена?
90. Які захворювання часто супроводжує хвороба Боуена?
91. Назвіть основні методи лікування хвороби Боуена.
92. Дайте визначення меланому.
93. З який клітин розвивається меланома?
94. Які виділяють типи меланому?
95. Які основні шляхи метастазування меланому?
96. Які використовуються методи діагностики пігментних невусів?

97. За якими ознаками оцінюють небезпечність пігментного невуса під час дерматоскопії?

98. Які додаткові методи дослідження використовуються для діагностики метастазів меланоми?

99. Де повинні отримувати лікування хворі на меланому?

100. Які існують основні методи лікування меланоми?