Центар за семејна медицина, Медицински Факултет Скопје

РЕКТУМ И ПРОСТАТА

Целта на сесијата е обучување на клиничките вештини за:

- Преглед на анусот, ректумот и простатата
- Правилна позиција на пациентот и лекарот при дигитален преглед на ректумот и простатата
- Препознавање на патологијата околу анусот
- Палпација на простатата:
  - нормална,
  - бенигна хипертрофија,
  - изолиран тумор
  - дифузен карцином

Преглед на анусот, ректумот и простатата

Прегледот на анусот, ректумот и простатата започнува со инспекција на аноректалната регија а потоа се изведува дигитален преглед ('ректално туше') за палпација на зидовите на аноректалнниот канал и простатата.

Правилна позиција на пациентот за преглед на анусот, ректумот и простатата е лево-латерална лежечка положба и со нозете во положба "брада-колено", при што лекарот најчесто треба да клекне за да биде во приближно исто рамниште со "делот од телото што го прегледува" .

ИНСПЕКЦИЈА

Инспекција **: со двете раце се одвојуваат двата глутеални предела и развлекуваат аналните набори и врши инспекција на аноректалната регија .**

Fissure-in ano Преставува средишно расцепување на сквамозниот епител во долниот дел на анусот - често со мукозна формација надворешно (“хемороид чувар"). Повеќето се постериорни.

- Најчесто се предизвикани поради тврда столица. Овие пациенти имаат многу болна дефекација.
- Поретки причини: сифилис, херпес, траума, Crohn-ова болест, анален карцином, псориаза.
- Треба да се прегледа под добро светло. Прегледот се дополнува со ректално туше +/ - сигмоидоскопија

Перианален хематом - (таканаречен , тромбозиран надворешен хемороид). и двата термини се погрешни бидејќи всушност преставува тромбозиран венски сакулум. Изгледа како 2-4мм "темно сина јаготка" под кожа. Може да се испразни со мала инцизија под локална анестезија.

Пилонидален синус Не е карактеристичен само за аналната регија. Преставува отвор (инвагинација) во глутеалниот набор предизвикан поради пенетрација на влакно. Се лекува хируршки - иако често неуспешно.

Ректален пролапс- Мукозата или ректумот во сите слоеви можат да бидат спуштени низ анусот. Во 75% од случаите доведува до инконтиненција. Причини: слабост на сфинктерите или продолжено напнување при дефекацијата. Се лекува хируршки или со Тиршов прстен.

Анални улкуси - се ретки. Причини : Кронова болест, туберкулоза, сифилис

Хемороиди - не преставуваат само дилатирани вени: тие се мрежа на васкуларно ткиво (како кај усните) кои се наоѓаат во ректалната мукоза. Се дренираат преку венските сплетови на горните хемороидални вени кои пак се дренираат во долната мезентерична односно портна вена. Кога пациентот е во литотомска положба хемороидите завземаат карактеристична положба на 3, 7, 11 часот. Во зависност од степенот на изразеноста хемороидите се класивицираат како :

(1) Хемороиди од прв степен - остануваат во ректумот
(2) Хемороиди од втор степен - пролабираат низ анусот само при дефекација но потоа спонтано се повлекуваат
(3) Хемороиди од трет степен - исто како и хемороидите од втор степен само се повлекуваат со дигитална редукција
(4) Хемороиди од четврти степен - перзистентно се пролабирани

Преглед: Во сите случаи на ректално крвавење треба да се направи:

- Абдоминален преглед - да се исклучат другите заболувања
- Ректален преглед: пролабираните хемороиди се очигледни. Внатрешните хемороиди не се палпираат.
- Потребно е упатување на проктоскопија, за да се видат внатрешните хемороиди.
- Ако постојат индикации прегледот се дополнува со сигмоидоскопија за да се идентификува патологијата повисоко.

Анален карцином - Ризични фактори : сифилис , веруки, анорецептивни хомосексуалци
Типови на неоплазми: Најчесто сквамозен карцином; исто така базоцелуларен (на запчестата линија), карцином на малите клетки (многу малиген) мукоепидермоиден карцином, и аденокарцином.
Диференцијална дијагноза : кондиломата акумината, леукоплакија, лихен склерозус, Crohn-ова болест.
Лекување: хируршки или зрачна терапија

ДИГИТАЛЕН ПРЕГЛЕД

Дигитален ректален преглед **. Потребен материјал: гумени латекс ракавици и вазелинска крема за полесно пенетрирање во аноректалниот канал. Внатрешната експлорација започнува со вовлекување на показалецот во анусот. На ова ниво се врши бидигитален преглед (со показалецот кој е во анусот и палецот кој е надвор) на сфинктерниот прстен. На овој начин можат да се палпираат задебелени или индурирани фистулозни канали или тромбозирани хемороиди. Потоа, на пациентот му се кажува да дише длабоко и показалецот се вовлекува подлабоко во аноректалниот канал. Аноректалниот канал е долг околу 4 cm. Половината од тоа му припаѓа на аналниот канал. Ректалните зидови се палпираат колку е можно подлабоко. Се проценува нивната еластичност, глаткост, подвижност. На предниот зид се палпира маса - простата или цервикс. Дали има други туморозни маси ? При овој преглед можат да се палпираат знаци на индурација на зидовите, болната чувствителност и полипозните формации, улцерциите или карфиоласти тумори. По завршувањето на прегледот треба да се обрне внимание на трагите од столицата (+ крв) врз ракавицата.** Анусот потоа се брише. Доколку постојат индикации пациентот се упатува на проктоскопија(за анусот) или за сигмоидоскопија (за ректумот).

ПРОСТАТА

Преглед на простатата - пациентот е во положба за ректален преглед и прегледот се изведува на ист начин. Ориентација за преглед на простатата може да послужи медиалниот жлеб на задната страна на простатата која одговара на предниот ѕид на ректумот**. Треба да се палпираат двата латерални лобулуса (доколку не се дифузно изменети) и сите други можни промени како што се : хипертрофија на двата лобулуса, изолиран тумор , дифузен карцином .**

Простатизам Симтоматските манифестации на зголемена простата заеднички се нарекуваат 'простатизам'. Тие се од два типа: (1) *симптоми на иритација на бешикатa* (зачестено мокрење, дизурија, невозможност да се одложи мокрењето)
(2) *симптоми на опструкција* (ослабен млаз на уринатa, колебливост при миктурација, поделен млаз на уринатa)

Ретенцијата на уринатa преставува неспособност за наполно празнење на бешикатa, односно неможност притисокот во бешикатa да ја совлада уретралната резистенција. Се јавува кај ослабена бешика или опструкција на уретратa (стриктура на уретратa, тумори, уретрална валвула, контрактура на вратот на бешикатa, зголемена простата) . Може да биде акутна или хронична.

Акутна ретенција на уринатa. Постои болка и комплетен прекин на мокрењето. Бешикатa содржи околу 600мл урина. Кај мажите најчеста причина е зголемена простата. Ретенцијата може да биде преципитирана со антихолинегрици, 'задржување' на мокрењето, констипација, алкохол или инфекција. Терапија: итна катетеризација .

Хронична ретенција на уринатa . Се развива постепено и подмолно.
Капацитетот на бешикатa може да биде зголемен на > од 1,5литар. Се презентира со: инконтиненција поради преполнетост на бешикатa, акутно-хронична ретенција, палпаторна маса во долниот абдомен, уринарни инфекции или бубрежна слабост. Најчеста причина е зголемена простата ; други: малигна неоплазма во малата карлицата или заболување на ЦНС. Катетеризацијата се применува само ако пациентот има болка или ако нивото на уреата е >12mmol/l- инаку пациентот треба да се упати на понатамошно испитување.

Простатит- Простатата може да биде инфицирана од организми кои потекнуваат од задната уретра, особено по инструментални интервенции, или од крвта, или од горниот уринарен тракт, или од организми кои се пренесуваат по сексуален пат.
Акутен простатит- најчесто е предизвикан со *E. coli* или *S. faecalis.* Се појавува кај мажи измеѓу 30 и 50 години. Болеста има акутен почеток со треска, зачестено мокрење, болно и отежнато мокрење а понекогаш со делумна или комлетна ретенција. Болка во ректумот, тенезми, и хематурија често ја придружуваат болка во перинеумот и сакрумот. Простатата е зголемена, палпаторно болно чувствителна. Организмите ретко можат да се изолираат во уринатa. Терапија: антибиотици.

Хроничен простатит - се карактеризира не само со уролошки симптоми како што се зачестено мокрење, хематурија, перинеална и уретрална болка, туку и со симтоми како што се слабост, летаргија, импотенција, хемоспермија, треска и епидидимит. При ректален преглед, простатата може да биде зголемена, отечена, палпаторно чувствителна, мека со делови со флуктуација, но најчесто е зголемена и фиброзна или со калцификации кои можат да се видат на рендген. Организмите ретко можат да се изолираат во уринатa или во секретот добиен со масажа на простатата или во семенатa течност. Болеста има тенденција да се повторува, и да се комплицира со појава на вистински простатични калкулуси. Кај 25% од случаите болеста се поврзува со стрес (психосматска болест).
Терапија : антибиотици /хируршка.

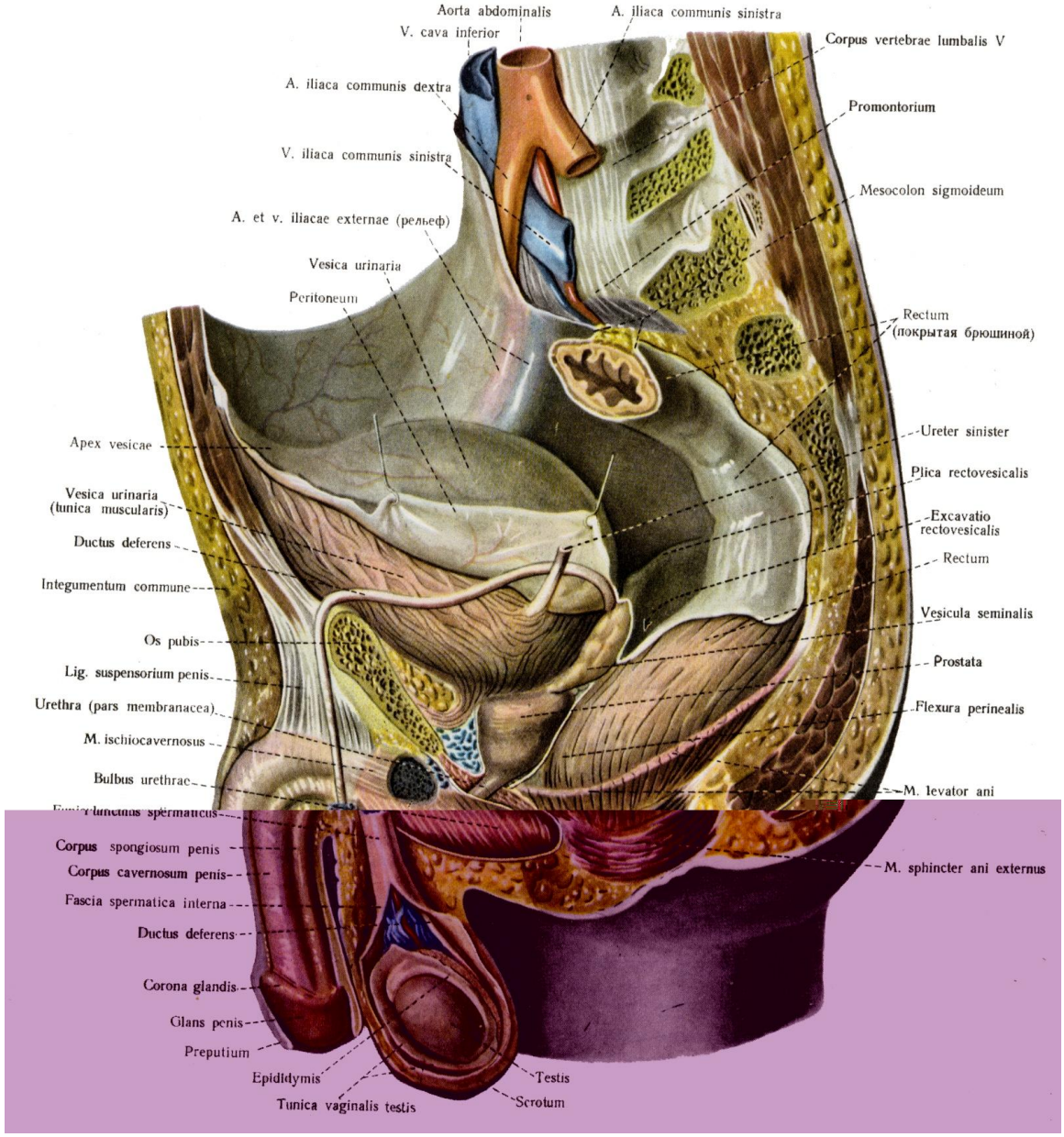
Бенигна хипертрофија на простатата - болеста донекаде се поврзува со алтерациите во хормонската активност поврзана со стареењето, но сепак посебна причина за развој на оваа болест сеуште не е откриена.

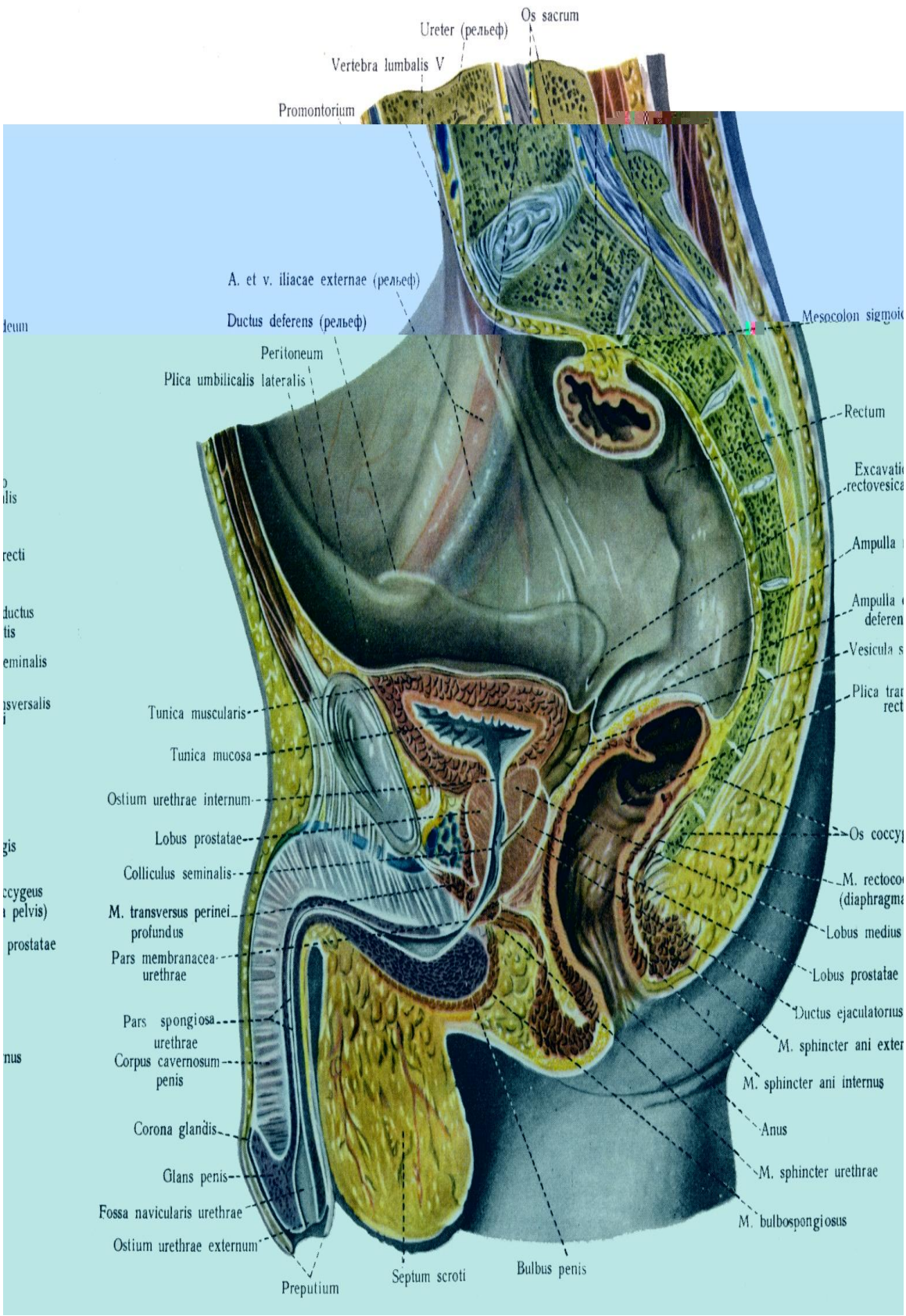
Простатата расте споро од раѓањето до пубертетот, а потоа рапидно до 30-тата година. Потоа останува константна се до 45 година, кога хипертрофира или атрофира. Процесот на бенигната хипертрофија започнува во внатрешната зона на жлездата и постепено ја компримира, поместува, елонгира и опструира уретрата отежнувајќи го протокот на уринатa-празнаењето на бешиката.
(Хистолошки: аденоза + епителоза + формирање на цисти = различна конзистенција на простатата).
Хипертрофијата може да зафати еден или двата латерални лобулуса, или средишниот лобус или пак и средишниот и латералните.
Внимание: ако само средишниот лобус е хипертрофичен, при ректалниот преглед простатата изгледа нормално, бидејќи само латералните лобулуси и задниот лобус
кои лежат во медијалниот сулкус можат да се палпираат.

Болеста се карактеризира со прогредиентни опструктивни симптоми, особено ако е зафатен медијалниот лобус. Се лекува хируршки.

Карцином на простатата Во 10% од случаите се открива сосема случајно . Најчесто пациентите се постари лица, но може да се појави и кај помлади лица каде болеста се развива мошне агресивно .Преставува трета најчеста неоплазма кај мажите. Вазектомијата е ризичен фактор. Најчесто ширење е во коските(склеротични или литички лезии) или директно во бешиката, ректумот.
Симтоми: простатизам; болки во коските укажува на метастази .
Дијагнозата се поставува со ректален преглед : на почетокот како мали нодули , а потоа како цврста, фиксирана неправилна тумефакција (диференцијална дијагноза: калкулуси, грануломи, фиброза). Во 5о% се потврдува со покачени вредности на алкална фосфатаза (метастази во коските).

Патолошки, 95% од случаите преставува аденокарцином со лимфатично ширење. Преостанатите 5% се карциноми од транзиторните клетки кој не доведува до покачување на алкалната фосфатаза.
Лекување: зависи од стадиумот на болеста - хируршко, со радиотерапија или хормонско, орхидектомија.
Прогноза: варијабилна . 10% умираат за 6 месеци ,но 10% живеат повеќе од 10 години.


Aorta abdominalis
V. cava inferior
A. iliaca communis sinistra
Corpus vertebrae lumbalis V
A. iliaca communis dextra
Promontorium
V. iliaca communis sinistra
Mesocolon sigmoideum
A. et v. iliacae externae (рельеф)
Vesica urinaria
Peritoneum
Rectum
(покрытая брюшиной)
Apex vesicae
Ureter sinister
Plica rectovesicalis
Vesica urinaria
(tunica muscularis)
Excavatio
rectovesicalis
Ductus deferens
Rectum
Integumentum commune
Vesicula seminalis
Os pubis
Prostata
Lig. suspensorium penis
Urethra (pars membranacea)
Flexura perinealis
M. ischiocavernosus
Bulbus urethrae
M. levator ani
Funiculus spermaticus
Corpus spongiosum penis
M. sphincter ani externus
Corpus cavernosum penis
Fascia spermatica interna
Ductus deferens
Corona glandis
Glans penis
Preputium
Epididymis
Testis
Tunica vaginalis testis
Scrotum


Os sacrum
Ureter (рельеф)
Vertebra lumbalis V
Promontorium
A. et v. iliacae externae (рельеф)
Ductus deferens (рельеф)
Peritoneum
Plica umbilicalis lateralis
Rectum
Tunica muscularis
Tunica mucosa
Ostium urethrae internum
Lobus prostatae
Colliculus seminalis
M. transversus perinei profundus
Pars membranacea urethrae
Pars spongiosa urethrae
Corpus cavernosum penis
Corona glandis
Glans penis
Fossa navicularis urethrae
Ostium urethrae externum
Preputium
Septum scroti
Bulbus penis
Lobus medius
Ductus ejaculatorius
M. sphincter ani internus
Anus
M. sphincter urethrae
M. bulbospongiosus