

УДК 616.35

ББК 54.5

К 33

Колопроктология (некоторые общие и частные вопросы).

Учебное пособие / Авторы: В.М.Тимербулатов, Р.Г.Каланов, А.П.Каланова; – Уфа.: Изд-во ООО «Вилли Окслер», 2007. – 264 с.

Учебное пособие посвящено общим и частным вопросам колопроктологии. В пособии подробно изложены вопросы, с которыми часто сталкиваются практические врачи - колопроктологи.

Предназначено для врачей-интернов, клинических ординаторов, курсантов.

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию ВУЗов Российской Федерации в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей.

Пособие для врачей подготовлено сотрудниками кафедры хирургии с курсом эндоскопии Института последипломного образования БГМУ, профессором В.М.Тимербулатовым, Р.Г.Калановым кандидатом медицинских наук, А.П.Калановой.

Рецензент: заведующий курсом колопроктологии, главный колопроктолог МЗ РБ, профессор Гайнутдинов Ф.М.

ISBN 5-903061-02-8

© Коллектив авторов, 2007.

© Оформление Изд-во Окслер, 2007.

О Г Л А В Л Е Н И Е

ВВЕДЕНИЕ	5
1. АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ	6
1.1. <i>Элементы нормальной и патологической физиологии ободочной и прямой кишок</i>	8
1.2. <i>Подготовка больных к обследованию</i>	11
1.3. <i>Клинические методы исследования</i>	12
1.4. <i>Инструментальные методы исследования</i>	14
1.5. <i>Рентгенологическое исследование</i>	18
1.6. <i>Ультразвуковые исследования</i>	22
1.7. <i>Лабораторные методы исследования</i>	22
2. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА	25
3. КРИПТИТ И ПАПИЛИТ	34
4. ЗУД ЗАДНЕГО ПРОХОДА	35
5. ПЕКТЕНОЗ	36
6. ГЕМОРРОЙ	37
6.1. <i>Хирургическое лечение при расширении внутренних гемор- роидальных узлов</i>	42
7. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД И ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ	50
8. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ И СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ	54
8.1. <i>Этиология и патогенез</i>	54
8.2. <i>Классификация</i>	57
8.3. <i>Клиника, диагностика</i>	58
8.4. <i>Методы лечения острого парапроктита</i>	64
8.5. <i>Анаэробный парапроктит</i>	72
8.6. <i>Редкие формы гнойников параректальной клетчатки</i>	76
8.7. <i>Острый парапроктит при раке прямой кишки</i>	78
8.8. <i>Парапроктиты вследствие инородных тел прямой кишки</i>	79
8.9. <i>Свищи прямой кишки</i>	81
8.9.1. <i>Виды свищей прямой кишки</i>	83
8.9.2. <i>Клиника</i>	84

8.9.3. Диагностика	85
8.9.4. Клинические формы и дифференциальная диагностика свищей прямой кишки	93
8.9.5. Лечение свищей прямой кишки	98
9. ЗАПОРЫ	106
9.1. Клинические проявления и симптомы	114
9.2. Диагностика	116
9.3. Курсы минеральной воды, физические упражнения, массаж толстой кишки, электростимулирующая терапия	118
9.4. Альтернативные или дополнительные методы лечения	120
9.5. Питание: диета, пищевые волокна; количество жидкости	121
9.6. Слабительные: виды, применение	122
9.7. Электролитные расстройства	130
9.8. Взаимодействие слабительных с другими лекарствами	130
9.9. Заключение для практического применения	131
10. БОЛЕЗНЬ КРОНА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	132
11. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (НЯК)	140
12. ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ	150
13. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	164
14. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ	180
15. ПРИЛОЖЕНИЕ	193
15.1. Приказы, резолюция съезда, коды и шифры болезней, ситуационные задачи	193
ИЛЛЮСТРАЦИИ	237
ЛИТЕРАТУРА	264

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия по мере пополнения информации и углубленного изучения патологических процессов, выделилась из общей хирургии, наряду с другими специальностями, колопроктология – отрасль медицины, занимающаяся изучением и лечением заболеваний прямой и ободочной кишок.

Проктология (от греч. proctos – прямая кишка и logos – учение).

В современных условиях важное место среди проктологических заболеваний занимают доброкачественные и злокачественные новообразования ободочной и прямой кишки, частота которых увеличивается во всех экономически развитых странах и России.

Первое специальное медицинское учреждение для лечения проктологических больных было создано в 1835г. в Лондоне и существует поныне – это госпиталь Св. Марка.

В начале XX века специализированные проктологические клиники и госпитали были организованы и в других странах (США, Франция, Дания, Бельгия и др.). Вопросами клиники, лечения различных заболеваний толстой кишки занимались многие известные врачи ученые России [Бутковский А., Буяльский И., Федоров С.П., Холдин С.А.].

Особое значение для развития проктологии в СССР и России имело создание специализированных отделений в Москве [Рыжих А.Н.] и г. Куйбышеве [Аминев А.М.], ставших центрами методического руководства и обучения врачей из всех стран.

В 1978 году был создан научно-исследовательский институт проктологии МЗ РФ в г. Москве, на который возложены функции главного научно-методического и консультативного центра по проблемам проктологии. В последующем НИИ проктологии МЗ РФ был переименован в ГНЦ «Колопроктология».

Основой формирования сети колопроктологических учреждений в настоящее время являются республиканские и межобластные проктологические отделения.

Для широкой подготовки колопроктологов и систематического повышения их квалификации в настоящее время созданы специальные курсы и кафедры при ВУЗах России.

Таким образом, российские колопроктологи располагают огромным опытом проведения сложных операций и научных исследований. Кроме того, в России создана централизованная колопроктологическая служба с единым методическим руководством и общностью научно-практических задач.

Глава 1.

АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

У взрослого человека толстая кишка имеет в среднем длину 1,2-1,3 м, диаметр от 3 до 5 см и следующие основные отделы: слепая, восходящая, поперечная ободочная, нисходящая, сигмовидная и прямая. По характеру покрытия листком брюшины и по отношению к брюшной полости различают 3 вида расположения этих отделов толстой кишки:

- 1) **интраперитонеальное** – брюшинное покрытие со всех сторон и брыжейку имеют слепая, поперечная ободочная и сигмовидная кишки;
- 2) **мезоперитонеальное** – брюшинный покров лишь с трех сторон, отсутствует выраженная брыжейка у восходящего и нисходящего отделов кишки;
- 3) **экстраперитонеальное** – внебрюшное расположение характерно только для дистальной части прямой кишки.

Прямая кишка в значительной мере отличается от других отделов толстой кишки рядом анатомо-топографических и физиологических данных, а поэтому рассматривается особо и более детально.

Прямая кишка находится целиком в полости малого таза, верхняя ее граница – на уровне мыса позвоночника, заканчивается кишка заднепроходным отверстием. Длина прямой кишки взрослого человека в среднем равна 16-18 см; диаметр и окружность ее различны в зависимости от особенностей основных форм кишки: ампулярная – более широкая и цилиндрическая – равномерно суженная; возможны и переходные формы.

В прямой кишке различают 3 отдела:

- 1) **надампулярный**, с интраперитонеальным расположением, протяженностью 4-5 см;
- 2) **ампулярный**, средний, обычно расширенный, отношение к брюшине мезоперитонеальное, длина 8-10 см;
- 3) **анальный или промежностный**, забрюшинно расположенный, протяжением в 2-4 см.

Практически важно подчеркнуть, что прямая кишка взрослого человека вопреки своему названию, как правило, не отличается прямолинейностью. Она имеет ряд изгибов – наиболее постоянны два из них в сагиттальной плоскости: а) крестцовый, большей протяженности, вогнутостью кпереди; б) промежностный или копчиковый, более короткий, с большей степенью вогнутости кзади. Боковые же изгибы прямой кишки во фронтальной плоскости сравнительно мало выражены.

Заслуживает внимания клиницистов послойное строение стенки прямой кишки. Мышечные структуры самой кишки и окружающих мышц малого таза гистологически и функционально различны. Гладкомышечная структура с функцией непроизвольного сокращения характерна для собственной двуслойной мускулатуры стенки прямой и всей толстой кишки: продольное расположение волокон имеет наружный слой мышц, циркулярное – внутренний. Последний, утолщаясь до 0,5 см в поперечнике, в анальном отделе образует так называемый внутренний сфинктер заднего прохода. Наружная, более мощная порция анального жома состоит из произвольной поперечно-полосатой мускулатуры. Аналогичную структуру имеют мышцы тазовой диафрагмы – подниматели заднего прохода, копчиковая мышца и другие.

Слизистая оболочка ободочной и прямой кишок состоит из однослойного цилиндрического эпителия и имеет в различной мере выраженную продольную и поперечную складчатость. В прямой кишке наиболее постоянными являются крупные поперечные или косопоперечные складки (Гаустона и Кольрауша), как правило, содержащие в основании мышечный и утолщенный циркулярный слой кишки. В нижнеампулярном и анальном отделах абсолютно постоянными являются продольные складки, так называемые анальные (Морганьевы) столбики, валики – в среднем их насчитывается 8-10, каждый длиной 2-4 см, шириной до 1 см и высотой у основания около 0,5 см. Возвышения эти образуются за счет скопления в подслизистом слое венозного сплетения, соединительной ткани и мышечных волокон. Между анальными столбиками имеются углубления – анальные синусы, пазухи, кармашки, крипты. Дистальнее крипт различают зубчатую или гребешковую линию, еще ниже от нее – пограничную аноректальную линию (белая линия Хилтона). Здесь цилиндрический эпителий прямой кишки переходит в многослойный плоский эпителий кожи.

Вся описанная область анальных столбиков и крипт заслуживает самого пристального внимания как зона повышенной восприимчивости к различным неблагоприятным условиям и наиболее частой локализацией патологических процессов, являясь входными воротами инфекции и источником острого и хронического парапроктита и других заболеваний.

Кровоснабжение прямой кишки осуществляется посредством пяти прямокишечных артерий – непарной верхней и парных средних и нижних. Отток венозной крови происходит по одноименным венам в систему нижней полой и воротной вен, чем и обуславливается наличие «разгрузочных» портокавальных анастомозов в венозном бассейне прямой кишки. Это одна из самых сложных и богатых сосудистых сетей –

внутреннее и наружное венозное сплетения – располагается в нижеампулярном и особенно анальном отделах прямой кишки, так называемая геморроидальная зона, область наиболее частого развития сосудистой патологии (геморрой, эрозии, тромбозы).

Лимфатические сосуды, как правило, сопровождают вышеназванные прямокишечные артерии и вены. Особенностью лимфатической системы нижеампулярного и анального отделов является наличие лимфатических коллекторов, сообщающихся в латеральных направлениях с паховыми лимфатическими узлами. Это положение необходимо учитывать при изучении путей метастазирования рака прямой кишки и выборе при этом уровня и объема радикального оперативного вмешательства.

Иннервация прямой кишки осуществляется преимущественно вегетативной нервной системой – симпатическими и парасимпатическими нервами, лишь анально-промежностный отдел – ветвями спинномозговых нервов из крестцового сплетения. Отсюда становится понятной сравнительно невысокая степень чувствительности проксимальных отделов прямой кишки и значительная болевая и тактильная чувствительность анального канала и кожи вокруг заднего прохода. Следует также иметь в виду уровень выхода III-IV крестцовых нервов, иннервирующих произвольную замыкательную и поддерживающую мускулатуру прямой кишки. В случае необходимости, крестцовые позвонки можно резецировать лишь ниже третьих крестцовых отверстий.

Заслуживает внимания и вопрос о топографии, о взаимоотношениях прямой кишки с другими органами и тканями малого таза. Прямую кишку окружают три клетчаточных пространства: подбрюшинное или тазово-прямокишечное, седалищно-прямокишечное и подкожное – зоны довольно частой локализации острого и хронического парапроктита. Сзади прямая кишка через незначительную прослойку клетчатки непосредственно прилегает к крестцу и копчику, повторяя их изгибы. С боков от прямой кишки в различном удалении на разных уровнях проходят мочеточники. Спереди у мужчин нижеампулярная часть кишки прилежит к предстательной железе, проходящей здесь части мочеиспускательного канала, семенным пузырькам; у женщин – к задней стенке влагалища.

1.1. Элементы нормальной и патологической физиологии ободочной и прямой кишок.

В толстой кишке, являющейся дистальным отделом всего желудочно-кишечного тракта, процессы пищеварения не являются веду-

щими. Доминируют процессы реабсорбции воды, минеральных и органических составных частей химуса. Наиболее интенсивно всасывание происходит в проксимальной и средней части толстой кишки – здесь всасываются вода, электролиты, глюкоза, а также некоторые витамины и аминокислоты, продуцируемые бактериальной флорой. Микробы толстой кишки, как обязательный физиологический компонент, участвуют в инаktivации пищеварительных тонкокишечных ферментов в процессах брожения, гниения и утилизации остатков непереваренных пищевых масс.

Однако ни пищевая масса, подвергающаяся ферментативному перевариванию в тонкой кишке, ни тем более пищевой химус, поступивший в толстую кишку, не могут быть полностью утилизированы. Человек выбрасывает в виде фекалий в среднем до 5-10% принятых пищевых веществ. При растительной пище, богатой клетчаткой, объем испражнений значительно больше, чем при смешанной или мясной диете.

В левой, дистальной, половине ободочной кишки завершаются процессы всасывания, формируется и уплотняется кал. Под воздействием собственной перистальтики толстой кишки и «толчков сзади» за счет периодического поступления пищевого химуса через илеоцекальный клапан сформированные каловые массы продвигаются и заполняют прямую и частично сигмовидную кишки. Прямая кишка является резервуаром для скопления фекальных масс. Последние, воздействуя определенной степенью давления и раздражения на нервные рецепторы прямой кишки, обуславливают возникновение позыва на опорожнение кишки.

Дефекация – сложнорефлекторный акт с участием подкорковых образований и коры головного мозга, проводящих путей спинного мозга, периферических нервов и мускулатуры прямой кишки, мышц брюшного пресса, грудобрюшной и тазовой диафрагм. Нарушение нормальной функции одного или нескольких перечисленных компонентов рефлекторной цепи приводит к патологии акта опорожнения толстой кишки. Кроме того, существуют двусторонние связи на основе висцеро-висцеральных рефлексов толстой и прямой кишок с другими органами и системами.

Произвольно совершаемый акт дефекации может характеризоваться следующим образом: периодичностью в течение 24-48 часов, консистенцией выводимых фекальных масс и субъективно оцениваемой степенью физических усилий, затраченных на опорожнение кишки. В этом плане различают 3 вида акта дефекации или стула: 1) нормальный – совершается 1-2 раза в сутки (по мнению ряда исследователей,

также физиологичным является и однократное в двое суток опорожнение кишки); кал оформленный и тесто- или кашицеобразной консистенции; затрачиваются при этом умеренные физические усилия в виде напряжения брюшного пресса; 2) запор или кишечный стаз – дефекация осуществляется реже чем 1 раз в двое суток; каловые массы сухие, плотные, нередко в виде отдельных фрагментов («овечий кал»); для полного опорожнения кишки приходится затрачивать значительные мышечные усилия; 3) понос – учащенный, более чем 3-4 раза в сутки стул; кал жидкой консистенции; нередко бесплодные тенезмы, физические усилия при этом затрачиваются в большей степени, чем при нормальном акте дефекации.

В настоящее время для характеристики акта опорожнения толстой кишки общепризнанно различать одно и двух (много)- моментный тип дефекации (по А.М. Аминеву).

При первом типе дефекация совершается быстро, одномоментно – несколькими напряжениями брюшного пресса и другой содружественной мускулатуры, выбрасывается все или почти все содержимое прямой и сигмовидной кишок; продолжительность акта 2-3 минуты.

При двухмоментном (многомоментном) типе акта дефекации после первого вышеописанного момента остается чувство неудовлетворенности, неполного опорожнения прямой кишки. Сохраняется, а через несколько минут усиливается до императивного позыв на стул. Индивид почти непрерывно «тужится», напрягает все мышцы, участвующие в повышении внутрибрюшного давления – один из основных компонентов совершения акта дефекации. Лишь через 10-15 минут, а иногда и через 30-40 минут, в результате значительных физических усилий, большей частью бесплодных, выбрасывается вторая (или третья) задержавшаяся в вышележащих отделах небольшая порция каловых масс. Тем самым ликвидируется императивный раздражитель индивидуально чувствительных рецепторов прямой или сигмовидной кишок («высоко интеллигентная кишка»).

Среди практически здоровых людей преобладает более естественный одномоментный акт дефекации – у 70%, двухмоментный – у 20% и у 10% отмечается смешанный или неопределенный тип опорожнения толстой кишки. Одномоментный тип дефекации является нормальным, физиологичным. Двухмоментный же тип опорожнения кишки, как переходный вариант нормы к патологии, зачастую способствует развитию многих заболеваний прямой кишки – геморроя, выпадения прямой кишки, парапроктита, трещины заднего прохода и других.

Таким образом, подразделение акта дефекации на нормальный и запор дополняется типологическими его особенностями. Нормальный

стул так же, как и запор, может характеризоваться как одномоментный или двухмоментный.

1.2. Подготовка больных к обследованию.

Первым этапом всестороннего исследования должен быть тщательный опрос больного для выяснения предъявляемых жалоб, истории настоящего заболевания, истории жизни, перенесенных заболеваний, наследственных факторов и прочее.

Следует иметь в виду чрезвычайную деликатность врачебной миссии как в выявлении субъективных данных, так и в проведении объективного обследования контингента больных с подобной патологией, нередко длительное время скрывающих свое страдание, стыдливо малоречивых при беседе с врачом, с гиперергической реакцией при исследовании.

Для инструментального исследования просвета толстой кишки, в том числе и прямой, необходима предварительная подготовка больного – следует очистить кишку от содержимого, чаще всего посредством клизм. У амбулаторных больных, впервые пришедших на прием к врачу без специальной подготовки, возможна попытка проведения инструментального метода исследования прямой кишки вообще без какой-либо предшествующей подготовки, но с условием совершения самостоятельного акта дефекации незадолго до обследования. В случае неудачи при этом, если кишка окажется недостаточно чистой, вполне эффективной может быть однократная очистительная клизма.

Общепринятая методика подготовки больных заключается в следующем: за день-два до исследования исключается из диеты пациента богатая клетчаткой пища; вечером накануне и утром за 2 часа до обследования ставится полная очистительная клизма. Утром в день исследования больному не рекомендуется завтракать.

В последние годы хорошо зарекомендовали себя для подготовки кишечника такие препараты, как фортранс.

Преимущества метода в эндоскопии, рентгенологии и в хирургии:

- высокая степень очистки, гарантирующая успешное проведение диагностической манипуляции;
- повышение точности диагностики благодаря оптимальной визуализации слизистой оболочки;
- хорошая субъективная и клиническая переносимость;
- сокращение времени колоноскопии;
- уменьшение гнойно-септических осложнений после операции на кишечнике.

Способ выпуска и применения:

В 1 упаковке содержится 4 пакета:

- каждый пакет следует растворить в 1 литре кипяченой воды;
- раствор фортранса нужно принимать по 1 стакану в течение 15 минут отдельными глотками;
- за 1 час нужно выпить 1 литр раствора;
- для полного очищения кишечника необходимо принять 4 литра раствора (4 пакета фортранса);
- прием препарата должен быть закончен за 3 часа до процедуры.

Специальное обследование проктологического больного должно проводиться лишь после полного физикального исследования всех других органов и систем, чтобы иметь предварительное представление об общем состоянии организма. Проктологическое обследование должно проводиться в специальном кабинете, оборудованном высоким перевязочным столом или гинекологическим креслом. Необходимо следующее оснащение: инструментарий – ректальные зеркала, ректороманоскоп в наборе, при возможности фиброколоноскоп, биопсионные щипцы, сфинктерометр, различные зонды, шприц и ряд других подручных материалов – вазелин, спирт, растворы 3% йода и 1% метиленовой сини в смеси с перекисью водорода, формалин, вата, марля в виде стерильных шариков и салфеток, стерильные резиновые перчатки.

Необходим помощник врача, им может быть лицо среднего или младшего медицинского персонала. В случае сопутствующей ревизии каких-либо раневых поверхностей в перианальной области или в просвете кишки, а также при операции – биопсии, соблюдают общепринятые правила асептики и антисептики.

1.3. Клинические методы исследования.

Проведение различных способов обследования проктологического больного – осмотр заднего прохода, исследование пальцем прямой кишки, инструментальные методики возможно, как правило, лишь в определенной позе, положении пациента на кушетке или на специальном столе. Наиболее широко используются следующие положения: коленно-грудное, коленно-локтевое, коленно-плечевое; на боку (лучше на левом для «выпрямления» сигмовидной кишки) с приведенными к животу ногами; «классическое» – на спине с разведенными и приведенными к животу согнутыми ногами; на корточках (для более глубокого исследования пальцем прямой кишки!); стоя на полу с наклоном туловища вперед на 90° и другие.

1. Осмотр области заднего прохода – первое необходимое условие исследования проктологического больного. При осмотре периаанальной области представляется возможным «на глаз и на ощупь» определить все имеющиеся здесь патологические проявления того или иного заболевания: наружные и межуточные геморроидальные узлы и характер их изменений, признаки воспаления при острых парапроктитах, наружные отверстия параректальных свищей с гнойным отделяемым, анальные бахромки, острые и хронические трещины заднего прохода, различные опухоли, гиперкератоз при зуде, экскориации, пиодермию, выпадение прямой кишки и полипов, состояние анального сфинктера (спазм, зияние), деформации промежности, рубцы, раны и многое другое.

Чтобы не просмотреть наличие анальной трещины, а также дифференцировать наружные геморроидальные узлы от межуточных, простого обозрения этой области недостаточно. Переходную зону кожи и слизистой оболочки анального канала, где локализуются трещины и межуточные узлы, можно хорошо осмотреть при максимальном растяжении кожи области заднего прохода с двух сторон пальцами исследователя и легком натуживании больного. Следует также осмотреть прилежащую крестцово-копчиковую область, где нередко локализуются различного рода эпителиальные погружения. Чаще всего это эпителиальные копчиковые ходы, располагающиеся по средней линии в межъягодичной области, преимущественно в проекции копчика, в виде нескольких (1-5 и более) точечных воронкообразных углублений. При осложненном течении, инфицировании этих ходов происходит развитие местного воспаления со всеми его признаками. Реже в этой области определяются дермоидные кисты и тератомы.

2. Исследование прямой кишки пальцем должно предшествовать другим исследованиям и неукоснительно проводится всем больным с жалобами на заболевание прямой или толстой кишок. Методика очень проста: обильно смазанный вазелином указательный палец в резиновой перчатке медленно вводится в просвет прямой кишки по той стороне заднего прохода, где нет воспаления и других причин, обуславливающих боль. Это самый простой, доступный и ценный способ распознавания воспалительных инфильтратов, опухолей, инородных тел, стенозов, ранений прямой кишки и многих других заболеваний. Особенно незаменимо исследование прямой кишки для диагностики рака прямой кишки. Из всех поражений раком толстой кишки на долю прямой кишки приходится до 60-80% [Федоров В.Д., 2002]. Поэтому большинство раковых опухолей толстой кишки можно своевременно диагностировать введением в прямую кишку пальца.

Необходимо соблюдать дифференциальный подход к пальпируемым в просвете прямой кишки «опухолям», имея в виду нередкую возможность прощупать через неизмененную переднюю стенку прямой кишки шейку или тело матки, предстательную железу. Не следует забывать о преимуществах исследования пальцем прямой кишки в положении больного на корточках – глубина обследования кишки при этом увеличивается на 2-3 см.

У отдельных больных при стенозах (особенно ракового происхождения) дистального отдела прямой кишки, показано исследование пальцем, введенным во влагалище. При необходимости, можно использовать и бидигитальный прием исследования – одновременное сочетание обследования прямой кишки и влагалища двумя пальцами: первым и указательным одной руки или двумя указательными. Ценным методом является бимануальное исследование – пальцем через прямую кишку и другой рукой через переднюю брюшную стенку. Но перед этим исследованием необходимо опорожнить мочевой пузырь.

Таким образом, исследование прямой кишки пальцем имеет самые широкие показания. Противопоказано применение этого метода, и то лишь временно, при выраженном болевом синдроме при острой трещине заднего прохода, при периаанальном краевом остром парапроктите, при непроходимых для пальца стенозах просвета кишки.

При хроническом парапроктите показано зондирование свищевого хода пуговчатым зондом с целью выявления направления свищевого хода и его отношения к анальному сфинктеру, а также сообщения с просветом прямой кишки.

1.4. Инструментальные методы исследования.

Ректальные зеркала различных систем и конструкций позволяют осмотреть дистальный отдел прямой кишки на глубину до 10 см. Особенно ценен этот метод в распознавании внутренних и межоточных геморроидальных узлов, анальных сосочков и полипов, воспалительных изменений в криптах и слизистой оболочке, язв и инородных тел. Предпочтение заслуживают двусторчатые пластинчатые, а не проволочные зеркала. Смазанные вазелином с наружной поверхности, сомкнутые створки зеркала осторожно вводят в задний проход, попросив больного расслабить его и слегка натужиться. После введения зеркала в просвет кишки на всю его длину их постепенно раздвигают. Осматривают поочередно всю исследуемую поверхность дистального отрезка прямой кишки. Следует помнить о чрезвычайно высокой степени болевой чувствительности анального канала и периаанальной области, поэтому каждое введение зеркала должно проводиться с плотно

сдвинутыми створками, а извлечение, наоборот, с их неплотным сведением, чтобы не ущемить кожу и слизистую оболочку. Это исследование, как правило, проводится без обезболивания, ибо особых болей оно не должно вызывать, но неприятные ощущения – распирание, растяжение – все же имеют место.

При обследовании с помощью зеркала необходимо создать должное освещение в просвете кишки за счет включенной лампочки ректороманоскопа или лобного рефлектора. Противопоказания для использования ректального зеркала те же, что и для исследования прямой кишки пальцем.

Ректороманоскопия – наиболее эффективный метод визуального исследования дистального отдела толстой кишки с большой разрешающей способностью детального осмотра стенки и просвета кишки на глубину до 30 см. Ректороманоскопы бывают многоцветные, металлические и одноразовые из пластмассы.

Показания к ректороманоскопии должны быть самыми широкими. При наличии жалоб на заболевание со стороны любого, тем более дистального отдела толстой кишки, прямой кишки и заднего прохода – следует обязательно выполнить ректороманоскопию.

Противопоказания к ректороманоскопии очень ограничены. Это исследование не следует применять при чрезмерной кровоточивости слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишок, резко выраженных стриктурах и острых воспалительных явлениях стенки прямой кишки и окружающей клетчатки, перитонитах, тяжелой декомпенсации сердечно-сосудистой системы, психозах. Временно, до снятия болей, ректороманоскопия может не проводиться при наличии острой трещины заднего прохода и любых выраженных болевых синдромах другого генеза.

Техника ректороманоскопии несложна. При выполнении ректороманоскопии наиболее благоприятным является коленно-грудное положение исследуемого. При этом резкий наклон тела обуславливает перемещение всех подвижных органов брюшной полости в сторону поддиафрагмального пространства, в результате чего несколько расправляется сигмовидная и прямая кишки. Не исключена возможность успешного проведения ректороманоскопии и в коленно-локтевом (или плечевом) положении больного, а также на левом боку. В собранном для работы ректороманоскоп смазывается вазелином начальная часть тубуса с obturatorом.

При введении тубуса в просвет кишки, прежде всего, необходимо повторять постоянные изгибы прямой кишки в сагиттальной плоскости.

Первоначально ввести тубус на глубину 4 см в строго перпендикулярном направлении к заднему проходу. Затем введенный конец отклоняют назад, к копчику. Медленно продвигают тубус по передней поверхности крестца до ощущения упора на отметке 12-15 см. После этого извлекается обтуратор из просвета тубуса и его дистальный просвет закрывается окуляром-лупой, продолжая продвижение прибора уже под контролем зрения с включенным электроосветителем. На глубине 15-20 см внутренний конец инструмента отклоняется влево, чтобы проникнуть в сигмовидную кишку. Основным правилом безопасного проведения ректороманоскопии является четкая видимость просвета кишки при продвижении тубуса. В случае встретившегося затруднения – спавшаяся или спазмированная сигмовидная кишка – необходимо использовать пневматический нагнетатель для расширения просвета кишки.

Основное внимание исследователя при медленном постепенном введении тубуса ректороманоскопа должно обращаться на его правильное без осложнений продвижение через просвет прямой кишки в доступный отдел сигмовидной, осуществляя при этом и первичный предварительный осмотр. Заключительное, более тщательное визуальное обследование просвета кишки и ее внутренних стенок проводится по мере извлечения прибора.

Неудачи и осложнения при ректороманоскопии иногда могут иметь место, практическому врачу о них следует знать.

К неудачам относятся случаи, когда не удастся провести тубус на всю глубину и осмотреть весь просвет кишки на заданную глубину. Чаще всего это наблюдается при недостаточной подготовке кишки к исследованию – наличие каловых масс, слизи, гноя, крови. Реже, у 15% больных, острый ректосигмоидный угол, несмотря на введение достаточного количества воздуха в просвет кишки, оказывается непреодолимым препятствием для выполнения полноценной ректороманоскопии. Следует иметь в виду и препятствия, обусловленные патологическим процессом. Препятствием для проведения тубуса может служить и резкий спазм кишки.

Осложнения – это более грозные нежелательные спутники ректороманоскопии. Наиболее опасным из них является перфорация прямой или сигмовидной кишок. Основные причины прободения стенки кишки при этом: а) прежде всего – грубое, неумелое обращение с инструментом, зависящее от неопытности или халатности врача, в том числе использование внешнего воздействия на стенку живота путем пальпации и надавливания; б) патологическое состояние кишечной стенки при раковом или язвенном поражении, при мегаколоне, дивертикулах, у лиц преклонного возраста; в) психологическая неподготов-

ленность пациента к исследованию, выражающаяся в крайне беспокойном его поведении при ректороманоскопии.

По месту расположения и клиническому проявлению различают 2 типа прободения толстой кишки – внебрюшинное и внутрибрюшинное. В первом случае перфорируется передняя стенка прямой кишки в области промежностного и ампулярного отделов. Во втором случае разрывается стенка на границе прямой и сигмовидной кишок или в другом месте интраперитонеального отдела сигмовидной кишки.

Момент прободения чаще всего не проходит незамеченным ни для больного, ни для опытного врача. Больной отмечает появление сильных болей в месте разрыва кишки, а врач ощущает как бы «провал» тубуса ректороманоскопа с последующим обзорением через окуляр каких-либо внутренних органов брюшной полости, чаще петель тонких кишок. Клиника, развивающаяся после перфорации толстой кишки, зависит от уровня прободения, количества и вирулентности вышедшей из просвета кишки микробной флоры, от прошедшего времени с момента разрыва кишки до распознавания этого осложнения и начала радикального лечения. При диагностике перфорации всегда показано неотложное оперативное вмешательство. Смертность при этом осложнении связана с развитием перитонита и всегда высокая – до 25-50%.

Фиброколоноскопия – современный метод эндоскопического исследования толстой кишки.

Вполне очевидны преимущества фиброколоноскопа перед жесткой конструкцией ректороманоскопа, позволяющего производить осмотр кишки на глубину не более 30 см, тогда как посредством фиброколоноскопа с рабочей длиной от 86 до 186 см представляется возможным исследовать всю толстую кишку, включая и слепую. Этот аппарат дает возможность осмотреть слизистую оболочку кишки, сделать прицельную биопсию, а также выполнить в цветном или черно-белом вариантах фотографии. Фиброколоноскопия показана для распознавания и дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей толстой кишки, для установления кровотечений.

Противопоказания к фиброколоноскопии: тяжелые поражения толстой кишки с угрозой ее разрыва (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, осложненный дивертикулез); тяжелая степень сердечно-легочной декомпенсации, психические заболевания.

Техника проведения самого исследования сравнительно сложна и требует определенного практического навыка, вследствие затрудненного проведения основной части аппарата в местах физиологических и тем

более патологических перегибов и сужений. Нередки случаи отказа от проведения полного осмотра толстой кишки по причине встретившихся непреодолимых трудностей, в том числе недостаточной подготовки кишки.

Возможность перфорации стенки кишки не исключена и при этом методе исследования.

Сфинктерометрия – объективный метод определения функционального состояния, сократительной способности анального жома. Известно несколько типов сфинктерометров – В.Н. Демина, А.Н. Тупиковой и др.

Полученные данные сфинктерометрии имеют большое практическое значение для определения нормальной, повышенной или пониженной функции анального жома, что наблюдается при ряде проктологических заболеваний – при трещине заднего прохода, парапроктитах, выпадении прямой кишки и других. Может изменяться функциональное состояние сфинктера после оперативных вмешательств на заднем проходе и прямой кишке. До- и послеоперационная коррекция функции анального сфинктера – дело большой практической важности в определении и восстановлении трудоспособности проктологических больных.

1.5. Рентгенологическое исследование.

В клинической практике используются два взаимно дополняющих метода рентгенологического исследования – визуальное и контрастное исследование. Что касается специального рентгенологического обследования толстой кишки, то применяется несколько известных методик. Прежде всего, необходимо выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости, при этом определяются рентгенологические признаки кишечной непроходимости, в том числе толстокишечных отделов, и другая патология.

Наиболее демонстративны данные рентгенологического исследования с применением контрастных масс, с этой целью используется преимущественно взвесь сульфата бария.

При пероральном приеме контрастного вещества (взвесь 100,0 бария со 150,0 воды) за экраном можно проследить его пассаж по пищеварительному тракту. В норме контрастная масса через 2,5-3 часа доходит до илеоцекального клапана, через 6-8 часов весь контраст переходит из тонкой кишки в толстую до печеночного угла, через 12-15 часов достигает сигмовидной кишки, а через 18-20 часов – прямой кишки. В этом почасовом перемещении контрастного вещества по различ-

ным отделам желудочно-кишечного тракта и заключается динамическое рентгенологическое исследование моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Однако этот метод обследования с использованием перорального приема бариевой взвеси для диагностики органических изменений в толстой кишке в настоящее время не применяется.

Методом выбора при рентгенологическом обследовании толстой и прямой кишок является ретроградное их заполнение контрастной массой – *ирригоскопия* – с последующей полипозиционной рентгеноскопией и -графией (прицельная, латерография, специальные укладки). Для тугого или полутугого заполнения всей толстой кишки требуется в среднем около 800 мл бариевой взвеси – это первый этап исследования. При этом достаточно четко определяется конфигурация толстой кишки, ее обычные и патологические варианты, наличие или отсутствие нормальных гаустр, мега-долихоколон, различных размеров опухолей и другие находки. Однако проведение только этого этапа исследования, как правило, бывает недостаточно для исчерпывающего рентгенологического заключения.

Большой возможностью обладает второй этап *ирригоскопии* – метод двойного контрастирования. После естественного опорожнения толстой кишки от бариевой взвеси изучается рельеф слизистой оболочки. Затем под контролем (!) рентгеновского экрана в просвет кишки через задний проход вводится воздух или кислород в количестве, достаточном для расправления кишки. Сочетание двух противоположных контрастов в просвете толстой кишки, пневматизация просвета и прослойка оставшейся части бариевой взвеси на стенках кишки, создают благоприятный фон для дифференцирования различной патологии внутренней поверхности стенки толстой кишки: эрозии, язвы, полипы и другие доброкачественные опухоли; экз- и эндофитные злокачественные новообразования; дивертикулы; стриктуры и т.д.

В отдельных случаях рентгендиагностики заболеваний толстой кишки появляется необходимость использования дополнительных методов исследования: парietoграфия без бария; метод тройного контрастирования – на фоне второго этапа применение пневморетропневмолеритонеума. Следует иметь в виду, что газ (воздух, кислород) в брюшную полость можно вводить накануне или в день исследования, а забрюшинно – обязательно перед самым обследованием. Наружная пневматизация того или иного отдела толстой кишки в условиях двойного контрастирования ее просвета представляет возможность проследить распространение патологического процесса за пределы кишки.

И, наконец, еще один метод использования контрастного вещества в рентгенологической диагностике хронических парапроктитов –

фистулография – введение в свищевой ход жидкого водорастворимого контраста (барий и другие взвеси) с последующей полипроекционной рентгенографией. Это исследование проводится на фоне введенной в просвет кишки резиновой рентгеноконтрастной трубки и пометки наружных отверстий свища свинцовыми стрелками. При этом выявляются разветвления, форма свищевого хода, его сообщение с просветом кишки, что подтверждается также пробой с краской, вводимой в свищ (см. глава 15 приложение Устройство для фистулографии А.с. СССР № 891071, 1981 г.).

Компьютерная томография.

Во многих странах для установления распространенности опухолевого процесса толстой кишки, степени выраженности воспалительного процесса используется компьютерная томография. Исследованиями Д.Х. Амировой, 1998 г., доказана эффективность КТ с внутрикишечным контрастированием. Для этой цели использованы аппараты третьего поколения фирмы “Siemens”, “Somaton CR”, “Somaton ARC”, позволяющие получить срезы при толщине выделяемого среза: 2, 4, 8 и 2, 3, 5, 8 мм, при шаге стола 4, 8, 16, 20 мм. Уровень томографических срезов устанавливают по предварительно проводимым томограммам.

Компьютерно-томографическое исследование проводили путём введения контрастного вещества *per rectum* при помощи зонда на глубину 20-60 см. В качестве контрастного вещества использовали 0,5%-ный настой чая или 3%-ный раствор йодсодержащего контрастного вещества. Вначале больным проводили топограмму, затем сканировали «заинтересованные» отделы. При обнаружении патологических изменений сканировали с шагом 4, 8, 10 мм, чтобы получить большую разрешающую способность при изучении кишечной стенки. Используя общепринятые анатомические ориентиры, определяли локализацию и органную принадлежность выявляемых изменений, измеряли площадь поперечного сечения и проводили денситометрический анализ структуры. При помощи специальных программ, входящих в программно-математическое обеспечение, проводили топографо-анатомическую оценку патологических образований путём построения реконструктивных изображений в сагиттальной, фронтальной, парааксиальной плоскостях и других оптимальных сечениях. Определяли физическую и электронную плотность стенки кишечника, брыжейки и паренхиматозных органов. Для этого использовали единицы шкалы Хаунсфилда.

Компьютерная томография с внутрикишечным контрастированием позволяет выявить: изменение просвета кишки (сужения, расширения, сдавления, псевдодивертикулы), изменение стенки (утолщение

стенки слизистой, определяемое смещением примыкающих кишечных петель), изменение складок слизистой (утолщение складок, узловатость, скучивание складок или их разглаживание). При отёке подслизистой или инфильтрации появляются выпрямленные утолщенные складки, изъязвления: поперечные, продольные язвы. Структура слизистой имеет вид «булыжной мостовой» (язвенно-узловые поражения, возникающие при пересечении продольных и поперечных язв и при сопутствующем отеке). Узлы и дефекты наполнения: лимфоидная гиперплазия, маленькие и крупные узлы, полипы. Синусы и свищи: сообщения с другими отделами кишечника, полыми органами или кожей.

Для объективной оценки состояния толстой кишки нами проводились планиметрические исследования, которые заключались в определении площади сечения толстой кишки. Исследование проводили следующим способом: на полиэтиленовую плёнку наносили контуры толстой кишки. Площадь просвета кишки подсчитывали на миллиметровой бумаге.

Для ускоренной объективной оценки состояния толстой кишки нами предложен способ определения просвета толстой кишки. При округлых контурах для этого разработана формула, которая позволяет достоверно определить площадь:

$$S = \frac{d_1 \times d_2}{2} \times 3,14$$

где S – площадь просвета толстой кишки, d_1, d_2 – диаметр толстой кишки (Рационализаторское предложение № 1726 от 13.11.96 г.).

При компьютерной томографии с внутрикишечным контрастированием настоек чая позволяет провести планиметрическое исследование, определить площадь сечения просвета толстой кишки. 3%-ный раствор йодсодержащего контрастного вещества позволяет более информативно выяснить топографо-анатомические особенности толстой кишки, установить и оценить состояние физиологических сфинктеров толстой кишки, уровень и локализацию патологического процесса, его протяженность.

При патологическом процессе, значительно утолщены стенки кишки, выявлен дефект наполнения. Необходимым является проведение реконструкции имеющихся срезов. При этом мы считаем данные участки сканировать наименьшим шагом (4, 6, 8 мм).

Для оценки состояния окружающих органов и тканей необходимо контрастирование толстой кишки 0,5%-ным настоем чая, позволяющее исключить искажение изображения. Изменение плотности тканей обусловлено плотностью контрастного вещества.

1.6. Ультразвуковые исследования.

На наш взгляд не менее информативным методом определения распространенности опухолевого процесса являются *ультразвуковые методы* исследования, которые позволяют с высокой степенью достоверности установить метастатические поражения печени, глубину инфильтрации опухолью стенки кишки и окружающих тканей, выявить наличие абсцессов в зоне опухоли. Во многом разрешающие способности *ультрасонографии* возрастают при применении внутрисосудистых датчиков. При этом существуют не только жесткие конструкции для исследования органов таза, но и специальные устройства, вмонтированные в фиброколоноскоп.

Применение интраоперационной ультрасонографии существенно увеличивает точность диагностики. При этом следует учесть значительно меньшую стоимость этих методов по сравнению с компьютерной томографией.

1.7. Лабораторные методы исследования.

Копрологическое исследование заключается в изучении состава толстокишечных испражнений путем макро- и микроскопии, а также проведения химических реакций и бактериологического анализа.

Макроскопически обследуют кал на общее количество, консистенцию, форму, цвет, запах, видимые на глаз остатки непереваренной пищи, патологические примеси (кровь, гной, слизь, конкременты, паразиты).

Микроскопическое исследование кала производится на предмет выявления остатков непереваренной пищи (мышечные и соединительнотканые волокна, растительная клетчатка, крахмал, нейтральный жир), клеток мышечного эпителия, яиц гельминтов, простейших микроорганизмов (амебы, лямблии, трихомонады, балантидии), слизи и т.д.

Химический анализ кала выполняется в целях определения его реакции; процентного содержания плотных веществ (в норме твердых веществ 20-30%, воды – 70-80%); азотсодержащих компонентов (белки); общего количества жира, желчных пигментов, скрытой крови, некоторых кишечных ферментов (энтерокиназы, щелочной фосфатазы). Следует иметь в виду, что перечисленные физико-химические свойства кала в значительной степени варьируют в пределах нормальных показателей в зависимости от характера употребляемой пищи и других применяемых веществ. Так, например, при обильной растительной диете количество испражнений увеличивается в 2-3 раза по сравнению с нормой, изменяется при этом консистенция, форма и цвет каловых

масс. Особенности видимой окраски кала находятся в прямой связи с принятой пищей: преимущественно молочная диета – кал желто-коричневого цвета; белковая – темно-коричневого; свекла и морковь – красноватый; лекарственные вещества (уголь, препараты железа, висмут, мышьяк) – черный цвет и т.д.

Практическое значение копрологического исследования заключается в возможности предварительного определения характера заболевания по наличию найденных отклонений от нормы со стороны кала – так называемые копрологические синдромы этих заболеваний. Под этим термином понимаются некоторые определенные сочетания патологических признаков со стороны фекалий, в известной степени характерные для того или иного заболевания или состояния пищеварительного тракта: слюнных желез, желудка, желчевыделительная функция, панкреатическая секреция, другие ферментативные сдвиги, дисфункция тонкой кишки и т.д. Копрологические синдромы, в свою очередь, объяснены своим происхождением патологии со стороны: а) ферментативного расщепления пищевых продуктов на всех последовательных этапах пищеварения; б) процессов всасывания в кишечнике продуктов переваривания пищи; в) состояния слизистой оболочки и моторной деятельности толстой кишки; г) жизнедеятельности и равновесия различных групп микробной флоры.

Бактериологическое исследование содержимого толстой кишки состоит из двух этапов: бактериоскопии нативного препарата под микроскопом и посева на питательные среды (основной метод) с целью выделения и изучения чистой культуры микробов.

Нормальная микрофлора толстой кишки играет важную роль в жизнедеятельности микроорганизма: антагонизм к другим видам бактерий; способность синтезировать ряд витаминов группы В и нести ферментативные функции; регулирующее воздействие на вегетативную нервную систему; возможность аутоинфекции, дисбактериоза. Отсюда практическое значение метода бактериологического исследования по показаниям.

Диагностическая биопсия – это морфологическое (цитологическое) исследование иссеченного материала в целях определения характера патологического процесса. При обследовании проктологических больных этот метод используется преимущественно при проведении ректороманоскопии и фиброколоноскопии, если при этом обнаруживается опухоль или хроническая язва.

Инструментом для взятия кусочка опухоли во время ректороманоскопии служат специальные биопсионные щипцы. Если опухоль располагается в анальном отделе, можно взять на биопсию ткань при

помощи ректального зеркала и иссечения кусочка опухоли скальпелем. Другие способы забора тканей для биопсии – соскоб из патологической зоны, пункция или аспирация тканей.

Желательно производить иссечение одного кусочка тканей, состоящего на 2/3 из пораженного участка (опухоль, язва), а на 1/3 – из прилегающей зоны здоровой ткани; на гистологическое исследование направляется единый блок этих двух пограничных участков – патологического и здорового.

Результаты биопсий возможно получить через 3-5 дней (наиболее точный анализ!) или в порядке экспресс-диагностики, через 10-20 минут. Трудно переоценить клиническое значение гистологического и цитологического исследования материалов диагностических, как впрочем, и лечебных биопсий для уточнения клинического диагноза, определения морфологических особенностей и гистогенеза процесса, что играет существенную роль в прогнозировании, выборе методов операций.

Глава 2.

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА

Анальная трещина часто сочетается с другими заболеваниями анального канала, прежде всего с геморроем, что можно достаточно легко объяснить. Медиальные стенки выраженных внутренних геморроидальных узлов являются и стенками заднепроходного канала в зоне зубчатой линии, наиболее подверженной травмам во время затрудненной дефекации. Постепенное разрыхление слизистой оболочки, покрывающей геморроидальные узлы, частые воспалительные изменения ее в определенных участках могут способствовать и практически часто приводят к появлению в дистальных отделах заднепроходных столбов локальных патологических очагов. При этом замечена и давно подтверждена многими авторами [Федоров В.Д., Дульцев Ю.В., 1984; Полетов Н.Н., 1989] тенденция к образованию таких патологических очагов не по всей окружности зубчатой линии, а в основном на ее заднем участке, т.е. в проекции 6 часов по циферблату (при положении тела на спине). Эта зона имеет определенные анатомо-функциональные особенности. Во-первых, здесь дистальные части заднепроходных пазух («карманы») более глубокие и, следовательно, в них могут сравнительно длительное время задерживаться мелкие экскременты и слизь. Во-вторых, задняя стенка заднепроходного канала представляет собой место, где сходятся и фиксируются к крестцово-копчиковому суставу сухожильные окончания многих мышц анального жома. В совокупности с ними между задней стенкой заднепроходного канала и верхушкой копчика находится плотная заднепроходно-копчиковая связка. Все это препятствует свободному физиологическому смещению задней стенки заднего прохода во время дефекации. Эти два основных фактора и создают условия для более частого возникновения анальной трещины именно на задней стенке заднепроходного канала.

Реже трещина образуется на передней стенке, где у женщин имеется тесное спяние ее оболочек с прямокишечно-влагалищной перегородкой, а у мужчин с задней стенкой промежностной части мочеиспускательного канала. Это также ограничивает смещение этой стенки заднепроходного канала во время дефекации. Очень редко трещина локализуется на боковых стенках заднего прохода.

Таким образом, при затрудненном стуле (запоры) или при частых дефекациях у больных диареей в зоне задней или передней полуокружностей заднепроходного канала, на его зубчатой линии создаются сначала застойные, а затем воспалительные локальные очаги, которые при повторении описанных отрицательных воздействий образуют

упорно текущую анальную трещину-язву. В данном случае сам патологический очаг и название нозологической формы почти полностью совпадают: участок слизистой оболочки в указанных зонах, подвергаясь воздействию высоковирулентной прямокишечной флоры, скарифицируется, а затем уплотняется, углубляется и, таким образом, формируется действительно трещина – продольный (по оси кишки) дефект слизистой оболочки с четкими краями и дном.

На дне такой трещины-язвы, как было в свое время убедительно показано микроскопическими исследованиями ряда авторов, вследствие постоянного неспецифического воспаления патологически изменяется нервная структура пораженного участка стенки заднепроходного канала: концевые нервные окончания теряют свою оболочку, оголяются и возникает хронический неврит с выраженным болевым синдромом. Боли, усиливающиеся естественно во время дефекации, то есть при травмировании этих нервных окончаний, вызывают спазм мышечных структур сфинктера заднего прохода. Эти два патологических явления – боли и спазм – составляют важнейшие элементы известной клинической триады анальной трещины. Третья ее составляющая – ректальные кровотечения. Эти сравнительно небольшие геморрагии во время или сразу после дефекации объясняются просто травмированием стенок трещины плотными каловыми массами (особенно при запорах). В последние годы наши дополнительные микроскопические исследования показали, что анальная трещина представляет собой поверхностный язвенный дефект многослойного плоского эпителия заднепроходного канала овальной или треугольной формы. Верхний полюс дефекта остается в пределах зубчатой линии, т.е. не переходит на слизистую оболочку прямой кишки. При хроническом течении края такой язвы уплотняются и утолщаются, особенно в дистальной части трещины, где при этом формируется полиповидное утолщение – «сторожевой бугорок», а в проксимальном отделе, т.е. на уровне самой зубчатой линии определяется гиперпластический анальный сосочек. Анальные сосочки в норме представляют собой утолщенные дистальные части клапанов заднепроходных столбов и не имеют никакого отношения к истинным полипам заднепроходного канала. Это четко было показано В.А. Аминовой (1972), но до сих пор многие хирурги в таких случаях диагностируют анальный полип, что ведет не столько к неправильным действиям врача, сколько к неоправданной с позиций деонтологии дезинформации больных.

Протяженность трещины обычно не превышает 1 см., при микроскопии определяется дефект многослойного эпителия с утолщением его в области краев язвы. Дно язвы обычно чистое, представлено зре-

лой грануляционной или склерозированной соединительной тканью. Иногда рубец в области дна трещины распространяется на глубину до 2-5 мм с включением в него мелких нервов и мышечных пучков. Часто к дну язвы предлежат кавернозные вены. В отдельных случаях воспаление выражено слабо или вовсе отсутствует, но в других наблюдениях воспаление значительно, и иногда сопровождается возникновением свищевого хода. Полученные данные свидетельствуют о довольно глубоком патологическом очаге, в связи с чем в некоторых случаях, видимо, обычное иссечение трещины в пределах только слизистой оболочки недостаточно для прочного заживления раны стенки заднепроходного канала. В последнее время при глубоких хронических анальных трещинах мы применяем специальную операцию, техника которой изложена ниже.

Клиника и диагностика. Клиника анальной трещины складывается из широко известной триады – боль, спазм, кровотечение. Это настолько характерно и так просто выявляется при первом же опросе больного, что в типичных случаях диагноз ясен еще до обследования. Если трещина сочетается с геморроем, то к жалобам обычно добавляется указание на выпадение узлов и на более обильные ректальные кровотечения.

При острых первичных или обострении хронических трещин боли, как правило, сильные, постоянные, но сравнительно кратковременные, только во время дефекации и в течение 15-20 мин после нее. Спазм сфинктера у таких больных обычно резко выражен, а кровотечения, как правило, минимальны. Другими словами, при коротком анамнезе болезни (в том числе, например, у женщин после родов) на первое место в клинике выступает болевой синдром, а главный объективный диагностический прием – пальцевое исследование прямой кишки может и не дать особых дополнительных сведений. Дело в том, что при острой трещине обычно выявляют только болезненный участок на стенке заднепроходного канала (чаще всего, повторяем, на задней стенке), а уплотнения, приподнятые края трещины, «сторожевой бугорок» у ее дистального конца могут не определяться. Еще и еще раз обращаем внимание врача на правильное выполнение пальцевого исследования. Уже при наружной пальпации по окружности заднего прохода можно почти всегда выяснить локализацию болезненного участка и, стало быть, палец надо вводить по противоположной стенке заднепроходного канала. Тогда чувство боли при ощупывании непораженных стенок будет разительно отличаться от такового при ощупывании или даже при самом осторожном прикосновении к пораженной стенке. Кроме того, при наружном осмотре области заднего

прохода, после определения участка болезненности следует осторожно раздвинуть ягодицы больного (лучше в положении на гинекологическом кресле, нежели в коленно-локтевом положении) и можно почти во всех случаях увидеть на глаз дистальную часть трещины – красного цвета продольную или треугольную язву, уходящую в глубь заднепроходного канала. Эти неинвазивные манипуляции должны обязательно предшествовать пальцевому исследованию, которое в этом случае можно провести с минимальным дискомфортом для больного.

При пальцевом обследовании больных с хроническими трещинами можно достаточно четко определить не только ее точную локализацию, но и состояние краев (плотные, приподнятые), наличие или отсутствие гнойного отделяемого (дифференцировка с неполным внутренним свищом прямой кишки) и, что очень важно, определить степень спазма сфинктера заднего прохода. Именно пальцевое исследование до всякой сфинктерометрии может дать опытному врачу сведения о наличии спазма: сфинктер при повышенном тонусе его мышц плотно охватывает палец, продвигать который становится трудно, и манипуляция становится болезненной. Тем не менее хорошо смазанный жиром палец хирурга представляет собой весьма чувствительный инструмент: состояние стенок заднепроходного канала (смещаемые мягкие образования – внутренние геморроидальные узлы), наличие и консистенция анальных сосочков, напряжение дистальных концов мышц, поднимающих задний проход (леватор-синдром), все это доступно для определения при пальцевом исследовании.

Что касается инструментальных методов диагностики, таких как *аноскопия* или *жесткая ректороманоскопия*, то у больных с анальной трещиной с выраженным болевым синдромом и спазмом сфинктера они без обезболивания проводиться не должны. Прежде всего визуализация самой трещины при аноскопии затруднена из-за того, что трещина обычно находится в глубине складок слизистой оболочки, особенно при сопутствующем геморрое, а, кроме того, сам осмотр ничего нового не дает. Попытки же детализации картины требуют расширения заднепроходного канала, что из-за сильной боли только отчуждает больного от врача; больной теряет доверие к врачу, что сказывается на результатах лечения. Необходимая каждому проктологическому пациенту ректороманоскопия на высоту до 20-25 см., которая может быть выполнена после заживления трещины, либо после операции, перед выпиской больного из стационара. Точно так же не следует специально выполнять при острой трещине сфинктерометрию. Во-первых, имеющиеся в нашем распоряжении пружинные приборы дают весьма приблизительные показания и очень неудобны для практического

применения. Во-вторых, само введение оливы в задний проход у больного с выраженным спазмом сфинктера почти невозможно и нецелесообразно. Имеющиеся же современные модификации сфинктерометров (браншевые) служат главным образом для научных целей, так же как специальные методы исследования функции анальных мышц (миография, баллонография).

Итак, диагностика анальной трещины относительно проста. Дифференцировать трещину нужно от неполных внутренних свищей прямой кишки. Нужно отметить, что при неполном свище спазм сфинктера, как правило, не наблюдается, боли значительно меньше, а в клинике на первый план выступают гнойные выделения из заднего прохода. При пальцевом исследовании на дне малоболлезненной язвы определяется четкое углубление – полость свища. В связи с тем что трещина очень часто сочетается с геморроем, при исследовании пальцем часто определяют выраженные внутренние узлы, которые при натуживании выпадают и обычно легко вправляются самим больным. При хроническом течении заболевания трещину часто сопровождают анальный зуд, проктит (сфинктерит) или проктосигмоидит. В последнем случае имеются дополнительные характерные жалобы, но если превалирует клиника самой трещины, то этот диагноз основной и лечение должно быть направлено на ликвидацию трещины.

Лечение. Приступая к лечению больных с анальной трещиной, следует начинать лечение с консервативных мер, если, конечно, эти меры не были предприняты ранее или были неадекватны. Учитывая, что пока больных с трещинами заднего прохода во многих случаях лечат хирурги общего профиля, к которым такие пациенты поступают относительно редко и которые плохо знакомы со специальными современными достижениями проктологии, приходится часто констатировать то печальное обстоятельство, что ранее проводившееся лечение было и неполным, и даже неверным. Чаще всего такое лечение сводится к ликвидации болей, т.е. к назначению свечей, сидячих ванн (теплых или, наоборот, почему-то холодных) и рекомендации щадящей диеты. Такая терапия дает, как правило, только временный эффект. Действительно, не может ведь больной, как правило, молодой, соматически здоровый человек, всю жизнь «сидеть на диете» и обезболивать каждую дефекацию свечами.

Лечение острой (или рецидивирующей хронической) трещины начинают с нормализации стула. Так же как при геморрое, во многих случаях только регулирование стула, разжижение его при запорах с помощью послабляющих средств (лучше всего трав и овощных комбинаций) или излечение от хронической диареи, чаще всего связанной

с дисбактериозом, дают паллиативный, а иногда, при острой, особенно послеродовой трещине, стойкий эффект. Конечно, на период лечения, курс которого длится в среднем 2 нед., из пищи исключают соленые и кислые блюда, спиртные напитки, рекомендуют бросить или хотя бы ограничить курение. Местно применяют свечи, один из рецептов которых, неоднократно нами проверенный и хорошо себя зарекомендовавший, приводим:

Recipe: Extr. Belladonnae 0,015

Xeroformii 0,1

Novocaini 0,1

Buttyri Cacao 1,7

M.f. suppos.

В настоящее время выпускается много патентованных мазей и свечей, в частности ауробиновая мазь, и больные, приобретая их и используя самостоятельно, сами находят наиболее подходящие. В таких случаях следует прислушиваться к мнению пациентов и лишь напоминать им правила пользования свечами: кончик свечи следует смазать индифферентным жиром (вазелин) и вводить ее осторожными ротационными движениями на глубину заднепроходного канала, т.е. на 5-6 см, так чтобы свеча не «проваливалась» в прямую кишку. Для этого снаружи свечу придерживают марлевым шариком в течение 1-2 мин, чтобы она растворилась непосредственно в канале. Если речь идет о какой-либо обезболивающей и saniрующей мази, то с помощью специального наконечника выдавливают в заднепроходный канал примерно 1 см столбика мази.

После стула, перед введением свечи нужно назначить теплую (36-38°C) сидячую ванну. Такую же манипуляцию выполняют и на ночь.

Начиная консервативное лечение анальной трещины, нужно убедиться в ее «неспецифичности», т.е. нужно быть уверенным в том, что это обычная, «банальная» трещина, а не проявление сифилиса (гумма), туберкулеза прямой кишки (казуистика), какого-либо редкого паразитарного (актиномикоз) или другого заболевания, например, анальная трещина при болезни Крона. Здесь помогает в основном тщательный сбор анамнеза, ибо по клинической картине «обычная» анальная трещина может протекать с разными вариантами и отличить ее от специфического поражения только с помощью пальцевого исследования или аноскопии (ректоскопии) бывает очень трудно. Необходимо также отличать анальную трещину от простой язвы прямой кишки (*Ulcus simplex*). В последнем случае также помогает анамнез: как правило, простая язва сопровождается выпадением прямой кишки, осо-

бенно так называемое внутреннее выпадение, т.е. инвагинацию верхних отделов прямой кишки в нижние. Кроме того, сама язва безболезненна, не сопровождается спазмом сфинктера и располагается выше зубчатой линии, чего никогда не наблюдается при типичной анальной трещине. Необходимо также помнить о возможных анальных проявлениях синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Описанный курс лечения, как правило, приводит к значительному улучшению: снижается интенсивность болей, уменьшается спазм сфинктера. Кровотечения не приводят к анемизации и сами по себе исчезнут, если лечение дает эффект.

При всех условиях такой первый курс лечения очень важен прогностически: полная его неэффективность есть показание к операции.

При хроническом течении заболевания и безуспешной консервативной терапии оперативное лечение анальных трещин необходимо проводить в плановом порядке.

Крайне сложно вылечить консервативными мерами плотную, длительно существующую трещину, сопровождающуюся спазмом сфинктера, но у части больных – пожилых, соматически отягощенных пациентов, иногда поддерживающее лечение и перечисленные выше профилактические меры дают возможность таким больным обойтись без операции, хотя само вмешательство по поводу анальной трещины достаточно просто и выполняют его во многих специализированных клиниках преимущественно амбулаторно или в стационаре одного дня.

Операция заключается в иссечении по плоскости самой трещины в пределах здоровой слизистой оболочки. В прямую кишку вводят ректальное зеркало, трещину очерчивают по всему овалу скальпелем, а затем снаружи внутрь иссекают ножницами на всем протяжении. Проводят гемостаз и оставляют рану открытой в просвете прямой кишки; рана обычно легко и быстро, в течение в среднем 5-6 дней заживает тонким рубцом. Главное в этой операции – решить, нужно ли делать дополнительно сфинктеротомию, и если нужно, то каким способом. Дело в том, что для хорошего заживления раны на месте бывшей трещины необходимо временно иммобилизовать анальный жом, снять его спазм и волевые сокращения. Без этой дополнительной манипуляции в большинстве случаев операция успеха не дает, возникает рецидив трещины из-за возобновляющихся тонических сокращений жома. Если в прошлые годы сфинктеротомия была необходимой частью этой операции [Рыжих А.Н., 1968] и споры возникали только о технике ее выполнения, то в настоящее время с развитием объективных методов определения степени спазма запирающего аппарата прямой кишки и участия в этом отдельных его элементов (внутренний и наружный

сфинктер) показания к дополнительной сфинктеротомии при операции удаления анальной трещины сужены. Целый ряд больных, у которых до операции спазм не определяется или выражен незначительно, могут быть стойко излечены путем только иссечения трещины в пределах здоровой слизистой оболочки. Если же спазм выражен и ясно, что его необходимо снять (хотя бы временно), то сфинктеротомия нужна.

Если прежде подавляющее большинство проктологов поддерживали технику открытой трансанальной дозированной сфинктеротомии, то в настоящее время наметилась другая позиция. Во-первых, дополнительное рассечение сфинктера заднего прохода через рану, остающуюся на месте иссеченной трещины, трудно точно дозировать, хотя бы потому, что толщина рассекаемой стенки заднепроходного канала разная у больных разного пола и конституции. Это тем более важно для больных с передней трещиной: если у мужчин передняя стенка канала не тоньше, чем задняя, и ее можно рассекать на глубину до 1 см (строго по средней линии передней, комиссуры заднего прохода), то у женщин передняя стенка тонкая, интимно спаяна с прямокишечно-влагалищной перегородкой и ее рассекать нельзя. Во-вторых, недостаточность анального жома, возникающая у некоторых больных после трансанальной («транспривной») дополнительной сфинктеротомии может быть связана и с тампонадой прямой кишки, которая в таких случаях необходима. Сроки этой тампонады установить объективно трудно, ибо процесс заживления раны в заднепроходном канале весьма индивидуален. Все приведенные соображения побудили многих проктологов во всем мире перейти на боковую подкожную сфинктеротомию, предложенную А. Parks в 1969 г. При этом рассекают только внутренний сфинктер, причем дозировать глубину разреза в данном случае намного легче: вкалывают узкий скальпель (глазной) в бороздку, разграничивающую наружный и внутренний сфинктеры, поворачивают лезвие скальпеля к просвету прямой кишки и под контролем пальца врача, введенного в задний проход, рассекают сбоку, вдали от иссеченной трещины внутренний сфинктер. Этим создается временная иммобилизация жома и с другой стороны, рассеченные концы внутреннего сфинктера не могут широко разойтись — их диастаз минимальный, так как мощные мышечные структуры наружного сфинктера и неповрежденная в этом участке слизистая оболочка заднепроходного канала удерживают рассеченную мышцу.

После этой операции в задний проход вводят не обычную толстую газоотводную трубку, а тонкую трубку-катетер для контроля за гемостазом и вместо тампонов с мазью Вишневского вводят маленькую марлевую турунду, пропитанную водорастворимой антисептиче-

ской мазью «Левосин». Таким образом, сама эта операция и послеоперационное лечение намного упрощаются, что еще раз свидетельствует о возможности проведения всего курса оперативного лечения амбулаторно, конечно, при наличии соответствующих условий (система амбулаторных перевязок, транспортировка больных домой и в клинику).

В некоторых случаях, когда имеется глубокая застарелая анальная тещина, операцию выполняют иначе. Трещину иссекают вглубь, как бы образуя треугольник из тканей стенки заднепроходного канала и образовавшуюся рану ушивают наглухо. После этого делают боковую подкожную сфинктеротомию. Ушивание слизистой оболочки прямой кишки наглухо, в частности по одной из модификаций геморроидэктомии, дает вполне удовлетворительные результаты, и предлагаемая нами операция при хронической анальной трещине также зарекомендовала себя с самой лучшей стороны.

В последнее время для лечения анальных трещин применяют различные пластические материалы – саморассасывающиеся биологические пленки, медицинские клеевые композиции. Первые результаты применения пленки «Диплен» [Назаров Л.У. с соавт., 1990] свидетельствуют о хороших перспективах таких «полуперативных» методик.

Глава 3.

КРИПТИТ И ПАПИЛЛИТ

Под криптитом понимается острый или хронический воспалительный процесс в Морганьевых криптах. Предполагается, что одной из вероятных причин криптита является развитие воспалительного процесса в одной из многих желез слизистой оболочки, выводные протоки которых открываются в крипту. При развитии воспалительного процесса в гипертрофированных анальных сосочках возникающее заболевание носит название папиллита.

Как криптит, так и папиллит обычно проявляются болями при дефекации, тенезмами, ощущением инородного тела в прямой кишке. Reifferscheid (1962) утверждает, что криптит и папиллит почти всегда являются предвестниками парапроктита или параректального свища. Нередко болезненные симптомы при этих патологических состояниях прекращаются вскоре после их возникновения. В острых случаях набухание анальных сосочков из-за воспалительного отека может быть довольно значительным. После разрешения воспалительного процесса анальный сосочек обычно превращается в полиповидное новообразование удлиненной формы и плотноватой консистенции, способное вывихиваться из отверстия заднего прохода наружу. При большом количестве анальных сосочков они иногда располагаются вокруг заднего прохода в виде болезненного на ощупь венчика.

Постановка *диагноза* основывается на результатах тщательного осмотра и пальцевого исследования прямой кишки. При криптите, как правило, удастся обнаружить уплотнение в зоне пораженной крипты и гиперемию стенки анального канала. В самой крипте нередко могут быть выявлены внедренные в нее мелкие инородные тела (волосы, яичная скорлупа, мелкие косточки и т.п.). Распознавание отеочных и фиброзно перерожденных анальных сосочков цилиндрической формы — более простая задача. Лечение острого криптита и папиллита сводится к назначению больному микроклизм, а также гидрокортизоновых свечей и мазей. Рекомендуется строгое соблюдение гигиенического режима. Если консервативное лечение не оказало должного эффекта, то производится операция. Крипта вскрывается. С этой целью в нее вводится специальный крючок, которым крипта несколько приподнимается над слизистой и рассекается скальпелем или диатермическим ножом. В более тяжелых случаях рекомендуется не рассечение, а иссечение всей крипты. Аналогичным образом поступают при выпадающих из ануса анальных сосочках. Оба вмешательства с успехом проводятся под местным лидокаиновым обезболиванием. По мнению Duhamel (1972), криптит и папиллит у детей особенно часто сопровождаются болями и кровотечениями при дефекации. Поэтому после постановки диагноза им показано хирургическое вмешательство.

Глава 4.

ЗУД ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Зуд заднего прохода – частое и крайне неприятное по своим проявлениям заболевание. Незнание этиологии и патогенеза анального зуда зачастую является одной из главных причин безуспешности его лечения. По данным Harkins (1961), анальный зуд может развиваться при наличии у больного трещины, свища, язвы и кондилом заднего прохода, а также при геморрое, опухолях, криптите и папиллите. Часто он возникает на фоне кожных заболеваний, при диабете, некоторых аллергических состояниях, после лечения антибиотиками и при глистной инвазии. В отличие от вторичного анального зуда, при идиопатических формах этого заболевания причину чаще всего установить не удастся.

Лечение вторичного анального зуда является относительно несложной задачей, если установлена причина болезни. При идиопатических формах заболевания используется комплекс различных мероприятий. Одним из важнейших является тщательное соблюдение правил личной гигиены после акта дефекации. Больной должен сделать сидячую ванночку в прохладной воде, слегка окрашенной перекисью марганца. Нередко хороший эффект наблюдается от ванночек с настоем ромашки или со стерогенолом. Перед проведением сидячей ванны исключается использование мыла и туалетной бумаги. После ванночки область промежности вытирается насухо полотенцем. Для устранения соприкосновения и трения кожных поверхностей в анальную воронку подкладывается вата с присыпкой из цинка, висмута или талька. При надобности это следует делать несколько раз в день.

Местные способы лечения можно дополнять применением седативных препаратов и назначением на ночь легких снотворных средств. Весьма эффективным оказалось использование при вторичных формах и при криптогенном анальном зуде 2,5% гидрокортизоновой мази. Хороший эффект нередко удается получить от применения инъекционных методов лечения по Stone (1916): подкожные инъекции 96% спирта, а также от использования спирто-новокаиновых блокад.

Хирургическое лечение анального зуда применяется в тех случаях, когда выясняется, что причиной его является геморрой, папиллит, трещина заднего прохода, криптит и другие заболевания. Нередко даже при упорных формах зуда операция, предпринятая по поводу названных заболеваний, приводит к его излечению. Предложенная для лечения криптогенного анального зуда операция Ball – пересечение нервных ветвей, подходящих к пораженным участкам кожи, с помощью дугообразных разрезов справа и слева от заднего прохода, а также операция Hughes – иссечение кожи вокруг ануса с немедленной пересадкой на раневую поверхность кусочков кожи по Thiersch – не получили достаточно широкого распространения в клинической практике.

Глава 5. ПЕКТЕНОЗ

В результате прогрессирования воспалительного процесса при хронических трещинах заднего прохода нередко наблюдается ограниченное рубцовое перерождение внутреннего сфинктера прямой кишки, сопровождающееся более или менее выраженным стенозированием верхней части анального канала. Это состояние носит название пектеноза. Обычно суживающее кольцо образуется по линии, отделяющей внутреннее венозное сплетение прямой кишки от наружного, отсюда и название болезни. Нередко в зоне внутреннего сфинктера определяется лишь ограниченная ригидность и стенозирование просвета кишки при отсутствии изменений со стороны ее слизистой оболочки. Пучок имеет протяженность от 10 до 15 мм и толщину в 2-4 мм. Поскольку возникшее рубцовое перерождение гладкой мускулатуры сфинктера препятствует нормальному расширению анального канала, то у больного возникают боли, и после дефекации появляется ощущение неполного опорожнения кишки.

Постановка диагноза затруднена в связи с постоянным спазмом сфинктера. В анальной области при пектенозе иногда выявляются радиально отходящие от анального отверстия неглубокие трещины, что считается одним из его характерных признаков. При пальцевом исследовании, выполняемом под местным или общим обезболиванием, обычно обнаруживается кольцевидное рубцовое сужение анального канала.

Лечение заключается в иссечении рубцово измененного отрезка сфинктера.

Глава 6. ГЕМОРРОЙ

Геморрой относится к числу наиболее распространенных заболеваний. Ранее принято было считать, что причиной его является расширение вен внутреннего и наружного геморроидальных сплетений прямой кишки. Однако в начале 50-х годов появились работы, в которых эта точка зрения признана ошибочной.

Parkinson (1954), основываясь на результатах своих исследований, указывает, что геморрой развивается чаще всего в результате образования внутреннего артерио-венозного свища. По данным Stelzner (1967), в подслизистом слое концевой отдела прямой кишки и в анальном канале имеются сосудистые пещеристые тела, основу которых составляют венозные сплетения заднего прохода. Автором убедительно доказано наличие связи последних с системой верхней артерии прямой кишки. Прежде всего, в пользу этого свидетельствует тот факт, что при геморрагиях, обусловленных геморроем, кровь, как и при артериальных кровотечениях, почти всегда имеет ярко-красный цвет. Артериальный характер кровотечения доказывается также и тем, что при пальцевом исследовании прямой кишки возле четко определяемых геморроидальных узлов всегда ощущается пульсация артерий.

Эта точка зрения подтверждается также исследованиями В.Л. Ривкина и Л.Л. Капуллера, показавшими, что содержание кислорода и напряжение углекислого газа в крови из геморроидального узла всегда соответствует соотношению этих газов в артериальной крови.

Schmauss с соавторами, отдавая должное логичности теории Stelzner, были вынуждены тем не менее констатировать, что механизм гипертрофии кавернозных тел прямой кишки до сих пор остается неясным.

Hughes полагает, что истинное расширение может иметь место только во внутренних геморроидальных узлах. Выделяемые же нередко снаружи по краю ануса узлоподобные образования величиной с горошину или вишню возникают после разрешения гематом, развившихся в результате разрыва тонкостенных вен подслизистого слоя ануса при натуживании больного во время акта дефекации.

В практике принято выделять *первичную* и *вторичную формы* этого заболевания. При первичном геморрое, как правило, не удается установить достаточно очевидной причины его возникновения. Вторичный геморрой всегда является следствием нарушения оттока крови из геморроидальных сплетений. Наиболее часто он имеет место при портальной гипертензии, а также при затруднениях оттока крови по

нижней полой вене, обусловленных некоторыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Определенное значение имеет застой крови в геморроидальных венах в связи с сидячим образом жизни, при выполнении тяжелой физической работы, подъеме тяжестей, а также при упорных, не поддающихся коррекции запорах.

Внутреннее геморроидальное сплетение располагается в подслизистом слое над межгеморроидальной бороздкой. У больных с выпадением внутренних геморроидальных узлов при наличии расширенных наружных межгеморроидальная бороздка обычно четко прослеживается [Федоров В.Д., 1984]. Кровь из внутреннего геморроидального сплетения отходит по трем магистральным венам, сопровождающим соответствующие концевые ветви верхней геморроидальной артерии. Слизистая оболочка прямой кишки над ними имеет вид столбиков, основание которых обычно расположено в зоне расширенных внутренних геморроидальных узлов (соответственно 3, 7 и 11 часам на циферблате часов, при положении больного на спине). Идущие от внутреннего геморроидального сплетения вены в вышележащих отделах прямой кишки прободают ее мышечную стенку и впадают в один из двух стволов парной верхней геморроидальной вены. Оба ствола последней позади прямой кишки объединяются, впадая затем в нижнюю брыжеечную вену. Внутреннее геморроидальное сплетение Hughes называется первичным.

Наружное геморроидальное сплетение локализуется на промежности в пространстве Milligan, находящемся в параанальной клетчатке ниже подкожной части наружного сфинктера прямой кишки. Основу этого сплетения составляет расположенный по окружности ануса венозный сосуд и впадающие в него многочисленные мелкие вены, идущие от нижней трети прямой кишки и от наружного сфинктера. Отходящие от него мелкие подкожно расположенные вены в зоне Скарпова треугольника впадают в большую подкожную вену бедра. Другие венозные веточки, соединяясь отчасти с поверхностными и отчасти с более глубоко лежащими венами, расположенными сзади наружного сфинктера, широко анастомозируют с копчиковым венозным сплетением. Кровь из этой зоны через систему нижнего нейроваскулярного пучка сбрасывается во внутреннюю срамную вену.

Внутренние геморроидальные узлы даже при значительно выраженном их расширении всегда безболезненны. Боли различной интенсивности появляются лишь при их выпадении из ануса, ущемлении и инфицировании. В то же время при расширении наружных геморроидальных узлов больные почти всегда предъявляют жалобы на неприятные ощущения и боли в анальной области, что объясняется наличи-

ем множества чувствительных нервных окончаний в зоне их формирования. Форма и величина наружных и внутренних геморроидальных узлов колеблются в широких пределах, что во многом зависит от их индивидуальных анатомических особенностей и от степени выраженности развившихся в них патологических изменений (тромбоз, отек, изъязвление и т.п.).

Среди многочисленных причин, обуславливающих развитие геморроя, основное значение придается врожденной предрасположенности и последующему вредному воздействию на венозный аппарат нижнего отрезка прямой кишки различных эндогенных или экзогенных факторов. Но каков бы ни был его патогенез, не возникает сомнения в том, что при этом заболевании имеет место несоответствие между артериальным притоком крови к органу и венозным оттоком из него. В начале заболевания расширенные внутренние геморроидальные узлы выпадают наружу только во время акта дефекации и после его завершения самопроизвольно вправляются. Позднее, в результате спастического сокращения наружного сфинктера заднего прохода самопроизвольное вправление выпавших геморроидальных узлов большого размера становится невозможным, что ведет к возникновению сильных болей в анальной области и появлению кровотечений. Кровотечение обычно спонтанно прекращается, как только геморроидальный узел вправляется.

При пролапсе внутренних геморроидальных узлов обычно у нижнего их края удается обнаружить кромку, над которой хорошо видна покрывающая их слизистая оболочка кишки красноватого цвета. Под приподнятым кверху геморроидальным узлом обнаруживается край отверстия ануса и синеватой окраски кожа перианальной области.

В зависимости от степени увеличения и выпадения узлов и наличия сопутствующих симптомов геморрой подразделяют на 3 стадии.

Геморрой 1-й стадии. Геморроидальные узлы небольшого размера, возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки прямой кишки, исчезающие при надавливании на них и вновь появляющиеся по прекращении давления. Во время акта дефекации такие узлы могут выпадать из ануса, но обычно они самопроизвольно вправляются. По мнению В.Л. Ривкина, в этой стадии уже можно говорить о формировании истинного геморроидального узла, не мешающего притоку артериальной крови, но нарушающего венозный отток из этого узла. При отсутствии болей в этой стадии геморроя в связи с возможностью выпадения узлов из ануса реально появление кровотечений.

Геморрой 2-й стадии. В этой стадии геморроидальные узлы еще большего размера, с тенденцией к постоянному выпадению при дефекации и потере способности к самопроизвольному вправлению. После

каждого акта дефекации больные вынуждены вправлять такие узлы в прямую кишку пальцами. В результате спазма наружного сфинктера заднего прохода нередко наблюдается повреждение выпавших геморроидальных узлов с кровотечением из них, развитием в них воспалительного отека и даже тромбоза. В большинстве случаев воспалительный отек распространяется далеко на перианальные ткани. При второй стадии геморроя в холодном периоде Stelzner рекомендует молодым больным проводить операцию, а людям пожилого возраста – склерозирующую терапию. Спазм сфинктера нередко бывает столь значительным, что в результате нарушения питания может даже наступить некроз выпавшего геморроидального узла. Осложненные формы геморроя второй стадии почти всегда сопровождаются резко выраженным болевым синдромом.

Геморрой 3-й стадии. Прогрессирование заболевания приводит к резкому ослаблению сократительной силы наружного сфинктера заднего прохода, в результате чего выпавшие наружу внутренние геморроидальные узлы не удерживаются сфинктером и почти постоянно находятся перед наружным отверстием заднего прохода. Вправленные в прямую кишку пальцами геморроидальные узлы немедленно вывихиваются наружу при малейшем натуживании, кашле, чихании и даже просто при перемене больным положения тела. Частым симптомом является кровотечение, нередко развивается фиброзное перерождение выпавших узлов. Почти всегда наблюдается уменьшение и даже полное исчезновение тонуса сфинктера. Выделяемый слизистой оболочкой выпадающих геморроидальных узлов секрет раздражает окружающую кожу и нередко приводит к появлению на ней изъязвлений. Часто у одного и того же больного одновременно имеют место проявления различных стадий геморроя.

Как уже говорилось выше, одним из наиболее частых симптомов геморроя является кровотечение. При типичных формах заболевания оно, как правило, не бывает особенно обильным и наблюдается преимущественно только после дефекации. Кровь, обнаруживаемая в виде полосок в каловых массах или на туалетной бумаге, имеет обычно ярко-красный цвет. Геморроидальные кровотечения значительной интенсивности наблюдаются относительно редко, они очень быстро приводят к появлению у больного симптомов анемии. В связи с этим симптомом необходимо еще раз обратить внимание на то обстоятельство, что светло-красный цвет выделяющейся из прямой кишки крови может наблюдаться не только при геморрое, но и при раке прямой кишки. Поэтому у каждого больного, явившегося к врачу с жалобами на выделения крови при дефекации, в обязательном порядке должны

быть произведены пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия. Необходимо помнить о том, что застой в венах нижнего отрезка прямой кишки иногда бывает обусловлен растущими опухолями, поэтому геморрой в данной ситуации носит вторичный характер.

Следующим по частоте симптомом геморроя являются боли. Необходимо отметить, что при неосложненных формах заболевания они обычно отсутствуют или бывают незначительными. Резкое возрастание болей чаще всего свидетельствует о появлении на фоне геморроя анальной трещины или о развившемся в результате спазма сфинктера ущемлении выпавших из ануса геморроидальных узлов.

Нередко этому предшествует ощущение выбухания в области заднего прохода, главным образом, у больных со второй и третьей стадиями геморроя. После дефекации это ощущение может исчезнуть, но затем перед очередной дефекацией появляется снова. При последующем прогрессировании заболевания на этом фоне может развиваться недостаточность замыкательного аппарата прямой кишки, и в этом состоянии выпадение геморроидальных узлов зачастую приобретает уже постоянный характер. Наиболее сильные болевые ощущения, как правило, возникают при ущемлении тромбированных внутренних геморроидальных узлов. Боли при этом почти нетерпимые по интенсивности, обычно широко иррадируют в промежность. Ущемление выпавших внутренних геморроидальных узлов предрасполагает к развитию в них тромбоза с последующим их инфицированием и изъязвлением.

В отличие от простой странгуляции патологические изменения при остром тромбозе геморроидальных узлов носят необратимый характер. При развившемся тромбозе узлов вправление их обычно не достигает цели, что определяет необходимость проведения консервативного лечения, заключающегося в назначении больным строгого постельного режима, болеутоляющих свечей, компрессов, сидячих ванночек. Особенно опасны хирургические вмешательства любого объема и даже попытки вправления тромбированных геморроидальных узлов при их инфицировании из-за реальной угрозы развития таких грозных осложнений, как флегмонозный пилефлебит, пилетромбоз, абсцессы печени и легкого.

Несколько иначе обстоит дело, если диагностируется острый тромбоз наружных геморроидальных узлов (перианальная гематома).

При отсутствии признаков их инфицирования больному может быть произведена небольшая, но весьма эффективная операция. После соответствующей обработки кожи в окружности тромбированного геморроидального узла и осуществления местной анестезии 1% раствором

лидокаина по наибольшей выпуклости тромбированного узла производится разрез кожи. После этого боли обычно сразу же прекращаются. Кровотечение, как правило, незначительное, поэтому многие хирурги выполняют это вмешательство даже в амбулаторных условиях. Операции при остром тромбозе геморроидальных узлов производятся относительно редко. Показания к их выполнению возникают лишь при развившихся осложнениях (некроз ущемленных узлов, присоединение острого парапроктита).

6.1. Хирургическое лечение при расширении внутренних геморроидальных узлов.

Опыт показывает, что не каждый больной, страдающий расширением внутренних геморроидальных узлов, нуждается в активном хирургическом лечении. Заведомой ошибкой следует считать производство геморроидэктомии при беременности или у ослабленных больных пожилого возраста, страдающих интеркуррентными заболеваниями. Операции должны выполняться у них только при наличии изнуряющих кровотечений или при ущемлении выпавших геморроидальных узлов. Метод лечения геморроя склерозирующими растворами применяется с середины XIX века (Pravaz), но особенно широкое распространение он получил в последние 20-30 лет: [Morgan, Thompson, 1956; Gabriel, 1963; Bensaude, 1967]. Morgan с соавт., (1956) впрыскивают склерозирующий раствор в подслизистый слой над расширенным геморроидальным узлом. Аналогичной тактики придерживаются хирурги эрлангенской школы, применяя для этой цели 5% фенол, растворенный в ореховом масле.

Введение раствора осуществляется длинной кожной иглой после расширения сфинктера с помощью аноскопа. В подслизистый слой кишки под узлами, расположенными соответственно цифрам 3, 7 и 11 на циферблате часов, впрыскивается 2-3 мл раствора до появления выпячивания слизистой оболочки.

Gusinde (1969) полагает, что для исключения болей склерозирующий раствор целесообразно вводить в подслизистый слой кишки несколько проксимальнее основания геморроидального узла.

Сморщивание узлов наступает обычно после трех инъекций склерозирующих растворов, произведенных с интервалом в 2-3 недели. Из-за недостаточной эффективности склерозирующей терапии при расширении внутренних геморроидальных узлов третьей степени больным показано оперативное лечение. Лишь у лиц преклонного возраста при абсолютных противопоказаниях к операции эта терапия проводится по необходимости, причем с весьма сомнительным успехом.

По данным Hughes, относительно часто инъекционный метод лечения геморроя осложняется болями и кровотечением. В основе болей лежат, главным образом, погрешности техники выполнения инъекций. Кровотечения же возникают в результате повреждения кончиком иглы более или менее крупных артериальных веток. Нередко при этом по извлечении иглы обнаруживается пульсирующее кровотечение из места прокола слизистой оболочки, а рядом с ним в кишке начинает быстро нарастать гематома. Нередко после удаления аноскопа кровотечение спонтанно прекращается. Если же эта мера не помогает, то кровоточащий сосуд необходимо на несколько минут придавить пальцем. Изъязвление геморроидальных узлов также является результатом погрешностей инъекционной техники или же неудачно подобранного состава склерозирующего раствора. Наиболее часто это осложнение имело место при включении в состав склерозирующего раствора глицерина. У некоторых больных после впрыскивания склерозирующего раствора в правый передний геморроидальный узел, расположенный соответственно цифре 11 на часовом циферблате, возникла гематурия. Вероятнее всего, в этих случаях вследствие чрезмерно глубокого прокола слизистой оболочки кишки на уровне нижнего края предстательной железы была травмирована стенка мочевого пузыря. У отдельных больных отмечено развитие проктита как следствие аллергической реакции на введенный склерозирующий раствор. Склеротерапия может осложниться распространяющимся вверх по кишке тромбозом, а также развитием подслизистых или межмышечных абсцессов. После введения склерозирующего раствора непосредственно в нижнюю геморроидальную вену у отдельных больных отмечено появление желтухи. Операция по Milligan-Morgan основана на выясненной закономерности, в соответствии с которой в прямой кишке имеются три первичных внутренних геморроидальных узла, расположенных соответственно цифрам 3, 7 и 11 на циферблате часов. После растяжения сфинктера прямой кишки в «треугольнике Milligan» зажимами захватываются расширенные геморроидальные узлы и слегка вытягиваются наружу. После выпрепаровки узлов их ножка прошивается и перевязывается. Над лигатурой узлы отсекаются. Швы на образовавшиеся после их иссечения раны не накладываются. Заживление последних происходит в течение 2-2,5 недели вторичным натяжением. При выполнении хирургических вмешательств по поводу геморроя мы придерживаемся концепции о наличии в прямой кишке трех первичных геморроидальных узлов, осуществляя почти все этапы операции по Milligan-Morgan. Лишь в заключительной ее фазе мы производим не иссечение, а отжигание геморроидальных узлов с помощью

диатермокоагуляции. К настоящему времени в литературе имеются сведения более чем о 250 способах геморроидэктомии. К сожалению, ни один из них нельзя признать в достаточной степени радикальным, предупреждающим рецидивы заболевания. Поэтому клиницисты до сих пор продолжают поиск наиболее эффективных способов его лечения.

Удаление одиночных расширенных геморроидальных узлов может быть осуществлено путем их иссечения вместе с основанием с последующим наложением на дефект слизистой оболочки непрерывных или узловых кетгутовых швов.

Parks (1956) с успехом использует при расширении внутренних геморроидальных узлов т.ч. эксцизионно - лигатурный оперативный метод лечения.

Watts с соавт. (1965) предостерегают от использования при операциях по поводу геморроя широко применявшихся ранее металлических скобок, в особенности, диатермокоагуляции, что всегда сопровождается развитием распространенного деструктивного процесса в стенке кишки. Так, после диатермокоагуляции, заживление слизистой оболочки, по их данным, продолжается пять недель и более, после чего нередко развивается стриктура анального канала или распространенный его фиброз.

Eisenhammer (1969) подчеркивает большую социальную опасность геморроя в связи с тем, что это заболевание нередко приводит людей к длительной нетрудоспособности в разгаре их профессиональной активности. Основными требованиями к идеальной геморроидэктомии, по его мнению, является восстановление по ходу ее выполнения нормальных анатомических взаимоотношений в анальном канале и предупреждение возможности нарушения функции замыкательного аппарата прямой кишки.

В соответствии с указанными принципами при операции должна быть восстановлена целостность слизистой анального канала, а над зубчатой линией тщательно ушивается слизистая оболочка прямой кишки. Оперативное вмешательство индивидуализируется в соответствии со стадией болезни, а также в зависимости от выраженности расширения геморроидальных узлов. Основной целью любой операции по поводу геморроя является удаление трех основных геморроидальных узлов, расположенных соответственно цифрам 3, 7 и 11 на часовом циферблате, не повреждая при этом эпителиального покрова анального канала. Под местной анестезией производится расширение сфинктера ректальным зеркалом. Геморроидальные узлы захватываются зажимами и легкими тракциями вытягиваются вперед. На 1,5 см

выше каждого узла накладывается шов, в который захватывается подходящая к нему артерия. Концы нитей завязанного шва временно не срезаются. Скальпелем делается разрез слизистой от основания внутреннего геморроидального узла до перианальной кожи в форме лаврового листка. Осторожно потягивая на себя зажим с захваченным геморроидальным узлом, острым путем единым блоком выделяют наружное и внутреннее геморроидальные сплетения. После их иссечения образуется рана, основанием которой вверху являются волокна внутреннего сфинктера прямой кишки, а снизу – расположенная под анодермой жировая и соединительная ткань. После этого оставленными концами нитей рана ушивается непрерывным швом на всем протяжении. На уровне зубчатой линии узловым швом непрерывный шов фиксируется к основанию раны. Eisenhammer рекомендует проводить операцию в следующем порядке: сначала удаляется правый задний, затем левый боковой и, наконец, правый передний геморроидальные узлы. В конце операции в прямую кишку вводится жидкий вазелин и латексная дренажная трубка длиной 10-12 см. Слабительное дается на 5-й день после операции. По утверждению автора, за 5 лет он ни разу не наблюдал каких-либо осложнений, связанных с этим вмешательством.

Parks (1956) утверждает, что используемый им лигатурно-эксцизионный метод удаления одиночных расширенных геморроидальных узлов применял еще Amida во времена Византийской империи. Эту операцию вовсе не обязательно заканчивать эксцизией геморроидальных узлов, поскольку, хорошо лигированные у своего основания, они, как правило, вскоре некротизируются и отторгаются наружу.

В 1969 г. Lewis с соавт. описали принципиально новый криохирургический метод лечения геморроя. Идея этого метода возникла в связи с применением криодеструкции в различных отраслях хирургии с помощью сконструированного Cahan (1960) аппарата, в котором в качестве холодового агента использован жидкий азот. В результате охлаждения тканей до температуры -160° , наступает их разрушение, подобное тому, которое наблюдается при ишемических инфарктах. Большими преимуществами метода криодеструкции является, с нашей точки зрения, возможность точного определения места охлаждения и отсутствие кровотечений. Спустя 3-4 часа после криовоздействия из прямой кишки начинает выделяться водянистая жидкость, содержащая большое количество калия. Истечение жидкости из заднего прохода продолжается в течение 2-4 недель. Lewis с соавт. (1969) сообщают о применении криодеструкции у 50 больных геморроем. У первых 15 больных они проводили замораживание узлов под местной анестезией,

однако вскоре установили, что уже в самом начале в зоне замораживания наступает полное обезболивание. Криовоздействие на 3 главных геморроидальных узла осуществлялось в течение 2,5-3 минут. Длительность всей операции обычно не превышала 10-15 минут. После 30-минутного наблюдения больных, как правило, отправляли домой для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

В первые 48 часов после операции тканевая реакция проявляется обширным отеком в зоне криовоздействия, что, однако, не оказывает влияния на функцию кишечника и не приводит к нарушению акта дефекации. Иногда отек достигает своего максимума к концу первой недели или на второй неделе и исчезает только к началу шестой недели. Весьма примечательно, что на протяжении всего этого времени больные обычно не предъявляют никаких жалоб. Со 2 дня после операции и до конца лечения они остаются полностью трудоспособными. Резюмируя итоги использования криохирургического метода лечения при геморрое, авторы дают ему высокую оценку, считая его весьма перспективным в практическом отношении и в равной мере пригодным для ликвидации как внутренних, так и наружных расширенных геморроидальных узлов. Возникающие после операции по поводу геморроя осложнения свидетельствуют о том, что до настоящего времени не существует еще достаточно надежного хирургического метода, который в руках любого хирурга был бы в равной мере успешным.

После операций по поводу геморроя, выполненных при соблюдении правил асептики, никогда не возникает сужений. А ведь стриктуры наряду с инконтиненцией являются наиболее грозными осложнениями и строжайшее соблюдение правил асептики при проведении этих повседневных и не слишком сложных операций на прямой кишке должно быть не просто одним из требований профилактики осложнений, а законом для хирургов». Иногда причиной развития инфекции по ране чаще всего являются дефекты предоперационной подготовки больных, загрязнение операционного поля выделяющимися фекалиями. Произведенные с поверхности операционной раны бактериологические посевы свидетельствуют о том, что за развитие инфекции ответственны, главным образом, гемолитические стрептококки или плазмокоагулирующие штаммы стафилококков. Генерализация этих микробов, как правило, приводит к развитию флегмон в аноректальной области, в результате которых наступает некроз слизистой оболочки прямой кишки и периаанальной кожи. После отторжения некротических тканей рана заживает вторичным натяжением, путем постепенной эпителизации ее поверхности, покрытой грануляциями.

После окончательного заживления раны образуются грубые, ригидные рубцы, сморщивающие заднепроходное отверстие. Попытки насильственного расширения пальцем или с помощью бужей обычно не дают желаемых результатов. Форсированное же бужирование, как правило, приводит к образованию плохо заживающих трещин. В представленной ситуации нередко приходится прибегать к оперативному иссечению рубцов с последующим осторожным расширением заднепроходного отверстия пальцем. У больных с интактной мускулатурой сфинктера заднего прохода, если другие методы не кажутся целесообразными, мы производим Z-образную пластику здоровым лоскутом кожи.

Часто стриктуры заднего прохода сопровождаются образованием пара-ректальных свищей, внутреннее отверстие которых располагается обычно в задней комиссуре. Наиболее вероятной причиной их возникновения являются трещины, развившиеся при насильственном расширении рубцовых стриктур заднего прохода или при прохождении через суженное анальное отверстие твердого кала. Совершенно очевидно, что в создавшихся условиях нет никаких оснований рассчитывать на излечение больного с помощью консервативных мероприятий. Правильнее всего вместе с рубцами удалить свищевую язву и устранить возникший дефект с помощью здоровой слизистой оболочки.

Рецидивы геморроя после выполненных ранее операций относительно часты от 3 до 11,8% случаев [Аминев А.М., 1971; Ривкин В.Л., 1989]. Распространено мнение, что рецидивы, вероятнее всего, обусловлены недостаточным радикализмом произведенных операций. Однако вряд ли такое утверждение можно признать правомочным, поскольку связи с сохранением у данного больного предрасполагающих условий, расширяются обычно новые вены, которые при предыдущей операции не были патологически изменены и поэтому не иссекались. Операция при таких рецидивах заболевания должна быть минимальной по объему. Она сводится к прошиванию расширенного геморроидального узла у основания и иссечению его.

Выпадение слизистой оболочки прямой кишки, замеченное после операции по поводу геморроя, вероятнее всего, уже имелось у больных до выполнения геморроидэктомии, но во время операции не было устранено. На выпадающей слизистой оболочке часто возникают поверхностные эрозии и изъязвления, которые могут осложняться кровотечением. Выделяющаяся слизь щелочной реакции зачастую обуславливает развитие дерматита в промежности и появление анального зуда. Чтобы предупредить такие осложнения, необходимо при первичной операции удалить избыток слизистой. Если же осложнения уже

развились, показана корригирующая операция, которая также состоит в циркулярном иссечении избытка слизистой оболочки прямой кишки.

Hudson (1967) разработал пластическую операцию, с помощью которой удастся ликвидировать выпадение слизистой оболочки прямой кишки, развившееся после операции по Whitehead. Суть операции сводится к иссечению избытка слизистой оболочки. Образовавшийся же над обнаженными волокнами наружного сфинктера дефект закрывается выкроенными S-образными кожными лоскутами. Результаты этой операции, по данным автора, вполне удовлетворительны.

Нередко при лигатурном методе геморроидэктомии на месте лигатур, которыми были перевязаны у основания геморроидальные узлы, образуются полипообразные выросты фиброзно-воспалительного характера (ложные полипы). Они обычно удаляются с помощью электрокоагуляции.

У части больных после геморроидэктомии из-за наличия избытка перианальной кожи образуются глубокие кожные складки, значительно затрудняющие соблюдение правил личной гигиены, поскольку они мокнут, и на этой почве возникает анальный зуд. Лечение заключается в простом иссечении избытка кожи.

Из числа относительно новых следует упомянуть о методике лечения геморроя, которую предложил Lord (1969). Теоретической предпосылкой этого метода явилось утверждение автора о том, что расширение геморроидальных узлов обусловлено, главным образом, нарушением оттока крови из прямой кишки по венам вследствие сдавления их мышечным кольцом, расположенным в анальном канале. Особенно резко, по его мнению, венозный отток нарушается во время акта дефекации. Исходя из указанных соображений, автор проводит под глубоким наркозом восьмипальцевое расширение сфинктера, ощущая, как при этом натягиваются волокна наружного и внутреннего сфинктеров. Последующее лечение больного осуществляется в амбулаторных условиях. Предложенный метод можно считать лишь относительно новым, поскольку еще в 1890 году он был применен в практике Verneuil (1890), а в России его широко использовали в клинике проф. М.С. Субботина, из которой на эту тему вышла докторская диссертация И.И. Грекова (1895). Georgoulis и Gogas (1971), применив этот метод лечения у 120 больных, дают ему высокую оценку. При исследовании больных в отдаленный послеоперационный период лишь была обнаружена небольшая степень инконтиненции.

Также известны методы геморроидэктомии с использованием сшивающих аппаратов УС-30 и УДО [Каланов Р.Г., 1988], метод Лонго [Longo A., 1993] суть операции заключается на блокаде конечных

ветвей верхней прямокишечной артерии и коррекции связочно-мышечного аппарата внутренних геморроидальных узлов.

Использование аппарата LigaSure, суть операции заключается в коагуляции сосудов до 7 мм, что делает его надежным инструментом гемостаза.

Все методы лечения геморроидальной болезни можно подразделить:

1) консервативные (лечение свечами, мазями);

2) малотравматические (инструментальные):

инфракрасная коагуляция,
склеротерапия,

латексное лигирование геморроидальных узлов – наложение латексных колец на ткань внутренних геморроидальных узлов,

шовное лигирование геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии);

3) хирургические методы (когда удаляется ткань геморроидального узла) операция Лонго:

геморроидэктомия по Миллиган-Моргану,

геморроидэктомия по Парксу,

геморроидэктомия по Фергюсону.

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ.

Устранение симптомов заболевания (прекращение выделение крови и выпадение внутренних геморроидальных узлов).

В зависимости от стадии лечения используются те или иные способы. По данным зарубежных авторов около от 70-80% пациентов имеют I-III стадию заболевания, поэтому им возможно применить малоинвазивные (малотравматичными) способами лечения и только 20-30% пациентов имеют IV стадией заболевания. При IV стадии заболевания показано выполнение геморроидэктомии.

при I стадии используют:

диету для нормализации работы кишечника; венотонические препараты (препараты улучшающие венозный отток крови из системы геморроидального сплетения) + склеротерапия или (инфракрасная коагуляция), реже лигирование узлов латексными лигатурами.

при II стадии используют:

лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами (метод Вагоп-1965) или используют сочетание методов склеротерапия или (инфракрасная коагуляция + лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными лигатурами (кольцами) + склеротерапия).

Глава 7.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД И ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Эпидемиология, распространенность.

В практике проктолога достаточно часто, в среднем, у одного из каждых 10 больных (у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин) обнаруживаются свищи в крестцово-копчиковой области, не связанные с прямой кишкой. Молодые люди до поры до времени часто не подозревают о своей болезни или их жалобы сводятся к небольшим постоянным гнойным выделениям над задним проходом, влажность кожи между ягодицами, анальный зуд. В других случаях, обычно после травмы, внезапно возникает абсцесс в области копчика, после вскрытия которого остается незаживающий свищ. При обследовании общее состояние таких больных обычно почти не страдает, а местный осмотр выявляет один или более свищей с одной или с обеих сторон от средней линии копчика, а по самой средней линии, в межъягодичной складке обнаруживаются точечные отверстия, одно за другим, и из них часто торчат тонкие пучки волос. Это так называемый эпителиальный копчиковый ход – врожденная аномалия кожи, в основе которой лежит неполная редукция атавистической мышцы хвоста, и это сравнительно часто сочетается с еще одной врожденной аномалией – *spina bifida*, незаращением дужек нижних крестцовых и копчиковых позвонков. Отметим, что очень часто наружным проявлением эпителиального копчикового хода является избыточное оволосение и, в частности, густые сросшиеся над переносицей брови, что также можно отнести к атавистическим признакам. В иностранной литературе это заболевание именуется пилонидальной (волосистой) кистой (*pylonidal sinus* – гнездо волос), что в общем соответствует действительности, а в прежней (50-е годы) американской литературе болезнь иногда именовали *Jeer disease*, ибо во время второй мировой войны у многих молодых солдат, которых перевозили на грузовиках «Джип» вдруг нагнаивались и открывались крестцово-копчиковые свищи, о которых эти лица сами не подозревали. Действительно, часто сам копчиковый ход может долго, иногда всю жизнь, ничем не беспокоить носителя и лишь при травме наружное отверстие хода может закупориться или инфицироваться содержимым рядом расположенной прямой кишки. Самое нижнее отверстие эпителиального копчикового хода обычно располагается сразу над анусом, в 1-2 см от него, и при неадекватном туалете после дефекации или, как сказано выше, при травме возникает упорно текущее

рецидивирующее нагноение со свищами и кожно-подкожными инфильтратами.

Определение.

Эпителиальный копчиковый ход – врожденная аномалия кожи в крестцово-копчиковой области, связанная с неполной редукцией бывших мышц хвоста. При травме копчиковый ход (пилонидальная киста) нагнаивается, и возникают упорно текущие гнойные свищи. Часто это сочетается с другой врожденной аномалией каудального конца тела – *spina bifida*.

Диагностика.

Первичное острое воспаление начинается очень часто после травмы, обычно быстро достигает своего пика, абсцесс вскрывают в поликлинике или он вскрывается самостоятельно и остается свищ, т.к. полость гнояника связана с самой волосяной кистой. В других случаях рана заживает непрочным, легко травмируемым рубцом или множественными, как бы втянутыми рубцами («ямками»). Местные изменения настолько типичны, что спутать копчиковый ход с другими поражениями этой области почти невозможно. При введении в один из свищей метиленового синего краска выходит из всех остальных ходов и вторичных свищей и не проходит в прямую кишку.

Лечение.

Лечение свищей на почве эпителиального копчикового хода только оперативное, но возникает другая проблема, особенно актуальная для призывников, у которых при первой же медицинской комиссии обнаруживают в межъягодичной складке, в непосредственном соседстве с анусом, точечное отверстие с торчащими из него тонкими волосками. Если эта аномалия кожи не вызывала у молодого человека никаких жалоб и он о ней вообще не знал, то можно считать таких людей практически здоровыми и годными к воинской службе без ограничений. Однако чаще такой кожный ход проявляется гнойными выделениями или рецидивирующими гнояниками, и тогда необходимо хирургическое лечение. Никакие мази, припарки и т.п. не помогут; постоянное инфицирование тонкого и иногда довольно длинного (до 3-4 см) подкожного канала, обусловленное близостью анального отверстия, делает необходимым оперативное лечение.

Эпителиальный копчиковый ход и рак.

Малигнизации копчиковых ходов и свищей в российской медицинской практике не описана, но все удаленные ткани следует исследовать под микроскопом, ибо по данным литературы (B.Abboud,

H.Ingea, 1999), описано минимум 44 наблюдения ракового превращения хронического гнойного эпителиального копчикового хода. При очень длительном течении болезни (более 20 лет) и частом рецидивировании гнойников и свищей может, по данным этих авторов, развиваться плоскоклеточный рак. При этом ни в одном случае не обнаруживались структуры, характерные для истинных кист, имеющих капсулу. В то же время до сих пор некоторые источники именуют копчиковый ход кистой, видимо потому, что в параректальной и крестцово-копчиковой областях часто локализуются врожденные тератоидные кисты.

Дермоидные кисты.

В каудальном конце тела намного чаще, чем в других участках имеют место различные уродства развития и патологические эмбриональные образования. И сам эпителиальный копчиковый ход, как сказано выше, является следствием неполной редукции атавистической мышцы бывшего хвоста; и *spina bifida* имеет характер атавизма; и частая локализация в этой зоне тератом, эпидермальных и дермоидных кист давно и хорошо известна. Эти врожденные опухоли могут достигать размеров 10 см и более, иметь либо кистозное, либо солидное строение. В их разнообразном содержимом обнаруживают фрагменты костей и хрящей, рудиментарные волосы и т.п. Клиника таких опухолей, которые много лет могут протекать бессимптомно, складывается из болей в области заднего прохода и промежности, частых нагноений, после которых остаются упорно текущие свищи, не связанные с прямой кишкой. В редких случаях, при очень больших тератомах, может развиться непроходимость прямой кишки из-за сдавления ее просвета снаружи такой опухолью. Может вторично, после прорыва нагноившегося содержимого кисты в прямую кишку, образоваться и свищ прямой кишки, который следует отличать от свища на почве острого парапроктита.

Диагноз параректальной дермоидной кисты, как следует из приведенного описания ее клиники, прост. Точные размеры, конфигурацию и характер кисты устанавливают путем пункционной кистогрфии, фистулографии и биопсии. **Лечение описываемых кист только хирургическое.** Размеры и направление разрезов при этом зависят от локализации кисты. Операции при больших дермоидных параректальных кистах сугубо индивидуальны и сложны.

Следует отличать эпителиальный копчиковый ход и дермоидные кисты от локализованного в этой области гнойного гидраденита (*hidradenitis suppurativa*). Это заболевание связано с гнойным воспалением апокриновых желез кожи и подкожной клетчатки. Заболевание

протекает длительно, с обострениями в виде абсцедирования и образования множественных неглубоких свищей, располагающихся на ягодицах, вокруг заднего прохода, иногда на всей промежности, в паховых областях, на наружных половых органах. Впервые это заболевание описал в 1832 Velpeau, у больных с выраженной угревой сыпью, эндокринными нарушениями и ожирением. Клиника складывается из наличия множественных воспалительных очагов, покрытых гиперемизированной кожей, часто общая интоксикация, обильные гнойные выделения с неприятным запахом. Больные постоянно нуждаются в перевязках, специальной гигиене и пр. Лечение представляет сложную проблему. Выполняют экономное иссечение пораженных участков в пределах здоровых тканей, в 2-3 этапа с частичным ушиванием ран. Пластика почти безуспешна. Более чем в 50% случаев после различных методов местного иссечения и лечения свищей возникают рецидивы. Антибиотикотерапия мало эффективна, хотя для профилактики вторичной инфекции применяют эритромицин или тетрациклин.

Глава 8.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ И СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

8.1. Этиология и патогенез.

Распространенность парапроктитов, по данным различных авторов, среди проктологических больных колеблется от 2,4 до 22,7% [Яковлев Н.Я., 1970; Аминев А.М., 1973; Канделис Б.Л., 1980; Тимербулатов В.М., 2000].

Острый парапроктит встречается у людей любого возраста, но наиболее часто в возрасте от 20 до 60 лет. Это заболевание наблюдается в 2-3 раза чаще у мужчин, чем у женщин.

Большинство специалистов объясняет это различием строения мужского и женского таза и, кроме того, более частыми заболеваниями прямой кишки у мужчин.

Чаще страдают парапроктитом жители южных районов, что связывается с климатическими условиями и характером питания.

Причиной парапроктитов всегда является специфическая (туберкулезная палочка, возбудитель сифилиса, гонореей, актиномикоза) или банальная (кишечные палочки, стафилококки, стрептококки, протей и т.д.) инфекция, и в зависимости от возбудителя различают специфические и банальные парапроктиты. Парапроктиты, вызванные банальной инфекцией, относятся к первичным и являются самостоятельными заболеваниями.

Исходя из крипто-грандулярной теории развития парапроктитов, которой придерживается большинство как отечественных, так и зарубежных проктологов, входными воротами при банальных парапроктитах является крипта с ее железисто-лимфоидным аппаратом [Брайцев В.Р., 1952; Рыжих А.Н., 1968; Аминев А.М., 1973].

Крипты – это углубления, локализующиеся между морганиевыми столбиками и гребешковой линией. На дне их открываются выводные протоки анальных желез, тело которых в виде виноградных гроздьев локализуется в толще мускулатуры сфинктера, преимущественно в толще продольной мышцы. Выводные протоки желез окружены лимфоидной тканью. Эти образования названы анальными миндалинами.

При различных неблагоприятных моментах инфицированные массы проникают в анальные железы. Иногда тонкие стенки анальных желез легко травмируются плотным каловым комком или расплавляются ферментами при диарее и начинается воспалительный процесс в самой железе. Воспалительный процесс может начаться и при механи-

ческой закупорке выводного протока кишечным содержимым или мелкими ягодными семечками. В замкнутой полости железы может развиться воспаление (как при атероме) с переходом на окружающие ткани. Таким образом, сначала воспалительный процесс носит локальный характер, развиваясь в крипте с ее железисто-лимфоидным аппаратом. При прогрессировании воспалительного процесса инфекция проникает через толщу сфинктера, что сопровождается его сильными рефлекторными спазмами. В результате затрудняется отток инфицированных масс, и гной, расплавляя стенки анальных желез, распространяется еще глубже в окружающие мягкие ткани и локализуется в мышечном клетчаточном пространстве между волокнами продольной и циркулярной мышцы прямой кишки. Воспалительный процесс приобретает интрамуральный характер. При дальнейшем прогрессировании воспалительного процесса инфекция попадает в мягкие ткани, окружающие задний проход, и прямую кишку: в подкожное, подслизистое клетчаточное пространство, ишиоректальную ямку, пельвио- и ретро-ректальную область. Развивается парапроктит. При широком выводном протоке анальной железы содержимое ее опорожняется в просвет кишки и может наступить самоизлечение, воспаление сохраняется локально в виде криптита или формируются неполные внутренние свищи прямой кишки.

Нередко образуются комбинированные формы парапроктитов при распространении гноя из одного клетчаточного пространства в другое. При этом образуют гнойные полости в виде песочных часов или подковы при переходе воспалительного процесса на противоположную сторону.

В дальнейшем, как правило, в одной из крипт формируется внутреннее отверстие свища. По данным А.Н. Рыжиха (1968) в 55% случаев входные ворота локализуются в задней крипте или по соседству с ней, примерно в 35% – в передней крипте, значительно реже (в 10%

случаев) – в одной из боковых крипт. Крайне редко бывает одновременно два внутренних отверстия.

Для возникновения парапроктитов, кроме анатомических особенностей, необходимо наличие способствующих факторов (нарушение стула: запоры и диарея инфекционного характера или после больших доз слабительных, микротравмы), а также предрасполагающих (заболевания желудочно-кишечного тракта, особенно дистальных отделов: проктиты, проктосигмоидиты, анальные трещины, геморрой, а иногда стриктура ануса). По-видимому, к предрасполагающим факторам возникновения парапроктитов можно отнести определенный

характер питания, климатические условия и профессию больных. Кроме того, несомненное значение имеют анатомические особенности и возраст больных. Так, чаще страдают мужчины (3:1) среднего возраста (от 25 до 50 лет).

Однако нельзя полностью отрицать возможность попадания инфекции в параректальные ткани и другими путями. Причиной возникновения поверхностных парапроктитов могут явиться анальный зуд, остроконечные кондиломы, фурункулы, а также обильный волосяной покров вокруг ануса у мужчин. Этим пытаются объяснить, что у мужчин подкожная форма парапроктита встречается в 3 раза чаще, чем у женщин, тогда как существенного различия в частоте возникновения глубоких форм не выявлено. Описаны случаи возникновения парапроктитов при повреждении прямой кишки инородными телами: рыбьей костью, мелкими семечками и др. [А.Н.Рыжих с соавт., 1950; В.И.Селиванов, 1972], что целесообразнее отнести к перианальным абсцессам. Кроме того, инфекция в параректальную клетчатку может быть занесена гематогенным или лимфогенным путем, например, при пневмониях или ангине, панариции, тифе и других заболеваниях или с соседних органов при гнойных процессах предстательной железы, бартолиниевых желез, придатков матки, нагноении дермоидных кист [А.Н. Рыжих, 1956; А.М. Аминев, 1958; А.А. Бунатян, 1959; В.И. Селиванов, 1961]. Причиной острых парапроктитов (поверхностные формы) также могут быть тромбированные геморроидальные узлы. По данным разных авторов, геморрой сочетается с парапроктитом у мужчин в 77% случаев, а у женщин в 23-29%.

Инфекция может быть занесена в околопрямокишечные клетчаточные пространства при повреждении кожи или стенки кишки, минуя крипту с ее лимфоидно-железистым аппаратом. Такие виды парапроктитов относят к посттравматическим. Больные с обширными повреждениями тканей промежности и прямой кишки, как правило, попадают в urgentные хирургические отделения, где им производят хирургическую обработку с наложением превентивной сигмостомы, а в дальнейшем проводят лечение, принятое в гнойной хирургии.

Парапроктиты чаще возникают и наиболее тяжело протекают у ослабленных людей, страдающих сахарным диабетом, авитаминозом, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Анализируя вышеизложенное, можно отметить, что для возникновения парапроктитов имеют значение: 1) анатомические особенности (наличие морганиевых крипт, анальных желез, особенности клетчатки, легко подвергающейся расплавлению и т.д.); 2) возраст и пол; 3) травмы (микротравма каловыми массами, повреждение инородными

телами тканевой поверхности во время операции, манипуляций и т.д.); 4) заболевания прямой кишки и анального канала (геморрой, трещина, проктиты и протосигмидиты, воспалительные заболевания перинальной области и т.д.); 5) воспалительные заболевания соседних органов; 6) нарушение дефекации (запоры, поносы); 7) общие заболевания (сахарный диабет, авитаминоз).

8.2. Классификация.

Наиболее простой и приемлемой, особенно в повседневной практической деятельности, является классификация, разработанная в НИИ проктологии МЗ РСФСР.

Исходя из этой классификации, парапроктиты различают по:

1) этиологическому признаку: банальный, специфический, посттравматический;

2) активности воспалительного процесса: острый, инфильтративный, хронический (свищи прямой кишки);

3) локализации гнойников, инфильтратов, затеков: подкожный, подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретро ректальный;

4) локализации пораженной крипты (входных ворот) внутреннего отверстия свища: передний, боковой, задний;

5) отношению распространения инфекции (свищевого хода) к волокнам сфинктера: интрасфинктерный (подкожно-подслизистый), трансфинктерный (чрессфинктерный), экстрасфинктерный (свищ высокого уровня).

По аналогии с классификацией Ю.В. Дульцева, К.Н. Саламова (1981), разработанной для хронического парапроктита, можно выделить 4 степени сложности острого парапроктита. Клинический опыт показывает, что такая дифференциация острого парапроктита оправдана, прежде всего, из лечебно-тактических соображений. Кроме того, она имеет и диагностические аспекты.

К парапроктитам *I степени* сложности отнесены подкожные, подслизистые, ишиоректальные формы, имеющие интрасфинктерное сообщение с просветом прямой кишки, межмышечный парапроктит.

К парапроктитам *II степени* сложности относятся ишио-, ретро ректальные формы парапроктита с трансфинктерным сообщением через поверхностную порцию, менее 1/2 порции, т.е. менее 1,5 см толщины анального жома.

К парапроктитам *III степени* сложности отнесены как парапроктиты *II степени*, так и пельвиоректальные, с затеками, те же формы с захватом более 1/2 порции анального жома (более 1,5 см толщины), рецидивные формы.

К парапроктитам *IV степени* сложности отнесены все формы (ишио-, ретро-, пельвиоректальные) с экстрасфинктерным ходом, с множественными затеками, анаэробный парапроктит.

8.3. Клиника, диагностика.

Острый парапроктит возникает в результате проникновения инфекции из прямой кишки через внутреннее отверстие свища. В редких случаях острый парапроктит развивается путем распространения инфекции с соседних органов или при внесении ее извне. В большинстве случаев острый парапроктит является острой стадией свища прямой кишки, так как с самого начала гнойник имеет более или менее четкое сообщение с прямой кишкой.

Заболевание, как правило, начинается остро. Вслед за коротким (не более 3 дней) продромальным периодом, выражающимся в недомогании, слабости, головных болях, появляется озноб, лихорадка и нарастающие боли в прямой кишке, промежности или тазу. Это наиболее постоянные симптомы заболевания.

Клинические проявления острого парапроктита не отличаются разнообразием, однако степень выраженности симптомов зависит от локализации процесса, вида бактерий или их ассоциаций, реактивности организма. Порой в клинической картине преобладают общие симптомы, обусловленные интоксикацией, отстраняющие местные проявления болезни на второй план. Так бывает, когда воспалительный процесс распространяется в клетчаточных пространствах таза по типу флегмоны, не образуя локализованного гнойника. Нередко вторичные признаки заболевания – задержка стула, тенезмы, дизурические расстройства – могут затушевывать истинные симптомы и направить диагностику по ложному пути. Однако в большинстве случаев местные симптомы парапроктита примиряются с самого начала заболевания и распознаются легко.

В типичных случаях клинические проявления острого парапроктита весьма характерны. Больной отмечает нарастающие, вначале не локализованные боли в промежности и повышение температуры тела. С прогрессированием воспалительного процесса ухудшается общее состояние: нарастает слабость, недомогание, пропадает аппетит, появляется бессонница. Вечерами бывает озноб, ночью – усиленное потоотделение.

Если острый воспалительный процесс в параректальной клетчатке не проявляет тенденции к отграничению и протекает по типу флегмоны, то возникают септические признаки. По мере локализации процесса и формирования гнойника интенсивность болей нарастает, они

принимают пульсирующий характер и четко определенное распространение. В зависимости от активности воспалительного процесса и первичной локализации гнояника этот период заболевания может продолжаться от 2 до 10 дней. Затем, если не проводится адекватное лечение, воспаление распространяется на соседние клетчаточные пространства таза, происходит опорожнение гнояника в прямую кишку или прорыв гноя наружу, чаще всего на кожу промежности.

Прорыв гнояника в одно из соседних клетчаточных пространств клинически может проявиться кратковременным уменьшением болей и снижением температуры тела. Однако вслед за непродолжительным улучшением состояние больного ухудшается вновь, и симптомы заболевания становятся еще более выраженными.

Прорыв гнояника в просвет прямой кишки наступает в результате расплавления ее стенки при пельвиоректальных формах парапроктита и наблюдается довольно редко. Чаще гной опорожняется в кишку по ходу свища при большом внутреннем отверстии и коротком свищевом ходе. Так образуется неполный внутренний свищ прямой кишки.

Прорыв гнояника на кожу сопровождается, как правило, улучшением общего состояния. При достаточно широком оттоке боли стихают, температура снижается до субфебрильной. Однако при самопроизвольном вскрытии гнояника дренирование обычно бывает недостаточным, и выздоровление идет очень медленно.

Прорыв гноя наружу может появиться после инфицирования соседних клетчаточных пространств таза. По-видимому, в ряде случаев распространение гноя идет по линии наименьшего сопротивления и до момента опорожнения гнояника воспаление успевает охватить обширные участки тканей, поразив не только жировую клетчатку соседних полостей, но и мышцы тазового дна, сфинктера и стенку прямой кишки. Поэтому при установлении диагноза необходима экстренная операция, приостанавливающая распространение гнойного процесса.

Если прорыв гнояника на кожу и формирование свища прямой кишки при остром парапроктите – явление обычное и наблюдается примерно в 70% случаев при самопроизвольном вскрытии абсцесса, то распространение воспалительного процесса на соседние клетчаточные пространства или опорожнение гноя в полость прямой кишки выше зубчатой линии происходит редко и относится к серьезным осложнениям. Воспалительные поражения нескольких клетчаточных пространств таза усугубляют процесс и омрачают прогноз. Гнойное расплавление стенки прямой кишки открывает доступ к широкому распространению инфекции. В этой ситуации невозможно предотвратить попадание кала в параректальную клетчатку.

Прорыв гнойника в забрюшинное-клетчаточное пространство, брюшную полость и мочевыводящие пути встречается редко.

После вскрытия гнойника может быть три исхода заболевания:

- I) формирование свища прямой кишки (хронический парапроктит);
- II) появление рецидивирующего парапроктита с более или менее частыми обострениями воспалительного процесса;
- III) выздоровление.

В ряде случаев приступ острого парапроктита заканчивается, на первый взгляд, полным выздоровлением: выделения гноя прекращаются, рана заживает без образования свища, температура тела нормализуется. Но спустя какое-то время возникает новый приступ с характерными для острого парапроктита клиническими проявлениями. Такую форму заболевания принято называть **острым рецидивирующим парапроктитом**. Интервалы между рецидивами могут быть самыми различными: от 1-1,5 мес до 1-5 лет. Нередко очередное обострение заболевания заканчивается формированием стойкого свища прямой кишки.

Особенности течения острого парапроктита или его клинические формы, определяются расположением гнояного процесса в параректальных клетчаточных пространствах.

Подкожный парапроктит – самая частая форма заболевания, при которой появляются и быстро нарастают боли в промежности, у заднего прохода. Одновременно повышается температура тела, достигая по вечерам 38-39°C, сопровождается ознобом. Боли носят острый, пульсирующий характер, усиливаются при движении, перемене положения тела, напряжения брюшного пресса, при кашле, дефекации. Отмечаются задержка стула, а при расположении гнойника спереди от ануса-дизурические расстройства.

Кожа промежности на стороне поражения становится гиперемированной, радиальная складчатость у заднего прохода сглаживается. Постепенно увеличивается выбухание кожи, часто имеющее шарообразную форму.

Пальпация вызывает резкую болезненность. Примерно в половине случаев определяется флюктуация. При этом удается определить границу (верхнюю) воспалительного инфильтрата, сглаженность анального канала. Инструментальные исследования при подкожной форме острого парапроктита резко усиливают боль и могут вызвать даже шоковую реакцию, кроме того, они малоинформативны.

Подслизистый парапроктит встречается в 1,9-6,3% случаев парапроктитов. Это наиболее легкая форма парапроктита, протекает с

субфебрильной температурой и нерезко выраженными болями в прямой кишке, усиливающимися при дефекации.

Внешние проявления подслизистого парапроктита обнаруживаются, если гной опускается ниже гребешковой линии и переходит на подкожную клетчатку. В это время отмечается отек соответствующей полуокружности ануса. При пальцевом исследовании прямой кишки вначале выявляется округлое, тугоэластическое образование, расположенное под слизистой оболочкой над гребешковой линией.

Седлищно-прямокишечный парапроктит встречается в 35-40% всех острых парапроктитов. Заболевание, как правило, вначале развивается постепенно, начинаясь ухудшением общего состояния, познабливанием, слабостью, нарушением сна. Затем появляются неотчетливая тяжесть и постоянные тупые боли в прямой кишке или в тазу. К концу первой недели состояние больного значительно ухудшается: быстро повышается температура тела до 39-40°C, появляется озноб. Боли становятся острыми, пульсирующими, усиливаются при дефекации, резких движениях. При локализации воспалительного процесса в зоне предстательной железы и мочеиспускательного канала наблюдаются дизурические расстройства.

Внешние признаки острого ишиоректального парапроктита проявляются к концу первой недели. Вначале кожные покровы неизменены, затем, появляется некоторая отечность, иногда припухлость, вслед за которой отмечается легкая гиперемия кожи промежности. Эти симптомы свидетельствуют о переходе воспалительного процесса на подкожную клетчатку. В этот период глубокие тупые боли в тазу сменяются острыми болями, характерными для подкожного парапроктита. Наибольшей интенсивности они достигают при распространении воспалительного инфильтрата на мышцы сфинктера.

При пальпации промежности в первые дни не удастся определить каких-либо признаков заболевания. Только с появлением отечности и гиперемии кожи промежности ткани становятся тестоватыми, пастозными, но и тогда болезненность при обычной пальпации может отсутствовать. В это время появляется весьма характерный симптом — усиление (часто весьма значительное) глубоких болей в тазу при пальпации мягких тканей промежности толчкообразными движениями. При распространении воспаления на подкожную клетчатку пальпация промежности очень болезненна.

Ценные диагностические сведения могут быть получены при пальцевом исследовании прямой кишки. В самые ранние сроки удастся выявить утолщение и уплотнение стенки кишки выше анального канала, сглаженность складок на стороне поражения. К концу первой

недели заболевания воспалительный инфильтрат оттесняет стенку кишки и выбухает в ее просвет. Отмечается повышение температуры в кишке.

Тазово-прямокишечный парапроктит – наиболее редкая и тяжелая форма острого парапроктита составляет 1,9-7,5% общего числа наблюдений.

Заболевание начинается исподволь. Медленно нарастает ухудшение состояния: лихорадка, озноб, головная боль, тянущие боли в суставах. Нередко в этот период ошибочно диагностируется грипп или другие простудные заболевания. Затем присоединяются тяжесть и неопределенные боли в области таза или в нижней половине живота. Боли могут полностью отсутствовать. Иногда они незначительны, иррадируют в матку, мочевой пузырь, вызывая учащение мочеиспускания, при движении и дефекации не усиливаются. Продолжительность этого первого периода заболевания от 1 до 3 недель или может растянуться на несколько месяцев, если воспалительная инфильтрация пельвиоректальной клетчатки не разрушается абсцедированием. С появлением абсцесса заболевание принимает острое течение: тупые боли в прямой кишке и в области таза, сопровождающиеся интоксикацией, гектическая температура, задержка стула, которую сменяют тенезмы, наконец, прорыв гноя и образование свища. По характеру клинического течения в поздних стадиях пельвиоректальный парапроктит аналогичен ишиоректальному.

Внешние признаки острого пельвиоректального парапроктита появляются только при распространении гнойного процесса на ишиоректальную, а затем и на подкожную клетчатку. Это происходит не ранее 2-3 недели от начала заболевания. К этому времени в процесс уже вовлечены клетчаточные пространства противоположной стороны таза. При этой локализации гнойника часто возникает подковообразный парапроктит.

При ректороманоскопии в ампулярном отделе слизистая оболочка на участке, прилежащем к инфильтрату, гиперемирована, бархатиста, сосудистый рисунок приобретает сетчатое строение. При выбухании инфильтрата в просвет кишки слизистая оболочка над ним становится гладкой, лишенной складок, ярко красного цвета, легко и обильно кровоточит при дотрагивании тубусом ректоскопа. В некоторых случаях при продолжительном развитии процесса появляется сужение на уровне инфильтрата и при ректороманоскопии обнаруживается стриктура просвета кишки. В поздние сроки в случае опорожнения гнойника в просвет прямой кишки при ректороманоскопии можно обнаружить уровень и протяженность поражения ее стенки.

Пельвиоректальное расположение гнойника, пограничное с брюшной полостью, в некоторых случаях может вовлечь тазовую брюшину в реактивный воспалительный процесс. Клинически нагноение забрюшинной клетчатки проявляется болями в нижних отделах живота, иногда сопровождающимися симптомами раздражения брюшины. Боли в животе, напряжение мышц передней стенки могут стимулировать острый аппендицит.

Позадипрямокишечный парапроктит. Особенностью проявлений этой формы парапроктита является выраженный болевой синдром, который отмечается с самого начала заболевания. Боли локализуются в прямой кишке и крестце, усиливаются во время дефекации и в положении сидя. Наружные признаки парапроктита появляются только в запущенных случаях, когда гной прорывается в кишку или через кожу промежности.

Ценные диагностические сведения дает пальпация крестцово-копчиковой области и промежности, а также пальцевое исследование прямой кишки. Давление на копчик резко усиливает боли. При пальцевом исследовании определяется выбухание в области задней стенки прямой кишки, которое в зависимости от стадии процесса и сроков, прошедших от начала заболевания, может иметь различные размеры и разную плотность – от тестоватой до тугоэластичной. В отличие от кистозных и опухолевидных образований воспалительные инфильтраты этой области всегда болезненны.

Дифференциальная диагностика ретроректального парапроктита проводится с кистозными, тератоидными и опухолевыми образованиями той же локализации, хордами и другими опухолями крестца.

При обследовании больных необходимо установить:

- 1) связь гнойника с просветом прямой кишки, т.е. отдифференцировать истинный парапроктит от промежностного абсцесса;
- 2) уточнить уровень расположения гнойника, его затеки;
- 3) отношение свищевого сообщения гнойника с просветом прямой кишки к анальному жому. Кроме того, кроме пальцевого исследования прямой кишки, указанные вопросы выясняются при проведении абсцессографии, прокрашивании полости гнойника красителями.

Для уточнения двух последних исследований можно проводить однократную пункцию абсцесса смесью рентгеноконтрастного вещества и красителя. Следует подчеркнуть, что абсцессография выполняется обязательно в двух проекциях и на фоне контрастирования анального канала аноконрастором.

Методика абсцессографии: больной находится в положении для промежностных операций. После обработки операционного поля

производят пункцию гнойника иглой, имеющей на уровне контакта с кожей резиновый или пластмассовый уплотнитель. Оптимальные условия достигаются при обеспечении присасывания иголки уплотнителем к коже по принципу вакуума. Это обеспечивает не только заполнение основного гнойника, но и его затеков, позволяет четко увидеть свищевой ход и исключает вытекание контрастного вещества мимо иглы. Откачивают гной в количестве 3-10 мл и вводят такое же количество рентгеноконтрастного вещества с красителем. Больного перевозят в рентгеновский кабинет и производят рентгеновские снимки в 2-х проекциях.

Учитывая, что ткани, окружающие анальный канал, являются нерентгеноконтрастными, производят его маркировку аноконтрастом. По соотношению между контрастированными аноконтрастом границами замыкательного аппарата прямой кишки и полостью абсцесса можно довольно точно судить об уровне сообщения гнойника с просветом прямой кишки. Различают следующие типы сообщения гнойной полости с просветом прямой кишки: а) параректальные абсцессы, имеющие интрасфинктерное сообщение с просветом прямой кишки – угол между вертикальной линией, проведенной через центр абсцесса, и линией, соединяющей средину аноконтрастора с центром абсцесса, совпадающей со свищевым ходом, более $100-110^{\circ}$; б) абсцессы, имеющие трансфинктерное сообщение – угол составляет от $85-90$ до 110° ; в) абсцессы, имеющие экстрафинктерное сообщение, указанный угол меньше 85° .

В диагностически трудных случаях (высокие пельвиоректальные парапроктиты) для уточнения диагноза применяется тепловидение, ультрасонография. Большую информацию может дать ректоскопия и аноскопия. Последние при выраженном болевом синдроме целесообразно проводить под наркозом. Тем более, при подтверждении диагноза последовательно можно выполнять операцию. При высоких формах парапроктита ректоскопически обнаруживаются темно-багровая слизистая оболочка над абсцессом и некоторое набухание этого участка. Пельвиоректальные парапроктиты, как правило, создают трудности для диагностики.

8.4. Методы лечения острого парапроктита.

Сложности в выборе хирургической тактики определяются патогенетическими особенностями острого парапроктита как острой гнойной инфекции. Истинные формы острого парапроктита представляют собой абсцессы параректальной клетчатки, с самого начала связанные с просветом и образованиями прямой кишки. Абсцессы, не имеющие

сообщения с прямой кишкой, относятся к параректальным абсцессам (посттравматические, абсцедирующие фурункулы, гнойный гидроаденит) и их лечение проводится по общепринятым правилам гнойной хирургии. Патогенетические особенности острого парапроктита предусматривают решение двух важных вопросов: при хирургическом лечении – радикальное иссечение гнойника и ликвидация внутреннего отверстия абсцесса в прямой кишке. Если выполнение первой задачи разработано достаточно хорошо и не представляет особых трудностей, то для ликвидации внутреннего отверстия гнойника применяются самые разнообразные методы.

Следует отметить, что только простое вскрытие и дренирование околопрямокишечного гнойника в 70% и более случаях сопровождается рецидивами или формированием параректальных свищей.

Большинство авторов считает обязательной предоперационную подготовку толстой кишки (очистительные клизмы). Мнение некоторых авторов, что это приводит к дополнительному инфицированию и ухудшает состояние больных ввиду якобы болезненности процедуры, не совсем обосновано. Стул после операции причиняет большое беспокойство для больного и трудностей в лечении, особенно при проведении лигатуры с тоническим затягиванием. Кроме того, активная хирургическая тактика требует задержки стула в первые дни после операции.

Обоснованно немедленное проведение антибиотикотерапии (при высоких ишиопельвиоректальных, анаэробных формах) при поступлении больного в стационар. Все больные с острым парапроктитом подлежат экстренной операции. Также в экстренном порядке оперируют и больных с вскрывшимся парапроктитом. Оптимальным для выполнения радикальных операций является только общее обезболивание. В подавляющем большинстве используется внутривенный наркоз, реже – масочный. Сакральная анестезия так же, как и наркоз, обеспечивает адекватное обезболивание, релаксацию мышц тазового дна. Сакральная анестезия применяется у больных пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной системы и печени. Сакральная анестезия обеспечивает снижение болевой чувствительности в раннем послеоперационном периоде. Противопоказаниями к выбору данного вида обезболивания являются распространение гнойно-воспалительного процесса на крестцово-копчиковую область, анаэробный парапроктит и непереносимость анестетиков, применяемых при сакральной анестезии.

Принципы комплексного лечения больных острым парапроктитом включают два аспекта: 1) хирургический; 2) комплекс восстановительных и реабилитационных мер.

Хирургический аспект заключается как в адекватном иссечении гнойно-некротических тканей с учетом этиологии, локализации процесса, степени его сложности и отношения к замыкательному аппарату прямой кишки, так и в ликвидации внутреннего отверстия в прямой кишке.

Хирургическая тактика при *I степени сложности* парапроктитов заключается в иссечении гнойника в пределах здоровых тканей с криптэктомией. Не следует ограничиваться вскрытием и дренированием абсцесса, иссечением пораженной, анальной крипты. Иссечение только гнойника в пределах здоровых тканей создает условия для раннего, т.е. первично-отсроченного закрытия раны. В прямую кишку вводят газоотводную трубку, на промежностную рану накладывают повязку с раствором антисептиков и ферментов.

При парапроктитах *II степени сложности* оперативные вмешательства заключаются в следующем: производится дугообразный разрез до неизмененных тканей, иссекаются воспаленные и некротические ткани, медиально от раны иссекается мостик ткани из кожи и подкожной клетчатки в виде треугольника с продолжением разреза в пораженную анальную крипту. При ретроректальном парапроктите можно пересекать анокопчиковую связку, что приводит к значительному уменьшению глубины раны и спазма сфинктера, а также более эффективному дренированию полости гнойника. Через внутреннее отверстие в прямой кишке проводят капроновую лигатуру (№ 4-6), ее сразу же затягивают и завязывают. В прямую кишку вводят мазевую турунду, на рану накладывают повязку с растворами антисептиков и протеолитических ферментов. Следует подчеркнуть, что анатомические особенности передней порции анального сфинктера требуют более осторожного подхода при проведении лигатуры. Последнюю, как правило, затягивают после заполнения дна раны грануляциями.

При парапроктитах *III степени сложности* оперативные вмешательства выполняются как при II степени. Дополнительными разрезами или через основной доступ вскрывают затеки и их дренируют. Через внутреннее отверстие в прямой кишке проводят лигатуру, но не затягивают. В прямую кишку вводят газоотводную трубку, глубокие полости при пельвиоректальном парапроктите и затеки лучше дренировать двухпросветными трубками по Н.П. Каншину. При рецидивном парапроктите важно иссекать все рубцовые ткани, в то же время щадяще относиться к анальному жому. Рубцовый процесс, как правило,

захватывает волокна последнего, поэтому такие операции, как вскрытие в просвет кишки, дозированное рассечение сфинктера, тоническое затягивание лигатуры значительно повышают риск развития недостаточности анального жома.

Хирургическая тактика при остром парапроктите *IV степени сложности* не является однотипной. При неосложненных парапроктитах возможно выполнение оперативного вмешательства как и при парапроктитах III степени сложности. В этих случаях, затягивание лигатуры осуществляют постепенно, по мере заполнения раны, в т.ч. в зоне анального жома. Учитывая высокий процент недостаточности анального сфинктера после лигатурного метода при остром парапроктите вообще и особенно при экстрасфинктерном ходе свищевого сообщения, в целях предупреждения этого осложнения, затягивание лигатуры следует проводить крайне осторожно.

Важное место после радикальных операций принадлежит комплексу восстановительных и реабилитационных мероприятий. Известно, что регенерация ран промежности происходит медленно и общие сроки временной нетрудоспособности значительны (до 30 дней и более). Это является причиной формирования функционально отягощенных рубцов, деформирующий анальный канал и периаанальную область. Хотя истинного недержания нет у многих больных, тем не менее, у большинства из них выявляется так называемый «влажный анус», когда больные вынуждены постоянно прикладывать салфетки к заднему проходу, страдают анальным зудом. Длительное рубцевание промежностной раны приводит к инкапсуляции в рубцовых тканях очагов дремлющей инфекции, являющейся одной из главных причин рецидивов парапроктитов. Таким образом, раннее закрытие промежностной раны является одним из методов решения этих вопросов, для чего рекомендуется применять аутодермопластику.

На основании проведенных исследований обоснованными являются следующие методы ее выполнения. Так называемая «первично-отсроченная» аутодермопластика выполняется через 18-24 часа с момента радикальной операции по поводу парапроктита I степени сложности. Возможно ее применение при парапроктитах II степени сложности, когда ликвидация внутреннего отверстия осуществляется по типу частичной сфинктеротомии. Аутодермопластика выполняется дерматомом или по способу Тирша. Анализ результатов аутодермопластики, выполненной в различные сроки после радикального иссечения гнояника, подтвердили обоснованность именно указанных сроков пластики кожи. До 18 часов протеолитическая активность раны, превращенной в «открытое повреждение», остается высокой, чем и

объясняется лизис пересаженных кожных лоскутов. В интервале 18-24 часа явления протеолиза угнетаются, рана остается чистой (число микробов в 1 г ткани не более 10^2). Позже 24 часов нарастает экссудация раны, и также микробная обсемененность раны. При первичной аутодермопластике приживление кожных лоскутов достигается почти во всех случаях. В среднем площадь составляет $19,8 \pm 1,7 \text{ см}^2$, оптимальная толщина кожных лоскутов 1-2 мм. После пересадки на кожные лоскуты прикладывают марлевые шарики, пропитанные раствором фурациллина. Первая перевязка через 1-2 дня. Выполнение данного метода пластики позволяет выписать больных с парапроктитами I-II степени сложности на 7 - 8-е сутки после операции на амбулаторное лечение, а на 9 - 10-е сутки – на работу. Таким образом, общие сроки временной нетрудоспособности больных сокращаются в 2-3 раза.

Ранняя аутодермопластика является также методом, предупреждающим рубцовую деформацию перианальной области и рецидивов заболевания, т.е. важным компонентом реабилитации данной группы больных.

В более поздние сроки после очищения раны и появления грануляций выполняется вторичная аутодермопластика, которая обычно показана при парапроктитах III-IV степенях сложности. Для подготовки раны в послеоперационном периоде применяется комплекс лечения (протеолитические ферменты, физиотерапевтические методы, в т.ч. лазерная обработка), что позволяет выполнить аутодермопластику в среднем на 6 - 8-е сутки. Это приводит к сокращению общего срока нетрудоспособности больных, хотя функциональные результаты несколько хуже, чем при первично-отсроченной пластике.

Антибактериальная терапия. При парапроктитах I и II степени сложности антибиотики не назначают. Сравнительный анализ двух групп больных, получавших антибиотики и не получавших, не выявил их положительного влияния на результаты лечения. При остальных формах парапроктитов назначают чаще всего комбинации аминогликозидов с метронидазолом (по 0,5 г 3 раза в сутки) или последнего с полусинтетическим пенициллином. Целенаправленная антибактериальная терапия продолжается после проверки чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Иммунотерапию проводят у больных с признаками иммунодефицита, при тяжелом, распространенном гнойно-деструктивном процессе, рецидивных формах парапроктита, у ослабленных больных с сопутствующими заболеваниями. Для иммунотерапии применяются продиgioзан, левамизол, гамма-глобулин высокого титра, антистафилококковая плазма и гамма-глобулин. Продиgioзан назначают по сле-

дующей схеме: в 1-й день 0,5 мл, далее через каждые 2 дня по 1,0 мл, всего 4-5 внутримышечных инъекций. Этот препарат особенно эффективен при острых формах парапроктита, он способствует повышению активности Т-лимфоцитов, комплиментарной активности, уровня А. Левамизол применяется по 150 мг в сутки с перерывами по 4-5 дней до 3 недель. Препарат является иммуномодулятором, хотя иммунокорректирующий эффект при острых формах парапроктита четко не выражен. Левамизол применяют в основном при рецидивных формах заболевания и у больных с большим риском рецидива процесса, при вялом заживлении раны (профилактическое применение). При применении левамизола отмечается увеличение иммуноглобулинов и Т-лимфоцитов, некоторое увеличение бактерицидной активности сыворотки и лизоцима. При острых формах парапроктита стафилококковой этиологии эффективны специфические для данной формы плазма и гаммаглобулин. Учитывая тот факт, что нормальные отношения организма и микрофлоры кишечника поддерживают и иммунное равновесие, а с другой стороны, наличие у больных с парапроктитами дисбактериоза, обосновано применение бактериальных препаратов (бифидумбактерин, колибактерин, бификол). Чаще всего они показаны при рецидивных формах парапроктита.

Коррекция регионарного кровообращения и микроциркуляции показана во всех случаях тем интенсивнее, чем тяжелее форма и степень парапроктита. При парапроктитах I и II степени сложности применяются никотин по 1 таблетке 3 раза, никотиновая кислота по 1-3 мл 1% раствора внутривенно, новокаин 0,5% раствор по 10,0 внутривенно, трентал по 1 капсуле 3 раза в день до 7-10 дней. При остальных формах парапроктита применяется трентал по 0,1-0,3 г, разведенный в 250-500 мл 5% раствора глюкозы или изотонического раствора, реополиглюкин и полиглюкин по 400,0 внутривенно через день, гемодез по 200,0 на протяжении 10-14 дней. Динамические реографические исследования подтверждают обоснованность корригирующей терапии в указанные сроки.

Воздействие на окислительные процессы, и антиоксидантная терапия наиболее эффективны в ранние сроки и могут рассматриваться как один из способов предупреждения прогрессирования деструктивного процесса. Слабыми антиоксидантными свойствами обладают витамин «К», инсулин и стероидные гормоны в малых дозах, пипольфен. Мощным антиоксидантным свойством обладает токоферол – витамин Е. В ранние сроки целесообразно применение унитиола 5% по 5-10 мл внутривенно, пиримидиновых производных (метилурацил в таблетках, местно мази). Выраженными антиоксидантными свойствами обладают облепиховое или шиповниковое масло.

Комплексное восстановительное лечение больных с острыми парапроктитами после радикальных операций включает в себя и такие важные разделы, как дезинтоксикационная, инфузионная терапия, рациональное ведение промежностной и анальной раны, стимуляция функции анального жома.

Выбор метода операционного вмешательства определяется клинической формой острого парапроктита, отношением свищевого хода к волокнам анального сфинктера (схема).

При подслизистом парапроктите производится вскрытие гнойника в просвете прямой кишки. В прямую кишку вводят ректальное зеркало, скальпелем продольно рассекают слизистую оболочку, опорожняют гнойник, края раны иссекают, придав ей ромбовидную форму, и прошивают кетгутовыми швами. По дну раны проводят турунду и микроиригатор. Производят деульсию анального сфинктера.

При подкожном остром парапроктите иссекают гнойник по типу операции Габриэля, разрез продолжают в просвет прямой кишки, иссекают пораженную анальную крипту, при наличии пораженных соседних анальных крипт их рассекают (криптомия).

При ишиоректальном парапроктите производят вскрытие гнойника полуовальным разрезом, иссекают некротические и воспаленные ткани, вскрывают и дренируют затеки. Методика ликвидации внутреннего отверстия зависит от отношения свищевого хода к анальному сфинктеру. При транссфинктерном сообщении с захватом небольшой порции сфинктера разрез с промежности продолжают в пораженную крипту, проводят лигатуру через внутреннее отверстие с тоническим затягиванием на операционном столе. Рана рыхло тампонируется.

При ишиоректальном парапроктите с транссфинктерным экстра-сфинктерным ходом свища производят вскрытие, дренирование гнойника, иссекают пораженную крипту, через внутреннее отверстие проводят лигатуру. Если сообщение гнойника с просветом прямой кишки транссфинктерное, то можно сразу на операционном столе затягивать лигатуру. При экстрасфинктерном или транссфинктерном сообщении с захватом более 1/2 порции сфинктера мы не рекомендуем одномоментное затягивание лигатуры. Лучше его осуществлять после очищения раны (на 5 - 6 - 7-е сутки после операции) и выполнения дна ее грануляциями. Пересечение значительной порции анального жома в условиях гнойной инфекции приводит к развитию недостаточности сфинктера.

При ретроректальном парапроктите производят вскрытие гнойника задним полуовальным разрезом с пересечением аноскопиковой связки. Ликвидацию внутреннего отверстия в прямой кишке осуществляют как при ишиоректальном парапроктите.

При пельвиоректальном парапроктите хирургическая тактика практически аналогична предыдущей. Вскрытие абсцесса производят через промежность с пересечением леватора соответствующей стороны и проведением лигатуры. Дренирование околопрямокишечного гнояника лучше осуществлять двухпросветными трубками для промывания раны в послеоперационном периоде.

Можно предложить следующий *комплекс консервативного восстановления лечения в послеоперационном периоде*:

1. Антибактериальная терапия. При ограниченных формах (I и II степени сложности) парапроктитов (подкожные, подслизистые, межмышечные, ишиоректальные без затеков) антибактериальные препараты, как правило, не назначаются, кроме больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (особенно сахарный диабет), при получении гормональных препаратов. При остальных формах, до определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, назначают аминогликозиды (кана-, гента-, мономицин) в сочетании с метронидазолом (трихопол) 1,5-2,0 г в сутки, а в последующем антибиотики назначают по результатам антибиотикограмм. При наличии множественных затеков, выраженной интоксикации дополнительно вводят антисептические растворы в/в (стрептоцид со спиртом) по 200-250 мл ежедневно. При гнилостно-гангренозных и других формах анаэробного парапроктита целесообразно сочетание аминогликозидов и пенициллинов, метронидазола. Назначают максимальные дозы этих препаратов.

2. Иммунотерапия показана больным с признаками иммунодефицита, с тяжелыми, распространенными формами парапроктита, при рецидивном течении, у ослабленных больных с сопутствующими заболеваниями. При острых формах предпочтительнее применение продигозана (в 1-й день 0,5 мл, далее через каждые 2 дня по 1,0 мл в/м, в среднем 4-5 инъекций). При стафилококковой инфекции эффективны антистафилококковый гамма-глобулин и плазма. Эффективно также применение противокорревого гамма-глобулина высокого титра. При рецидивных формах парапроктита назначают левамизол (декарис) по 150 мг в сутки через 2-4 дня до 3-х недель, т.е. лечение продолжается и в амбулаторных условиях. При частых обострениях парапроктита рекомендуется проведение 2-3 курсов терапии левамизолом.

3. У больных с установленным дисбактериозом кишечника, а также при длительном получении больших доз антибактериальных препаратов назначают бактериальные препараты – колибифидумбактерин, бификол, до 4-х и более недель, в т.ч. амбулаторно под контролем анализов до нормализации микрофлоры.

4. Нормализация регионарного кровотока и микроциркуляции. Для этих целей при парапроктитах I и II степени сложности назначают никотин по 1 таблетке 3 раза в день, никотиновую кислоту по 1,0-2,0 мл 1% раствора в/в, новокаин 0,5% – 10,0 в/в, трентал по 1 капсуле 3 раза в день (7-10 дней). При остальных формах парапроктита применяются трентал по 0,1-0,3 г (разводят в 250-500 мл 5% р-ра глюкозы или изотонического раствора хлористого натрия), реополиглюкин, полиглюкин по 400 мл в/в, гемодез по 200-400 мл в течение 10-14 дней.

5. Стимуляция регенераторных процессов переливание плазмы, белковых препаратов, метилурацил по 1 таблетке 3 раза в день (до 3-х недель и более), пентоксил – в такие же сроки, витамины С – 5%; от 3,0 до 5,0 мл В₁ и В₆ до 20 дней.

6. Антиоксидантная терапия – в ранние сроки назначают унитиол 5% по 5-10 мл в/в в течение 6-8 дней, пипольфен по 1-2,0 в/м, пиримидиновые производные (метилурацил, пентоксил). Из местных препаратов такими свойствами обладают облепиховое и шиповниковое масло, гормоны.

7. Дезинтоксикационная, инфузионная терапия проводится по общепринятым правилам гнойной хирургии.

8. При анаэробном парапроктите (в т.ч. и неклостридиальном) и даже при подозрении на него, в ранние сроки вводят противогангренозную сыворотку (в среднем 150 тыс. ЕД), целенаправленная терапия проводится после идентификации клостридий. В ранние сроки показана гипербарическая оксигенотерапия или местная паравульварная перфузия кислородом.

9. Лечение криптита – после операции назначают микроклизмы с антисептическими растворами (0,3% раствор колларгола 50, 1:5000 марганцевокислого калия, 0,08% р-р соляной кислоты) в количестве 50,0 мл.

10. Стимуляция функции анального сфинктера анальным стимулятором, аутотренинг и др.

11. Физиотерапевтические процедуры – в первые 2-4 дня УФО, ультразвук, далее УВЧ, лучи лазера.

8.5. Анаэробный парапроктит.

Анаэробный парапроктит относится к числу относительно редких, но очень тяжелых заболеваний. В отечественной литературе описано около 200 случаев анаэробного парапроктита.

Несмотря на определенный прогресс в лечении анаэробной инфекции, летальность при анаэробном парапроктите остается высокой и колеблется от 22 до 100%. Из 87 больных, описанных к 1974 году в отечественной литературе, умер 41 больной (47,1%).

В публикациях последних лет показатели летальности колеблются от 24 до 33%.

К общему числу больных острым парапроктитом анаэробные формы составляют от 1 до 3,2%. Наши наблюдения также совпадают с данными этих авторов: анаэробный парапроктит составил 2,2% от числа больных острым парапроктитом и был выявлен у 84 из 3 846 больных.

Относительно низкая частота анаэробного парапроктита является парадоксальным фактом, хотя 90-95% микрофлоры толстой кишки состоит из анаэробов, причем их содержание в 1 г каловых масс достигает 10^3 - 10^7 и соответствует критическому уровню. В параректальной ране анаэробы выявляются часто, а этиологическая роль этих микробов остается окончательно невыясненной. Анаэробы-клостридии выделены у 30% больных *острым парапроктитом*. Считается, что анаэробная флора каловых обычно не вызывает воспаления параректальной клетчатки что объясняется местным иммунитетом тканей к анаэробной инфекции. Сопутствующими моментами являются сопутствующие заболевания, снижение защитных сил организма, задержка операции при остром парапроктите. Некоторые авторы допускают, что анаэробы могут вызвать и «банальный» парапроктит. Наши исследования показали, что важными способствующими факторами в развитии анаэробного парапроктита являются регионарные сосудистые расстройства прямой кишки и параректальной клетчатки. При реографии прямой кишки при анаэробном парапроктите выявлены распространенные нарушения кровообращения, практически на всем протяжении прямой кишки. Доказательством роли сосудистых нарушений является также высокая частота сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Так, последние выявлены у 56 больных, сахарный диабет – у 41, лейкоз – у 4 больных. У этих больных относительно высокая частота заболеваний дистального отрезка прямой кишки. Так, осложненный геморрой, анальные трещины, проктиты выявляются в 75%. Возможно, что анаэрозальный тромбоз в некоторых случаях способствует гематогенному заносу инфекции в параректальную клетчатку. Регионарные сосудистые расстройства, нарушения микроциркуляции с ишемией тканей создают условия для развития анаэробной инфекции. Установлено, что наличие некротических масс является необходимым и достаточным условием для развития анаэробной инфекции. При анаэробном парапроктите отмечаются наиболее тяжелые повреждения

клеточных мембран, обуславливающие в свою очередь выраженную интоксикацию.

Следует отметить, что анаэробный парапроктит может вызваться не только клостридиями, но и неоклостридиальными анаэробами (бактероиды, коринобактерии, пептококки, пептострептококки, фузобактерии). Идентификация последних представляет большие сложности, и, возможно, этим объясняется кажущаяся редкость анаэробного парапроктита.

В настоящее время существует несколько классификаций анаэробного парапроктита А.Н. Рыжих выделял 4 формы: 1) гнилостный; 2) прогрессирующий; 3) с анаэробным лимфангоитом; 4) анаэробный сепсис.

А.М. Аминев первые две формы объединил в одну – гнилостно-гангренозную. Н.Г. Долидзе с соавторами выделяет: 1) местный-гнилостный и некротический; 2) прогрессирующий парапроктит с восходящим лимфангоитом.

Для практических целей удобной представляется выделение следующих форм анаэробного парапроктита:

I. По этиологии:

- а) клостридиальный анаэробный парапроктит;
- б) неклостридиальный парапроктит;
- в) смешанные формы.

II. По клиническому течению:

- а) гнилостно-гангренозный;
- б) анаэробная газовая гангрена.

III. По распространенности и осложнениям первичного очага:

- а) с поражением преимущественно параректальной клетчатки;
- б) с распространением в клетчатку таза, забрюшинную клетчатку;
- в) анаэробный сепсис.

Диагностика анаэробного парапроктита представляет значительные сложности и часто бывает запоздалой. В типичных случаях анаэробный парапроктит сопровождается высокой температурой, тяжелой интоксикацией, лейкоцитозом, выраженным отеком промежности, гиперемией, нередко выявляется подкожная крепитация. При обзорной рентгенографии таза в двух проекциях можно выявить следы газа вокруг прямой кишки. В то же время, газ может быть и при парапроктите, вызванном колибактериями. Характерными признаками также являются гнилостный, зловонный запах, наличие жидкого коричневатого экссудата, распространенный некроз подкожной, ишиоректальной клетчатки. При неклостридиальном анаэробном парапроктите газообразование выражено умеренно, гной грязно-серого цвета и в отличие

от анаэробной гангрены мионекроз выражен незначительно, менее выражены местные признаки, кожные покровы не имеют бронзовой окраски и др.

Бактериологическая диагностика при анаэробном парапроктите по существу служит для ретроспективной оценки, а в ранний период диагностика основывается в основном на клинических признаках. Для диагностики неклостридиальной анаэробной инфекции применяется также газожидкостная хроматография, основанная на выявлении специфических метаболитов – летучих жирных кислот, ароматических соединений.

Основой лечения анаэробного парапроктита является раннее оперативное вмешательство, заключающееся в производстве широких разрезов, максимальном иссечении некротических тканей, неоднократном промывании раны растворами окислителей. После вскрытия парапроктита раны дренируют многопросветными трубками, через которые проводят постоянное или фракционное промывание растворами перекиси водорода, марганцевокислого калия, одновременно через отдельную трубку – орошение раны кислородом. В этом отношении более эффективным является применение гипербарической оксигенации, которая должна применяться в ранние сроки. В клинических условиях ГБО (2-3 атм) на анаэробы влияет бактериостатически, стимулирует защитные силы организма.

Следует отметить, что повторные оперативные вмешательства у части больных (в 33%) могут потребоваться уже в первые дни после операции, и они должны быть выполнены немедленно с нанесением широких разрезов, иссечением некротических тканей. Флегмоны таза вскрывают циркулярными разрезами вокруг прямой кишки и при необходимости продолжением разрезов в паховые, ягодичные области. Забрюшинные флегмоны вскрывают подвздошно-паховыми и поясничными разрезами, как правило, со сквозным дренированием через промежностные раны. В некоторых случаях можно отметить расплавление мочеиспускательного канала с образованием мочевого свища, образование флегмоны мошонки, в том числе с некрозом мягких тканей и обнажением яичек.

При быстром прогрессировании деструктивного процесса в клеточном пространстве следует своевременно прибегать к колостомии, которая позволяет отключить прямую кишку, тем самым исключить постоянное каловое загрязнение и микробное обсеменение раны.

Больные с анаэробным парапроктитом госпитализируются в специальные палаты для проведения интенсивной терапии или реанимационное отделение. Во всех случаях, даже при подозрении на

анаэробный парапроктит, в ранние сроки вводят лечебную дозу противогангренозной сыворотки.

Большинство авторов при анаэробной инфекции антибиотиками выбора считает пенициллин по 10-20 млн ЕД в сутки в комбинации с ампициллином (6-8 млн ЕД) и гентамицином (4 мг/кг в сутки). Другие рекомендуют их сочетать с клиндамицином или метронидазолом. Считают целесообразным введение антибиотиков еще до операции. В качестве этиотропного лечения, кроме антибиотиков, предлагаются специальные многокомпонентные мази на гидрофильной основе. При анаэробной неспорообразующей инфекции наиболее эффективно применение левомицетина, линкомицина, клиндамицина, карбенициллина, доксицилина. Одновременно внутривенно вводят антисептические растворы (стрептоцид, спирт в течение 5-8 дней), предупреждающие развитие гнойных осложнений.

При благоприятном исходе заболевания по очищению раны накладывают редкие вторичные швы на циркулярные раны вокруг заднего прохода, которые значительно сокращают раневой дефект и предупреждают грубое рубцевание, что неизбежно при самостоятельном заживлении раны. Даже при частичном расхождении этих швов размеры раны значительно уменьшаются. При других формах ран и невозможности наложения швов выполняют аутодермопластику.

Основными причинами смерти являются сепсис, тромбоэмболические осложнения. Следует отметить, что во всех случаях у этих больных выявляют тяжелые сопутствующие заболевания (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, лейкоз, сахарный диабет).

8.6. Редкие формы гнойников параректальной клетчатки.

Болезнь Фурнье (гангрена Фурнье; спонтанная гангрена мошонки; субфасциальная флегмона и гангрена половых органов; эпифасциальный некроз; гангренозное рожистое воспаление мошонки) – относительно редкое заболевание. К настоящему времени описано 440 случаев. Частота этого заболевания к общему числу больных с острым парапроктитом составляет 12%.

Способствующими факторами для развития болезни Фурнье (БФ) являются распространенность гнойно-деструктивного процесса, чаще всего ввиду позднего обращения больных за медицинской помощью и патоморфологические особенности парапроктита. При микробиологическом исследовании у больных выявляются ассоциации анаэробных и аэробных микробов. На основании опыта лечения больных с гнойными заболеваниями промежности мы полагаем, что БФ можно рассматривать как осложнение острого парапроктита (чаще всего вы-

сокого или глубокого) или как вариант его течения, обусловленного как особенностями инфекции данной локализации, так и топографо-анатомическими особенностями промежности и параректальной клетчатки. Этиопатогенетической связью парапроктита и БФ во многом определяется хирургическая тактика при этом заболевании.

Диагностика БФ может представлять определенные трудности. В плане дифференциальной диагностики следует иметь в виду абсцессы, флегмоны мошонки, реактивные проявления при остром парапроктите (чаще передней локализации). Тщательное обследование прямой кишки при сложных случаях, включая рентгенологическое исследование (абсцессография), позволяет уточнить распространенность и локализацию гнойного процесса в параректальной клетчатке, т.е. первичную причину БФ. Следует отметить, что на основании только внешнего осмотра дифференцировать указанные заболевания не всегда представляется возможным. Кроме того, в более сложных случаях можно рекомендовать диагностические пункции подозрительных участков параректальной клетчатки, промежности, корня мошонки.

Клинически БФ протекает бурно, выражены симптомы интоксикации. Температура тела больных повышается до 30-40°. Со стороны крови отмечается высокий лейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов и др.

Больным с БФ выполняют экстренные операции. Основываясь на этиопатогенетической связи БФ с острым парапроктитом хирургическая тактика при данном осложнении сводится к следующему. В первую очередь – радикальное вскрытие параректального гнойника с максимальным иссечением некротических, воспаленных тканей и широким дренированием параректальной клетчатки, установление системы для промывания ран. Лучше пользоваться широкими дугообразными разрезами при необходимости с продлением разрезов в ишиоректальные ямки. При БФ, как правило, кожа промежности отслоена от некротизированной подкожной жировой клетчатки, и поэтому разрез целесообразно продлевать в корень мошонки с обнажением и иссечением некротизированной клетчатки с обеих сторон. Следует помнить, что в некоторых случаях гнойный процесс захватывает паруретральную клетчатку и возникает опасность повреждения мочеиспускательного канала. Данное осложнение редко имеет место, но, как правило, требует эпицистостомии и последующей пластики уретры. В некоторых случаях после иссечения обширных некротизированных тканей мошонки возможно обнажение яичек.

Во время операции четко определить границы некроза мягких тканей довольно сложно, а, кроме того, в ряде случаев в послеопераци-

онном периоде отмечается прогрессирование гнойно-деструктивного процесса даже после кажущейся «радикальной» операции. Поэтому у данной категории больных часто приходится выполнять повторные операции в раннем послеоперационном периоде с дополнительным иссечением некротических тканей, вскрытием затеков. Постоянное промывание ран растворами антисептиков, окислителей с последующим применением протеолитических ферментов в комплексе с другими методами лечения позволяет добиться очищения ран в относительно ранние сроки (в первые 6-7 дней).

Это является предпосылкой для раннего закрытия больших дефектов мягких тканей после обширного их некроза, что в конечном итоге обеспечивает хороший анатомический и функциональный результат. После очищения ран накладывают редкие швы, которые по мере спадения отека и стихания воспалительных явлений поэтапно можно затягивать. Наложение вторичных швов значительно сокращает размеры рубцующейся поверхности. При отсутствии условий для наложения вторичных швов и обширных дефектов мягких тканей выполняют дерматомную аутодермопластику в указанные сроки.

Применение вторичных швов и аутодермопластики позволяет значительно сократить сроки лечения, предупредить образование грубого рубца промежности, приводящего нередко к нарушению функции анального жома.

8.7. Острый парапроктит при раке прямой кишки.

Гнойно-воспалительные осложнения при опухолях прямой кишки встречаются относительно редко, но значительно усложняют течение заболевания и лечение данной категории больных. Чаще всего опухоль локализуется в средне- и нижеампулярном отделах и анальной части. По данным Н.Н. Блохина и Б.Е. Петерсона (1979), последняя локализация отличается особой злокачественностью. В большинстве случаев отмечается эндофитный характер роста опухоли, что, по видимому, является одной из причин проникновения инфекции в параректальную клетчатку. Как известно, эндофитные опухоли отличаются большой склонностью к прорастанию стенки, окружающих тканей, быстро проникают в параректальную клетчатку. Нижеампулярные и анальные раки распространяются в ишиоректальные клетчатки, кожу промежности, анальный сфинктер.

Диагностика осложненного рака прямой кишки обычно не представляет больших сложностей. В некоторых случаях диагноз устанавливается только после ликвидации гнояного процесса и проведения эндоскопии и биопсии опухоли. У этих больных осложнение является

поводом для первичного обращения за медицинской помощью. Кроме того, в одном случае у больного с подковообразным парапроктитом был заподозрен рак ниже-ампулярного отдела прямой кишки.

Диагноз устанавливается путем проведения общепринятых методов исследования проктологических больных. При возможности во время вскрытия гнойника следует производить биопсию опухоли.

Особенностью гнойных осложнений рака прямой кишки в отличие от истинного парапроктита является постепенное развитие воспалительного процесса на фоне общего плохого состояния. Выраженные признаки гнойной интоксикации отмечаются у большинства больных, у остальных на первый план выступают признаки запущенного опухолевого процесса. Развитие анаэробного парапроктита встречается крайне редко. Как правило, причиной госпитализации является позднее обращение за медицинской помощью, реже – диагностические ошибки на догоспитальном этапе, когда гнойно-воспалительный процесс в параректальной области принимают за местное распространение опухолевого процесса.

Следует отметить, что гнойное осложнение при раке прямой кишки, как правило, свидетельствуют о распространенном опухолевом процессе, и в большинстве случаев устанавливаются III и IV стадии опухолевого процесса.

Хирургическая тактика при гнойных осложнениях рака прямой кишки определяется общим состоянием больных, распространенностью опухоли и гнойного процесса. При крайне тяжелом состоянии больных и распространенном опухолевом процессе ограничиваются только вскрытием гнойника. При явлениях стриктуры прямой кишки и анального канала, прорастании опухоли анального жома с развитием его недостаточности, наличии широкого свищевого хода в параректальной гнойник вскрытие и дренирование сочетают с колостомией. Наиболее оптимальной методикой последней является двустольная сигмостома.

В любом случае колостомия, отключение прямой кишки, благоприятно влияет на течение гнойного процесса, способствует быстрому его купированию и скорейшему очищению гнойника.

8.8. Парапроктиты вследствие инородных тел прямой кишки.

Травма стенки прямой кишки инородными телами может привести к развитию абсцессов вокруг прямой кишки, хотя их доля в структуре парапроктитов не превышает 1% [Аминев А.М., 1973]. Однако другие авторы инородные тела при остром парапроктите обнаруживали значительно чаще: В.К. Гордиенко с соавт. (1979) – у 3,1%,

а Б.М. Махмудбеков с соавт. (1975) у 14,7% больных с острыми парапроктитами. Чаще всего обнаруживаются мелкие кости, «бариевые камни» и др. В некоторых случаях инородные тела могут быть причиной хронического парапроктита.

Патогенетически гнойники такого происхождения не могут быть отнесены к «истинным» парапроктитам, но с другой стороны в процессе развития гнойника в параректальной клетчатке возникают изменения, сближающие их с парапроктитами. Следует отметить, что чаще всего инородные тела задерживаются в наиболее глубоких анальных криптах (чаще в задних – на 5 и 7 часах по циферблату). Травма анальной крипты сопровождается воспалительными изменениями последней. По-видимому, прободение анальных крипт происходит во время дефекации. Попадание инородного тела в параректальную клетчатку открывает путь к инфицированию и развитию гнойного воспаления. Инкапсуляция инородного тела, а в параректальной клетчатке при таком механизме попадания маловероятна из-за массивного инфицирования из просвета прямой кишки. В последующем «фистулезный» механизм становится преобладающим, и течение заболевания имеет много общих черт с первичными парапроктитами. Иначе, входное отверстие инородного тела превращается во внутреннее отверстие парапроктита в прямой кишке.

Совершенно другой механизм развития параректального гнойника при попадании инородного тела через кожу. Отсутствие непосредственной связи с просветом прямой кишки оказывает определяющее влияние на развитие и течение гнойных осложнений в параректальной клетчатке.

Из особенностей течения и клинической картины следует отметить постепенное начало гнойного осложнения. Вначале в течение 1-2 дней больные отмечают неприятные ощущения, жжение в области заднего прохода, а потом развивается картина гнойного процесса с местными и общими проявлениями. Постепенное начало и развитие клинической картины обуславливает позднее поступление больных, более половины которых поступило позже 5 суток с начала заболевания. Интересно отметить, что ни в одном случае анамнестически не удалось выяснить причину развития гнойного осложнения. Дооперационное обследование данной категории больных редко позволяет выяснить эти особенности парапроктитов. Исключением являются те случаи, когда входными воротами инфекции является поврежденная кожа промежности. Причины и характер гнойного осложнения в этих случаях не вызывают сомнений. Вульеофистулография при ранах и свищевом ходе позволяет определить не только глубину, дополни-

тельные ходы, затеки, но и в некоторых случаях заподозрить инородные тела.

Хирургическая тактика при параректальных гнойниках, обусловленных инородными телами, определяется в основном наличием или отсутствием сообщения гнойника с просветом прямой кишки. При фистулезном характере параректального гнойника хирургическая тактика практически не отличается от таковой при первичном парапроктите. Радикальная операция при этом решает три задачи: 1) вскрытие, адекватное дренирование гнойника; 2) удаление инородного тела; 3) ликвидация внутреннего отверстия в прямой кишке. Оставление инородного тела может быть причиной рецидива парапроктита после операции. Поэтому во время операции необходимо тщательно ревизовать гнойную полость и удалить инородное тело. Методика ликвидации внутреннего отверстия в прямой кишке определяется в зависимости от локализации гнойника, отношения свищевого хода к анальному сфинктеру. Чаще всего показано вскрытие гнойника в просвет прямой кишки с иссечением пораженной анальной крипты или проведением лигатуры через пораженную крипту.

У больных второй группы с гнойными осложнениями без сообщения с просветом прямой кишки – оперативное вмешательство включает в себя вскрытие и дренирование абсцесса и удаление инородного тела.

Таким образом, гнойные осложнения при инородных телах прямой кишки могут протекать по типу «истинных» парапроктитов или промежностных абсцессов. Хирургическая тактика определяется в основном наличием или отсутствием сообщения гнойника с просветом прямой кишки и заключается в адекватном вскрытии, дренировании гнойника, удалении инородного тела, а при необходимости – устранение внутреннего отверстия в прямой кишке (входное отверстие).

8.9. Свищи прямой кишки.

Несмотря на успехи в лечении острого парапроктита, удельный вес свищей прямой кишки остается значительным. Из 1000 обследованных здоровых людей свищи прямой кишки выявляются у 5 (0,5%). У проктологических больных трудоспособного возраста удельный вес их возрастает до 22,4%. Это указывает на социальную значимость проблемы.

В подавляющем большинстве случаев (96%) свищи прямой кишки являются следствием ранее перенесенного острого парапроктита. По современным данным, острый и хронический парапроктит являются стадиями одного процесса: абсцесс – острая фаза, свищ – хроническая стадия парапроктита.

Распространенность свищей прямой кишки объясняется поздним обращением больных острым парапроктитом за врачебной помощью или нерадикальным лечением в острой фазе воспаления. В 30% случаев больные из-за ложной стыдливости или неосведомленности за врачебной помощью не обращаются и у них происходит самопроизвольное вскрытие острого парапроктита. Часть больных (30,0%) обращается за медицинской помощью в поздние сроки от начала заболевания, когда гнойник самопроизвольно опорожнен и экстренное оперативное вмешательство уже не требуется. Лишь 40,0% больных острым парапроктитом обращаются за медицинской помощью своевременно. Однако только у 20,0% выполняется радикальное лечение – вскрытие гнойника с ликвидацией внутреннего отверстия. В остальных случаях оперативное пособие заканчивается только вскрытием абсцесса.

Характерными признаками свища прямой кишки являются наличие свищевого хода, отверстия в прямой кишке (внутреннее отверстие), свищевого отверстия на коже промежности (наружное отверстие) при полном параректальном свище, перифокальные воспалительные изменения в параректальных клетчаточных пространствах, рубцовые поражения прямой кишки и окружающих свищевой ход тканей.

Как было указано выше, в большинстве случаев инфекция внедряется в параректальную клетчатку через анальные железы или поврежденные участки слизистой прямой кишки. Постоянное инфицирование данной области прямой кишки приводит к развитию хронического воспаления в области входных ворот инфекции. После перенесенного воспаления наступают рубцовые изменения в области входных ворот инфекции с формированием внутреннего отверстия. Ткани указанной области теряют эластичность, и формируется внутреннее отверстие свища, которое облитерироваться не может. Постоянное проникновение инфекции в параректальную клетчатку приводит к формированию рубцово-измененного канала. Заживлению препятствует эпителизация стенок свищевого хода, что мешает спадению их и оставляет просвет открытым для реинфекции. Таким образом, происходит формирование внутреннего свищевых отверстия и хода.

Вокруг свищевого хода формируется защитный барьер, и инфекция может более или менее длительное время находиться в тканях организма, не вызывая обострения заболевания. При ослаблении иммунобиологических сил организма под действием экстремальных факторов (простудные заболевания, переохлаждение, травма, чрезмерная физическая нагрузка и др.) баланс между организмом и микрофлорой свищевого хода нарушается с формированием вспышки острого парапроктита. Это в свою очередь приводит к формированию новых очагов

воспаления в параректальной клетчатке. Таким образом, постоянное инфицирование параректальной клетчатки приводит к возникновению новых очагов дремлющей инфекции, при обострении которой в процесс вовлекаются прилежащие к свищу ткани. Формирование свища происходит в тканях, окружающих дистальную часть прямой кишки, где расположен замыкательный аппарат прямой кишки. Поэтому, чем длительнее происходит сообщение параректальной клетчатки с просветом прямой кишки, тем в большей степени наблюдаются у больных функционально-морфологические изменения.

8.9.1. Виды свищей прямой кишки.

Дистальная часть прямой кишки с замыкательным аппаратом и прилежащими клеточными пространствами являются сложным топографоанатомическим образованием. Сложность обуславливается как большим количеством клеточных пространств, так и их тесной взаимосвязью с замыкательным аппаратом прямой кишки. Поэтому четкое представление в каждом конкретном случае о виде свища, взаимоотношении свищевого хода, его разветвлений и затеков с анальным сфинктером, прямой кишкой и параректальными клетчаточными пространствами позволяет выбрать адекватный метод оперативного лечения.

Согласно классификации, предложенной Научно-исследовательским институтом проктологии МЗ РСФСР [Ю.В.Дульцев с соавт., 1981], свищи прямой кишки по локализации внутреннего свищевого отверстия подразделяют на: передний, задний, боковой. В зависимости от отношения разветвлений свищевого хода и затеков к клеточным пространствам выделяют: подкожный и подслизистый, ишиоректальный, пельвио-ректальный, ретроректальный. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера свищи прямой кишки делятся на: интрасфинктерный (подкожно-подслизистый), транссфинктерный, экстрасфинктерный. В свою очередь экстрасфинктерные свищи прямой кишки имеют различную степень сложности. К I степени сложности относятся свищи с узким внутренним отверстием без окружающего рубцового процесса, гнойников и инфильтратов в проректальных клетчаточных пространствах. Ко II степени сложности относят свищи с узким или широким внутренним отверстием, с рубцами вокруг него, но без воспалительных изменений в параректальной клетчатке. К III степени сложности относятся свищи с узким внутренним отверстием без рубцового процесса вокруг, но с наличием гнойно-воспалительных изменений в параректальных клетчаточных пространствах. К IV степени

сложности относятся свищи с широким внутренним отверстием, окруженным рубцами и с воспалительными инфильтратами и гнойными затеками в околопрямокишечных клетчаточных пространствах.

Кроме того, если имеется одно внутреннее свищевое отверстие, без наружного, свищевые ходы, разветвления, затеки, то свищ именуется как неполный внутренний свищ прямой кишки с указанием отношения свищевого хода к жому заднего прохода, локализации затеков и разветвлений в соответствующих клетчаточных пространствах. В случае наличия недостаточности анального сфинктера указывается степень нарушения держания (I степень – больной не удерживает газы, II степень – жидкий кал, III – больной не может удержать твердый кал).

8.9.2. Клиника.

Основным клиническим симптомом хронического парапроктита является выделение гноя из наружного свищевого отверстия или во время акта дефекации у больных с неполными внутренними свищами прямой кишки.

Для всех свищей прямой кишки характерно волнообразное течение заболевания. Периоды обострения сменяются более или менее стойкими ремиссиями на фоне существующего свища. Во время обострения воспалительного процесса, когда нарушается отток гноя из свищевого хода, у больных повышается температура, усиливаются боли, появляются признаки интоксикации. После вскрытия и опорожнения гнойника указанные явления исчезают, количество отделяемого из раны постепенно уменьшается, и общее состояние больных нормализуется. Однако рана полностью не заживает, и на перианальной коже остается участок раны, через который поступает гнойное отделяемое. Данный участок покрывается грануляциями с формированием наружного свищевого отверстия.

Характер и количество отделяемого из свища зависят от наличия разветвлений, гнойных полостей и активности воспалительного процесса. При коротком, неразветвленном свищевом ходе обычно имеется скудное отделяемое. В случаях, когда свищевой ход дренирует гнойную полость или наступает обострение воспалительного процесса, количество отделяемого увеличивается. У ряда больных с длительно существующими свищами прямой кишки, имеющими широкое внутреннее свищевое отверстие и короткий канал свищевого хода, наблюдается выделение газов и кала через наружное свищевое отверстие.

Болевой синдром не характерен для больных со свищами прямой кишки. Усиление болей наблюдается при нарушении дренажа из очага воспаления и обострении хронического парапроктита. Отсутствие бо-

лей создает впечатление относительного благополучия, так как общее состояние больных при данной патологии, как правило, не нарушается. Однако длительное существование воспалительного очага в области промежности может вызвать раздражительность, бессонницу, головные боли, снижение работоспособности. У некоторых больных наблюдаются невротические реакции. Постоянное выделение гноя, мацерация перианальной кожи заставляет больных избегать общества.

В результате хронического воспаления дистальной части прямой кишки происходит замещение мышечных элементов подслизистого слоя анального канала соединительной или рубцовой тканью. Данное осложнение хронического парапроктита именуется пектенозом (Дульцев Ю.В. с соавт., 1981), который выявляется в виде ригидного гребешка, выступающего в просвет анального канала, или рубцового тяжа, расположенного циркулярно или чаще по одной из его стенок. Интенсивность рубцовых изменений в анальном канале зависит от продолжительности заболевания, частоты обострений и степени сложности свища прямой кишки. В основе пектеноза лежит потеря эластичности стенок анального канала. Клинически может проявляться в виде легких признаков недостаточности анального сфинктера при рубцовом процессе, захватывающем одну из полукружностей анального канала. В данном случае больной не удерживает газы, а иногда и жидкий кал. При циркулярном пектенозе имеются выраженные признаки недостаточности анального сфинктера. Часто она сочетается с сужением анального канала. Больные жалуются на затруднения при опорожнении оформленного кала, недержание жидкого или кашицеобразного.

Самым грозным осложнением хронического парапроктита является злокачественное перерождение свищей прямой кишки. Чаще всего данное осложнение встречается у лиц пожилого возраста с продолжительностью заболевания более 10 лет. Характерными жалобами у больных со свищами прямой кишки, подвергшихся раковому перерождению, являются боли в области промежности постоянного характера при отсутствии задержки в дренаже свища, выделение слизи из наружного свищевого отверстия ложные позывы к дефекации, выделение темной крови из прямой кишки.

8.9.3. Диагностика.

Наличие свища в области промежности не вызывает диагностических затруднений и обычно выставляется самим больным. Однако для адекватного выбора метода оперативного лечения необходимо знать: 1) этиологию заболевания, 2) активность воспалительного процесса, 3) локализацию гнойников, инфильтратов, затеков, 4) расположение

внутреннего отверстия свища, 5) отношение свищевого хода к волокнам сфинктера, 6) функциональное состояние замыкательного аппарата прямой кишки, 7) наличие осложнений хронического парапроктита. Получить ответ на эти вопросы можно только после тщательного клинико-инструментального обследования больного хроническим парапроктитом.

Для обследования данной категории больных необходима специальная комната (эндоскопический кабинет), оснащенная гинекологическим креслом, перчатками, минимальным набором перевязочных средств (шприцы, зажимы, марля, зонды, катетеры), ректальными зеркалами, ректоскопом. Подготовка больного к обследованию заключается в освобождении от каловых масс с помощью клизм дистального отдела ободочной кишки. Ставят две клизмы с интервалом в один час вечером, накануне дня обследования, и в день исследования – еще две. Накануне вечером и в день исследования больной не употребляет пищу.

Дооперационная диагностика включает в себя: опрос больного, осмотр, пальпацию перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, проведение пробы с красителем, зондирование свищевого хода, ректороманоскопию, фистулографию, при необходимости сфинктерометрию и миографию.

Опрос. При сборе анамнеза заболевания необходимо уточнить сроки его возникновения, особенно начала, поэтапное течение, частоту и характер, обострения, ранее проведенное лечение. У больных со свищами прямой кишки, возникших на почве банального парапроктита, обратить внимание, были ли клинические признаки парапроктита и произошло самопроизвольное вскрытие гнояника или абсцесс был опорожнен хирургическим путем. При посттравматических свищах прямой кишки больные отмечают ранее перенесенные операции на прямой кишке или травму костей таза. Больные со специфическими свищами прямой кишки (туберкулез, актиномикоз, сифилис) указывают на лечение по поводу основного заболевания. Необходимо также выяснить, имеются ли сопутствующие заболевания прямой кишки (геморрой, анальные трещины, проктосигмоидит), способствующие формированию параректального свища. Количество гнойного отделяемого из свищевого хода, частые обострения заболевания могут косвенно свидетельствовать о разветвленности свищевых ходов, наличии дополнительных гнойных полостей в околопрямокишечных клетчаточных пространствах. Зуд в области заднего прохода, затрудненный акт дефекации, наличие и степень недержания кишечного содержимого могут указывать на наличие пектеноза и рубцового процесса в анальном канале. Причем, чем чаще происходило обострение хрониче-

ского воспалительного процесса и чем длительнее течение свища прямой кишки, тем чаще встречаются перечисленные осложнения.

Осмотр необходимо производить в хорошо освещенной комнате на гинекологическом кресле в положении, как при операции по поводу геморроя. При осмотре определяют состояние перианальной кожи, локализацию и количество наружных свищевых отверстий, наличие рубцов от ранее перенесенных операций, имеющиеся деформации перианальной области. Наличие мацерации перианальной области свидетельствует о значительном гнойном отделяемом, сопутствующем воспалительном процессе дистального отдела прямой кишки, рубцовой деформации анального канала. Наличие мацерации перианальной области без наружного свищевого отверстия косвенно указывает на наличие неполного внутреннего свища прямой кишки. Локализация и количество наружных свищевых отверстий, удаление их от края ануса не являются решающим в определении вида свища. Однако множественные наружные свищевые отверстия чаще встречаются у больных с многократными обострениями воспалительного процесса и при специфических свищах прямой кишки. Если наружные свищевые отверстия располагаются справа и слева от средней линии, проведенной через анальное отверстие, то со значительной степенью достоверности можно говорить о наличии подковообразного расположения свищевого хода. После осмотра производится забор гнойного отделяемого из свища для бактериологического исследования и определения чувствительности флоры к антибиотикам.

Пальпация перианальной области позволяет выявить наличие свищевых ходов в подлежащих тканях, степень рубцовых и воспалительных изменений. Важным моментом в проведении данного исследования является расслабление больного, при котором возможно определить свищевой ход, идущий от наружного свищевого отверстия до внутреннего. Пропальпировать его полностью возможно при подкожно-подслизистых и чрессфинктерных свищах прямой кишки, имеющих сообщение с просветом ее на уровне подкожной или части поверхностной порции жома заднего прохода. При чрессфинктерных свищах с более высоким уровнем прободения анального сфинктера и экстрафинктерных свищах удастся определить лишь часть свищевого хода в области наружного свищевого отверстия. При пальпации можно определить направление свищевого хода, что помогает обнаружению внутреннего свищевого отверстия. Обращают внимание на смещаемость кожи относительно свищевого хода. При подкожно-подслизистых свищах прямой кишки смещаемость перианальной кожи над свищевым

ходом практически не наблюдается, тогда как при чрессфинктерном расположении ее удастся определить. Пальпацией перианальной области выявляют степень развития рубцового процесса по ходу свища. Так же определяются воспалительные инфильтраты, при пальпации которых усиливаются болевые ощущения и увеличивается количество гнояного отделяемого из наружного свищевого отверстия. Следует отметить, что пальпации со стороны промежности доступны в основном рубцы и воспалительные инфильтраты, расположенные в подкожном и частично ишиоректальном клетчаточных пространствах.

Пальцевое исследование прямой кишки является наиболее простым и вместе с тем самым информативным методом обследования. С помощью данного метода возможно определить состояние замыкательного аппарата прямой кишки, локализацию внутреннего свищевого отверстия, его величину и степень выраженности рубцового процесса вокруг него, наличие пектеноза, пропальпировать свищевой ход, степень выраженности рубцового и воспалительного процесса, выявить сопутствующие заболевания дистального отдела прямой кишки.

Как и при пальпации перианальной области важно расслабленное состояние больного во время обследования. Исследование необходимо проводить очень осторожно, особенно при обострении хронического парапроктита, наличии сужения дистальной части прямой кишки. Для повышения информативности пальцевое исследование необходимо сочетать с пальпацией промежности.

Определение состояния замыкательного аппарата прямой кишки начинается с введения указательного пальца в анальный канал. При этом врач определяет тонус анального канала. Затем просят больного сжать анальный сфинктер — тем самым определяют силу волевого сокращения, наличие участков с пониженной сократительной способностью жома заднего прохода. Полученные данные являются относительными, зависят от опыта исследователя. Но даже на основании этих сведений можно заподозрить имеющиеся функциональные изменения.

При пальцевом исследовании определяют локализацию внутреннего свищевого отверстия, которое, как правило, после банального парапроктита локализуется в одной из анальных крипт. Размер внутреннего свищевого отверстия может быть различным: от точечного, до пропускающего кончик пальца. Обычно, если диаметр внутреннего отверстия не превышает 2 мм, то внутреннее свищевое отверстие считается узким. Большие диаметры внутренних отверстий свища считаются широкими. Если окружающие анальную крипту ткани мягкие, покрытые слизистой оболочкой, то считается, что внутреннее свищевое отверстие без выраженного рубцового процесса. Отсутствие сли-

зистой оболочки вокруг внутреннего отверстия свища, наличие плотных тканей свидетельствуют о развитии рубцового процесса. Пектеноз характеризуется наличием плотных соединительно-тканых образований, охватывающих сегментарно или циркулярно стенку анального канала. Одновременное обследование пальцем прямой кишки и пальпация промежности позволяют определить наличие рубцовых или воспалительных изменений в параректальных клетчаточных пространствах или по ходу свищевого канала. Если удастся пропальпировать свищевой ход от наружного свищевого отверстия до внутреннего, то расположение свища расценивается как подкожно-подслизистое или чрессфинктерное. Когда пальпаторно определяется свищевой ход только у наружного свищевого отверстия, то расположение его экстра-сфинктерное.

Пальцевое исследование прямой кишки позволяет также выявить наличие сопутствующих заболеваний: геморрой, анальные трещины, полипы анального канала.

При передней канализации свищевого хода у женщин пальцевое исследование необходимо сочетать с влагалищным исследованием. Это позволит судить о наличии дополнительных свищевых ходов, инфильтратов, рубцов.

Проба с красителем позволяет судить о проходимости свищевого хода, наличии дополнительных гнойных полостей и локализации внутреннего свищевого отверстия.

Для проведения данного исследования в шприц набирается 3-5 мл 1% раствора метиленовой сини (можно заменить раствором индигокармина или бриллиантовой зелени). В краситель добавляются 5-10 мл 3% раствора перекиси водорода. Затем на всю длину анального канала зажимом вводится марлевая полоска. Под небольшим давлением содержимое шприца вводится в наружное свищевое отверстие. При проходимом свищевом ходе происходит прокрашивание марли. По расположению окрашенного пятна на марлевой полоске можно достоверно судить о локализации внутреннего отверстия свища. Вводить краситель с перекисью водорода под большим давлением не следует, так как это может привести к разрыву стенки свищевого хода или дополнительной гнойной полости и проникновению инфекции в параректальную клетчатку с формированием острого парапроктита. Не прокрашивание марлевой полоски в анальном канале свидетельствует об облитерации свищевого хода, сдавлении воспалительным инфильтратом, либо отсутствии связи с прямой кишкой. С целью дифференциальной диагностики необходимо в течение 2-3 дней провести противовоспалительную терапию (санация свищевого хода, теплые марганцевые

ванночки, мазевые компрессы на промежность) и повторить исследование. По количеству введенного красителя можно судить о размерах свищевых ходов, наличии гнойных полостей. Если при введении красящего раствора сразу происходит прокрашивание тампона, то свищевой ход, как правило, единичный. Когда прокрашивание марлевой полоски происходит после введения 2 мл красителя и более, можно предположить наличие дополнительной гнойной полости либо разветвленной сети свищевых ходов с широким просветом последних.

Зондирование свищевого хода позволяет определить направление свищевого хода, разветвленность его в тканях промежности, отношение свищевого хода к волокнам сфинктера и наличие дополнительных гнойных полостей.

Данное исследование проводят пуговчатым или желобоватым зондом, введенным в свищевой ход в сочетании с пальцевым исследованием прямой кишки. При этом кончик указательного пальца должен быть расположен в области внутреннего свищевого отверстия. Если наружное свищевое отверстие расположено справа от ануса (в положении больного на кресле как для геморроидэктомии), то пальцевое исследование прямой кишки удобнее выполнять правым указательным пальцем. При левостороннем расположении наружного свищевого отверстия – левым. Не допускается насильственное проведение зонда через канал, ибо при этом можно сделать дополнительный ложный свищевой ход.

Направление зонда, введенного в свищевой канал, указывает врачу на локализацию внутреннего свищевого отверстия. Когда имеется полный прямой свищ (подкожно-подслизистый, чрессфинктерный), зонд свободно проникает в анальный канал под углом к его оси. При высоких чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки зонд проходит параллельно анальному каналу, и провести его через весь свищевой ход не удастся. Аналогичные данные получаются при извитых свищевых ходах. По глубине проникновения зонда в свищевой ход можно ориентировочно судить о его длине. Когда имеется несколько свищевых отверстий, следует поочередно их прозондировать для выявления основного. При попадании зонда в гнойную полость отмечается его свободное баллотирование. Толщина мостика тканей между зондом и пальцем, введенным в анальный канал, ориентировочно указывает на отношение свищевого хода к волокнам жома заднего прохода.

Ректороманоскопия является обязательным методом обследования у больных свищами прямой кишки. Позволяет выяснить наличие

сопутствующих заболеваний, детально осмотреть анальный канал, определить величину внутреннего отверстия, его локализацию и степень развития рубцового процесса в стенке кишки в области внутреннего свищевого отверстия. Обследование проводится в коленно-плечевом или коленно-грудном положении, при которых внутренние органы и сигмовидная кишка отходят к головному концу туловища, освобождая полость малого таза. При этом прямая кишка вытягивается, и ее просвет свободно расправляется. Во время ректороманоскопии осматривается вся прямая кишка и дистальная часть сигмовидной кишки, что позволяет выявить сопутствующие хроническому парапроктиту проктит или проктосигмоидит. При свищах прямой кишки на фоне неспецифического язвенного колита или болезни Крона ректоскопия является определяющим диагностическим методом. Выявление сопутствующего проктита или проктосигмоидита у больных со свищами прямой кишки имеет значение для выбора лечебной тактики. Кроме того, данное исследование дает возможность детально осмотреть анальный канал, определить внутреннее отверстие, его величину и локализацию, наличие рубцового процесса в стенке кишки вокруг внутреннего отверстия свища, выявить сопутствующие заболевания анального канала (геморрой, анальные трещины и полипы, криптит).

Фистулография является рентгенологическим методом обследования больных свищами прямой кишки. Результаты данного метода позволяют выявить такие особенности патологического процесса, как форму и разветвленность свищевого хода, наличие гнойных полостей, взаимоотношение свищевого хода с прямой кишкой и костями таза;

Фистулографию необходимо выполнять рентгенологу вместе с врачом, проводившим клинические обследования данного больного. Знания лечащего врача о клинических особенностях свища прямой кишки у обследуемого больного позволят наиболее целесообразно выполнить рентгенологическое обследование. Успех фистулографии во многом зависит от правильной методики исследования и подготовки больного. Подготовка больного заключается в очистке прямой и сигмовидной кишки от каловых масс. Для этого за час до исследования ставится очистительная клизма и за 15-20 мин. до исследования в прямую кишку вводится газоотводная трубка, что способствует более лучшему освобождению кишечника от промывных вод и газа. Больным с обильным гнойным отделяемым из свищевого хода и наличием воспалительных инфильтратов в течение 2-4 дней промывают свищевые ходы раствором антисептиков. Данная подготовка особенно необходима, когда при клиническом обследовании не удалось получить данные о сообщении свищевого хода с просветом анального канала.

Из имеющихся контрастных веществ чаще всего используют йодолипол, который обладает высокой контрастностью и не вызывает побочных явлений. Перед заполнением свищевых ходов необходимо йодолипол нагреть до температуры тела, что способствует уменьшению вязкости препарата и лучшему заполнению свищевых ходов и гнойных полостей. Если во время предварительного введения метиленовой сини отмечается затруднения, то заполнение свищевых ходов лучше производить водорастворимым контрастным веществом с добавлением 1-2 мл 3% раствора перекиси водорода. Максимальный объем информации при фистулографии возможно получить лишь при тугом заполнении свищевых ходов и гнойных полостей контрастным веществом, а также сохранением последнего в их просвете в течение всего времени исследования. Для этих целей применяются катетеры большего диаметра, чем наружное свищевое отверстие, иглы с obturating диском. Однако не всегда возможно добиться надежной фиксации устройства в области наружного свищевого отверстия, что затрудняет тугое заполнение свищевых ходов и гнойных полостей и полипозиционное исследование. Поэтому лучшие результаты получаются при применении набора устройств для рентгенодиагностики. Предложенные устройства позволяют практически во всех случаях проходимых свищевых ходов добиться тугого заполнения просвета свищевых ходов и гнойных полостей контрастным веществом беспрепятственно производить полипозиционные исследования.

Анальный канал, окруженный волокнами сфинктера, не является рентгеноконтрастным. Поэтому проекция маркированных верхней и нижней границ анального канала, сопоставленная с проекцией контрастированных свищевых ходов, показывает взаимоотношение этих образований. Для маркировки границ анального канала применяется ано-контрастор. Достоверным рентгенологическим критерием в определении типа свищей является отношение уровня прободения анального сфинктера ко всей длине контрастированного анального канала. Так, для чрессфинктерных свищей прямой кишки уровень прободения анального сфинктера свищевым ходом соответствует средней трети длины контрастированного анального канала. Для экстрасфинктерных свищей прямой кишки данный уровень соответствует верхней трети длины контрастированного анального канала.

Определение функционального состояния жема заднего прохода позволяет на основании объективных данных характеризовать функцию анального сфинктера. Наличие хронического воспалительного процесса в параректальной клетчатке приводит к дистрофическим изменениям в анальном сфинктере и распаду отдельных мышечных

волокон, что, в свою очередь, ведет к нарастанию склеротического процесса и развитию миофиброза. Это приводит к явным (определяемым клинически) и чаще скрытым признакам недостаточности анального сфинктера. Для определения сократительной способности анального сфинктера используется сфинкте-рометрия, а для топической диагностики – миография.

8.9.4. Клинические формы и дифференциальная диагностика свищей прямой кишки.

В зависимости от отношения свищевого хода к волокнам сфинктера, наличия гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах, активности воспалительного процесса и степени развития рубцового процесса в стенке анального канала и по ходу свища различают следующие виды свищей прямой кишки:

Интрасфинктерные свищи прямой кишки встречаются в 25-35% случаев свищей прямой кишки. Обычно они образуются после самопроизвольного вскрытия или нерадикального оперативного лечения подкожных форм острого парапроктита. Затеки в клетчаточных пространствах (в подкожном и подслизистом) встречаются в 6% случаев. Воспалительные инфильтраты в основном наблюдаются у больных со свищевыми ходами, дренаж гнойного отделяемого по которым нарушен. Рубцовый процесс в стенке анального канала встречается в единичных случаях. Как правило, имеется одно наружное свищевое отверстие в непосредственной близости от края ануса (1-3 см). Функция замыкательного аппарата прямой кишки не страдает.

Чрессфинктерные свищи прямой кишки являются самой распространенной формой хронического парапроктита и составляют от 40 до 45% всех свищей. Характерной особенностью является то, что свищевой ход прободает анальный сфинктер на различном уровне. Прободение подкожной пропорции встречается в 30,7% случаев, поверхностной – в 56,2% и глубокой – в 13,1%. Разветвления свищевых ходов отмечены у 36,4% больных, а дополнительные гнойные полости в 24,4% случаев. Чаще встречаются множественные свищевые отверстия: одно – 79,4%, два – 15,1%, три и более 5,5% больных. В основном наружные свищевые отверстия располагаются от 2 до 5 см от края ануса. Воспалительные инфильтраты в клетчаточных пространствах встречаются в 22,1% случаев. Узкое внутреннее отверстие определено у 72,9% пациентов, а широкое – у 27,1%. Рубцы в области внутреннего отверстия в анальном канале выявляются у 30,8% больных чрессфинктерными свищами прямой кишки. Несмотря на то, что клинических признаков

недостаточности анального сфинктера нет, на основании объективных методов исследования снижение сократительной способности жома заднего прохода определяется у 51,7% больных. Снижение сократительной способности анального сфинктера находится в прямой зависимости как от уровня его прободения свищевым ходом, так и наличия гнойных полостей и воспалительных фильтратов.

Экстрасфинктерные свищи прямой кишки встречаются в 15-25% случаев хронического парапроктита. Эти сложные свищи прямой кишки образуются как следствие ишиоректального, пельвиоректального или ретроректального парапроктита. Характерными особенностями данных форм свищей прямой кишки являются экстрасфинктерное расположение свищевого хода, наличие разветвлений свищевых ходов, рубцового процесса в стенке анального канала и по ходу свища, наличие гнойных полостей в клетчаточных пространствах. Данные типы свищей чаще всего склонны к рецидивированию. В области промежностей имеется выраженный рубцовый процесс как следствие неоднократных обострений хронического парапроктита. Чаще наружное свищевое отверстие располагается в 5-7 см от края ануса. При экстрасфинктерных свищах прямой кишки чаще встречаются два - четыре свищевых наружных отверстия, реже одно или четыре. Гнойные полости и воспалительные изменения в параректальных клетчаточных пространствах встречаются у 56,8% больных. Узкое внутреннее свищевое отверстие определяется у 60,2% пациентов, широкое – у 39,8%. Рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища наблюдаются в 47,9 случаев. При экстрасфинктерных свищах прямой кишки в большинстве случаев отмечается ярко выраженная картина проктита и ирриктосигмоидита. Чаще всего среди свищей прямой кишки у данной категории больных выявляется пектенос и рубцовое замещение мышц анального сфинктера. По степени сложности свищи прямой кишки разделены на 4 группы и удельный вес каждой составляет: I степень – 27,1%, II степень – 16,1%, III степень – 25,0%, IV степень – 31,8%.

Существует ряд заболеваний, одним из проявлений которых является наличие свища в области промежности. К таким заболеваниям относятся эпителиальный копчиковый ход, дермоидные кисты параректальной клетчатки, свищи промежности на почве бартолинита, остеомиелита костей таза, актиномикоза промежности, болезни Крона. Тактика при лечении перечисленных заболеваний отличается от лечения хронического парапроктита.

Эпителиальный копчиковый ход – является дефектом развития кожи, обусловленной неполной редукцией бывших мышц хвоста.

Представляет из себя узкий эпителизированный ход, при задержке отделяемого происходит его нагноение с формированием свища. При этом наружные свищевые отверстия и гнойные полости могут локализоваться вблизи от ануса. Характерной особенностью эпителиального копчикового хода является наличие первичных свищевых отверстий, расположенных в межягодичной складке. При пальпации удастся определить свищевой ход, направленный в сторону первичных свищевых отверстий. Аналогичное направление принимает зонд, введенный в наружное свищевое отверстие. Проба с красителем всегда отрицательная и приводит к прокрашиванию первичных свищевых отверстий. При эпителиальном копчиковом ходе патологии со стороны анального канала (пораженные крипты, наличие внутреннего свищевого отверстия) и слизистой (проктит, проктосигмоидит) не наблюдается. Поставить, правильный диагноз помогает фистулография. Контраст, введенный в наружное свищевое отверстие, заполняет свищевой ход и полости в направлении к крестцово-копчиковой области. Если имеются гнойные полости в параректальной клетчатке, то они локализуются над крестцом или копчиком. Проникновение контрастного вещества в просвет прямой кишки никогда не наблюдается.

Врожденные дермоидные кисты параректальной клетчатки, являются результатом неправильного развития зародышевых зачатков на различных стадиях эмбриогенеза. В третьей стадии своего развития (стадия осложнений) происходит нагноение кист с образованием параректальных свищей. При нагноении кистозного образования клиническая картина идентична таковой при остром парапроктите. В анамнезе у данных больных отмечалась опухоль в области промежности, которая медленно увеличивалась, наблюдались боли, имела анемия «несясной» этиологии, больные неоднократно оперировались по поводу свищей прямой кишки, но наступал рецидив. Указанные особенности характерны для врожденных дермоидных кист. Выделения из кисты обычно умеренные, грязно-мутные, жидкие, иногда с примесью крошковидных творожистых включений, салоподобного детрита или замазкообразных масс. В большинстве случаев дермоидная киста дренируется на кожу (76%), реже в кишку (29%), и в кишку и на кожу (5%). Если при хроническом парапроктите внутреннее свищевое отверстие только одно и располагается в области анальных крипт, то при кистозных образованиях, дренирующих и прямую кишку, внутреннее отверстие значительно больших размеров и расположено вне зоны анального канала. При хронических парапроктитах наружное свищевое отверстие, как правило, располагается на перианальной коже и промежности. Для дермоидных кист свищевые отверстия располагаются как на

коже-промежности, так и в крестцово-копчиковой и ягодичной областях и соответствуют локализации кисты. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике кистозных образований имеет фистулография и проктография. При последней выявляется смещение контуров прямой кишки объемным образованием, причем четкий и ровный контур кишки свидетельствует о ее интактности. Отличаются данные фистулографии при свищах прямой кишки и дермоидных кистах. Для последних характерно наличие короткого, широкого единичного свищевого хода, тогда как при свищах прямой кишки свищевые ходы длинные, разветвленные, узкие. Полость гнойника при параректальных свищах имеет разнообразную форму, неровные контуры, неправильные очертания. Полость при дермоидных кистах имеет четкие очертания, гладкие и ровные контуры.

Свищи на почве бартолинита иногда могут протекать как передний параректальный свищ. Характерной особенностью данных свищей является наличие гнойной полости в области бартолиновой железы, отсутствие связи с прямой кишкой, дренирование в сторону влагища. Проведение фистулографии помогает окончательно поставить диагноз.

Свищи в области промежности на почве остеомиелита костей таза могут протекать под маркой, хронического парапроктита. Длительно существующий воспалительный процесс в области малого таза может вовлечь и прямую кишку. Если хроническому парапроктиту свойственно острое начало в виде острого парапроктита с последующим формированием свища, то остеомиелиту костей таза, как правило, предшествует травма. Отличительной особенностью при остеомиелите костей таза является то, что количество гнойного отделяемого при данной патологии всегда значительное. Тогда как для хронического парапроктита увеличение гнойного отделяемого наблюдается только в период обострения воспалительного процесса. При остеомиелите костей таза с гнойным отделяемым могут отходить секвестры, чего не бывает при свищах прямой кишки. Различна также локализация наружных свищевых отверстий: при хроническом парапроктите они располагаются в перианальной области и промежности, а при остеомиелите – в ягодичной, крестцово-копчиковой и в области бедер. Наружные свищевые отверстия при остеомиелите широкие с разрастанием грануляций вокруг, при параректальных свищах, как правило, точечные. При свищах после перенесенного острого парапроктита остается и четко определяются свищевой ход и внутреннее свищевое отверстие в области крипт, тогда как при остеомиелите костей таза выявить свищевой ход не удастся, а внутреннее отверстие если и есть в прямой

кишке, то оно вне зоны анального канала. Во время зондирования параректального свища зонд направляется к анальному каналу, а при остеомиелите к пораженной кости. Для прокрашивания свищевого хода на почве остеомиелита требуется значительно больше красителя, чем при параректальных свищах. Решающее значение для дифференциальной диагностики имеют рентгенография костей таза и фистулография. На обзорных рентгенограммах костей таза возможно выявление остеомиелитических очагов, а при фистулографии контрастное вещество заполняет разветвленные с широким неравномерным просветом ходы, направленные к очагу поражения.

Актиномикоз параректальной области встречается как осложнение воспалительного процесса параректальной области и является редким заболеванием. Заражение актиномикозом происходит главным образом экзогенным путем и актиномицетам и сапрофитирующим в полости рта и желудочно-кишечном тракте. Микротравмы слизистой оболочки и снижение сопротивляемости организма способствуют проникновению актиномицетов в параректальную клетчатку, где они находят благоприятные условия для развития. Характерными признаками актиномикоза параректальной области являются обширность воспалительного процесса на фоне деформации промежности, множество широких наружных свищевых отверстий, окруженных грануляционной тканью. Обострение актиномикотического процесса встречается так же часто, как обострение банального воспаления при свищах прямой кишки. Субъективно больные могут не замечать период обострения при актиномикозе, тогда как при обострении хронического параректита имеется выраженный болевой синдром, подъем температуры, увеличение гнойного отделяемого. Пальцевое исследование прямой кишки при актиномикозе параректальной области в 30% случаев определяет инфильтрат циркулярно-охватывающий прямую кишку. У половины больных внутреннее свищевое отверстие при актиномикозе не определяется, а у остальных оно представлено воронкообразным углублением широкого диаметра с каллезными, резко болезненными краями. В отличие от большинства банальных свищей прямой кишки при актиномикозе всегда имеются сопутствующие проктит или проктосигмоидит. При фистулографии параректальные свищи на почве актиномикоза выявляются как множественные сети нитевидных ходов, в половине случаев не связанные с просветом прямой кишки. Для данных свищей также не характерны гнойные полости, так как весь патологический процесс локализуется диффузно в подкожной клетчатке. При микроскопическом исследовании выявление друз лучистого грибка или культуры аэробного актиномицета имеет решающее значение в окончательной постановке диагноза.

Свищи при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите являются местным осложнением патологического поражения прямой и ободочной кишки. Свищи прямой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона характеризуются вялым течением. В отличие от банальных свищей прямой кишки они дают периодические обострения воспалительного процесса. В период обострения основного заболевания больные предъявляют жалобы на резкие боли в анальном канале и перианальной области. Для болезни Крона и неспецифического язвенного колита характерны множественные наружные свищевые отверстия без уплотнений и рубцов. Если при банальных свищах прямой кишки внутреннее отверстие располагается в одной из крипт и, как правило, окружено рубцами, то при свищах на почве неспецифического язвенного колита и болезни Крона внутреннее отверстие может локализоваться вблизи или проксимальнее гребешковой линии, иметь форму щели без уплотнений и рубцов вокруг отверстия или вокруг свищевого хода. Наличие гнойных полостей в клетчаточных пространствах не характерно. При неспецифическом язвенном колите и болезни Крона необходимо провести эндоскопическое исследование – ректороманоскопию и колоноскопию. При этом выявляется грубая патология со стороны толстой кишки. При неспецифическом язвенном колите всегда отмечается поражение прямой кишки, поэтому образование свищей аноректальной области считают следствием процесса в прямой кишке. Слизистая толстой кишки у этих больных резко гиперемирована, отечна, покрыта гнойным налетом, мелкозерниста, легко кровоточит при дотрагивании, выявляются эрозии и язвы. При болезни Крона слизистая оболочка прямой кишки не поражена в 50% случаев. У остальных больных на фоне нормальных участков слизистой оболочки толстой кишки встречаются отдельные глубокие язвы и трещины, которые, пересекаясь в различных направлениях, образуют исчерченность, напоминающую булыжную мостовую. Толстая кишка часто деформирована, отмечается тенденция к стриктурам. Для неспецифического язвенного колита характерно отсутствие гаустраций, сглаженность контуров, мелкая зубчатость слизистой оболочки толстой кишки, для болезни Крона – асимметрия и многосегментарность поражения толстой кишки с тенденцией к формированию стриктур, наличие внутренних свищей и трещин, вовлечение в патологический процесс любых отделов желудочно-кишечного тракта.

8.9.5. Лечение свищей прямой кишки.

Единственный радикальный метод лечения свищей прямой кишки является хирургический. Сложность лечения больных хроническим

парапроктитом обусловлена чрезвычайным разнообразием функционально-морфологических изменений. Их обуславливают особенности ветвления свищевых ходов, локализация внутреннего отверстия, отношение свищевого хода к жому заднего прохода, степень развития рубцов, активность воспалительного процесса, что требует индивидуального подхода в выборе метода операции.

Консервативное лечение свищей прямой кишки является паллиативным методом лечения и используется только с целью предоперационной подготовки больного. Консервативное лечение направлено на санацию свищевого хода и ликвидацию воспалительного процесса в параректальных клетчаточных пространствах и на коже промежности. С этой целью несколько раз в день проводят промывание свищевого хода растворами антисептиков, теплые сидячие марганцевые ванны, кожа промежности обрабатывается спиртовым раствором йода, накладываются согревающие полуспиртовые или мазевые компрессы. Проведение указанных мероприятий позволяет добиться реканализации свищевого хода, улучшить дренаж из гнойных полостей, уменьшить или ликвидировать воспалительную инфильтрацию тканей промежности периаанальной кожи.

Немаловажное значение приобретает определение срока оперативного лечения больного с хроническим парапроктитом. При интрасфинктерных свищах прямой кишки операция может быть проведена независимо от сроков, прошедших после вскрытия острого парапроктита или обострения заболевания. Больные с чрессфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки после вскрытия парапроктита должны в течение 2-3 месяцев получить консервативную терапию. В указанные сроки и при правильном амбулаторном лечении происходит стихание активного воспалительного процесса. У лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистая недостаточность, цирроз печени, пиелонефрит) операция должна быть отсрочена для проведения соответствующего лечения. При обострении хронического парапроктита показана экстренная операция. При стойкой ремиссии, когда возникают затруднения в точном определении внутреннего свищевого отверстия и наблюдается облитерация свищевого хода, оперативное лечение откладывается до обострения заболевания.

Предоперационная подготовка заключается в опорожнении кишечника, обработке кожи промежности, санации воспалительных очагов. С момента поступления больного в стационар назначается легкоусвояемая диета, накануне операции больной не ужинает. Ставят по две очистительные клизмы – вечером и утром. Больной в день операции

не завтракает. После последней клизмы на 30 мин в прямую кишку вводят газоотводную трубку для эвакуации промывных вод. Бреют промежность и лобок. До операции область промежности обрабатывают 2 раза в день 1% раствором йода.

При наличии сопутствующего проктосигмоида или проктита назначают микроклизмы с колларголом, свечи, сидячие марганцевые ванночки. Однако следует заметить, что лечение сопутствующих заболеваний воспалительного характера следует проводить в амбулаторных условиях и сочетать с консервативной терапией.

Все больные свищами прямой кишки должны быть оперированы под общим обезболиванием или проводниковой сакральной анестезией. При данных видах обезболивания достигается не только полная анестезия, но и расслабление мышц тазового дна и анального сфинктера, что позволяет более тщательно произвести операцию.

Операцией выбора при интрасфинктерных свищах прямой кишки являются иссечение свища в просвет прямой кишки и иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойного затека.

Иссечение свища в просвет прямой кишки. В наружное свищевое отверстие вводят раствор красителя. Ректальным зеркалом разводят стенки анального канала и осматривают прокрашивание внутреннего отверстия свища. Через свищевой ход проводят желобоватый зонд. По зонду производят рассечение мостика тканей. Затем свищевой ход с прилежащими рубцовыми тканями и внутренним отверстием иссекают. Операционную рану формируют треугольной формы с вершиной в области внутреннего отверстия. Клиновидная форма раны обусловлена тем, что рана анального канала заживает несколько дольше, чем рана периаанальной области. Следует стремиться к тому, чтобы рана равномерно заживала по всей поверхности, иначе возникает угроза формирования неполного внутреннего свища. Операция заканчивается наложением на операционную рану марлевой ленты, пропитанной мазью Вишневского, а в просвет прямой кишки вводится газоотводная трубка.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием гнойного затека. Техника операции аналогична предыдущей. Отличается тем, что производят вскрытие гнойной полости, выскабливают гнойную полость, а при выраженном рубцовом процессе иссекают стенки полости. Место гнойного затека дренируется резиновыми полосками.

При чрессфинктерных свищах прямой кишки операцией выбора является иссечение свища в просвет кишки с вскрытием и дренирова-

тем гнойной полости, иссечение свища в просвет кишки с ушиванием за раны и иссечение свища в просвет прямой кишки с частичным шиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойных полостей.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости должно выполняться у больных рессфинктерными свищами прямой кишки при расположении свищевого хода в подкожной порции жома заднего прохода без скрытых признаков нарушения сократительной способности его и при наличии гнойной полости. Выбор указанного оперативного вмешательства обусловлен малой порцией пересечения анального сфинктера, что не скажется на сроках заживления раны и не препятствует формированию линейного послеоперационного рубца. Функция жома заднего прохода при этом не страдает, так как сократительная способность его не нарушена. В то же время иссечение гнойной полости со свищевым ходом единым блоком обеспечивает адекватное дренирование гнойной полости. Техника операции не отличается от аналогичной при интрасфинктерных свищах прямой кишки.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны. Под понятием ушивания дна раны подразумевается ушивание пересеченных волокон сфинктера. Если же наружное свищевое отверстие располагалось вдали от ануса и при иссечении свищевого хода образовалась рана больших размеров, то швы накладывают на подкожную клетчатку с целью уменьшения размеров раны и сокращения сроков ее заживления. Данный тип операции следует выполнять у больных чрессфинктерными свищами прямой кишки со скрытыми признаками нарушения сократительной способности анального сфинктера независимо от уровня прободения. Кроме этого, показанием к данной операции является прободение свищевым ходом поверхностной или частично глубокой порции жома заднего прохода независимо от функционального состояния последнего. Необходимость ушивания дна раны у больных чрессфинктерными свищами прямой кишки, с функциональным нарушением жома заднего прохода обусловлена тем, что формирование широкого рубца анального канала на незначительной высоте от ануса может явиться причиной развития недостаточности анального сфинктера. В случае пересечения поверхностной или частично глубокой порции жома заднего прохода независимо от функционального состояния анального сфинктера, ушивание дна раны обеспечивает восстановление целостности жома заднего прохода и предотвращает развитие деформации анального канала.

Техника операции: после прокрашивания свищевого хода под контролем ректального зеркала через свищевой ход приводится желобоватый зонд и по нему пересекается мостик тканей. При этом пересекается часть волокон сфинктера. Затем экономно иссекают стенки свищевого хода, особенно в области анального сфинктера. Ране придают форму остrokонечного треугольника с острием, обращенным в просвет прямой кишки. Затем на пересеченные волокна сфинктера накладываются узловыe кетгутовые швы без захвата слизистой оболочки прямой кишки. Дистальный отдел раны также ушивают без захвата кожи. Если имеется несколько наружных свищевых отверстий, их также ушивают. Операцию заканчивают введением марлевой ленты с мазью Вишневского и газоотводной трубкой.

Иссечение свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойного затека показано больным чрезсфинктерными свищами прямой кишки с прободением свищевым ходом подкожной порции анального сфинктера и сниженных показателях сократительной способности, при прободении поверхностной или частично глубокой порции независимо от функционального состояния с наличием гнойных полостей. Выбор данной операции обусловлен необходимостью восстановления пересеченных волокон сфинктера, так как во время операции после иссечения свищевого хода образуется рана значительных размеров и возникает угроза развития недостаточности анального сфинктера. Кроме того, указанное оперативное вмешательство следует выполнять у больных чрезсфинктерными свищами прямой кишки, имеющих скрытые признаки нарушения сократительной способности анального сфинктера с целью максимального сохранения и восстановления мышц жома заднего прохода. Частичное ушивание дна раны вызвано наличием гнойной полости и необходимостью ее дренирования, поэтому швы накладываются лишь на пересеченные волокна сфинктера. Техника операции: свищевой ход прокрашивают и под контролем анального зеркала через свищевой ход проводят зонд. Рассекают мостик тканей между зондом и стенкой анального канала. Затем иссекают свищевой ход и кожно-слизистые края раны. После этого вскрывают полость гнойника в параректальной клетчатке, прокрашенная красителем. При значительном удалении гнойной полости от свищевого хода первый может быть вскрыт отдельным разрезом. Полость гнойника выскабливается острой ложкой, стенки полости иссекают в пределах здоровых тканей. На пересеченные волокна сфинктера накладываются узловыe кетгутовые швы. Рану промежности и в параректальной клетчатке не ушивают, что позволяет осуществить полноценный дренаж вскрытой гнойной

полости. Операцию заканчивают введением мазевой повязки в анальный канал и полость. Выбор метода операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки зависит от степени сложности. При I степени сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки предпочтительнее выполнять иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала. Преимуществом данной операции является ликвидация внутреннего отверстия свища без повреждения жома заднего прохода. Техника операции: после прокрашивания свищевого хода окаймляющими разрезами в области наружного свищевого отверстия выделяют свищевой ход в виде тяжа до стенки прямой кишки и отсекают. Если имеется гнойная полость в параректальной клетчатке, ее выскабливают ложечкой, а стенки полости иссекают до здоровых тканей. Вскрытый и иссеченный гнойник широко дренируют из промежности. Затем в просвет прямой кишки вводят ректальное зеркало и производят дивульсию сфинктера. В подслизистый слой анального канала для гидравлической препаровки слизистой вводят 15-20 мл 0,25% раствор новокаина. Полулунным разрезом по переходной складке анального канала отсепаровывают слизисто-мышечный лоскут выше внутреннего отверстия на 3-4 см., клеммой Алиса лоскут отводят в противоположную сторону. Внутреннее отверстие выскабливают ложкой Фолькмана, обрабатывают спиртовым раствором йода и накладывают два ряда кетгутовых швов. Мобилизованный лоскут фиксируют в анальном канале с таким расчетом, чтобы внутреннее свищевое отверстие располагалось вне анального канала. Несколькими шелковыми швами фиксируют лоскут к перианальной коже. Избыток слизисто-мышечного лоскута отсекают после нормализации стула, приблизительно на 10 - 12-й день, когда раневые поверхности плотно слипаются и не следует бояться ретракции лоскута. Рану промежности частично ушивают или ведут открытым методом на тампонах. После операции в прямую кишку вводят газоотводную трубку и мазевый тампон.

У больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки II степени сложности необходимо выполнять операцию *иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием сфинктера*. Выполнить данную операцию у этой категории больных следует из тех соображений, что имеется выраженный процесс в области внутреннего свищевого отверстия. Ликвидировать его другими способами не удастся, а при благоприятном течении послеоперационного периода рана анального канала и сфинктера заживает линейным рубцом. Техника аналогична операции при чрессфинктерных свищах прямой кишки.

При III степени сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки необходимо выполнять *иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала или иссечение свища с проведением лигатуры*. Возможность проведения данных оперативных вмешательств обусловлена отсутствием рубцового процесса в анальном канале вокруг внутреннего свищевого отверстия. Однако, если даже имеется незначительный рубцовый процесс в анальном канале, операцией выбора у больных экстрасфинктерными свищами III степени сложности является лигатурный метод. Проведение лигатуры имеет существенный недостаток – формирование грубого рубца анального канала, препятствующего его герметичному смыканию.

Техника операции иссечения свища с проведением лигатуры: свищевой ход прокрашивают красителем. Окаймляющим разрезом на коже промежности у наружного свищевого отверстия свищевой ход выделяют в виде тяжа. При наличии гнойной полости ее выскабливают и иссекают стенки до здоровых тканей. Рану обрабатывают 1% спиртовым раствором йода. В прямую кишку вводят ректальное зеркало. На стенке анального канала вместе с внутренним отверстием свища и перианальной кожей иссекают узкую полосу слизистой оболочки. Через рану после иссечения свища и внутреннего отверстия проводят на зажиме лигатуру. В сформированное для нее ложе укладывают лигатуру и тонически затягивают. Нить обеспечивает равномерное сжатие волокон сфинктера, которые за лигатурой постепенно срастаются. Суть метода сводится к постепенному перерезыванию анального сфинктера с последующим заживлением. Дистальную часть раны ушивают наглухо, а проксимальную тампонируют газоотводной трубкой и полоской с мазью Вишневского.

При экстрасфинктерных свищах прямой кишки IV степени сложности единственно приемлемым является *лигатурный метод*, так как обширный рубцовый процесс в анальном канале и по ходу свища при наличии активного гнойного процесса в параректальных клетчаточных пространствах не позволяет произвести другую операцию.

Послеоперационное ведение больных. Залогом успешного лечения больных со свищами прямой кишки в послеоперационном периоде являются полноценное обезболивание и тщательные перевязки. После операции иссечения свища без ушивания дна раны или частичном ушивании, иссечении свища с проведением лигатуры задержку стула, как правило, не производят. Проведенная подготовка кишки перед операцией, ограничение пищи в послеоперационном периоде способствуют задержке стула на 4-5 дней. Однако у пациентов со склонно-

стью к частому стулу (при гипертоническом типе моторики или сопутствующих воспалительных заболеваниях прямой кишки) необходимо назначать сульфаниламидные препараты (фталазол, сульгин), которые предотвращают акт дефекации в ранние сроки.

Обезболивание необходимо осуществлять в течение ближайшей недели после операции, что обеспечивает улучшение общего состояния больного, нормализует кишечную перистальтику, восстанавливает самостоятельное мочеиспускание.

Режим в послеоперационном периоде в целом активный, но в деталях зависит от метода операции. В тех случаях, когда во время операции пересекалась значительная порция сфинктера с последующим восстановлением его целостности, а также пластических операций необходимо проводить задержку стула 6-8 суток. С этой целью, кроме ограничения приема пищи назначают сульфаниламидные препараты (сульгин, фталазол) и антибиотики (левомицетин).

Первому стулу у больных после операции по поводу свищей прямой кишки должна предшествовать встречная клизма. За сутки до этого больным расширяется диета и назначается вазелиновое или подсолнечное масло (по 30-40 мл 2 раза в день). В тех случаях, когда производилась задержка стула, опорожнение прямой кишки производят с помощью сифонной клизмы, которую выполняет лечащий врач. В последующем необходимо следить за регулярностью опорожнения кишечника.

Перевязки больным производятся ежедневно. Первая перевязка выполняется спустя 24 часа после операции. Через газоотводную трубку в прямую кишку вводят 10 мл жидкой мази Вишневского и удаляют трубку. Затем обильно смачивают тампон перекисью водорода и извлекают турунду из анального канала. В случаях ушивания раны или перемещения слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки необходимо особенно тщательно следить за состоянием раны.

При ушивании сфинктера или пластическом закрытии внутреннего отверстия свища ранний активный режим не желателен.

Глава 9.

ЗАПОРЫ

Запор – «широко распространённое явление, но при всех обстоятельствах оборачивается печальным тяжёлым обременительным вредом для пациента» [Strahl, 1851]. Это утверждение, сделанное в XIX веке, ни в коей мере не утратило своей значимости с течением времени. Более того, многие люди не рассматривают опорожнение кишечника объективно и откровенно, несмотря на то, что запор влечёт за собой серьёзные последствия. Значительные проблемы в исследованиях, посвященных опросу больных, свидетельствуют о больших трудностях и часто встречаемых проблемах, связанных с актом дефекации [Runge, 2000]. Больные годами не делятся своими проблемами из чувства стыда. Однако не только пациенты, но иногда даже врачи избегают обсуждения проблем, связанных с нарушением акта дефекации.

Но сегодня, в связи с увеличением населения пожилого возраста и, в связи с этим, частоты запоров, комплекс симптомов запора является центральным в повседневной врачебной практике. Хотя в лечении нам уже больше не нужны желанные «чудодейственные пилюли», рекламируемые в книге доктора Штраля (Strahl) как «истинные причины привычных запоров и наиболее надёжные лекарственные средства».

Современные представления о лечении запора основываются на методах специальной диагностики и тщательном терапевтическом подходе. Незамедлительное назначение слабительных является простым, но, безусловно, ложным терапевтическим путем.

Слабительные часто выписываются и применяются безосновательно. Наиболее часто используются слабительные раздражающего типа действия. Это утверждение справедливо как для самолечения, так и для врачебных рекомендаций. Причиной активного употребления слабительных являются ложные представления о значении частоты стула для дефекации: до 50% женщин и до 25% мужчин жалуются на якобы задержку стула. Добавим, что пренебрежение возможными побочными эффектами увеличивает бесконтрольное использование слабительных.

Нет оснований для замалчивания проблем, связанных с запором: проблемы дефекации существуют, они обременительны и снижают качество жизни. Однако эту проблему нельзя оставлять на усмотрение пациента или отдельных «гуру от медицины», или же рекомендаций, содержащихся в рекламе журнала. Врачи, фармацевты и обслуживающий медицинский персонал должны принимать во внимание все факторы, особенно у пожилых пациентов: это означает специфическую диагностику и соответствующее комплексное лечение.

Запор – это довольно неопределенный термин, используемый пациентами и врачами в различном значении [Talley, 1997]. Считается, что запор, развившийся в течение нескольких часов, дней или недель, определяется как острый запор, а запор, продолжающийся более трёх месяцев, согласно клиническому опыту, как хронический.

В медицине «нормальной» (согласно прежним исследованиям пациентов без гастроэнтерологических заболеваний) считают частоту дефекаций от трех раз в день до трёх раз в неделю [Rendtorf, 1967]. Среди населения частота дефекации один раз в день обычно рассматривается как норма. Однако лишь только 1/3 населения имеет такую частоту дефекации, а у 3/4 имеется регулярная дефекация один раз в два дня. Отмечено, что частота дефекации в общей популяции населения достоверно реже у женщин, чем у мужчин, при этом достоверно у большего количества мужчин, чем у женщин, дефекация происходит чаще, чем 1 раз в день.

Длительное время запор трактовали как продолжительную задержку содержимого кишечника в пищеварительном тракте или задержку эвакуации твердого кала [Schettler, 1987]. Однако частота эвакуации каловых масс имеет индивидуальные вариации. Дефекация необязательно коррелируется с диагнозом запор, но такие симптомы, как боль, натуживание при дефекации или другие трудности, связанные с актом дефекации, являются более важными, чем твердый стул или чувство неполного опорожнения [Gattuso, 1993; Towers, 1994; Leung, 1996; Velio, 1996; Tramonte, 1997; Koch, 1997].

Следующей характерной чертой любого запора является уменьшение содержания воды в кале вследствие длительного пребывания содержимого в толстой кишке. Вес и количество воды в стуле, а также гастроинтестинальное время транзита учитываются для определения запора и постановки его диагноза.

В 1988 и вновь в 1998 гг. Международной группой экспертов детально рассмотрены симптомы функциональных гастроинтестинальных заболеваний («Римские критерии»). Группа экспертов пришла к выводу, что диагноз хронического запора следует ставить при наличии не менее двух следующих симптомов:

- отсутствие дефекации на протяжении не менее 25% нормального времени испражнения;
- наличие запора не менее 12 месяцев без применения слабительных;
- есть необходимость натуживания;
- твердый или комковатый стул;
- ощущение неполного опорожнения;
- две и меньше дефекации в неделю [Whitehead, 1991, Thompson, 1994 и 1999].

Если суммировать различные мнения, хроническим запором является хроническая блокада каловых масс с задержкой стула в толстой кишке продолжительное время (колоностаз), снижение частоты дефекации (менее 3-х раз в неделю), снижение количества стула (менее 35 грамм в день) и затруднённая, нерегулярная и часто болезненная дефекация твердым калом. Таким образом, симптомы запора также связаны с частотой стула («недостаточно часто»), количеством стула («очень мало»), консистенцией стула («очень твёрдый») и симптомами дефекации («очень трудно, очень болезненно»).

Люди пожилого возраста часто не удовлетворены формой и частотой их дефекаций: около 20% из них старше 60 лет сами жалуются на запор, и почти 40% жалуются, когда их непосредственно об этом спрашивают [Long, 1981]. Запоры, таким образом, одна из основных жалоб людей пожилого возраста. Это объясняет неконтролируемое, повышенное потребление слабительных пожилыми людьми: половина людей старше 65 лет использует слабительные [Huams, 1974; Loizeau, 1986]. Женщины чаще страдают запорами, чем мужчины.

Нормальный стул содержит 70% воды (Martini, 1973). При содержании 85% воды стул полужидкий и при 90% – жидкий. Плотный кал при запоре содержит лишь около 60% воды. Содержание жидкости зависит от времени транзита по кишечнику, которое, в свою очередь, определяется характером и количеством пищи.

От 4 до 6 часов после приёма пищи содержимое кишечника продвигается из тонкой кишки в слепую кишку благодаря сильным перистальтическим волнам. Слепая кишка является начальной частью толстой кишки. Толстая кишка 1,5-2 м длиной и окружает тонкую кишку как рамка. Её диаметр, обычно больше диаметра тонкой кишки.

Последовательное продвижение по толстой кишке обеспечивается мощными кишечными движениями. Это в значительной мере зависит от степени наполнения кишечника, т.е. движения, стимулирующие постепенное продвижение содержимого кишечника, возникают только при достаточном наполнении толстой кишки. Главное предназначение толстой кишки состоит в концентрации ее содержимого, что обеспечивается благодаря способности слизистой оболочки абсорбировать электролиты и воду – около 2-х литров в день – и ферментировать целлюлозу. Бактериальная флора расщепляет белки и углеводы до уровня их конечных продуктов в слепой кишке и восходящем отделе толстой кишки.

Толстая кишка взрослого человека содержит 10^{11} бактерий более 400 различных штаммов и подвидов, общий вес которых достигает 1-1,5 кг. При нормальном балансе микробиоценоза протеолитические и

сахаролитические бактерии «работают» содружественно, метаболизируя в толстой кишке углеводы и белки до конечных продуктов распада белка и неперевариваемых углеводов.

Толстая кишка и её бактериальная флора физиологически едины: расстройства в этой системе могут привести к многочисленным симптомам и нарушениям метаболизма. Любое изменение баланса бактерий в толстой кишке может, при неблагоприятных условиях, вызвать дисбаланс витаминов, например, фолиевой кислоты, биотина, и вследствие этого на определенные процессы метаболизма.

Содержимое толстой кишки относительно быстро продвигается по поперечной ободочной и нисходящему отделу толстой кишки в сигмовидную кишку за счет трёх-четырёх перистальтических волн. Содержимое толстой кишки остаётся здесь для дальнейшего всасывания воды. Только когда сигма достаточно заполнена, начинается акт дефекации.

Существует ряд требований для физиологической эвакуации фекалий в норме: необходим достаточный объём стула для того, чтобы перистальтика толстой кишки и ректальный рефлекс адекватно стимулировались. Нормальная ректальная чувствительность также необходима для определения присутствия стула, чтобы запустить рефлекс эвакуации. Посредством условного рефлекса осуществляется сильное сокращение сигмовидной кишки таким образом, что стул выдавливается в прямую кишку. Активация акта дефекации происходит при заполнении прямой кишки: сокращении мышц живота, опущении диафрагмы и сокращении подъёмной мышцы ануса (*levator ani*), в результате чего, наконец, анальный сфинктер открывается и выделяется кал.

К развитию запоров может привести целый ряд причин, которые в отдельности и в совокупности могут вызвать запоры у пациентов. Различные запоры могут быть классифицированы в зависимости от этиологических факторов [Lennard-Jones, 1994]:

- запоры, вызванные ситуационными или экзогенными факторами (т.е. образом жизни, для которого характерны стресс, нарушения питания, малоподвижный образ жизни);
- запоры, вызванные приёмом лекарств (опиаты, анальгетики и др.), частая причина запоров; и этому часто уделяется недостаточное внимание, особенно у пожилых пациентов;
- запоры как вторичное заболевание или при органических заболеваниях внутренних органов: запор при гормональных, нейрогенных психосоматических или психических заболеваниях (гипотиреоз, болезнь Паркинсона, депрессия);
- запор вследствие замедления транзита по толстой кишке («ленивая» толстая кишка);

- запор вследствие болезней анальной области (т.е. геморрой, анальные трещины, грыжа прямой кишки, внутреннее выпадение прямой кишки).

В дополнение к вышеупомянутому существует так называемый идиопатический запор (беспричинный, неизвестного происхождения), относительно часто встречающийся у пожилых людей и охватывающий все случаи, при которых патофизиологические причины не установлены. В этих случаях некоторую роль играют возрастные физиологические изменения. Морфологическая структура, двигательная активность, секреция, иммунная система и кишечная микрофлора с возрастом изменяются [Schreckenber, 1997].

Также с возрастом ослабевает рефлекс акта дефекации, что объяснимо с точки зрения физиологии возраста [Roscb, 1983]. В совокупности все это приводит к снижению чувствительности в прямой кишке [Reboa, 1984] и ее мышечной слабости. Все перечисленное приводит к нейропатическим изменениям в аноректальной зоне. Старые люди часто не чувствуют наполнение прямой кишки калом и не ощущают позывов к дефекации. Следствием этого является задержка кала в прямой кишке. Старым людям, таким образом, необходим больший объем наполнения прямой кишки для достижения рефлекса расслабления внутреннего анального сфинктера и ощущения необходимости дефекации или ощущения боли в прямой кишке.

Время транзита по толстой кишке не должно изменяться в пожилом возрасте. Однако в связи с физиологическими изменениями существует ряд факторов, влияющих на двигательную активность толстой кишки и время транзита по ней у пожилых пациентов [Lux, 1992]: состояние психики (т.е. подавленность рефлекса дефекации).

Малоподвижность, болезни, типичные для пожилого возраста (например, болезнь Паркинсона) взаимодействие различных болезней, типичных для пожилых больных лекарства и их взаимодействие факторы окружающей среды возрастные изменения пищеварительного тракта.

Возрастные изменения пищеварительного тракта:

- двигательная активность: снижение жевательной функции и функции сфинктеров, возрастное ослабление рефлекса дефекации, неизменность времени транзита;

- уменьшение секреции слюнных желез, желудка и поджелудочной железы;

- иммунная система: снижение функции Т-лимфоцитов;

- микрофлора кишечника: уменьшение количества бифидобактерий.

Если стабильная в течение многих лет частота дефекации изменяется, на это следует обратить внимание. Необходимо исключить органическое поражение, особенно в случае недавно развившихся кратковременных нарушений обычной дефекации у пациента с острой задержкой стула (т.е. опухоль, ограниченный перитонит, грыжа). Возможной причиной могут быть заболевания аноректальной области. Паралитический илеус (кишечная непроходимость), а причины, приводящие к его возникновению, также могут способствовать острому запору.

Причины, которые способствуют возникновению запора, следует тщательно изучать, т.к. причины, как будто не заслуживающие особого внимания, могут привести к серьёзным заболеваниям.

Новое лекарство, изменения привычек питания, физической активности (кратковременный постельный режим) и даже психосоциальные факторы (новая окружающая среда, поездка) могут привести к запорам.

Хронический запор встречается у пожилых людей гораздо чаще острых запоров. Нормальное время транзита у здоровых людей в среднем составляет 24-48 часов (до 60 часов). Время транзита более 60-120 часов может быть зарегистрировано при хронических запорах [Hotz, 1995].

Хронический запор у пожилых людей – это не отдельная болезнь, а признак или симптом заболевания [Whitehead, 1991]. Поэтому любая форма запора должна рассматриваться как симптом определённой болезни, требующий дальнейшей как диагностики, так и лечения в рамках основного заболевания. Возможными патологическими причинами могут быть:

- индивидуальные особенности пациента «субъективно воспринимаемый запор»;
- нарушение приёма и характера пищи и образа жизни (стресс, игнорирование позывов к дефекации);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (болезни толстой кишки): синдром раздражённой толстой кишки, дивертикулёз, склеродермия;
- нарушение эвакуации из прямой кишки (расстройства дефекации): заболевания прямой кишки (выпадение прямой кишки, грыжа прямой кишки) и слабость мышц живота (например, при эмфиземе, асците и чрезмерном ожирении); анальный спазм;
- неврогенные: болезни позвоночника, болезнь Паркинсона, паралитический синдром, инсульт;
- психиатрические: депрессия, деменция;

- метаболически-эндокринные: диабет, гипотиреоз, гиперпаратиреоз, гипокалиемия;
- лекарства и их неправильное применение (например, слабительных);
- отравление (свинец, мышьяк, ртуть);
- функциональная недостаточность (малоподвижность, болевой синдром).

Предполагаемый согласно описанию пациента запор («субъективно воспринимаемый запор») отличается от истинного хронического запора, поскольку гораздо больше людей субъективно полагают, что они страдают запором, чем это объективно подтверждается в ходе обследования.

При субъективно ощущаемом запоре пациент (часто невротически) фиксирует свое внимание на работе кишечника, частота и консистенция стула не соответствуют его ожиданиям, в то время как данные обследований соответствуют нормальным показателям.

Завтрак на ходу или же слишком быстрая еда неблагоприятно влияют на желудочно-кишечный рефлекс. Если дефекация сознательно задерживается, несмотря на имеющиеся позывы к дефекации, репеторная чувствительность толстой кишки адаптируется к возрастающему давлению. Со временем необходимо всё большее давление для начала позыва к дефекации. Это обычно одна из важных причин роста случаев запора в настоящее время. В этой связи поездка (недостаточность гигиенических условий, необычные условия туалета), стресс, важные встречи могут приводить к постоянной задержке дефекации и в конечном итоге к запорам. Пожилые пациенты также сталкиваются с физическими трудностями (лишнее посещение туалета, длительное пребывание на унитазе, натуживание, сопровождаемое головокружением, слабостью, сердцебиением), вследствие которых необходимо подавлять позыв к дефекации, что в результате может привести к запорам. Вышеописанные случаи могут иметь место у здоровых и зависят от культуры семьи, ошибочных знаний для оценки процессов нарушения и формирования заболевания.

У целого ряда препаратов в качестве побочного эффекта может наблюдаться запор, а сами лекарства могут вызывать запоры, причем механизм обстипационного действия различен. Опиоиды замедляют транзит по кишечнику, увеличивая сегментарное сокращение в толстой кишке. Содержимое толстой кишки уплотняется. Антихолинэргические средства вызывают запор, ингибируя холинэргическое стимулирующее влияние на гладкие мышечные клетки, в то время как психотропные препараты, такие как трициклические антидепрессанты

или бензодиазепины, могут воздействовать на сократительную способность желудочно-кишечного тракта через центральное подавление вегетативных функций.

Целый ряд причин вызывает запоры у пожилых пациентов. Одновременный приём нескольких препаратов, а также при изменениях метаболизма лекарств у пожилых усиливает и поддерживает запоры. Поскольку число используемых лекарств растёт, вероятность побочных эффектов препаратов (в т.ч. и запоров) также увеличивается.

Лекарства при болезни Паркинсона (антихолинэргические препараты – бипериден, допаминэргические – бромокриптин)

Антациды (содержащие гидроксид алюминия или карбонат кальция)

Антихолинэргические препараты (спазмолитики)

Антидепрессанты (амитриптилин, циталопрам, флюоксетин, имипрамин)

Нестероидные противовоспалительные препараты (антиревматические – напроксен, ибупрофен)

Анальгетики (кодеин, морфин, производные морфина – петидин, метадон)

Противоязвенные препараты (блокаторы протоновой помпы, т.к. омепразол, суцральфат, соединения висмута; H_2 -блокаторы, т.к. фамотидин, ранитидин)

Противоэпилептические лекарства (т.к. этосуксимид, топирамат) **Антигипертензивные лекарства** (бета-блокаторы – т.к. ацебутолол, атенолол; антагонисты кальция – т.к. нифедипин; антиадренэргетические препараты центрального действия – т.к. клофелин; блокаторы рецепторов ангиотензина II, т.к. лозартан)

Сердечные препараты (АПФ ингибиторы – т.к. каптоприл)

Противотуберкулёзные лекарства (т.к. изониазид)

Антибиотики (ингибиторы гиразы – т.к. грепафлоксацин; цефалоспорины – т.к. цефпиром)

Системные антифунгицидные средства (т.к. кетоконазол)

Подавляющие кашель (т.к. кодеин и его производные)

Препараты железа (т.к. соли железа-II и железа-III)

Симпатомиметики (амезин)

Гестагены (т.к. аллилестренол, медрогестон)

Химиотерапевтические препараты (т.к. доцетаксель, винкристин, винбластин)

Диуретики (т.к. амилорид хлористоводородный, торасемид, салуретики)

Липидоснижающие препараты (ионообменные – т.к. коlestипол, холестирамин)

Нейролептики (фенотиазины – т.к. хлорпромазин, тиоксантины, бутирофенон или дибензодиазепин-хлоразепин)

Рентгенконтрастные средства (соли бария)

Ингибиторы тромбоцитов (т.к. клопидогрел)

Почечный чай (листовой чай медвежьих ушек)

Обычный чай!

Транквилизаторы (буспирон, клобазам)

Мышечные релаксанты (т.к. баклофен)

Препараты для лечения заболеваний простаты (т.к. доксазолин, финастерид, тамсулозин)

Урологические препараты (т.к. толтеродин, оксibuтинин)

Препараты при глаукоме (т.к. тимолол)

Слабительные (при наличии зависимости)

9.1. Клинические проявления и симптомы.

Важность хронических запоров у пожилых людей имеет особенно большое значение в связи с тремя нижеизложенными причинами [Muller-Lissner, 1999]:

- Пациенты, страдающие запором, ощущают тяжесть и дискомфорт. Дефекация плотным калом иногда сложна и болезненна. Это создает психические и социальные проблемы.

- Постоянное натуживание приводит к системному расслаблению мышц малого таза, нарушению иннервации тазового дна, слабости наружного анального сфинктера, т.е. возникновению ситуации, предрасполагающей к выпадению прямой кишки. Наличие геморроя более часто ассоциируется с хроническими запорами [Jobanson, 1992].

- У пациентов, находящихся на постельном режиме и обусловленной этим ограниченной подвижностью, в толстой кишке может уплотняться стул до такой степени, что может произойти полная окклюзия просвета кишки (механическая непроходимость).

Клиническая картина запоров чрезвычайно разнообразна. Как в пожилом, так и старческом возрасте индивидуальная реакция на запор может быть крайне вариабельной. Тревожное состояние, заболевания сердца, вагусные абдоминальные симптомы у пожилых людей часто могут приводить к запорам.

Многие пожилые люди чувствуют при наличии запора, что они «как будто отравлены». У них наблюдаются депрессия, подавленность, головная боль и головокружение, чувство беспокойства, нехватки воздуха – всё это исчезает после акта дефекации. У больных имеют место местные симптомы, такие как метеоризм и абдоминальные колики, часто отмечается острая боль.

Вероятно, общими симптомами при хронических запорах являются слабовыраженные абдоминальные боли, различные по своей интенсивности и природе, без конкретной локализации. Чаще всего они наблюдаются в дневное время. Чувство переполнения, метеоризм, вздутие живота («слишком много воздуха в желудке») ассоциируются с запорами [Nilius, 1995]. Эпизодически бывает изжога, снижение аппетита, бессонница, депрессивное настроение [Hafter, 1978].

Больные, страдающие запором, часто имеют психические симптомы. Депрессия, тревога, навязчивые идеи, симптомы ипохондрии или истерии чаще встречались среди женщин [Devroede, 1989].

Алая кровь в стуле обычно свидетельствует об анальных повреждениях, таких как трещины или геморрой. Такие заболевания заднего прохода или ануса встречаются у большинства больных при постоянных запорах в течение нескольких лет. Однако симптом «кровь в стуле» настолько серьёзен, что дальнейшее обследование абсолютно необходимо почти во всех случаях. При исследовании кала на скрытую кровь следует принимать во внимание, что целый ряд причин может дать ложный результат [Caspary, 1999].

Одним из осложнений при запорах является копростаз (уплотнение фекальных масс). Копростаз встречается во всех возрастных группах, особенно часто ему подвержены больные, находящиеся на постельном режиме, в том числе требующие постоянного ухода, особенно находящиеся в стационарах [Wright, 1986; Allesse, 1988; Gurl, 1995]. В целом 42% гериатрических пациентов, находящихся в больницах, время от времени испытывают трудности с дефекацией [Read, 1985; Wrenn, 1989]. Уход за ними требует повышенного внимания медсестёр и финансовых расходов [Gupta, 1983; Read, 1985].

Уплотнение каловых масс (костопораз) и его последствия:

- потеря аппетита;
- гастроинтестинальные симптомы (тошнота, рвота);
- абдоминальные боли, вначале коликообразные, затем диффузные;
- недержание кала, «парадоксальная диарея», мажущий жирный стул;
- острые состояния спутанности сознания, вплоть до госпитализации в психиатрические больницы («ректо-цефалический рефлекс»);
- задержка или недержание мочи вследствие давления переполненной ампулы прямой кишки на шейку или сам мочевого пузырь;
- ректальное кровотечение из язв, вызванных копростазом;
- механическая кишечная непроходимость, требующая хирургического вмешательства;
- перитонит.

9.2. Диагностика.

На практике оправдано обследование больных по образцам протоколов, которые заполняются по специальной форме соответственно этапу обследования

1. Базисная диагностика:

- история болезни (дефекация, пищевые и питьевые особенности, если необходимо, дневник приёма пищи, физическая активность, лекарства, психические заболевания, слабительные, семейный и социальный анамнез);
- состояние здоровья и психическое обследование, уровень мышления депрессия);
- ректальное пальцевое исследование;
- исследование стула и анализ кала (осмотр и количественное исследование стула, оценка его формы и других патологических признаков);
- ректороманоскопия (трещины, геморрой и другие изменения);
- лабораторная диагностика (гипотиреоз, дегидратация, гипокаталемия, гиперкалемия, кровь в стуле).

2. Дальнейшая диагностика – колоноскопия измерение времени транзита, дополнительное гинекологическое исследование, дополнительное невролого-психиатрическое исследование, особые исследования (аналометрия, измерения ректальных данных, электромиография стрипарной мышцы тазового дна, вес стула).

Рекомендуется диагностические мероприятия проводить в соответствии с терапевтическими подходами, поскольку часто жалобы больного уменьшаются или исчезают при простых единичных мероприятиях. Однако, если нет улучшения после простых мер, абсолютно необходимо продолжить диагностику, Как можно более точный диагноз является основным требованием для лечения запоров. Карцинома не должна быть пропущена ни в коем случае.

Вышеперечисленные исследования и дальнейшая диагностика в большинстве случаев должны выполняться под контролем врача-специалиста или в специализированных центрах. Для лечения запоров у большинства пожилых людей нет необходимости проводить столь многочисленные диагностические обследования. Эти специальные обследования более полезны для выявления сопутствующих заболеваний, чем выявление и постановка диагноза хронического запора [Muller-Lissner, 1999].

Если обычное лечение основной болезни, которой сопутствует запор, невозможно или недостаточно, показано соответствующее сим-

птоматическое лечение с целью улучшения качества жизни и предотвращения осложнений.

Если обычные меры, связанные с измененным образом жизни пожилых людей оказываются безуспешными, существуют различные виды лечения и терапевтические процедуры.

Общие меры: медицинские консультации и дополнительные терапевтические мероприятия.

Увеличение активности: умственной и физической.

Питание: включение в рацион пищевых волокон, достаточного количества жидкости.

Слабительные.

Лечение одного органа недостаточно при запоре, под влиянием врачебных рекомендаций у пациента должен измениться образ и стиль жизни. У пожилых людей часто наблюдается комбинация факторов, способствующих развитию запоров, таких как недостаточная подвижность, дефицит пищевых волокон в диете, приёма жидкости и употребление большого числа лекарств.

Одной из серьезных причин запора являются тяжелые заболевания и психические отклонения у больных. Поэтому первым этапом лечения должна всегда быть как можно более подробная просветительная беседа о причинах запора. Это означает ободряющее объяснение больному, что его основная болезнь не имеет признаков органических нарушений. У пациента возникают следующие вопросы о его акте дефекации: «Как часто?» и «Как много?», которые требуют детальных ответов, поскольку ложные представления у пациента о частоте дефекации и количестве кала являются начальной точкой для постоянного приёма слабительных. В частности, необходимо подчеркнуть, что ежедневная дефекация не является физиологической необходимостью. Необходимо целенаправленно дать основные сведения о регуляции кишечника, существующих предрассудках и упрощениях (например, взгляд на диету, обогащенную пищевыми добавками, как на единственное средство при запоре).

Необходимо указать на применение различных физических упражнений, например, упражнений для укрепления мышц тазового дна и брюшного пресса, и упражнений, способствующих соответствующему ускорению кишечного транзита.

Конечно, необходимо стремиться к регулярной дефекации, но ипохондрическое состояние и сомнения не должны возникать, если акт дефекации не происходит «как положено» ежедневно.

У многих людей гастрокишечный рефлекс, возникающий после приёма тёплой пищи, достаточен для начала дефекации. Регулярное

рекомендуемое пациентам «время дефекации» – 15-30 минут после обильного завтрака. стакан холодного фруктового сока, выпитый натощак перед завтраком, может способствовать началу срабатывания гастрокишечного рефлекса. Горячий кофе на завтрак также стимулирует сократительную способность кишечника [Rao, 1998].

«Тренировка туалета» должна вначале быть направлена на выработку гастрокишечного рефлекса и включает в себя необходимость, по возможности, приспособить пациента пользоваться туалетом сразу же после первого приёма пищи в течение дня, обычно после завтрака. Если после первого приёма пищи в течение дня дефекация не наблюдается, в первое время следует использовать слабительную свечку для стимуляции акта дефекации. «Тренировку туалета» следует продолжить тем же способом в последующие дни. Гастрокишечный рефлекс часто вызывает дефекацию на 3-й - 5-й день и без приёма необходимых в этом случае свечей [Wilson, 1997]. Эта «тренировка туалета» может в дальнейшем поддерживаться приёмом слабительного. Даже для пожилых людей с неврологическими заболеваниями, постоянно находящихся дома, «тренировка туалета» оказывается успешной в 85% случаев в течение 8 дней [Munichiando, 1993].

Для пациентов, страдающих запорами, важно не конфузиться в местах, где они осуществляют дефекацию. Возможность спокойствия и релаксации зависит и от окружающих факторов. Окружающая грязная обстановка из-за не поддержания чистоты может способствовать запору.

Отсутствие туалетных принадлежностей (ручек, высокого унитаза) и полотенец, недостаточно правильно функционально закреплённых для удобного пользования людьми с физическими недостатками, также может превратить туалет в «место тревоги и беспокойства» для пациентов. Если рефлекс дефекации слишком часто подавляется по социальным причинам, могут произойти расстройства комплексного процесса, которые в конечном итоге приведут к органическим изменениям. Факторы окружающей среды очень важны в данном случае.

9.3. Курсы минеральной воды, физические упражнения, массаж толстой кишки, электростимулирующая терапия.

Физиотерапия оказывается исключительно успешной в комбинации с диетой, обогащённой пищевыми волокнами [Tuhpikova, 1996].

Курсы минеральной воды.

Физические методы лечения включают курсы минеральных сульфатных вод, т.е. солезаменимые минеральные источники, горькие

солевые или смешанные с сульфатами источники. В любом случае определённый пороговый уровень дозы SO_4 должен быть повышен для достижения слабительного эффекта: он составляет около – 3 г SO_4 .

Упражнения.

Кроме уже упомянутого общего повышения двигательной активности, в дополнение к другим методам лечения, следует делать некоторые физические упражнения, которые занимают мало времени, но важны для пациентов с психической и физической точки зрения.

Для накачивания брюшных мышц мышечного пресса рекомендуется глубоко втягивать живот и медленно его отпускать, считая до 10. Это упражнение следует повторять до 5 раз в день.

Упражнением для укрепления тазового дна является поднятие колен в сидячем или лежащем положении со свободно свисающей второй ногой и оттяжкой бедра поднимаемого колена как можно дальше с кратким удержанием данного положения и медленным опусканием ноги. Каждой ногой следует делать от 5 до 10 таких упражнений.

Упражнение, способствующее стимуляции эвакуации стула, – толчки животом: вдохните воздух, втягивая живот, затем выбросьте живот вперёд с выдохом. Делайте упражнение до 10 раз перед каждой ожидаемой эвакуацией стула.

Массаж толстой кишки.

Массаж толстой кишки является специальной процедурой для лечения запоров. Упражнение специально разработано для стимулирования функции толстой кишки. Целью массажа толстой кишки является стимуляция моторной активности кишечника в определенное время. Массаж толстой кишки следует делать правильно: касание и давление на каждую часть толстой кишки должно осуществляться строго по направлению к анусу. Следует избегать любого надавливания в противоположном от физиологического перистальтического направления. Массирующая рука должна всегда надавливать по наклонной по направлению перистальтики. Никогда не следует давить строго вниз, поскольку это перенапрягает вертикальное давление в толстой кишке в обоих направлениях. Надавливающее и продвигающее движение массирующей руки должно быть синхронно с дыханием. При выдохе пациента массажист мягко надавливает вниз открытой рукой и проталкивает её по направлению перистальтики. Каждая из 5 разных частей толстой кишки массируется в течение 5 минут, т.е. в целом массаж толстой кишки продолжается около получаса.

Самомассаж.

Пациент может обучиться массажу живота, который проводится по ходу толстой кишки и делается по утрам в постели. Такой поглаживающий массаж должен продолжаться около 10 минут. Комбинация

регулярного массажа толстой кишки, физических упражнений является исключительно эффективным методом лечения запоров.

Электростимулирующая терапия.

Целью электростимулирующей терапии при лечении хронических запоров является стимуляция перистальтики толстой кишки. Нормальная сократительная способность кишечника, если она ослабевает, восстанавливается благодаря лечебной программе. При этом используются пороговые и экспоненциальные электроимпульсы.

9.4. Альтернативные или дополнительные методы лечения.

Удивительно, что во всем мире при лечении запоров, используются как старые, так и новые формы лечения без научного обоснования; и интерес к таким методам возрастает [Edwards, 1997]. Какое бы мнение не существовало в отношении этих различных методов лечения, важно, чтобы они не проводились без медицинского контроля.

В этой связи предлагаются следующие формы лечения хронического запора:

- Акупунктура (акупунктурные точки толстой кишки находятся на руке и предплечье)

- Шиатцу (давление на точки кончиками пальцев)

- Терапия с использованием рефлексогенных зон (точки надавливания, отвечающие за толстую кишку, находятся у основания большого пальца руки и надавливания точек рефлексных зон стопы)

- Ароматерапия

Повышение активности: умственной и физической

Физическая и умственная тренировка позволяют достигнуть позывов к дефекации. Клинический опыт случаев показывает, что уменьшение подвижности и недостаточная физическая активность в старческом возрасте играют значительную роль в появлении хронических запоров. Существует даже исследования [Qettle, 1991], показывающие, что время транзита по толстой кишке может уменьшаться после физической деятельности (упражнений).

Постоянные физические упражнения (ходьба, плавание, движения туловища, энергичная ходьба по лестнице или спортивные упражнения) могут противодействовать запорам, особенно в комбинации с надлежащим питанием (диета, обогащённая пищевыми волокнами) [Bingham, 1989].

В индивидуальных случаях аутогенная тренировка или психотерапия необходимы в дополнение к ментальной активности [Crosa, 1969].

9.5. Питание: диета, пищевые волокна; количество жидкости.

Уплотненное, уменьшенное в объеме содержимое кишечника оказывает стимулирующее воздействие на перистальтику и, в свою очередь, затрудняет продвижение фекалий. Адекватное добавление пищевых волокон и жидкости способствует удержанию воды содержимым кишечника. Это приводит к увеличению объема содержимого кишечника и стимуляции перистальтики. Пища должна быть существенно обогащена пищевыми волокнами. Пищевые волокна мало метаболизируются бактериями, например, цельные зерновые продукты, значительно увеличивают объем стула.

Пища, богатая пищевыми волокнами, является не только «натуральным слабительным», но и диетическим продуктом для людей, имеющих избыточный вес. Однако пищевые волокна не бескалорийны: они перевариваются и соответственно поставляют калории, распадаясь под действием бактерий толстой кишки до короткоцепочных жирных кислот. Пищевые волокна снижают аппетит не только вследствие наполнения желудка, но и потому что они поставляют энергию и этим устраняют чувство голода. В любом случае пищевые волокна сами по себе дают очень мало энергии, также как и лактулоза и олигофруктоза: приблизительно 2 ккал/г [Roberfroid, 1993].

Дополнительное введение в рацион пищевых волокон может снизить потребность в слабительных больше чем у 93% пациентов пожилого возраста [Sandmann, 1983]. Ротовая полость больного должна быть обследована до того, как давать советы по питанию: пациенты пожилого возраста часто избегают пищевых волокон из-за проблем в области полости рта или зубов. Большинство больных мало или ничего не знают о составе принимаемой пищи. Поэтому соответствующие рекомендации по питанию должны быть как можно более специфичными и доступными. Дневной рацион пациентов, страдающих запорами, должен содержать дополнительные салаты, овощи и хлеб из зерна грубого помола. Ответ пациентов на приём пищевых волокон зависит от нескольких факторов. У пациентов, находящихся на постельном режиме, дополнительный приём пищи, обогащенной пищевыми волокнами, может сопровождаться абдоминальными болями; в таком случае вместо прежней диеты рекомендуется диета с низким содержанием волокон [Gamms, 1996]. Это также означает, что у пожилых, лежащих больных значительное увеличение объема стула может привести к недержанию стула [Donald, 1985, Ardron, 1990].

Недостаточный приём жидкости провоцирует запор, особенно у больных в стационаре, страдающих неврологическими заболеваниями и принимающим диуретики [Abyad, 1996]. По крайней мере, 1,5 литра,

предпочтительно до 2 литров жидкости в день должны употреблять пожилые пациенты во избежание дегидратации и риска возникновения запора. Приём жидкости особенно необходим в связи с приёмом объемных и имеющих способность набухать слабительных.

9.6. Слабительные: виды, применение.

Слабительные – это лекарства, ускоряющие эвакуацию стула. Место их приложения – тонкая или толстая кишка и они дают пусковой толчок для дефекации. С точки зрения слабительного эффекта, нет разницы между группами слабительных, то есть каждое слабительное чрезвычайно эффективно. Но существует разница в их потенциальной возможности давать побочные эффекты [Tramonte, 1997, Petticrew, 1999, Hallmann, 2000]. В специфических группах веществ нет разницы между натуральными и произведенными синтетическим путем слабительными [Wanitschke, 1999]. Свойство «чистых растительных» препаратов, подчеркиваемое у многих препаратов, не имеет ни преимуществ, ни недостатков.

Имеющиеся в настоящее время средства могут быть сгруппированы согласно различным механизмам действия.

Классификация слабительных средств.

- **Объемные средства** (пшеничные отруби, семена льна, семена флеаворта, стеркулия)
- **Осмотические слабительные** (солевые слабительные (Глауберова соль, Эпсона соль), сахара и многоатомные спирты (сорбитол, лактитол), макроголи (молекулярный вес 3 000 - 4 000), лактулоза)
- **Ди- и олигосахариды** (пребиотики)
- **Антиабсорбенты, стимулирующие секрецию средства** (антрахиноны, производные дефенолэтана)
- **Другие вещества и методы** (пробиотики, пребиотики, оральное промывание (лаваж) – например, однократный прием касторового масла, чтобы «очистить» кишечник)

Объемные слабительные.

Объемные препараты – это средства природного происхождения или модифицированные полисахариды, которые трудно перевариваются или не перевариваются вообще и, вследствие этого, почти не всасываются. Когда они абсорбируют воду, то набухают и вызывают растяжение стенок кишечника, за счет увеличения их в объёме. Таким путём возбуждается проталкивающая (пропульсивная) сократительная волна и, в конечном итоге, дефекация ускоряется путем рефлекторной реакции. Требованием к достижению данного эффекта является сохра-

нённая способность толстой кишки реагировать и в достаточной мере раздуваться, а также одновременный (до 2 литров) приём жидкости.

Главные представители этой группы слабительных: агар-агар, метилцеллюлоза, семя льна, семена флеаворта, пшеничные отруби и стеркулия. Назначая пшеничные отруби, необходимо исключить синдром раздражённой толстой кишки как причину запора, поскольку имеет место усиление метеоризма при приёме отрубей в большом количестве (Francis, 1994).

Эвакуация стула, как правило, достигается через 8-12 часов после применения агар-агара, через 12-24 часа после применения семян флеаворта и через 1-3 дня после метилцеллюлозы. Применение объемных средств показано при слабовыраженных запорах. Следует учитывать, что они имеют недостаточный эффект в случае замедления кишечного транзита, так называемый запор «медленного транзита». То же самое справедливо в отношении расстройств дефекации при постельном режиме, уплотнении фекалий, неврологических расстройствах и нарушении кишечной проходимости [Degen, 1999]. Разбухающие (объемные) средства и другие слабительные часто комбинируют.

Осмотические слабительные.

Слабительные с осмотическим эффектом – это сахара или сахарные спирты (многоатомные спирты), такие как маннитол, сорбитол, лактитол, лактоза или полиэтиленгликоль с молекулярным весом от 3 000 до 4 000. Это слабо абсорбируемые вещества, увеличивающие осмотическое давление в кишечнике.

Солевые слабительные.

Солевые слабительные включают магния и натрия сульфат (соль Эпсона и Глауберова соль), фосфат натрия и цитрат натрия. Несмотря на то, что натрий и магний из солевых слабительных абсорбируются только в малых объемах, данное обстоятельство следует принимать во внимание для пациентов с расстройствами функций почек или сердечной недостаточностью. Солевые слабительные действуют быстро в течение 2-4 часов.

Сахара и многоатомные спирты.

Органические слабительные с осмотическим эффектом включают сахарные спирты (многоатомные спирты) и сахара, такие как маннитол, сорбитол и лактоза. Слабо абсорбируемые спирты, как и солевые слабительные, связывают воду посредством осмоса с маннитолом, сорбитолом, и глицеролом (= глицерин). Их способность связывания воды меньше и, таким образом, слабительный эффект слабее.

Макроголи.

Полиэтиленгликоль (= макроголи) – это линейные полимеры оксида этилена, которые применяются с различными целями (например, наполнители и носители в фармацевтической и косметической промышленности). Макроголи с молекулярным весом от 3 000 до 4 000 применяются как осмотические слабительные (Hammer, 1989). Если около 6 г (2 пакетика) препарата принимаются ежедневно, эффект проявляется через один или два дня. Для достижения эффекта необходим одновременный прием большого количества жидкости (до 2 л).

Противовсасывающие, способствующие секреции вещества (антрахиноны, дифенолы)

Препараты с противовсасывающим эффектом тормозят абсорбцию натрия и в высоких дозах способствуют активной секреции хлора, что приводит в итоге к увеличенной секреции жидкости и электролитов в кишечник. Антрахиноны (листья сенны, кора крушины, каскара сакраде, алоэ), касторовое масло и синтетические дифенолы (фенолфталейн, бисакодил, пикосульфат натрия) имеют этот же эффект.

Антраноидные препараты (антрахиноны). Производные антрахинонов расщепляются кишечной бактериальной флорой в толстой кишке на активные антранолы и антроны. Доза зависит от состава активного вещества в экстрактах. После орального применения эффект наблюдается через 6-10 часов. Опасения относительно безопасности данных лекарств снизили их применение в последние годы.

Наряду с производными антрахинонов, производные дифенолметана (бисакодил) являются часто употребляемыми слабительными. Бисакодил деацетилируется в слизистой тонкой кишки во время всасывания. После глюкоринизации в печени он секретируется обратно в тонкую кишку с желчью. Неабсорбируемый глюкоринид поступает в толстую кишку, где происходит его деконъюгация посредством бактериальных ферментов, и далее препарат действует как дифеноловое слабительное. Бисакодил в дополнение к секреторному эффекту проявляет моторно-эвакуаторный эффект.

Натрия тиосульфат не абсорбируется из-за его сульфатирования и тонкой кишки. Поскольку сульфат расщепляется бактериями в толстой кишке, действующее вещество препарата проявляет свою активность непосредственно в толстой кишке без возврата в энтерогепатическую циркуляцию, это приводит к более быстрому действию препарата по сравнению с ацетилобогащенным бисакодилом (5-8 часов по сравнению с 8-12 часами) [Prinzipe, 1968].

Касторовое масло характеризуется более быстрым слабительным эффектом, поэтому сложно установить разовую дозу сопровождаю-

щуюся минимальными побочными эффектами. В добавление к раздражению слизистой кишки касторовое масло вызывает выделение гистамина. Следует учитывать, что касторовое масло принимается неохотно из-за неприятного вкуса. Более того, неадекватная слабительная доза препарата часто вызывает схваткообразные абдоминальные боли. При наличии большого арсенала современных слабительных средств касторовое масло назначается редко.

Другие слабительные и другие методы.

Пробиотики – это лекарства, применяемые для профилактики и лечения запоров препаратами, содержащими живые, физиологические микроорганизмы для лечения состояний, ассоциируемых с нарушениями собственной микрофлоры организма. Их эффект при запоре с научной точки зрения недостаточно чётко доказан.

Пребиотики – это неперевариваемые компоненты пищи (пищевые добавки), которые оказывают значительный эффект на организм человека, поскольку они избирательно поддерживают рост и/или активность одного из видов бактерий или ограниченного числа бактерий в толстой кишке. Последнее способствует улучшению здоровья и качества жизни. Первым и самым широко используемым веществом с вышеописанным эффектом на кишечные бактерии является лактулоза [Petuely, 1957]. Подобно лактулозе, пребиотики в целом – это неперевариваемые углеводы, аналогичные пищевым волокнам. Поэтому они являются безопасными веществами, употребляемые и том числе с едой в течение длительного времени для активации функции опорожнения кишечника.

Средства ректального опорожнения – это свечи и клизмы с одним препаратом или комбинацией секреторных слабительных средств. Существуют также и другие варианты клизм. Хороший эффект также достигается при использовании «местных размягчителей» (например, натрия дукузат) или местных свечей. Они имеют естественный эффект и, вероятно, именно они в большей мере при нечувствительной прямой кишке у пожилых больных дают ощутимый стимул к эвакуации, а сам пациент в итоге ощущает позыв к дефекации.

Промывание (путем перорального приема слабительных) кишечника в настоящее время используется для очистки кишечника перед диагностическими исследованиями и/или терапевтическими методами лечения. Однако в индивидуальных случаях промывание применяется лишь один раз изначально при тяжёлых запорах. Раньше промывание обычно осуществлялось солевыми растворами, но сейчас в основном используются смеси различных электролитов с полиэтиленгликолем.

Физиологический лечебный подход: лактулоза (Дюфалак®)

Лактулоза – это синтетический дисахарид, который состоит из моносахаридов галактозы и фруктозы. Лактулоза не существует в природе. Организм человека не имеет ферментов, способных расщеплять этот дисахарид. Поэтому после приема лактулозы внутрь препарат проходит в неизменном виде через желудок и тонкую кишку.

В толстой кишке этот дисахарид, как и другие неперевариваемые углеводы представляет собой питательный материал для бифидо- и лакто-бактерий, которые расщепляют лактулозу на моносахариды. Последние, в свою очередь, метаболизируются в низкомолекулярные органические кислоты, в частности молочную и уксусную, что в конечном итоге приводит к снижению pH в толстой кишке.

Снижение pH имеет благоприятный эффект на функциональное состояние кишечной флоры, и это способствует активному размножению лактобактерий. Лактулоза избирательно стимулирует рост молочнокислых бактерий (лактобактерий, бифидобактерий), при этом подавляется рост протеолитических бактерий, расщепляющих белки. Таким образом, лактулоза стимулирует восстановление физиологического состояния и микрофлоры кишечную экосистему. Поэтому лактулозу следует рассматривать не только как слабительное, но как нечто большее, регулирующее кишечный микробный механизм и метаболические процессы в целом.

Вследствие расщепления лактулозы, концентрация продуктов деградации лактулозы в фекалиях значительно возрастает. В результате повышения осмотического давления, абсорбция воды в толстой кишке тормозится, и объем фекалий возрастает, стул приобретает мягкую консистенцию. При этом время транзита фекалий по кишке сокращается. Комбинация ацидофицированной кишечной среды и рост ее объема, соответственно, выражен и стимулирует перистальтику по двум точкам приложения.

Помимо лаксативного (слабительного) эффекта, лактулоза имеет еще целый ряд преимуществ [Huchzermeyer, 1997, Schumann, 2000]:

- Снижение концентрации аммония, фенолов и эндотоксина в толстой кишке в результате уменьшения расщепления жиров и белков с улучшением толерантности к белкам [Miyazaki, 1984, Mortenson, 1990, Orlandi, 1994].

- Изменение кишечной флоры препятствует росту патогенных грибов [Schumann, 1996]. Эти результаты позволяют предположить, что лактулоза может применяться для лечения кишечных микозов и также – косвенно для профилактики рецидивов вагинального микоза, что также хотя и альтернативно, но и экономически выгодно [Dunker-Schmidt, 1998].

- Описан позитивный, профилактический эффект лактулозы на метаболизм жиров (триглицеридов и, особенно, холестерина), причастных к развитию ИБС, коронарной болезни сердца, желчнокаменной болезни и колоректального рака [Conte, 1977; Rotstein, 1981; Van Berge Hennegouwen, 1986, 1987; Nagengast, 1988; Ponzac Leon, 1989].

- Снижение случаев инфекций мочевыводящей системы у больных [Fulton, 1988; Mc.Cutcheon, 1989] также, как и у лежачих больных и на дому [Mack, 1993].

- Позитивное влияние лактулозы в случаях хронической почечной недостаточности [Quarto diPalo, 1978; Miura, 1989; Matsuda, 1992].

- Позитивное влияние при сальмонеллоносительстве [Hoffmann, 1975; Wemer, 1979], что продемонстрировано физиологическим действием лактулозы на бактериальную флору толстой кишки.

Слабительный эффект лактулозы проявляется уже через несколько часов. Имеют место случаи, когда слабительный эффект лактулозы проявляется только на второй или третий день от начала лечения, после восстановления кишечной микрофлоры. В начале применения лактулозы могут иметь место транзиторные побочные эффекты, такие как отрыжка и метеоризм, которые после периода адаптации спонтанно исчезают через несколько дней. Поэтому необходимо сообщить пациенту, что побочные эффекты наблюдаются в течение одной недели. Доза лактулозы определяется индивидуально для каждого пациента. В целом она составляет 30-45 мл в день.

Использование лактулозы у гериатрических больных.

Лактулоза особенно ценна для лечения запоров у гериатрических пациентов: лактулоза избирательно способствует росту бифидобактерий и таким образом противодействует возрастным нарушениям кишечной микрофлоры, которые обычно сопровождаются запорами. Наблюдение за пожилыми пациентами, находящимися на амбулаторном лечении, а также за пациентами в домах престарелых с общей заболеваемостью подтверждает успешное и экономически выгодное использование лактулозы [Sanders, 1978; Champion, 1986; Kruger, 1994].

Недержание кала наряду с его уплотнением при хронических запорах не только создает трудности и проблемы для больных, но также и для среднего медсестринского персонала и персонала прачечных. В исследованиях Wilson и др. (1975) и Ryan и др. (1974) доказано, что, назначая лактулозу, можно сэкономить расходы на содержание младшего медицинского персонала и оплату технических сотрудников. Исходя из этого, назначение лактулозы приводит к снижению стоимости лечения и ухода за пациентами пожилого возраста.

Существует также ещё одно преимущество лактулозы для лечения лиц старческого возраста, которое нельзя недооценить: в отличие от объемных слабительных, послабляющий (лаксативный) эффект лактулозы не требует дополнительного приёма жидкости. Это определяет её применение больным, которым показан приём ограниченного количества жидкости.

С одной стороны, снижение под действием лактулозы рН с последующей задержкой воды в кале ведёт к увеличению его объёма, а с другой стороны, при кислых значениях рН стимулируется перистальтика. Как результат, пациенты снова ощущают позыв к дефекации и «ленивый» кишечник снова работает.

Поскольку лактулоза не абсорбируется, она может применяться для лечения запоров у диабетиков. Это особенно важно для пожилых пациентов, поскольку от 10 до 20% больных старше 60 лет болеют сахарным диабетом II типа, и две трети диабетиков второго типа – женщины [Fusgen, 1999]. Поэтому количество пациентов-женщин, требующих наблюдения, больше, чем пациентов-мужчин. Непереносимость фруктозы или галактозы также считается противопоказанием для применения лактулозы (хотя на практике галактоземия не встречается у пожилых пациентов). Противопоказанием для применения Дюфалака также являются острые воспалительные заболевания кишечника.

Антибактериальный эффект лактулозы при инфекциях мочевыделительной системы, снижение уровня липидов (холестерина, триглицеридов) и эффективность при хронической почечной недостаточности, как упоминалось выше, крайне важны для пожилых гериатрических пациентов. Для качества жизни больных пожилого возраста необходимо учитывать, что лактулоза мягко, без резкого воздействия на дефекацию, регулирует: физиологическую эвакуацию, нарушение баланса электролитов и жидкости. Пациенты пожилого возраста подвергаются особенному риску при применении агрессивных слабительных и их побочных эффектов, поскольку расстройства электролитного и водного баланса быстро приводят к недостаточно чётким и трудно диагностируемым патологическим состояниям у лиц пожилого возраста.

В отличие от многих других слабительных, лактулоза в адекватной дозировке не взаимодействует с другими препаратами.

Зависимость, возникающая при злоупотреблении слабительными.

В случае злоупотребления слабительными, выражающемся в необъяснимой диарее, необходимы дополнительные исследования. Более 90% больных, страдающих от синдрома злоупотребления слабительными – женщины, Клиническая картина разнообразна, т.к. пациенты, страдающие диареей, жалуются на наличие обстипации. При злоупот-

реблении слабительными полезным может быть анализ на ощелачивание кала и мочи натрия гидроксидом. Данные о повышенной концентрации магния, сульфата или фосфата в анализах стула свидетельствуют о приёме повышенного количества осмотических слабительных. Гипокалиемия является чётким индикатором злоупотребления слабительными.

Boisson (1991) исследовал, в какой мере лактулоза может заменить раздражающие слабительные. Автор показал, что возможно сразу же прекратить приём раздражающих слабительных без синдрома отмены, и успешно предложил лактулозу в качестве слабительного для замены раздражающего средства. Однако, рекомендуется постепенный переход на лактулозу, как описано Creytens (1980).

Побочные эффекты слабительных препаратов.

При использовании слабительных следует остерегаться возможных побочных эффектов. В терапевтических дозах и при показаниях слабительные средства в целом могут рассматриваться как необходимые и безопасные, независимо от их механизма действия. Короткий период применения слабительных очень редко приводит к серьёзным расстройствам, в то время как обычное повседневное неправильное применение слабительных может вызвать целый ряд побочных эффектов и в некоторых случаях может нанести серьёзный вред здоровью пациента. В настоящее время повышенное внимание уделяется злоупотреблению слабительными [Wanitschke, 1999].

Побочные эффекты слабительных (модифицировано по Kuntz, 1982):

Антиабсорбирующие и гидрофобные эффекты:

- подавление всасывания витаминов, солей, питательных веществ;
- стимуляция секреции на фоне потери воды и солей.

Дегидратация:

- потеря электролитов;
- синдром недостатка калия;
- потеря натрия;
- вторичный или третичный альдостеронизм.

Потеря витаминов:

- дефицит витаминов A, D, E, K.

Патологические и анатомические эффекты:

- псевдомеланоз прямой, сигмовидной и толстой кишки;
- токсический гепатит;
- парафиномы.

Отравление магнием.

Функциональные расстройства:

- интолерантность в желудке;
- абдоминальные боли;
- отрыжка, метеоризм, ощущение переполнения;
- повышенная чувствительность;
- кишечная непроходимость, вызванная объемными агентами;
- расстройства циркуляции;
- нарушение кишечной флоры.

Влияние слабительных на метаболические процессы:

- замедление или снижение абсорбции;
- увеличение выделения с мочой натрия и калия.

Тахифилаксия (взаимодействие лекарств).

9.7. Электролитные расстройства.

Нарушение содержания натрия, калия и кальция имеет место у пациентов, регулярно принимающих в больших количествах слабительные [Kuoff, 1980, 1991]. В значительной мере ответственны за это препараты экстрактов алоэ, бисакодила или натрия тиосульфат. Злоупотребление другими препаратами, включая лактулозу, не имеет научного подтверждения и отношения их влияния на электролитный баланс. Основным нарушением электролитного баланса является дефицит калия, который способствует усилению запора по замкнутому кругу. Потеря электролитов, вызванная слабительными, имеет относительное влияние на состояние здоровья больного в условиях одновременного лечения диуретиками и в случае предрасположенности к сопутствующим заболеваниям.

Гипокалиемия может привести к повреждению почечных канальцев, в результате чего увеличивается потеря калия через почечный барьер. Дефицит калия в конечном итоге ведёт к параличу мышц кишечника и к снижению терапевтического эффекта слабительных с одновременным возрастанием потребности в них. Потеря калия имеет исключительное значение для пожилых людей, поскольку в пожилом возрасте уже имеется внутрикишечный дефицит калия, редкими расстройствами электролитного баланса во время продолжительного приёма слабительных является потеря кальция с развитием ГИПОКАЛЬЦЕМИИ и остеопороза, на фоне гипомagneзмии [Frame, 1971; Agus, 1982].

9.8. Взаимодействие слабительных с другими лекарствами.

Слабительные и пищевые волокна (например, целлюлоза) в пищеварительном тракте могут взаимодействовать с некоторыми приме-

няемыми внутрь лекарствами и снижать их абсорбцию (например, препараты дигиталиса) [American Society, 1997].

Потери калия во время приёма слабительных могут увеличиваться следующими медикаментами: карбенексолоном, кортикостероидами, тиазидными диуретиками, которые также ведут к снижению запасов калия в организме. Магния сульфаты и тетрациклины формируют слабо абсорбируемые комплексы, поэтому не допускается одновременный прием этих препаратов.

Следует избегать одновременного употребления бисакодила и антацидов, поскольку кислотоустойчивые таблетки бисакодила распадаются в желудке при повышении pH, это может вызвать жалобы больных на боли в верхнем отделе живота [Ruoff, 1980].

Возможно, что слабительные, проявляющие свое действие в тонкой кишке, такие как солевые слабительные, препятствуют абсорбции препаратов, принимаемых одновременно при условии ускоренного интестинального пассажа. В связи с этим, коагулянты и витамин К могут хуже усваиваться в связи с недостаточной их абсорбцией.

Опиоиды, алюминий содержащие антациды, антихолинергические, психотропные препараты и холестерамин замедляют эвакуацию из толстой кишки и поэтому могут снижать эффект слабительных [Ruoff, 1991].

9.9. Заключение для практического применения.

- С запором не следует шутить, он требует определенного диагноза, для этого необходимо поэтапное обследование
- Постоянное натуживание при дефекации может повредить нервные окончания дна таза и способствовать запору
- Запор может привести к болезни, которая определяется как запор
- Лечение запора основывается на применении общих мер активности физической активности, изменений привычек питания и приему слабительных. Бытовые привычки должны способствовать желудочно-кишечному рефлексу, а также целесообразно использовать метод «тренировки туалета»
- Слабительные средства должны сочетаться с немедицинскими мерами регулирования акта дефекации
- Следует принимать во внимание побочные эффекты слабительных и их взаимодействие с другими лекарствами
- Лактулоза (Дюфалак®) – это лекарство номер один в выборе лечения хронических запоров, благодаря ее безопасности, переносимости, и, в частности, учитывая ее свойство как пребиотика.

Глава 10.

БОЛЕЗНЬ КРОНА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Общие сведения.

Болезнь Крона – хроническое воспалительное заболевание кишечника аутоиммунной природы, имеющее трансмуральный характер (затрагивающее все слои кишечника). Наиболее частыми осложнениями являются необратимые изменения кишечника (стеноз кишечных сегментов, стриктуры, свищи); также для этого заболевания характерны многочисленные внекишечные поражения.

Распространенность болезни Крона в разных странах мира колеблется в пределах 50-150 случаев на 100 000 населения. В России распространенность в целом неизвестна, однако очевидно, что низкие показатели в отдельно взятых регионах связаны с плохой диагностикой заболевания.

Первые симптомы болезни Крона как правило появляются в молодом возрасте (15-35 лет), причем это могут быть как кишечные, так и внекишечные проявления.

Очень важно вовремя диагностировать болезнь Крона и начать лечение, поскольку если диагноз установлен и лечение начато позднее, чем через 3 года от первых симптомов, осложнения развиваются в 100% случаев.

Этиология, патогенез.

Этиологический фактор заболевания не установлен. Предполагается триггерная роль вирусов, бактерий (например, вирус кори, *Mycobacterium paratuberculosis*), однако имеется мало свидетельств в поддержку этой гипотезы.

Вторая гипотеза связана с предположением, что какой-то диетический антиген или в норме непатогенный микробный агент способен вызвать аномальный иммунный ответ.

Третья гипотеза утверждает, что роль триггера при ВЗК играют аутоантигены, экспрессированные на эпителии кишечника больного. Безусловно, что в патогенезе заболевания определенную роль играют аутоиммунные механизмы. У больных выявляются антитела к ткани толстой кишки, специфически сенсибилизированные к антигенам слизистой толстой кишки лимфоциты. Повреждающее действие оказывают также иммунные комплексы. Определяются признаки нарушения клеточного иммунитета, в частности, уменьшение Т-клеток в периферической крови. Одним из ключевых медиаторов в этом процессе является фактор пероза опухоли α (ФНО- α).

Все это приводит к выраженным воспалительным изменениям кишечника. В отличие от язвенного колита при болезни Крона может поражаться не только толстая кишка, но и тонкая кишка, а также желудок, пищевод, и даже слизистая оболочка рта. Макроскопически воспалительные изменения могут быть единичными или множественными, при этом измененные участки чередуются с неизмененными («скачки»). Чаще всего встречаются поражения дистального отдела подвздошной кишки (т.н. «терминальный илеит»), прямая кишка поражается не всегда. Поражения подвздошной и слепой кишки встречаются у 40% больных, поражение только тонкой кишки – у 30%, поражение только толстой кишки – у 25% (из них панколит у 2/3 и сегментарные поражения у 1/3). Внутривентриальные абсцессы выявляются у 15-20% больных. Встречаемость свищей при болезни Крона составляет от 20% до 40%. Свищи бывают межкишечные, кишечно-кожные, кишечно-мочепузырные, кишечно-влагалищные. Специфичные периаанальные поражения при болезни Крона в форме разветвленных свищей, глубоких и иногда безболезненных язв-трещин анального канала. Часто развиваются стриктуры кишки с последующей кишечной непроходимостью, псевдополипоз. Слизистая при рентгенологическом или эндоскопическом исследовании нередко представляется в виде «булыжной мостовой». Микроскопически также имеются отличия от язвенного колита. Воспаление распространяется на всю толщу кишки, в подслизистом слое у большинства больных обнаруживаются характерные гранулемы, имеется поражение лимфатических микрососудов.

Течение заболевания.

Болезнь Крона – это рецидивирующее или непрерывнотекущее заболевание, которое в 30% случаев дает спонтанную ремиссию без лечения. Пациенты в ремиссии могут ожидать продолжительности ремиссии в два года в 50% случаев. Однако 60% пациентов нуждаются в хирургическом лечении в течение 10 лет после постановки диагноза. Среди пациентов, подвергнувшихся оперативному лечению (резекции), 45% вновь будут нуждаться в операции. Болезнь Крона может существенно повлиять на работоспособность больного и 50% всех больных вынуждены предпринимать существенные перемены в своей трудовой деятельности, чтобы пристроиться на место с укороченным рабочим днем и возможностью отлучаться.

Болезнь Крона с преимущественным развитием синдрома ЭН.

Вариант заболевания, протекающий с поражением тонкой кишки и развитием синдрома энтеральной недостаточности. Для этого варианта заболевания характерным является сочетание синдрома энтеральной

недостаточности с синдромом частичной кишечной непроходимости. В этих случаях больные жалуются на боли спастического характера в различных отделах живота, вздутия, нередко рвота. Можно выявить симптом Валя, когда наблюдается локальное вздутие живота и видимая перистальтика петель тонкой кишки в этой зоне. Иногда при аускультации на высоте усиленной перистальтики раздутой кишечной петли слышно урчание, после которого вздутие уменьшается и нередко бывает жидкий стул (симптом Кенига).

Для болезни Крона более или менее характерна рентгенологическая картина. До развития стеноза кишки рельеф слизистой сглаживается, и пораженный участок имеет вид ригидной трубки. По мере прогрессирования процесса происходит сужение просвета кишки на отдельных участках. Эти участки вначале временно, а затем постоянно имеют вид натянутой струны. Петли кишки выше стенозированного участка расширены. В тяжелых случаях на фоне клиники непроходимости обнаруживаются чаши Клойбера. Признаки стенозирования обнаруживаются в нескольких участках тощей и подвздошной кишки. Точный диагноз болезни Крона устанавливается гистологически.

Данные лабораторных и инструментальных методов.

У больных с болезнью Крона в фазе обострения при копрологическом исследовании выявляются изменения, характерные для синдромов энтеральной недостаточности и поражения толстой кишки – стеаторея, амилорея, креаторея, слизь, лейкоциты и эритроциты в кале. В крови – анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Анемия коррелирует с тяжестью заболевания.

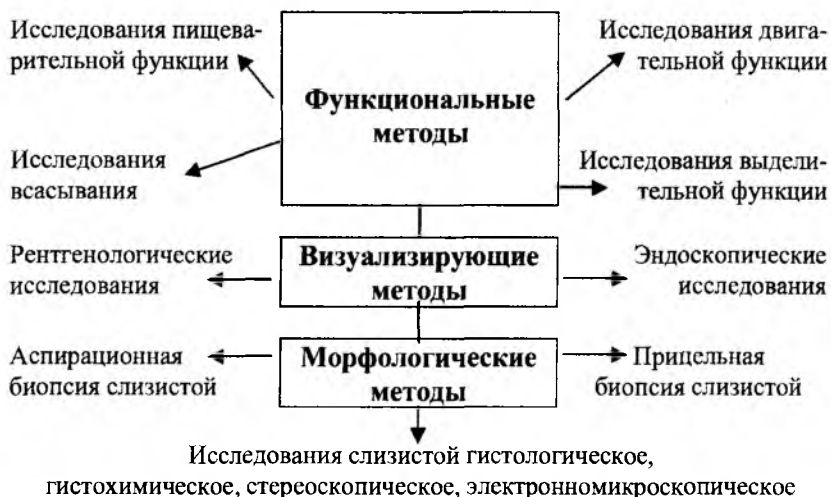
Рентгенологическое кишечника проводится с дачей бария *per os* и с помощью контрастной клизмы. Выявляется сегментарность поражения тонкой и толстой кишки, чередование пораженных и непораженных сегментов. Контуры кишки неровные, имеются продольные язвы, утолщение рельефа, что создает картину «булыжной мостовой». Характерны сегментарные сужения пораженных участков («симптом шнура»).

Нередко решающим методом диагностики ставится колоноскопия, при поражении дистальных отделов – ректороманоскопия с проведением множественной биопсии кусочков слизистой. Подчеркивается необходимость взятия при биопсии более глубоких слоев кишки. Эндоскопические данные зависят от продолжительности и фазы заболевания. В начальном периоде определяется тусклая слизистая, на ней видны эрозии, окруженные белесоватыми грануляциями (по типу афт). По мере увеличения длительности болезни в фазу обострения картина меняется. Слизистая неравномерно утолщается, обнаруживаются глу-

бокие продольные язвы-трещины, просвет кишки сужен. Нередко можно выявить образовавшиеся свищи. С уменьшением активности процесса на месте язв образуются рубцы и формируются участки стеноза.

При гистологическом исследовании выявляется картина неспецифического воспаления, но с рядом особенностей. Инфильтрирована вся толща слизистой, особенно подслизистый слой. Можно выявить саркоидоподобные гранулемы. Чаще этот наиболее характерный признак болезни Крона выявляется при исследовании интраоперационного материала, взятого во время срочных или плановых операциях.

Методы исследования кишечника



Особенности клиники.

Клиника болезни Крона во многом обусловлена преимущественной локализацией патологического процесса. При поражении толстой кишки, в основном ее правых отделов, у больного отмечается клиника синдрома поражения толстой кишки – боли в животе, урчание, вздутие, поносы. Боли схваткообразные и более выражены, чем при язвенном колите, стул менее частый, в кале крови может не быть, нет тенезмов и ложных позывов. Если одновременно поражен дистальный отдел подвздошной кишки, в правой подвздошной области пальпируется опухолевидный конгломерат, обусловленный продуктивным воспалением всех слоев кишечника, лимфоузлов брыжейки. Часто в области илеокального угла развиваются стриктуры кишки, они могут

быть и в других участках как тонкой, так и толстой кишки. В этом случае развивается довольно типичная картина синдрома частичной, а иногда и полной кишечной непроходимости. Изолированное поражение тонкой кишки, присоединение его к патологическому процессу в толстой кишке приводит к развитию типичной картины синдрома энтеральной недостаточности. Больной худеет, у него появляются признаки полигиповитаминоза, метаболические расстройства различной степени тяжести. Характерно развитие свищей, особенно в периаанальной области. При поражении пищевода и 12-перстной кишки клиника может напоминать язвенную болезнь, часто развивается стенозирование выходного отдела желудка и начальных отделов 12-перстной кишки с соответствующей клиникой рубцового стеноза кишки.

Помимо местных осложнений – свищей, перфораций, кишечной непроходимости, стриктур и стенозов, абсцессов – для болезни Крона характерны экстраинтестинальные (внекишечные) проявления. К внекишечным проявлениям болезни Крона относятся:

- 1) кожные проявления (узловатая эритема, гангренозная пиодермия, поражения полости рта и кожи лица, вегетирующий гнойный стоматит, псориаз, кожный васкулит и др.);

- 2) поражения суставов (артриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит [болезнь Бехтерева]);

- 3) воспалительные заболевания глаз (склерит и эписклерит, иридоциклит, изменения глазного дна);

- 4) заболевания печени и желчевыводящих путей (первичный склерозирующий холангит, хронический активный гепатит, гранулемы печени и гранулематозный гепатит и др.);

- 5) васкулит;

- 6) нарушения гемостаза и тромбозы; эмболические осложнения;

- 7) заболевания крови;

- 8) амилоидоз;

- 9) нарушения метаболизма костной ткани (остеопороз).

Лечение.

Как диагностика, так и лечение воспалительных заболеваний кишечника должно проводиться специалистом гастроэнтерологом или колопроктологом, знакомым с этой патологией. Лечение тяжелых атак осуществляют только в специализированном (хирургическом) стационаре. Лечение легких форм заболевания должно осуществляться также под наблюдением специалиста.

Лечение болезни Крона строится с учетом активности заболевания и локализации поражения, поэтому расписываются многочисленные схемы лечения.

Как правило, **при низкой активности** заболевания и для поддержания ремиссии достаточно назначения сульфасалазина и препаратов 5-АСК, которые в дозе 3-4 г нередко дают положительный эффект.

При активном течении заболевания (обострениях) целесообразно назначение глюкокортикоидов, 40-60 мг преднизолона в сутки. Затем каждую неделю суточная доза преднизолона снижается на 10 мг, пока не составит 10 мг/сут. Лечение указанной дозой продолжается до достижения ремиссии, после чего доза вновь постепенно уменьшается вплоть до отмены. К сожалению, при длительном применении (более 6-8 недель) глюкокортикоидов развиваются многочисленные побочные эффекты; кроме того, у 36% больных развивается зависимость от глюкокортикоидов.

При неэффективности такого лечения (или при развитии зависимости или непереносимости) назначают препараты 2-го ряда. Сообщается о применении при болезни Крона иммунодепрессантов (азатиоприна, циклоспорина, 6-меркаптопурина). Доза азатиоприна составляет 50-150 мг в сутки, при этом действие азатиоприна проявляется лишь через 12 недель с начала его применения. Внутривенное введение циклоспорина или пероральное применение высоких доз снижает активность болезни Крона значительно быстрее, но отмена циклоспорина приводит в течение 1 месяца к новым обострениям заболевания. Основными побочными эффектами иммуносуппрессивной терапии являются панкреатит, угнетение костномозгового кроветворения, лекарственный гепатит; кроме того, на фоне лечения азатиоприном и 6-меркаптопурином отмечено повышение риска развития злокачественных лимфом и других опухолей, а при применении циклоспорина повышается риск развития неходжкинской лимфомы, а также наблюдается нейротоксическое действие. Другой цитостатик, метотрексат, также был опробован при болезни Крона. Парентеральное введение еженедельно 25 мг метотрексата (подкожное или внутримышечное) у лиц с активной болезнью Крона давало достоверно положительный клинический эффект. В меньших дозах (15 мг) препарат используется и для поддержания клинической ремиссии. В то же время пероральный прием препарата неэффективен. В процессе лечения необходим внимательный контроль показателей форменных элементов крови и печеночных маркеров.

Антибиотики широкого спектра действия играют важную роль в лечении гнойных осложнений БК, включая абсцессы и периаанальные поражения. Они также могут уменьшать диарею у больных с синдромом избыточного бактериального роста при поражении тонкой кишки. Метронидазол (трихопол) применяется в лечении болезни Крона

с 1975 года, он особенно показан больным с периаанальными поражениями и, возможно, колитом. Механизм действия метронидазола при болезни Крона не ясен, возможно, какую-то роль играют иммуномодулирующие свойства препарата и способность подавлять анаэробную микрофлору. При периаанальных поражениях трихопол назначают в высоких дозах (10-20 мг/кг в день). Имеется ряд работ, показавших достаточно высокую сравнительную эффективность комбинации метронидазола 1 г/сут и ципрофлоксацина 1 г/сут в лечении активных форм болезни Крона.

В последние несколько лет при неэффективности препаратов 5-АСК и глюкокортикоидов все шире применяется так называемая биологическая терапия болезни Крона, антитела к ФНО-а – инфликсимаб (ремикейд). Препарат вводится внутривенно в дозировке 5 мг/кг веса; однократно – при активной (средне-тяжелая и тяжелая) форме и 3 введения (0, 2, 6 неделя) при свищевой форме. Улучшение наблюдается уже в первые 2-3 дня после введения; максимальный эффект развивается в течение 2 недель, причем длится не менее 12 недель (в среднем около года) после однократного введения. При свищевой форме свищи полностью закрываются в течение 4 недель у 55% больных. По мере развития эффекта постепенно снижают дозу глюкокортикоидов, вплоть до отмены. Терапия ремикейдом хорошо переносится. Перед его применением необходимо проводить пробу Манту; активные инфекции являются основным противопоказанием к применению.

Парентеральное и энтеральное питание.

Парентеральное и энтеральное питание применяются при болезни Крона для устранения дефицита массы тела и отставания в росте, а также при подготовке к операции для улучшения трофологического статуса пациента. Кроме того, парентеральное питание постоянно требуется прооперированным больным после удаления значительных участков кишечника, а также при кишечных осложнениях (например, кишечная непроходимость, токсический мегаколон). Иногда энтеральное и парентеральное питание рассматриваются как первичные методы лечения болезни Крона.

Хирургическое лечение.

Болезнь Крона невозможно излечить при помощи хирургического вмешательства. В связи с этим хирургические методы применяются только для лечения осложнений (кишечная непроходимость, свищи, абсцессы, перфорации, кровотечения), не подлежащих консервативной терапии. Вторая причина предпочтительности консервативного лечения болезни Крона – необходимость предупреждения синдрома корот-

кой кишки. Большинство операций, требующих резекции некоторых участков кишечника, инвалидизируют больного.

Почти все больные болезнью Крона рано или поздно подвергаются хирургическому вмешательству. Частота оперативных вмешательств зависит как от продолжительности заболевания, так и от локализации поражения. Рецидивы болезни Крона после операции возникают достаточно часто. Уже через год воспаление в области анастомоза и прилегающих к нему участков кишечника обнаруживается у 70% больных, через 3 года – более чем у 90% пациентов. Появление после хирургических операций новых рецидивов, в свою очередь требующих новых операций, не является большой редкостью.

В то же время, хирургический способ лечения должен занимать не последнее место в длинной цепочке возможных методов терапии данного заболевания. Решающую роль в определении показаний к операции играют следующие критерии:

- выраженность клинических симптомов;
- наличие осложнений;
- предшествующие операции;
- объем операции и естественные ее последствия;
- прогноз течения заболевания после операции и без нее.

Больные с болезнью Крона должны находиться на диспансерном наблюдении.

Глава 11.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (НЯК)

Этиология. Данное заболевание описали Wilks и Morson (1875). Однако до настоящего времени причина возникновения НЯК остается открытой.

Известные теории возникновения НЯК:

- инфекционная;
- пищевая;
- аллергическая;
- психогенная;
- генетическая;
- аутоиммунная.

Наиболее обнедеживающими в последнее время явилось изучение проблемы этиопатогенеза НЯК под углом зрения возникающих в организме сдвигов, существование которых доказывается выявлением циркулирующих в крови антител. Эта теория поддерживается большинством современных исследований.

В мировой литературе это заболевание носит различные названия: «геморрагический колит», «язвенно-геморрагический ректоколит», универсальный (диффузный) язвенный колит», «паристальный колит», «хронический гнойный колит», «экзема толстой кишки», «васкулит кишечной стенки» и т. д.

Hefenyi (1939) образно показывает НЯК «затяжным септическим эндокардитом толстой кишки», поскольку при острых формах заболевание протекает столь же тяжело и без лечения в большинстве случаев заканчивается смертью больных.

Эпидемиология. Наиболее часто НЯК встречается в Англии, в странах Скандинавии, Северной Америки и Австралии.

По данным Evans и Acheson (1985), в Англии заболеваемость НЯК составляет 65 человек на 1 млн. жителей.

В Германии (Demling 1969) на 10 тысяч хирургических больных приходится менее 10 больных с НЯК.

Распределение по возрасту и полу. По данным многих авторов НЯК встречается в любом возрасте, однако наиболее часто от 20 до 50 лет. Более злокачественное, бешенное течение характерно у больных меньше 20 и старше 50 лет.

Также большинство авторов отмечает частое развитие этого заболевания у женщин.

По данным Edwards и Truebole (1963) заболевших женщин оказалось в 1,5 раза больше, чем мужчин.

Spriggs впервые обратил внимание на семейный характер НЯК.

В клинике Мейо на 2 000 больных семейный характер болезни отмечен у 26 пациентов.

Однако, по нашему мнению и по данным ряда авторов, НЯК не является наследственным заболеванием, он носит семейный характер всего в 1,5 % всех случаев, а возникновение его у членов семьи можно объяснить какими-то общими для этой семьи нарушениями иммунологической реактивности.

Патологическая анатомия. Микроскопические и патологические изменения на серозной оболочке толстой кишки выявляются лишь при тяжелых, бурно прогрессирующих формах НЯК.

При легких формах болезни брюшина кишки обычно остается гладкой и блестящей, лишь сосуды ее представляются застойными, расширенными. В более тяжелых случаях на брюшине проявляются признаки острого воспаления в виде гиперемии. Кишка становится короче, ее изгибы закручены, и диаметр кишки уменьшен, особенно в правых отделах. При длительном прогрессирующем течении болезни длина толстой кишки может сократиться на половину. Ранним симптомом НЯК является исчезновение расширения ампулы прямой кишки. В острой фазе болезни стенка кишки обычно утолщена, отечна, а ее сероза резко гиперимирована. В следствии поражения кишечная стенка становится хрупкой и легко может быть повреждена. Одним из наиболее характерных изменений толстой кишки при НЯК является исчезновение гаустраций. На иррограммах толстая кишка представлена как узкая трубка («симптом водосточной трубы»).

Эндоскопически — обращает на себя внимание зернистость слизистой оболочки кишки, ее легкая ранимость и кровоточивость при контакте с тубусом ректоскопа. Поверхность слизистой оболочки в результате точечного кровотечения часто бывает покрыта кровью, или же кровь заполняет дно язвы. Изъязвления могут носить пятнистый характер с четкими признаками воспаления слизистой. Но чаще язвы являются обширными сливными, они располагаются вдоль теней и имеют линейную упорядоченность.

При сегментарных формах НЯК воспаление резко ограничено воспалительным валиком, за которым просматривается нормальная слизистая.

При тотальных формах НЯК патогенические изменения в левом фланге всегда более тяжелые по сравнению с правым флангом. Нередко изъязвления определяются в слизистой аппендикса.

При эндоскопии на слизистой толстой кишки определяются «псевдополипы». Форма и величина разные. Псевдополипы определяются только в тех отделах кишки, где имеются тени, их почти нет в прямой кишке.

Особенно обширные изъязвления наблюдаются при токсическом мегаколоне. Нередко в этих случаях дном язвы является мышечная оболочка или истонченная сероза, и именно в этих местах возникают перфорации. При обширных и глубоких изъязвлениях всю толстую кишку можно рассматривать как один гигантский гангренозно измененный аппендикс. Для НЯК не характерны сегментарные изменения кишки как при болезни Крона.

Dannellan, выполнив электронно-микроскопические исследования, установил, что первичное поражение при НЯК претерпевают коллагеновые волокна стенки кишки. Очаги дегенерации, располагающиеся непосредственно под слоем цилиндроклеточного эпителия, постепенно разлагаются, замещая все больше и больше участки слизистой.

Количество ретикулярных волокон также уменьшается, а при прогрессировании НЯК они полностью исчезают.

Другим ранним признаком НЯК является расширение поверхностных капилляров слизистой с исчезновением в них эритроцитов.

Некрозы слизистой оболочки появляются при дефиците кровоснабжения за счет тромбозов питающихся сосудов.

Дифференциальный диагноз. Диагностика НЯК является нелегкой задачей. Нередко банальный понос и другие расстройства функции кишечника принимают за язвенный колит. Имеется ряд заболеваний, имеющих одинаковые симптомы – это:

- болезнь Крона;
- амебный колит;
- туберкулезный колит;
- илеоколит и др.

Болезнь Крона (гранулематозный колит).

Это заболевание описано в 1932 году Crohn. Заболевание может локализоваться не только в подвздошной кишке, но и в любом отделе ЖКТ.

Характерным признаком болезни Крона являются ригидность и сегментарное трубкообразное сужение терминального отдела подвздошной кишки, и сужение просвета кишки, вплоть до полного стеноза. Серозная оболочка при болезни Крона имеет зернистый характер или фиброзно изменена. Слизистая оболочка имеет вид «булыжной

мостовой» – в результате прогрессирования воспалительного процесса в подслизистом слое кишки тканые островки слизистой приподнимаются в виде бугорков. Среди выступающих над поверхностью слизистой оболочки сливающихся друг с другом бугорков в стенке кишки обнаруживаются множественные язвы и трещины.

При болезни Крона язвы обычно не являются обширными, сливными, как это бывает при НЯК.

Для болезни Крона характерно развитие одиночных и множественных изменений в различных участках ЖКТ.

Характерно для болезни Крона, почти в 100% наблюдений, возникновение внутренних свищей между пораженным органом и полным органом.

Таким образом, при болезни Крона воспалительный процесс носит отчетливый характер.

Определяющим в диагностике болезни Крона является выявление в биопсийном материале саркаидной грануломы.

Ишемический колит.

В основе этого заболевания лежит сегментарное поражение, толстой кишки. Чаще всего процесс локализуется в левом фланге поперечно-ободочной кишке, селезеночном изгибе и нисходящей части ободочной кишки.

Как известно, между средней и левой ободочными артериями существует артериальный анастомоз в виде дуги Риолана. Указанный анастомоз связывает системы верхней и нижней брыжесчных артерий и имеет важное значение при резекциях левого фланга. Дефицит кровоснабжения кишки может возникнуть при артериосклеротическом поражении ветвей дуги Риолана.

Туберкулезный колит. Туберкулезное поражение толстой кишки, как правило, является осложнением тяжелых форм туберкулеза легких. Инфицирование кишечника происходит в следствии заглатывания больным мокроты, содержащей туберкулезные бактерии.

Первоначальное туберкулезное поражение кишечника начинается с внедрения инфекционного начала в бляшки Пейера. На слизистой оболочке кишки возникают язвы, которые располагаются в поперечном направлении к продольной оси кишечника. Язвы, как правило, имеют подрывные края и небольшие размеры. Тенденции к слиянию язв не отмечается, также крайне редки случаи перфорации.

В случаях, когда ТБС продолжает прогрессировать, просвет кишки стенозируется вплоть до развития частичной или полной непроходимости. Одновременно отмечается значительное увеличение

лимфатических узлов брыжейки кишки. В результате слияния отдельных лимфоузлов в регионарных зонах образуются обширные конгломераты, в строме узлов наблюдается казеоз.

Лечение туберкулеза кишки должно быть систематическим и комплексным. Хирургическое вмешательство показано при осложнениях, а также при больших ограниченных грануломах, которые трудно дифференцировать от злокачественных образований.

Симптомология и формы язвенного колита. НЯК, в основном является хроническим заболеванием, для которого характерно чередование периодов относительного благополучия с более или менее тяжелыми по клиническим проявлениям рецидивам.

Основными симптомами НЯК являются ректальные кровотечения и поносы. У 2/3 больных отмечаются схваткообразные боли в животе.

В некоторых случаях в картине болезни преобладают системные осложнения типа артериита, увеита, узловой эритемы, стоматита, гангренозной пиодермии и т.д.

Для объективной оценки состояния больных и определения формы течения болезни Bagen (1969) предложил классификацию, согласно которой в начальной фазе заболевания следует различать такие формы НЯК:

- 1) легкую;
- 2) тяжелую;
- 3) молниеносную.

Легкая форма. Не имеет достаточно четких характерных черт как в клиническом, так и морфологическом аспектах. Имеются явления катарального или катарально-язвенного процесса в слизистой прямой иногда и в сигмовидной кишках (проктит, проктосигмоидит).

Основными симптомами легкой формы НЯК являются периодическое выделение крови при дефекации и тенезмы, неустойчивый стул. Эти жалобы часто сопутствуют общепроктологическим заболеваниям (геморрой, трещина), поэтому может быть установлен неправильный диагноз.

Тяжелая форма. Характеризуется общей слабостью, профузными поносами с обильной примесью крови, гноем и слизью, быстрым похуданием, повышением температуры тела, отсутствием аппетита.

«Эти больные знают все публичные уборные по линии своего ежедневного маршрута» (Bagen). Испражнения у больных НЯК в начальной фазе могут быть полуоформленными или даже оформленными. В последующем у больных начинаются профузные поносы, а при

дальнейшем прогрессировании болезни испражнения приобретают кровянисто-гнойный характер.

Молниеносная форма. Начинается с тяжелой диареи. Испражнения жидкие, в них содержится большое количество кровянистых сгустков, гноя и слизи, имеют вид мясных помоев. Температура тела доходит до 39-40° С, прогрессивно нарастает общая слабость, усиливаются схваткообразные боли в животе, нарастает анемия. Наблюдается вздутие живота, потеря веса и обезвоживание организма.

Количество лейкоцитов в крови до 30 000. Температура носит септический характер. Больные очень быстро впадают в коматозное состояние. В следствии непрерывно усиливающейся интоксикации нередко через 36-48 часов после появления первых признаков болезни наступает смерть. Такие формы встречаются в 1-4 % случаях.

Прогноз при язвенном колите, поражающем всю толстую кишку. Основной причиной неблагоприятного исхода при тотальном поражении кишки является тяжелая интоксикация организма, возникающая в результате всасывания в кровь токсинов с обширной изъязвленной поверхности толстой кишки. При тотальном поражении толстой кишки только у 50% больных консервативная терапия может оказаться успешной, а остальные 50%, как правило нуждаются в выполнении экстренных хирургических вмешательств, причем до 17% из них умирают вскоре после операции. В основном при тотальном поражении толстой кишки выполняется субтотальная резекция толстой кишки.

Клинический диагноз язвенного колита. При общеклиническом исследовании, как и при пальпации живота, у большинства больных НЯК не удастся выявить каких-либо аномалий развития. В то же время заболевания весьма характерны.

При острых и тяжелых формах выделяются на первый план анемизация, истощение и сухость кожных покровов. Пальпаторно определяется болезненность по ходу толстой кишки. Нередко выявляется локальное защитное напряжение мышц брюшной стенки или наоборот вздутие живота.

Перкуторно в зоне растянутой брюшной стенки определяется коробочный звук, однако печеночная тупость сохранена. Исчезновение печеночной тупости говорит о перфорации толстой кишки в свободную брюшную полость.

Большую информацию о тяжести заболевания можно получить с помощью ректороманоскопии, т.к. НЯК всегда начинается с поражения прямой кишки.

Исследователь при RRS должен оценить состояние слизистой, контактную кровоточивость слизистой.

Выделяют 4 стадии поражения слизистой:

1 стадия – слизистая оболочка имеет пятнистый вид, она умеренна, иногда и значительно гиперемирована, наблюдается умеренная контактная кровоточивость.

2 стадия – слизистая отечная, интенсивно красная, блестящая и рыхлая. Резко выраженная контактная кровоточивость слизистой.

3 стадия – множественные мелкие абсцессы, имеются язвы.

4 стадия – слизистая оболочка с обширными полями изъязвлениями, имеет вид изъеденного молью ковра, местами видны псевдополипы. В просвете кишки обильный кроваво-слизисто-гнойный экссудат.

При распространении изменений более 30 см большую помощь в оценке распространенности процесса оказывает колоноскопия. Однако это не всегда возможно произвести из-за тяжести состояния больных.

Весьма успешным методом исследования является также ирригоскопия, что позволяет определить протяженность поражения кишки, исчезновение гаустрации.

Обнаружение псевдополипов на ирригограмме всегда указывает на необратимость воспалительного процесса и на крайне неблагоприятный прогноз болезни, что должно служить основанием к выполнению у этих больных колэктомии до развития в организме необратимых расстройств.

Осложнения НЯК.

1. Перфорация толстой кишки в свободную брюшную полость.

По статическим данным случаи перфорации толстой кишки при НЯК составляют около 3%, а среди заболевших впервые это осложнение выше 5,5%. При тяжелых сегментарных формах поражения частота перфорации – 10%, а при тотальных формах заболевания от 15 до 30%.

2. Острая токсическая дилатация толстой кишки.

Этот синдром описан в 1951 году Madison и Barger и встречается 3% случаях в группе больных с тяжелыми формами НЯК.

В клинической картине преобладают симптомы интоксикации, значительное вздутие живота и асимметрия брюшной стенки. Перистальтика ослаблена или вовсе отсутствует. Температура тела 38-39° С. Сохраняются тенезмы, число дефикаций уменьшается.

Решающее значение в диагностике токсической дилатации толстой кишки принадлежит рентгенологическому исследованию. На обзорных R-граммах выявляется резкое расширение толстой кишки. Раз-

витие токсического мегаколона многие авторы связывают с гипокалиемией, которая всегда сопутствует тяжелым формам НЯК.

Некоторые авторы считают, что развитие этого осложнения зависит от суммы факторов: деструкции в нервно-мышечном аппарате толстой кишки, нарушение ее моторной активности и тяжелые расстройства различных видов обмена.

Прогноз весьма неблагоприятный. Летальность составляет до 30%. Основным методом лечения является срочная операция – колэктомия.

Массивное кишечное кровотечение.

Встречается у 1-5% больных. Эти больные нуждаются в переливании не менее 1 - 1,5 - 2 и более литров крови. Нередко требуется струйное вливание под давлением. Методом лечения может быть только срочное **оперативное** вмешательство – колэктомия или проктолэктомия.

Стриктуры толстой и прямой кишок.

Встречаются в 11% случаях. В основе стриктур лежат фиброз подслизистого слоя толстой кишки и гипертрофия ее мышечной оболочки.

Анальные осложнения.

По литературным данным, нередкими осложнениями НЯК являются трещины, свищи и параректальные абсцессы. У части больных отмечается обострение хронического гемороя из-за частого стула.

Язвенный колит и рак.

Частота от 1,7 до 3,8%. Общепринято, что у больных НЯК рак встречается 11 раз чаще, чем у людей, не страдающих этим заболеванием.

Характерной особенностью рака на фоне НЯК является первичная множественность опухолей.

Особенно часто раковое перерождение встречается у больных с тотальным поражением толстой кишки НЯК.

Большинство авторов едины во мнении, что при тотальном поражении толстой кишки необходимо произвести проктолэктомию как профилактику возникновения рака.

Системные осложнения.

Системные осложнения при НЯК проявляются значительно раньше симптомов основного заболевания и нередко полностью маскируют последние.

Поражение суставов относится к одному из наиболее частых системных осложнений. Артриты встречаются у 4-5% больных с НЯК.

Авторы отмечают, что суставные осложнения развивались преимущественно у больных с длительным анамнезом при одновременном наличии у них некоторых других локальных или системных осложнений. Усиление проявления артрита почти всегда синхронизируется с обострением основного заболевания. Клинически обычно выявляется картина острого синовита в одном из крупных суставов, чаще всего в коленном или локтевом. После колэктомии симптомы обычно исчезают.

Глазные симптомы.

Увеит одинаково часто встречается при НЯК и болезни Крона. Отмечено у 1-11% больных. У женщин встречается чаще, чем у мужчин. Сочетается с поражением суставов. Типичными симптомами увеита является острая боль в глазах, головная боль, помутнение зрения. После колэктомии симптоматика увеита исчезает.

Поражения кожи.

Наиболее часто возникает на коже узловатая эритема или гангренозная пилдермия. Поражения кожи наблюдаются в период обострения НЯК.

Клиника – на коже появляются узелки красноватого цвета. В течение суток узелки по размеру становятся в 2 раза больше первоначальных, а спустя 48 часов они превращаются в пузырьки желтого цвета. В последующем на месте пузырьков образуются мелкие язвы.

Изменения в печени.

В печени происходят выраженные дегенеративные изменения и жировая инфильтрация.

Тяжелые поражения печени при НЯК, вероятнее всего, можно объяснить проникновением в нее непосредственно из толстой кишки по воротной вене токсических агентов.

Консервативное лечение язвенного колита.

Более стабильного лечебного эффекта удается добиться с помощью салазопрепаратов. Кроме того, в числе обязательных ингредиентов лечебного комплекса должны фигурировать переливание цельной крови и плазмы, витаминотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений. Лишь при отсутствии эффекта от проводимости лечения и продолжающемся нарастании симптомов интоксикации следует назначать лечение кортикостероидными гормонами.

В частности, после назначения кортикостероидов из-за задержки солей в кровяном русле у больных могут появиться отеки, что иногда расценивается врачом как прибавление веса тела.

Если же в лечении стероидными гормонами начато в предоперационный период, то, непременно, его нужно продолжить в послеоперационном периоде в течении 6-7 дней.

Хирургическое лечение НЯК. Абсолютные показания к хирургическим вмешательствам при НЯК подразделяются на 3 основные группы:

1. Экстренные – выполняемые по поводу перфорации, острой токсической дилатации, массивного кровотечения, а также по поводу молниеносных форм заболевания, резистентных к консервативному лечению.

2. Неотложные (срочные) – выполняемые при тяжелых обострениях тотальных хронических форм заболевания, а также при выявленном или подозреваемом раке толстой кишки на фоне НЯК.

3. Элективные (избирательные) – критериями последних являются десятилетний срок болезни с распространением воспалительного процесса на всю толстую кишку и тяжелые системные осложнения НЯК, не поддающиеся консервативному лечению.

Относительные показания к операции приемлемы по отношению к менее тяжелой по проявлениям группе больных, перспектива успешного консервативного лечения у которых вызывает сомнения. В первую очередь, речь идет о больных с тотальными и сегментарными формами НЯК хронического, рецидивирующего течения при отсутствии у них четкого эффекта от консервативных мероприятий.

Основные показания к колэктомии возникают у детей в связи с задержкой их развития.

Выбор метода операции. В хирургическом лечении НЯК полученные результаты дают три основных типа операций или их модификаций:

1. Проктколэктомия с абдоминальной илеостомой.
2. Субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом.
3. Проктколэктомия с анальной илеостомией.

Следует подчеркнуть, что современными можно считать лишь одноэтапные операции. К двухмоментным операциям можно прибегнуть лишь в вынужденных ситуациях.

ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Диффузный полипоз толстой кишки относится к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Он характеризуется прогрессирующим течением, приводящим к резко выраженным нарушениям обмена веществ, анемии и почти обязательному раковому превращению полипов. Кроме множественных полипов во всех или почти всех отделах толстой кишки, при этом заболевании нередко выявляются полипы в тонкой кишке и почти у 50 % больных обнаруживают полипы в желудке и полиповидные изменения его слизистой оболочки [А.М.Никитин, 1980; Г.А.Колесникова, 1980, и др.]. Важнейшим отличительным признаком этого заболевания является наследственный (семейный) характер его. По данным А. Veale (1965), вероятность развития диффузного полипоза толстой кишки достигает 13 на 1 000 000 населения.

Множественность полипов, частое поражение ими слизистой оболочки всей толстой кишки и даже всего желудочно-кишечного тракта, наследственная передача заболевания, раннее возникновение глубоких метаболических нарушений и почти облигатная малигнизация полипов обусловили: пессимистическое отношение врачей к возможности излечения этого тяжелого патологического процесса. Однако без лечения такие больные, как правило, умирают в возрасте от 16-20 до 40-45 лет от рака или расстройств обмена вещества и анемии.

Кажущаяся бесперспективность лечения диффузного полипоза также не всегда соответствует действительности. Исследованиями сотрудников НИИ проктологии и ряда зарубежных авторов установлено, что даже при тотальном полипозе желудочно-кишечного тракта в большинстве случаев ведущее значение имеет поражение именно толстой кишки. Удаление ее приводит к нормализации или значительному улучшению обменных процессов в организме и частичному восстановлению трудоспособности больных. Вероятность, малигнизации полипов в желудке, а тем более в тонкой кишке при этом заболевании в сотни раз меньше, чем в толстой кишке (В.Д.Федоров, А.М.Никитин, Д.К.Камаева и др.). В связи с этим в названии заболевания и в настоящее время (после установления факта большой частоты полипозных изменений желудка) акцентируют внимание на поражении толстой кишки (диффузный полипоз толстой кишки) и лечебные воздействия направляют прежде всего на этот орган.

Предложен лишь один метод консервативного лечения диффузного полипоза – с помощью клизм с соком чистотела (А.М. Аминев),

однако он до сих пор не получил распространения, поскольку научных доказательств его эффективности автор не представил, а другие специалисты выражают обоснованные сомнения в целесообразности его применения (В.Л. Ривкин и соавт., В.Д. Федоров и др.).

Этиология и патогенез. Представление об этиологии и патогенезе диффузного полипоза толстой кишки складывалось на основе классических работ двух групп исследователей. Одни считали, что причиной возникновения полипоза толстой кишки изначально являются воспалительные процессы слизистой оболочки [Virchow R., 1863; Н.Н. Петров, 1896; Л.Е. Мангейм, 1929], другие полагали, что в основе заболевания лежат нарушения, произошедшие в эмбриональный период развития [Barron J., 1956; Sommers S., 1964]. Однако и в наше время этиология и патогенез диффузного полипоза не изучены и достаточной степени. Важно, что диффузный полипоз толстой кишки выделен из группы полипозных поражений желудочно-кишечного тракта как «истинный опухолевый». Он имеет мало общего с так называемым псевдополипозом – результатом хронического воспалительного поражения толстой кишки (при неспецифическом язвенном колите, хронической дизентерии, инвазии паразитов – шистоматоз и т.д.). Попытки, предпринятые с целью создания экспериментальной модели диффузного полипоза, пока не дали новых сведений о причине его возникновения.

Некоторые косвенные свидетельства возможности вирусной этиологии диффузного полипоза дали основание сторонникам этой концепции рассматривать причины данного заболевания именно с позиции этой теории [Luchtenberger C, 1956; Зильбер Л.А., 1962]. Установлена наследственная передача заболевания – в первом поколении по типу «доминантного гена» по Менделю [Lockhart-Mummery P., 1925, 1939].

Патологическая анатомия. Диффузный полипоз толстой кишки характеризуется множественностью поражения полипами слизистой оболочки всех или почти всех отделов толстой кишки. Установлено, что минимальное количество полипов при диффузном (семейном) полипе толстой кишки было 4 790, а максимальное – 15 350 [Капуллер Л.Л., Михайлянц Г.С. и др., 1979].

При гистологическом исследовании слизистой оболочки между полипами, на участках без выраженных макро- и микроскопических признаков каких бы то ни было изменений, в единичных кишечных криптах можно обнаружить небольшие группы эпителиальных клеток с гиперхромными увеличенными ядрами и почти полным отсутствием слизи. Обращает на себя внимание, что пролиферирующие клетки

располагаются не в донных отделах крипт, не в обычной зоне ростковых камбиальных клеток, а в их поверхностных отделах. По мере роста этого своеобразного эпителия он занимает две, три крипты и более. Слизистая оболочка в этих местах остается ровной. По мере вовлечения в процесс новых крипт происходит их увеличение и утолщение слизистой оболочки в виде небольшого бугорка. Быстрый рост клеток приводит в начальных стадиях лишь к углублению крипт и постепенному увеличению бугорков – полипов. В большинстве случаев такое строение отмечается в полипах диаметром 2-4 мм. Реже они бывают больших размеров. Описываемая форма полипоза, при которой полипы не превышают размеров просяного зерна, носит название гиперпластической (миллиарной) (рис. 99).

По мере увеличения размеров полипов меняется их структура. В основе этого процесса лежит усиленный рост эпителиальных клеток, которые, не уместаясь в обычной крипте, приводят к ее искривлению и деформации вследствие образования складок и добавочных ходов. Строение полипов при гистологическом исследовании напоминает строение желез, чем и объясняется их название – «железистые», или «аденоматозные». Поверхность железистых полипов гладкая или крупнодольчатая, они четко дифференцируются на тело и ножку. Аденоматозное строение чаще всего имеют полипы размером 0,5-0,8 см, изредка они достигают больших размеров (рис. 100). Эту форму полипоза мы называем адепоматозной. При микроскопическом исследовании отмечается усиление признаков структурной и клеточной атипии, а у 45% больных обнаруживается рак.

Продолжающаяся пролиферация эпителия полипов сопровождается формированием эпителиальных сосочков. В крупных железистых полипах появляются единичные мелкие ворсинчатые выросты, выступающие над поверхностью полипа. В этих случаях в полипе преобладает железистая ткань. По мере нарастания пролиферации эпителия и увеличения размеров полипов увеличивается количество ворсин, покрывающих большую часть или всю поверхность полипа, в результате чего железистый полип превращается в железисто-ворсинчатый.

Таким образом, во всех случаях гиперпластического, аденоматозного и аденопапилломатозного полипозов отмечалась одна характерная черта – усиление пролиферации эпителиальных клеток с образованием многочисленных полипов. Эти формы полипоза мы объединили и назвали «полипоз с преобладанием процессов пролиферации» [Федоров В.Д., Капуллер Л.Л. и др., 1980].

На основании установленной зависимости между гистологической структурой и размерами полипов можно разделить пролифери-

рующий полипоз на три формы или, правильнее, стадии. В препаратах, удаленных во время операции при I стадии диффузного полипоза, отмечалось резкое преобладание мелких полипов диаметром до 3-4 мм, обычно составляющих более 50% всех полипов. Во второй стадии полипоза наблюдается большое количество аденоматозных полипов размером 0,5-0,8 см. Для III стадии характерны крупные аденопапилломатозные полипы диаметром от 1 до 3-4 см.

При выделении стадий диффузного полипоза мы исходили из того, что крупные полипы не возникают сами по себе, а развиваются из мелких аденом. Проходя ряд стадий, они не только увеличиваются в размерах, но и трансформируются из простых аденом в железистоворсинчатые полипы. Эта стадийность развития прослеживается при длительном наблюдении за больными диффузным полипозом, а также подтверждается приведенными выше гистологическими исследованиями.

Если представление о стадийности развития полипов при диффузном полипозе в основе своей верно, тогда легко представить себе, что практически не может быть «чистых» полипозов или форм, строго представленных полипами одного строения. Следует отметить, что самой «чистой» формой является начальная стадия, или милиарный полипоз. От стадии к стадии процент таких мелких новообразований уменьшается из-за увеличения количества крупных полипов с более выраженной степенью анаплазии.

Диффузный полипоз толстой кишки нельзя рассматривать как однородное заболевание, поскольку оно объединяет по меньшей мере три формы полипоза, отличающихся как по клиническому течению, так и по гистологическому строению полипов. Необходимость в четкой дифференцировке разных видов полипоза обусловлена еще и разной степенью малигнизации полипов при каждом из них, что в значительной степени должно влиять на определение показаний к оперативному вмешательству и на выбор метода операции. Так, при полипозе, протекающем с преобладанием процессов пролиферации, переход в рак отмечается у 50-90% больных. Эти твердо установленные факты послужили основанием к выделению аденоматозного полипоза в группу облигатного предрака. Две другие формы полипола – ювенильный и синдром Пейтца-Егерса – встречаются реже и изучены еще недостаточно. Для ювенильных полипов характерна преимущественно гладкая поверхность, округлая форма и значительное полнокровие, иногда сочетающееся с изъязвлением поверхности. Эти полипы обычно более 1 см в диаметре, имеют длинную тонкую ножку. На разрезе в теле такого

полипа часто можно видеть мелкие и крупные полости, заполненные прозрачной слизью.

При микроскопическом исследовании обнаруживают, что ювенильные полипы содержат большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью-секретом бокаловидных клеток. Наиболее характерным признаком ювенильного полипа является резкое преобладание стромы над железистым компонентом. Обычно в строме определяют большое количество лимфоцитов, плазматических клеток и эозинофилов. Очень часто обнаруживают участки изъязвления покровного эпителия с развитием грануляционной ткани и явлениями регенерации в покровном эпителии. Наличие поверхностных язв и эрозий сопровождается значительной примесью к обычному инфильтрату пейтрофилов и полнокровием сосудов.

По мере роста полипа увеличиваются его размеры. На определенной стадии развития ювенильный полип приобретает выраженную дольчатость или бахромчатость, что придает ему сходство с ворсинчатыми полипами, но в отличие от последних эти образования не имеют папиллярных выростов, а при микроскопическом (исследовании дольки этих полипов имеют строение, характерное для ювенильных полипов. Как уже отмечалось, в ювенильных полипах эпителиальные клетки имеют обычное строение, в них отмечается усиление образования слизи. В отличие от аденоматозного полипоза признаки атипии почти полностью отсутствуют. Однако и при этой форме превращение полипов в рак наблюдается в 20% случаев.

Отличительным признаком полипов при синдроме Пейтца-Егерса (полипоз с экстракишечными проявлениями, поражающий весь пищеварительный тракт) является наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме. Эпителий таких полипов мало отличается от нормального. Малигнизация наблюдается очень редко.

Клинические формы и течение. Анализ результатов клинических наблюдений, некоторых лабораторных показателей, данных морфологических исследований позволил нам выделить следующие формы диффузного полипоза толстой кишки.

Первая форма – диффузный полипоз толстой кишки с преобладанием в полипах процессов пролиферации:

I стадия – гиперпластический (милиарный);

II стадия – аденоматозный;

III стадия – аденопапилломатозный.

Вторая форма – ювенильный диффузный полипоз (полипоз с преобладанием в полипах секреции эпителия желез).

Третья форма – гамартмный полипоз (синдром Пейтца-Егерса).

Каждой из стадий диффузного полипоза соответствует определенная клиническая картина. Первые симптомы заболевания независимо от формы полипоза появляются уже в возрасте полового созревания. У значительного числа больных (75,1%) признаки поражения толстой кишки сопровождаются симптомами поражения желудка, а клиническая симптоматика полипоза нарастает соответственно стадийности его течения. При исследовании верхних отделов пищеварительного тракта установлено, что у 40% больных: в желудке и двенадцатиперстной кишке имеются воспалительные изменения, а у 42-45 % – полипы.

Раньше всего, часто уже в возрасте 10-12 лет, проявляется ювенильный полипоз: наблюдаются частый стул, выпадение полипов из заднего прохода при дефекации (рис. 101), выделение крови. Дети, страдающие ювенильным полипозом, заметно отстают в физическом развитии (рис. 102). Мы обращаем внимание на этот факт потому, что подростки, страдающие полипозом, постепенно замыкаются в себе, редко предъявляют жалобы на частый стул, а тем более на выпадение полипов при дефекации, скрывая это обстоятельство от родителей. Постепенное развитие обменных нарушений приводит к отставанию в росте; вторичные половые признаки у таких больных появляются значительно позже, чем у их сверстников.

В другой, основной, группе больных полипозом с преобладанием процессов пролиферации симптомы заболевания начинают проявляться в период полового созревания. У этих больных наиболее постоянным симптомом является частый, до 5-6 раз в сутки, стул, а также наличие патологических примесей в кале (кровь, слизь), обнаруживаемые у 80% больных.

Изучение основных показателей метаболизма у больных с различными формами и стадиями диффузного полипоза толстой кишки показало, что степень выраженности обменных нарушений зависит от формы заболевания. При пролиферирующей форме метаболические нарушения наименее выражены в гиперпластической стадии и постепенно увеличиваются в аденоматозной и аденопапилломатозной стадиях. Это позволяет утверждать, что оперативное вмешательство при этом заболевании наиболее целесообразно тогда, когда нарушения обменных процессов наименее выражены и риск малигнизации минимален.

Злокачественная трансформация полипов также определяется стадией развития процесса в толстой кишке. Так, при гиперпластическом полипозе частота ракового перерождения полипов составила 35%, а при аденопапилломатозном – 83 %. В то же время при ювенильном полипозе рак возникает сравнительно нечасто (21%).

Как количество случаев возникновения рака, так и число больных множественным раком и с метастазами постепенно увеличивается от гиперпластической стадии пролиферирующего полипоза к аденопапилломатозной, т.е. еще раз подтверждается стадийность развития процесса. У больных гиперсекретирующим (ювенильным) полипозом также обнаружены множественный рак и отдаленные метастазы.

Таким образом, рак у больных диффузным полипозом возникает при любой морфологической форме его, однако наиболее часто в аденопапилломатозной стадии. Особенно важно, что раковое перерождение полипов обнаруживается и в гиперпластической стадии, и при ювенильной форме диффузного полипоза и может наступать в любом возрасте. Следовательно, единственным адекватным методом лечения этого заболевания в современных условиях следует считать хирургическое вмешательство.

Диагноз. Распознавание диффузного полипоза не сложно. Подозревать это заболевание нужно прежде всего у лиц молодого возраста, предъявляющих жалобы на боли в эпигастральной области и частые послабления стула. Иногда при этом отмечаются выделения крови и слизи из прямой кишки, а также выпадение полипов из заднего прохода и даже отхождение их с калом. Могут наблюдаться истощение, малокровие, отставание в росте и общем развитии, позднее появление вторичных половых признаков. Достаточно типичным признаком является изменение ногтей в виде часовых стекол и пальцев рук и ног в форме барабанных палочек. Для синдрома Пейтца-Еггерса характерна выраженная пигментация кожи лица и особенно губ. Нередко диффузный полипоз сочетается с развитием единичных или множественных доброкачественных опухолей – остеом, десмом, атером и пр. (синдром Гарднера). Обращают на себя внимание и другие синдромы (Кронкайта-Канада, Олфилда, Турко, Камиеля, Золлингера-Эллисона и пр.), но они имеют меньшее диагностическое и относительно небольшое клиническое значение.

Из специальных методов исследования для выявления диффузного полипоза применяют пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию и колоноскопию с биопсией, рентгенологическое исследование толстой кишки с наполнением ее бариевой взвесью и воздухом. В связи с большой вероятностью малигнизации полипов каждого больного подвергают тщательному обследованию с целью исключения генерализации ракового процесса (пальпация лимфатических узлов, печени, радиоизотопное и ультразвуковое сканирование печени и пр.). Важное значение имеет разработка эндоскопических критериев малигнизации полипов (В.П. Стрекаловский и др.) и прин-

ципов дифференциальной диагностики клинических форм и стадий полипоза, включая малигнизацию, при рентгенологическом исследовании (В.Н. Мушникова).

Для улучшения диагностики диффузного полипоза необходимо шире проводить исследование толстой кишки при профилактических осмотрах населения, а при наличии каких-либо жалоб на нарушение функции желудочно-кишечного тракта применять весь арсенал диагностических методов. При этом особое внимание следует обращать на следующие группы населения.

1. Лица, среди которых выявление заболевания наиболее вероятно:

- а) больные с выраженной клинической картиной диффузного полипоза;
- б) дети больных диффузным полипозом;
- в) братья, сестры, близкие родственники больных диффузным полипозом;
- г) больные, у которых при обследовании обнаружены полипы в желудке или в двенадцатиперстной кишке.

2. Потенциальные кандидаты для выявления заболевания:

- а) больные с атеромами, десмоидными опухолями, изменениями ногтевых фаланг в виде барабанных палочек;
- б) подростки с анемией неустановленной этиологии, с отставанием в физическом развитии;
- в) больные молодого возраста (18-25 лет), страдающие гастритом с повышенной секреторной функцией желудка;
- г) больные с диагнозом «острая дизентерия», не подтвержденным бактериологически.

Хирургическое лечение. Клинический опыт свидетельствует о том, что попытки санации прямой кишки путем электрокоагуляции полипов или иссечения их (трансанально или по типу операции Опольцера и ее модификаций) обычно не приводят к желаемому эффекту и в последующем возникают новые полипы, склонные к быстрой малигнизации. Среди наблюдавшихся в НИИ проктологии больных после описанной санации прямой кишки рост полипов отмечен у 35 %, а рак возник у 18 % из них.

Даже при секретирующей (ювенильной) форме полипоза и относительно редко встречающемся расположении полипов в некоторых отделах толстой кишки санация этих отделов путем полипэктомии через колоноскоп оказывается безуспешной и не предотвращает возникновение рака в последующем. Только при синдроме Пейтца-Егера, когда полипы и опухоли гамартормного типа нередко располагаются разбросанно, их немного, учитывая малое число зарегистрированных случаев

малигнизации (только у одного из 21 наблюдавшихся нами больных), на современном этапе изучения проблемы может быть рекомендовано иссечение новообразований (чаще по типу клиновидных резекций тонкой или толстой кишки).

Большинство больных диффузным полипозом толстой кишки должны подвергаться хирургическому лечению вскоре после установления диагноза и тщательной предоперационной подготовки с целью выявления метаболических нарушений и их коррекции. Обычно значительная распространенность поражения толстой кишки обуславливает необходимость выполнения обширных резекций ее, вплоть до субтотальной колэктомии и колпроктэктомии. В связи с этим требуется особенно тщательная предоперационная подготовка, массивная комплексная трансфузионная терапия с применением препаратов крови и аминокислотных смесей до операции, во время нее и длительно после хирургического вмешательства (под систематическим контролем состояния гемодинамики и функционального состояния паренхиматозных органов и ведущих показателей гомеостаза).

Обезболивание общее. Чаще всего применяют эндотрахеальный многокомпонентный наркоз с релаксантами. Важное значение придается и использованию ИЛА (В.И. Смирнова и др.).

Выбор метода операции. Долгое время хирурги, стремясь уменьшить риск обширной операции при диффузном полипозе, расчленяли хирургическое лечение на несколько этапов, последовательно удаляя все пораженные отделы толстой кишки. Успехи современной анестезиологии и реаниматологии расширили возможности выполнения одномоментных обширных операций. Кроме того, проведение многоэтапного хирургического лечения при диффузном полипозе толстой кишки нецелесообразно по нескольким принципиальным соображениям. Прежде всего следует учесть результаты анализа одно- и многоэтапных хирургических вмешательств. При многоэтапных операциях осложнения отмечены более чем у 50% больных, летальность составила около 20%, а при одномоментных вмешательствах осложнения возникли менее чем у 40%, а летальность была равна 9,7%. Кроме того, у некоторых больных между этапами лечения в оставленных отделах толстой кишки происходило раковое перерождение полипов, что делало невыполнимыми последующие этапы радикального хирургического лечения. В связи с этим мы считаем, что хирургическое лечение диффузного полипоза толстой кишки должно быть, как правило, одномоментным. Выбор объема оперативного вмешательства определяется частотой возникновения и наличием рака, распространенностью

полипоза и его формой в различных отделах толстой кишки. Среди оперированных в НИИ проктологии по поводу диффузного полипоза рак в толстой кишке обнаружен у 60,1% больных, в желудке – у 0,3% больных. Частота развития рака в различных отделах толстой кишки представлена на схеме (рис. 103). У 26,6% больных раковые опухоли были множественными и чаще всего обнаруживались при пролиферирующей форме полипоза.

Приведенные данные свидетельствуют о наибольшей вероятности возникновения рака в дистальных отделах толстой кишки (особенно в прямой) и служат одним из важнейших оснований для удаления прямой кишки в большинстве случаев ее поражения полипозом. Это заключение находится в определенном противоречии с установившейся на практике тенденцией к сохранению прямой кишки и наложению илеоректальных анастомозов при операциях по поводу диффузного полипоза [В.Л.Ривкин и др., 1969; Shaupp W., 1972; Aim T., 1975; Ulrich B., 1975].

Более перспективным представляется определение возможности выполнения частичных органосохраняющих операций на основе выявления непораженных участков слизистой оболочки толстой кишки у определенной части больных, особенно с секретирующей (ювенильной) формой диффузного полипоза. Мы специально изучали (Никитин А.М., Михайлянц Г.С. и др.) интенсивность и частоту поражения полипами отделом толстой кишки на препаратах резецированной или полностью удаленной толстой кишки. При этом было установлено, что часто (15,3% больных) полипы отсутствуют в правых отделах кишки. В левых отделах толстой кишки (нисходящей и сигмовидной) единичные полипы встретились только у 30,2% больных, а у 66,4% отмечалось поражение всей слизистой оболочки этих отделов толстой кишки. Интенсивность поражения полипами постепенно нарастает от правых отделов к левым. Кроме того, установлено, что этот показатель зависит от стадии процесса: отсутствие полипов в некоторых отделах кишки (чаще правых) наиболее часто обнаруживается при гиперпластической стадии, сплошное поражение полипами характерно для аденопапилломатозной стадии процесса.

При изучении интенсивности и протяженности поражения слизистой оболочки толстой кишки у больных с гиперсекретирующим (ювенильным) полипозом установлено, что множественными полипами чаще поражаются ее правые (слепая и восходящая) и левые отделы (54,3%), а также прямая кишка (71,4%). Таким образом, к группе больных с ювенильным полипозом наиболее часто свободной от полипов является поперечная ободочная кишка (17,1 %). Такая же закономерность выявляется и у больных с гамартмным полипозом (синдром Пейтца-Егерса).

На основании представленных данных можно считать, что если уж при хирургическом лечении диффузного полипоза стремиться к сохранению какой-то части толстой кишки, то предпочтение следует отдавать правым отделам, где в несколько раз реже происходит малигнизация полипов, да и поражение полипами менее интенсивное. Кроме того, объем операции и возможность сохранения тех или иных отделов кишки должны определяться индивидуально на основе тщательной эндоскопической и рентгенологической оценки распространения полипов по слизистой оболочке кишки. Результатом этих исследований явилась разработка различных типов операций и определение индивидуальных показаний к ним.

Колпроктэктомия (рис. 104) – удаление всех отделов толстой кишки с одновременной экстирпацией прямой кишки. Показанием к ее выполнению является тотальное поражение полипами всех отделов толстой кишки в сочетании с раковой опухолью нижней трети прямой кишки.

Колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки – удаление всей ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием постоянной илеостомы.

Показанием к этой операции является поражение полипами всей слизистой оболочки толстой кишки, в том числе в сочетании с раковой опухолью, расположенной на 6-7 см выше края заднего прохода.

Субтотальную резекцию толстой кишки с формированием илео-ректального анастомоза (рис. 105) производят в тех случаях, когда в прямой кишке полипов нет (или обнаружены и удалены единичные полипы милиарного или ювенильного строения), но имеется тотальное поражение полипами всех остальных отделов толстой кишки.

Субтотальную резекцию толстой кишки с формированием илео-сигмоидного анастомоза применяют в тех исключительных случаях, когда все отделы ободочной кишки поражены полипами, а в прямой и сигмовидной кишке полипов нет или обнаружены и удалены единичные гиперпластические и ювенильные полипы.

Субтотальную резекцию толстой кишки с формированием асцендоректального анастомоза (рис. 106) выполняют, когда все отделы ободочной кишки поражены полипами, а в правых отделах (слепой и восходящей) и в прямой кишке полипов нет или они единичные.

Субтотальная резекция ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и низведением правых отделов в заднепрямой канал (рис. 107) показана больным, у которых в слепой и восходящей кишке полипов нет или они единичные (милиарного или ювенильного строения), а во всех остальных отделах толстой кишки

имеется множество полипов (в прямой кишке при этом может быть раковая опухоль, по расположенная на 7-8 см выше от края заднепроходного канала).

Субтотальную резекцию толстой кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, низведение поперечной ободочной кишки в заднепроходный канал, правостороннюю гемиколэктомию и наложение илеотрансверзоанастомоза выполняют у больных ювенильным полипозом в тех случаях, когда в поперечной ободочной кишке полипов нет или они единичные, а во всех остальных отделах толстой кишки имеется множественное поражение слизистой оболочки полипами.

Техника выполнения одномоментных операций. Обширность и травматичность одномоментных операций по поводу диффузного полипоза требует соблюдения определенной последовательности, учета анатомических особенностей и тщательного гемостаза. Кроме того, необходимо строго следить за сохранением артериального и венозного кровоснабжения остающихся отделов толстой кишки и свободно владеть техникой наложения самых разнообразных межкишечных и колоанальных анастомозов.

После срединной лапаротомии производят полную ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, начиная с абдоминального отрезка пищевода и кончая полостью малого таза. Особое внимание обращают на состояние желудка, двенадцатиперстной, всей тонкой кишки, желчного пузыря и печени (несмотря на предоперационное исследование этих органов). Целью ревизии является исключение сопутствующих заболеваний и аномалий, метастатического поражения лимфатических узлов и печени, выявление возможных десмоидных опухолей и фиброза клетчатки корня брыжейки и забрюшинного пространства. Ревизия толстой кишки необходима для дополнительной оценки глубины поражения и распространения злокачественных опухолей.

Мобилизацию толстой кишки целесообразно начинать с левой половины ее (как при левосторонней гемиколэктомии), а затем хирург встает слева от больного, освобождает правую половину толстой кишки и, наконец, из того же положения мобилизует прямую кишку. Перед этим последним этапом мобилизации производят пересечение и лигирование всех питающих толстую кишку сосудов, включая основной ствол верхней брыжеечной артерии. Прямую кишку со стороны живота выделяют под контролем зрения, главным образом острым путем. Дальнейшее проведение вмешательства определяется избранным типом операции. Техника выполнения операций описана в работах В.Д.Федорова, А.М.Никитина и др.

Сложность осуществления операций и особенности интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде дают основания рекомендовать проводить хирургическое лечение больных диффузным полипозом только в специализированных хирургических и проктологических учреждениях, специально занимающихся этой проблемой и имеющих специальное оснащение и обеспечение.

Оценка эффективности хирургического лечения. В последние годы в медицинской печати периодически появляются сообщения, свидетельствующие о том, что летальность при хирургическом лечении диффузного полипоза остается достаточно высокой и колеблется от 4 до 40% [Шапкина В.С., Пирогов Э.С., 1973; Moertel G., 1971; Shepperd J., 1971; Michel A., 1972; Aim T., 1975; Камаева Д.К., 1980].

У многих больных, хотя и с большим трудом удается установить основную причину развития осложнений или смерти. У большинства больных летальный исход наступил в результате прогрессирования перитонита. При этом причиной перитонита чаще всего была недостаточность швов илеоректального или илеосигмоидного анастомоза. У части же больных перитонит развился, хотя и не отмечалось несостоятельности швов анастомоза, и привел к смерти, несмотря на проведение повторных оперативных вмешательств и применение комплекса лечебных мероприятий, включавший длительное постоянное орошение брюшной полости растворами антибиотиков широкого спектра действия.

Как уже указывалось выше, частота развития осложнений и летальных исходов определяется прежде всего принципом хирургического лечения. Так, при одномоментных операциях частота осложнений составила 39,1 %, а летальность – 9,7 %, и то же время при многоэтапном хирургическом лечении осложнения развились у 63,4% больных, а летальность была равна 19,4%.

Осуществление одномоментного оперативного вмешательства в том случае, если полипы еще не переродились в рак, менее опасно, чем хирургическое лечение больных с уже возникшими раковыми образованиями.

Чем более длительно больные находились под наблюдением и подвергались консервативному лечению, тем чаще у них развивались раковые опухоли и тем у большего числа из них обнаружены отдаленные метастазы. Следовательно, если хирургическое лечение диффузного полипоза толстой кишки предпринимать до возникновения рака, а оперативное вмешательство осуществлять одномоментно, то и летальность после операций может быть минимальной, а эффективность хирургического лечения максимальной.

Сведения об отдаленных результатах лечения диффузного полипоза публикуются редко. В большинстве работ не указана продолжительность наблюдения, не сообщаются данные об осложнениях, возникающих в различные сроки после вмешательства. «Унифицирование» методов хирургического лечения этого заболевания привело к тому, что в зарубежной литературе обсуждаются отдаленные результаты только двух операций: колпроктэктомии и субтотальной резекции толстой кишки с илеоректальным анастомозом [Bussey П., 1963, 1975; Moertel П., 1970; Morganti V., 1971].

При анализе эффективности хирургического лечения диффузного полипоза толстой кишки мы произвели вычисление 5-летней выживаемости отдельно для оперированных по поводу рака на фоне основного заболевания и для оперированных еще при отсутствии ракового превращения полипов. В анализируемые группы пошли больные, прожившие 5 лет и более. Всем больным были произведены операции, которые мы называем радикальными. При этом установлено, что из больных, которые подвергнуты хирургическому лечению в дораковый период, в течение 5 лет наблюдения не умер ни один, т.е. 5-летняя выживаемость в этой группе равна 100%. В то же время в группе больных, подвергнутых хирургическому лечению на фоне основного заболевания, имелись случаи ракового перерождения полипов, 5-летняя выживаемость составила всего $62,5 \pm 4\%$.

Глава. 13.

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Заболеваемость.

Рак ободочной кишки (РОК) занимает второе-третье место среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта и составляет от 3,9 до 5,7% в общей структуре онкологической заболеваемости [Трапезников Н.Н., Шайн А.А., 1992]. Заболеваемость раком ободочной кишки у лиц обоего пола по различным регионам России составляет от 6,5 до 15,3 на 100 000 населения. Есть данные, что у женщин заболеваемость выше, чем у мужчин. Преимущественный возраст больных – более 50 лет.

В странах Западной Европы и Северной Америки показатель заболеваемости РОК превышает 20 на 100 000 населения.

Показатели смертности в среднем составляют 9-11 на 100 000 населения. В течение 2 лет с момента обнаружения заболевания без лечения или после паллиативных операций погибают 85-90% больных.

Этиопатогенетические факторы.

По мнению большинства исследователей, на рост заболеваемости раком ободочной кишки оказывают влияние следующие этиопатогенетические факторы:

1. Характер питания населения – малошлаковая пища с преобладанием животных жиров, белков и рафинированных углеводов (сахар).

2. Малоподвижный образ жизни – гипокинезия, ожирение, возраст более 50 лет.

3. Гипотония и атония кишечника в пожилом возрасте – хронические запоры.

4. Наличие в кишечном содержимом эндогенных канцерогенов – индола, скатола, гуанидина, метаболитов стероидных гормонов и их воздействие на слизистую кишки в условиях длительного застоя каловых масс.

5. Хроническая травматизация калом слизистой толстой кишки в местах физиологических изгибов.

Предраковые заболевания.

К предраковым заболеваниям относятся следующие заболевания:

1. Хронические колиты, в частности хронический неспецифический язвенный колит и гранулематозный колит (болезнь Крона), которые составляют основную группу факультативных предраковых заболеваний.

2. Дивертикулы (дивертикулез) ободочной кишки (дивертикулиты). Малигнизуются редко.

3. Полипозное поражение ободочной кишки (облигатный предрак), которое может быть в виде:

1) одиночных полипов (аденоматозный, ворсинчатый), малигнизуются до 45-50%, особенно величиной более 2 см, причем ворсинчатые полипы озлокачиваются чаще;

2) множественного полипоза ободочной кишки, который, в свою очередь, может иметь следующие формы:

а) генетически детерминированные:

- семейно-наследственный диффузный полипоз;
- синдром Пейтц-Еггерса (Джеггерса);
- синдром Тюрко;

б) ненаследственные формы:

- спорадический полипоз;
- сочетанный полипоз;
- синдром Кронкайта-Кэннедэ.

Семейно-наследственный полипоз является облигатным предраком, при котором почти в 100% случаев развивается рак.

Болезнь Крона (БК) – это хроническое неспецифическое воспаление подслизистого слоя с изъязвлением слизистой, гранулематозными изменениями (отсюда второе название – гранулематозный колит), свищами, инфильтратами, сопровождающимися сужением просвета, воспалением, утолщениями стенки кишки. БК может локализоваться и в прямой кишке, но наиболее часто – в терминальном отделе подвздошной кишки. Болезнь может напоминать саркоидоз, трещины, язвы прямой кишки. Рельеф кишечника напоминает «булыжную мостовую» с линейными язвами.

Полипы бывают гиперпластические (воспалительные) и аденоматозные (железистые).

Морфологически полипы представляют собой папиллярные и тубулярные разрастания железистой ткани со стромой, отличающейся от нормальной слизистой оболочки полиморфизмом клеточных элементов, высокой митотической активностью, полной или частичной утратой способности к дифференциации.

Полипы бывают гладкие и бархатистые (ворсинчатые).

Деление двух групп полипоза толстой кишки на наследственные и ненаследственные является целесообразным, так как при генетически детерминированных формах необходимо обследовать родственников и всех членов семьи заболевшего даже при отсутствии жалоб на дисфункцию желудочно-кишечного тракта.

В то же время внекишечные сопутствующие проявления синдромов Пейтц-Егерса, Гарднера, Тюрко могут быть ранними диагностическими паранеопластическими признаками полипоза толстой кишки.

Так, для синдрома Пейтц-Егерса характерно полипозное поражение желудочно-кишечного тракта с мелкопятнистой меланиновой гиперпигментацией слизистой оболочки щек и губ, а также других естественных анатомических отверстий тела человека.

Для синдрома Гарднера характерно сочетание полипозного поражения толстой кишки с множественными доброкачественными опухолями (костные экзостозы, остеомы черепа и нижней челюсти, эпидермоидные кисты и опухоли кожи) и послеоперационными рубцовыми десмоидами.

Для синдрома Тюрко типична комбинация полипоза толстой кишки с опухолями различных отделов нервной системы (глиомы и глиобластомы).

При сочетанном полипозе полипы обнаруживаются не только в толстой кишке, но и в желудке, 12-перстной и тонкой кишках. Относительно редкой его разновидностью считается синдром Кронкайт-Кэнедэ – ненаследственный, генерализованный желудочно-кишечный полипоз в сочетании с тотальной алопецией и атрофией ногтей. Поэтому, учитывая возможность одновременной локализации новообразований в других отделах желудочно-кишечного тракта, показано его комплексное рентгено-эндоскопическое обследование даже при обнаружении одиночного полипа в толстой кишке.

Патологическая анатомия.

Рак ободочной кишки может локализоваться в любых анатомических отделах, но частота их поражения неодинакова. Преобладающей локализацией рака в ободочной кишке является сигмовидная кишка – 50%, на втором месте слепая кишка – 21-23%. Остальные отделы поражаются гораздо реже. В 1-3% случаев наблюдается первично-множественная локализация опухолей.

По клиническим материалам РОНЦ [Кныш В. И. и соавт., 1996], в правой половине ободочной кишки опухоли локализовались у 34,3% больных, в левой значительно чаще – у 59,3% больных.

Клинико анатомические формы рака ободочной кишки следующие:

А. Экзофитная форма (полиповидная, ворсинчато-папиллярная, узловая).

Б. Эндофитная форма (инфильтрирующая, язвенно-инфильтративная, циркулярно-стриктурирующая).

В. Переходная, или смешанная, форма.

Рак с преимущественно экзофитной формой роста чаще наблюдается в правой половине ободочной кишки. Рак с преимущественно инфильтрирующим характером роста чаще наблюдается в левой половине ободочной кишки.

Отечественная гистологическая классификация вы глядит следующим образом: аденокарцинома, солидный рак, слизистый (перстневидно-клеточный) и скirroзный рак. Различают также 3 степени дифференцировки: высокодифференцированный, средней степени дифференцировки и низко дифференцированный раки.

Международная морфологическая классификация выглядит так:

1. Аденокарцинома:
 - а) высокодифференцированная;
 - б) умереннодифференцированная;
 - в) малодифференцированная.
2. Слизистая аденокарцинома:
 - а) мукоидный;
 - б) слизистый;
 - в) коллоидный рак.
3. Перстневидно-клеточный рак.
4. Недифференцированный рак (carcinoma simplex, медуллярный, трабекулярный).
5. Неклассифицируемый рак.

Пути метастазирования.

Метастазирование рака ободочной кишки имеет свои особенности.

1. Лимфогенный путь. Различают 3 этапа метастазирования в регионарные лимфатические узлы: I этап – это эпикolicеские или паракolicеские лимфатические узлы; II этап – промежуточные или собственно брыжеечные лимфатические узлы; III этап – парааортальные, в область корня брыжейки ободочной кишки. Далее лимфа собирается в лимфатическую цистерну, расположенную поперечно в области 1-2 поясничных позвонков. От цистерны лимфа по грудному лимфатическому протоку вливается в венозную систему в области левого венозного угла – месте слияния подключичной вены с внутренней яремной. Там же обычно определяются надключичные метастазы.

2. Гематогенный путь метастазирования связан с прорастанием опухоли в венозную сеть с последующим распространением по току крови – прежде всего в печень, легкие, кости и другие органы.

3. Имплантационный, или контактный, путь метастазирования связан с прорастанием опухоли всех слоев стенки кишки, отрывом раковых клеток от основной массы опухоли и их имплантацией по

брюшине. Эти раковые клетки дают начало мелкобугристому выпячиванию, называемому карциноматозом брюшины. Последний обычно сопровождается раковым асцитом. Проявлением карциноматоза являются метастазы в пупок и по брюшине малого таза. Эти метастазы могут быть определены при первичном осмотре больного с применением пальцевого ректального и вагинального методов обследования. Их обнаружение свидетельствует о запущенном процессе.

Классификация.

Стадия рака ободочной кишки или степень распространенности процесса определяется тремя компонентами: размером и глубиной инвазии первичной опухоли, метастазированием в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы.

I стадия – опухоль до 1,5 см в наибольшем измерении, локализующаяся в пределах слизистой и под слизистой слоя кишечной стенки. Регионарных метастазов при этой стадии нет.

II стадия:

А. Опухоль больших размеров, но занимающая не более полуокружности кишки и не прорастающая серозный покров. Регионарных метастазов нет.

Б. Опухоль таких же размеров или меньшего размера, но при наличии одиночных метастазов в ближайших регионарных лимфатических узлах.

III стадия:

А. Опухоль, занимающая более половины окружности кишки, прорастающая все слои стенки и серозный покров, метастазов нет.

Б. Опухоль любого размера, но при наличии множественных метастазов в регионарных лимфатических узлах

IV стадия – обширная опухоль, прорастающая в соседние органы с множественными лимфогенными метастазами, или опухоль любых размеров с отдаленными метастазами.

Необходимо отметить, что достоверно стадия заболевания может быть установлена после всестороннего обследования больного: местного статуса, возможных метастазов, морфологического исследования операционного материала. Отсутствие информации по этим разделам часто ведет к необоснованному завышению стадии процесса, что, естественно, отражается на показателях запущенности.

Международная классификация по системе TNM (1997) производится по следующим критериям опухолевого процесса:

T – размеры первичной опухоли и степень ее инвазии в стенку кишки.

N – наличие регионарных (лимфогенных) метастазов.

M – наличие отдаленных метастазов.

Система TNM

T_x – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T₀ – первичная опухоль не определяется.

T_{is} – интраэпителиальная преинвазивная карцинома (carcinoma in situ) или с инвазией слизистой оболочки.

Примечание. T_{is} включает раковые клетки до базальной мембраны (интраэпителиальное распространение) или в слизистом слое без распространения в подслизистый слой.

T₁ – опухоль инфильтрирует стенку кишки до подслизистой.

T₂ – опухоль инфильтрирует мышечный слой стенки кишки.

T₃ – опухоль инфильтрирует субсерозу или ткань перитонизированных участков ободочной и прямой кишки.

T₄ – опухоль прорастает висцеральную брюшину или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры.

Примечание. Прямое распространение при T₄ включает распространение на другие сегменты ободочной и прямой кишки путем прорастания серозы, например, врастание опухоли слепой кишки в сигмовидную.

N_x – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N₀ – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N₁ – метастазы в 1-3 регионарных лимфатических узлах.

N₂ – метастазы в 4 и более регионарных лимфатических узлах.

Примечание. Опухолевые узлы размерами более 3 мм в диаметре в околоободочной и околопрямокишечной жировой ткани с гистологическим обнаружением остатков лимфоидной ткани узла расцениваются как регионарные метастазы в околоободочных или околопрямокишечных лимфатических узлах. Однако опухолевые узлы до 3 мм классифицируются как T категория как перемежающееся распространение T₃.

M_x – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M₀ – нет отдаленных метастазов;

M₁ – имеются отдаленные метастазы;

Группировка по стадиям (по C.E. Dukes):

- Стадия 0 – T_{is}N₀M₀;

- Стадия I – T₁N₀M₀, T₂N₀M₀;

- Стадия II – T₃N₀M₀, T₄N₀M₀;

- Стадия III – Любая TN_1Mo - C_1
- Любая TN_2N_3Mo - C_2
- Стадия IV – любая T, любая N, M_1 - D

Примечание. Стадия B по Dukes больше коррелирует с T_3NoMo и меньше с T_4NoMo , так же как стадия C по Dukes (любая TN_1Mo и любая TN_2Mo).

Клиника.

Клинические проявления рака ободочной кишки весьма многообразны и определяются локализацией опухоли, анатомическим типом роста новообразования, гистологической структурой рака, стадией и степенью его распространенности, осложнениями и индивидуальной реактивностью организма.

Клиническая картина рака ободочной кишки характеризуется следующими группами симптомов:

1. Боли в животе – как начальный признак чаще встречается при расположении опухоли в правой половине ободочной кишки. По своему характеру болевые ощущения при раке могут быть самыми разнообразными – от тупых, ноющих незначительных болей до сильных, приступообразных, вынуждающих госпитализировать больных в хирургические стационары в порядке экстренной помощи.

2. Кишечный дискомфорт (потеря аппетита, отрыжка, иногда рвота, чувство тяжести в верхней половине живота). Эти симптомы наблюдаются чаще при поражении поперечно-ободочной кишки и правой ее половины, реже при левосторонней локализации опухоли.

3. Кишечные расстройства (запоры, поносы, чередование запоров с поносами, урчание и вздутие живота). Эти симптомы расстройства кишечного пассажа чаще всего наблюдаются при левосторонней локализации опухоли, что объясняется, во-первых, преимущественно циркулярным ростом опухоли в левой половине ободочной кишки, во-вторых, плотной консистенцией уже сформировавшихся каловых масс. Конечным этапом нарушения кишечного пассажа является развитие частичной, а затем и полной обтурационной толстокишечной непроходимости.

4. Патологические выделения в виде крови, слизи, гноя во время акта дефекации – частое проявление рака дистальных отделов сигмовидной кишки.

5. Нарушение общего состояния больных выражается недомоганием, повышенной утомляемостью, слабостью, похуданием, лихорадкой, бледностью кожных покровов и нарастающей гипохромной анемией. Все эти общие симптомы заболевания связаны с интоксикацией организма от распадающейся раковой опухоли и инфицированного

кишечного содержимого. Токсико-анемический синдром является наиболее характерным для рака правой половины ободочной кишки. Он связан с функциональной особенностью (всасывательной способностью) слизистой этого отдела толстой кишки.

Наличие пальпируемой опухоли редко бывает первым симптомом заболевания, ему, как правило, предшествуют другие симптомы. Тем не менее пальпаторное определение опухоли зачастую служит основанием для постановки правильного диагноза.

В настоящее время, по мнению большинства исследователей, целесообразно выделить *6 форм клинического течения рака ободочной кишки*:

1. Токсико-анемическая форма – чаще всего наблюдается при раке правой половины ободочной кишки, где на первый план выступают признаки нарушения общего состояния больных на фоне прогрессирующей гипохромной анемии и лихорадки. Такие больные значительное время обследуются в различных лечебных учреждениях по поводу анемии неясного генеза, пока не появятся кишечные расстройства. Этот контингент больных нуждается в тщательном специальном исследовании всей толстой кишки.

2. Энтероколитическая форма – при ней клиническая картина заболевания начинается с кишечных расстройств. Таким больным очень часто ставят различные диагнозы – колит, энтерит, энтероколит, а при наличии крови в кале, жидкого кала – диагноз дизентерии. Поэтому при наличии указанных симптомов всегда необходимо тщательное исследование всей толстой кишки.

3. Диспепсическая форма – для нее характерно наличие признаков желудочно-кишечного дискомфорта. При этой форме течения рака ободочной кишки зачастую ставят диагноз гастрита, язвенной болезни, холецистита, гепатита и т.п., и поэтому проводят обследование только верхних отделов ЖКТ. При дальнейшем прогрессировании заболевания присоединяются кишечные расстройства, и правильный диагноз устанавливают только после полного рентгено-эндоскопического исследования толстой кишки.

4. Обтурационная форма – чаще всего проявление рака левой половины ободочной кишки с симптомами прогрессирующей кишечной непроходимости (частичная и полная обтурационная толстокишечная непроходимость).

5. Псевдовоспалительная форма – в клинической картине заболевания на первое место выступают признаки воспалительного процесса в брюшной полости (боли в животе, повышение температуры, появление признаков раздражения брюшины, со стороны анализа

крови – лейкоцитоз). Этот симптомокомплекс часто является признаком рака ободочной кишки, осложненного гнойно-воспалительным процессом по типу параколита. Данная форма рака трудна для диагностики, так как в зависимости от локализации опухоли клиническая картина может имитировать острый аппендицит, холецистит, аднексит, пиелонефрит и другие воспалительные заболевания органов брюшной полости.

6. Опухолевая (атипичная) форма – при этой форме течения рака ободочной кишки заболевание начинается с того, что сам больной или врач при профилактическом осмотре на фоне полного благополучия пальпаторно находит в брюшной полости опухоль. Пальпаторное определение опухоли в животе – частое явление у больных раком ободочной кишки. Однако к опухолевой форме течения рака следует относить только те случаи, когда пальпаторное определение опухоли клинически доминирует, а другие признаки либо не выражены, либо столь незначительны, что не фиксируют внимание больного. К осложнениям рака ободочной кишки относятся:

- 1) обтурационная кишечная непроходимость;
- 2) перфорация с развитием перитонита;
- 3) перифокальные воспалительно-гнойные процессы (гнойный параколит, паранефрит, флегмона брюшной стенки, забрюшинного пространства);
- 4) кровотечение (редко профузное);
- 5) прорастание опухоли в соседние органы и развитие межорганных свищей.

Диагностика.

Диагностика рака ободочной кишки должна носить комплексный характер. При этом необходимо использовать весь арсенал имеющихся средств, включающий следующие методы:

А. Клинические методы:

1. Жалобы больного. Симптомы, связанные с недостаточностью переваривания, всасывания, экссудативной энтеропатией, кишечным дискомфортом, нарушением транспорта, патологическими выделениями.

2. Анамнез – здесь могут быть найдены указания на наличие семейного полипоза, колита и других предшествующих заболеваний.

3. Данные объективного исследования – применяются все методы объективного исследования: осмотр, пальпация, перкуссия брюшной полости с обязательным изменением положения больного.

4. Пальцевое исследование прямой кишки – необходимо исследовать ее в различных положениях больного.

Б. Рентгенологическая диагностика – ирригоскопия, ирригография, обзорная рентгенография брюшной полости. Эти методы имеют свои разрешающие возможности и постоянно совершенствуются. Исследование ободочной кишки проводится с применением контрастного вещества – раствора сернокислого бария. Барий вводится в толстую кишку с помощью клизмы. Тугое наполнение кишки раствором бария проводится не всегда, а по показаниям. Чаще используется следующая методика: 300-400 мл раствора сернокислого бария вводится в кишечник в положении больного на спине или левом боку и делается первый рентгеновский снимок. В этом случае контрастируется прямая и сигмовидная кишка. Далее приподнимается ножной конец кушетки, на которой лежит больной, и заполняется селезеночный (левый) изгиб и дистальный сегмент поперечно-ободочной кишки. Делается второй рентгеновский снимок. Затем больной поворачивается на правый бок, при этом заполняется печеночный изгиб. Больной встает в вертикальное положение. В таком положении заполняется слепая кишка и восходящий отдел ободочной кишки. Для двойного контрастирования с помощью газоотводной трубки в просвет кишки вводится воздух.

Чаще всего при опухолях выявляется дефект наполнения толстой кишки, депо бария, отмечается отсутствие гаустраций, наблюдается сужение просвета кишки, ригидность контура, ее нерасправление, нарушение смещаемости, перистальтики, а также затекание контрастного вещества за пределы контура кишки при появлении свищевого хода.

Для определения сужений кишечной трубки, что весьма часто наблюдается в онкологической практике, нами разработаны новые диагностические технологии [Р.З. Латыпов и др.]. Известно, что компенсированные и субкомпенсированные стенозы кишки, особенно в начальных стадиях их возникновения, недоступны диагностике при использовании метода стандартного контрастного завтрака. Причиной тому служит возникающая в престенотических участках компенсаторная гипертрофия и гипермоторика кишечной стенки, в связи с чем жидкая бариевая взвесь без какой-либо задержки преодолевает участки со значительным сужением просвета кишки. В результате выпадает опорный рентгенологический симптом хронической кишечной непроходимости. Указанный недостаток традиционного метода был нами устранен путем применения желатино-бариевой капсулы.

Суть метода заключается в следующем. После подготовки кишечника больному натошак перорально дается желатино-бариевая капсула одновременно со 100 мл жидкой бариевой взвеси. Указанное количество контрастной массы резко снижает возможность получения эффекта наслосения друг на друга контрастированных кишечных петель.

Затем через 2-4-6, а при необходимости и более часов проводится обзорная рентгенография органов брюшной полости. При отсутствии стенозов кишечной трубки желатино-бариевая капсула продвигается в составе бариевой взвеси соответственно указанным срокам эвакуации. При наличии стеноза кишки капсула отстает или задерживается, в то время как пассаж контрастной массы происходит беспрепятственно (авторское свидетельство № 1424797 от 22.12.1988 г.).

Нами в практической деятельности используется также методика пассажа контрастно-пищевой массы по кишечнику. Суть исследования заключается в следующем: утром, натощак, исследуемый пациент принимает завтрак, состоящий из одного кусочка хлеба и порции винегрета. Больному нужно помнить о том, что процесс жевания должен быть щадящим и проглатывание пищи должно происходить, не допуская измельчения составляющих ее ингредиентов. Завтрак заканчивается приемом 200 мл контрастной бариевой взвеси.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости проводится через 4 и 6 часов после приема контрастно-пищевого завтрака или же при появлении клиники кишечного дискомфорта. При стенозе кишечника имеет место задержка эвакуации контрастно-пищевой массы, и у части больных на отдельных участках кишечной трубки выявляются умеренные расширения кишечных петель (приоритетная справка на патент № 99103432/14 (004144) от 01.03.99 г.).

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет определить чаши Клойбера. Они свидетельствуют о нарушении пассажа по кишке, но могут быть как при obturационной непроходимости, так и при паралитической.

О состоянии пассажа по желудочно-кишечному тракту можно судить при помощи дачи 2-3 глотков густого бария или металлического шарика, которые в норме через 2 часа должны покинуть просвет желудка, через 6-8 часов – тонкую кишку и через 15-20 часов достичь прямой кишки. Отклонения от этих показателей свидетельствуют о нарушении пассажа, и это может служить основанием к принятию решения об экстренной операции [Плечев В.В., Латыпов Р.З., 1999].

В. Эндоскопическая диагностика – ректороманоскопия, фиброколоноскопия, лапароскопия (с биопсией, взятием мазков для цитологического и гистологического исследования). Применение фиброколоноскопии позволяет осмотреть просвет толстой кишки до купола слепой кишки. Исследование включает обязательное взятие материала на цитологическое и гистологическое исследование.

Г. Лабораторная диагностика:

1. Общий анализ крови (характерны для опухоли толстой кишки – гипохромная анемия, повышение СОЭ, лейкоцитоз).

2. Анализ кала на скрытую кровь (положительные реакции Грегерсена, криптогемтеста).

3. Коагулограмма (наблюдаются признаки гиперкоагуляции).

4. Анализ крови на раково-эмбриональный антиген (РЭА). Он представляет собой гликопротеид, который содержится в плазме, кишечнике, поджелудочной железе и печени эмбрионов и новорожденных. В небольших концентрациях РЭА обнаруживается у здоровых людей и больных некоторыми формами злокачественных новообразований, в частности при раке ободочной и прямой кишки. Широкого распространения в проктологии этот метод не получил.

Д. Специальные дополнительные методы исследования для уточнения степени распространенности опухолевого процесса:

1. Сканирование печени – для диагностики гематогенных метастазов.

2. Компьютерная томография для диагностики метастазов в печень и забрюшинные лимфатические узлы и коллекторы.

3. Лапароскопия.

4. Диагностическая лапаротомия.

Дифференциальная диагностика.

Ввиду тесного взаимоотношения ободочной кишки с органами брюшной полости, забрюшинного пространства, передней брюшной стенки рак ободочной кишки необходимо дифференцировать со многими заболеваниями как самой кишки, так и смежных органов и тканей. В практике это чаще всего:

- воспалительные заболевания ободочной кишки – хронические колиты, хронический неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, аппендикулярный инфильтрат и др.;

- специфические воспалительные процессы – туберкулез, актиномикоз;

- внекишечные заболевания органов брюшной полости и малого таза;

- неэпителиальные доброкачественные (лейомиома, фибромиома) и злокачественные (саркома) опухоли ободочной кишки;

- другие виды кишечной непроходимости – спаечная, странгуляционная, заворот, инвагинация, копростаз, динамическая кишечная непроходимость;

- полипоз ободочной кишки;

- дивертикулез (дивертикулиты) ободочной кишки;
- опухоли и кисты почек, нефроптоз;
- внеорганные брюшинные опухоли;
- опухоли и кисты яичников.

Профессором В.М. Тимербулатовым и соавт. (1996) предложена схема дифференциальной диагностики дивертикулеза с некоторыми заболеваниями ободочной кишки. Эта схема нами усовершенствована и адаптирована к запросам онкопроктологии (таблица 1).

Хронические колиты чаще всего бывают следствием перенесенного дизентерийного или амебного колита. Возможны частые обострения, бактерионосительство.

Хронический неспецифический язвенный колит характеризуется аутоаллергией на собственную слизистую толстой кишки, которая отторгается, обнажая раневую поверхность, через которую выделяются эритроциты, плазма, белки плазмы и т.д.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика некоторых заболеваний толстой кишки.

Заболевания	Признаки		
	Рентгенологические	Эндоскопические	Патологические выделения
Опухоль толстой кишки	Короткий сегмент, сужение просвета, кишка возле опухоли не изменена, дефект наполнения	Сужение, ригидность, нарушение складок в области поражения, возле опухоли слизистая не изменена	Кровотечения многократные, массивные
Дивертикулез	Округлой или овальной формы выпячивания шейки, тела, асимметрия гаустр, патологическая сегментация, спазм, «пилообразный» контур.	Спазм, грубые, высокие, частые складки в виде углубления, слизистая оболочка вокруг устья дивертикула округлой формы, при осложнении - отек, гиперемия.	Кровотечения, редко массивные.
Болезнь Крона	Ригидность стенок, язвенный дефект в виде глубоких трещин, слизистая в виде «бульжной мостовой».	Щелевидные язвы, слизистая в виде «бульжной мостовой».	Слизь, изредка кровь.

Неспецифический язвенный колит	Псевдодивертикулы «пилообразной» формы, равномерно зернистый рельеф слизистой болочки, двойной контур кишки, трубкообразное сужение.	Контактная кровоточивость, отсутствие сосудистого рисунка, отек, гиперемия слизистой, псевдополипы, множественные язвы.	Кровянисто-гнойные выделения, слизь.
Ишемический колит	Трубкообразное сужение толстой кишки, симптом «отпечатка пальца», мешковидное образование.	Подслизистые кровоизлияния, полиповидная узловатость слизистой оболочки, темно-синие очаги некроза.	Кровь – редко, чаще после гипертонического криза, массивных кровотечений нет.

За сутки больные могут терять до 500 мл крови. Наблюдается частый, жидкий стул до нескольких десятков раз в сутки. Ввиду хронического воспалительного процесса кишка становится короткой (до 60-80 см), просвет суживается, при эндоскопическом исследовании обнаруживаются язвы, которые подлежат биопсии и морфологическому исследованию.

Болезнь Крона – это терминальный илеит, но патологический процесс может локализоваться и в ободочной, и в прямой кишке. Этот неспецифический воспалительный инфильтрат может протекать как рак слепой кишки. Рентгенологически имеет место чередование суженных и расширенных участков. Кишка деформирована. Эндоскопическая картина напоминает «булыжную мостовую».

Периаппендикулярный инфильтрат является следствием острого аппендицита. Он включает в себя слепую кишку, червеобразный отросток, большой сальник, петли тонкой кишки, переднюю брюшную стенку. Как правило, в его центре находится расплавленный червеобразный отросток, гнойник, который может при определенных условиях прорваться в свободную брюшную полость. Обычно инфильтрат появляется на третий и последующие дни после приступа острого аппендицита, который не был своевременно диагностирован. Инфильтрат, как правило, пальпируется в правой подвздошной области, вначале он болезненный. Эти больные подлежат консервативному лечению – им назначается местно холод, антибактериальная, противовоспалительная, детоксикационная терапия. При абсцедировании и прорыве гнойника в свободную брюшную полость показано экстренное оперативное вмешательство – лапаротомия, аппендэктомия и дренирование брюшной полости. После консервативного лечения и рассасывания инфильтрата показана аппендэктомия через 4-6 месяцев.

Туберкулез толстой кишки чаще локализуется в слепой кишке у лиц молодого возраста и страдающих туберкулезом легких. У этих больных обнаруживается гладкая опухоль в проекции слепой кишки, которая характеризуется плотно-эластической консистенцией, болезненностью, малоподвижностью. У больных наблюдается субфебрильная температура, лейкопения, лимфоцитоз. Возможно обнаружение в каловых массах туберкулезной палочки. Диагностике способствует колоноскопия с биопсией.

Актиномикоз наблюдается редко. При этом заболевании формируется инфильтрат деревянистой плотности, часто со свищами в области слепой кишки. Обнаружение в выделяемых из свища друз лучистого грибка-актиномицета облегчает дифференциальную диагностику.

Неэпителиальные опухоли ободочной кишки наблюдаются редко. Злокачественные их варианты отличаются инфильтрирующим ростом, распадом. Саркома может достичь больших размеров.

Опухоли сигмовидной кишки ввиду большой подвижности ее брыжейки часто приходится дифференцировать с опухолями и кистами яичников. Поэтому при патологии яичников необходимо обследование толстой кишки.

Большая группа опухолей рядом расположенных органов брюшинного пространства также требует проведения дифференциальной диагностики между ними и раком ободочной кишки – начиная от нефроптоза, кисты почки, первичного или вторичного рака печени, эхинококка печени и заканчивая раком желудка, поджелудочной железы.

Лечение.

Лечение рака ободочной кишки представляет собой сложную задачу. Основным методом его лечения является хирургический.

Хирургическое лечение:

1. Радикальные операции:

а) одномоментные: правосторонняя гемиколэктомия, резекция поперечной ободочной кишки, левосторонняя гемиколэктомия, внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки, передняя резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с восстановлением кишечной непрерывности или резекция ректосигмоидного отдела по Гартману;

б) двух- и трехэтапные операции: операция Цейдлера-Шлоффера (колостомия + резекция кишки + закрытие кишечной стомы), операция обструктивной резекции ободочной кишки по типу Микулича или Грекова.

2. Комбинированные операции с резекцией смежных органов и окружающих тканей при местнораспространенных формах рака ободочной кишки.

3. Паллиативные операции:

а) наложение обходного анастомоза;

б) наложение кишечной стомы – илеостомы, цекостомы, трансервостомы, сигмостомы.

Оперативные вмешательства на ободочной кишке целесообразно заканчивать пальцевым растяжением (дивульсией, редрессацией) ануса. По показаниям проводится интубация зондом или двупросветной трубкой приводящего отдела кишки.

Лучевое лечение рака ободочной кишки в настоящее время применяется ограниченно [А.В.Важенин и др., 2003]. Этому препятствуют такие факторы, как подвижность ободочной кишки, небольшая толщина стенки, опасность перфорации, а также радиорезистентность аденокарциномы толстой кишки.

Результаты лечения.

Отдаленные результаты лечения больных ранними стадиями рака ободочной кишки удовлетворительные. При опухолях, ограниченных слизистой оболочкой, 5-летняя выживаемость достигает 90-100%. При II стадии этот показатель снижается до 70%. При III стадии, с метастазами в лимфатические узлы, 5-летняя выживаемость составляет около 30%. Как уже было сказано выше, без лечения или после паллиативных операций продолжительность жизни больных – до 6-8 месяцев.

Глава 14.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Рак прямой кишки занимает III место среди опухолей желудочно-кишечного тракта, составляет 45% среди раков кишечника и 4-6% в структуре злокачественных новообразований всех локализаций.

За последние годы в России и странах СНГ повсеместно отмечается тенденция к увеличению заболеваемости раком прямой кишки; заболеваемость колеблется от 2,3 (республики Средней Азии) до 16,3 на 100 000 населения (Прибалтийские республики). Заболеваемость раком прямой кишки по России в среднем составляет 12,2 на 100 000 населения (Чиссов В.И. и др., 1998).

К предраковым заболеваниям прямой кишки относятся следующие:

1. Полипы (аденоматозные, ворсинчатые).
2. Полипоз диффузный (семейно-наследственный).
3. Хронические проктиты (ректиты), проктосигмоидиты (хронический неспецифический язвенный проктосигмоидит), болезнь Крона.
4. Трещины, свищаноректальные. Полипы относятся к группе облигатных предраков с высокой вероятностью трансформации в рак.

Наиболее часто рак возникает в ампулярном отделе (до 80%), реже – в надампулярном (12-15%), еще реже – в аноректальном (5-8%).

Ампулярный отдел прямой кишки делится на 3 части: нижне-, средне- и верхнеампулярную. Локализация рака в каждой из них в среднем составляет по 25-27%.

Выделяются следующие анатомические формы роста опухоли:

- 1) экзофитная опухоль (полиповидная, ворсинчато-папиллярная и узловая) – чаще в ампулярном и аноректальном отделах прямой кишки;
- 2) эндофитная форма (инфильтративная, язвенно-инфильтративная, циркулярно-стриктурирующая) – чаще в супраампулярном и аноректальном отделах кишки;
- 3) переходная, или смешанная, форма, сочетающая в себе элементы экзо- и эндофитной опухоли.

При раке прямой кишки наблюдаются следующие гистологические формы:

- а) железистый – аденокарцинома, солидный рак, перстневидноклеточный, смешанный, скирр – чаще наблюдается в ампулярном и супраампулярном отделах прямой кишки;
- б) плоскоклеточный рак, меланома – поражают аноректальный отдел прямой кишки.

По степени дифференцировки гистологически различают: высокодифференцированный, средней степени дифференцировки, низкодифференцированный раки прямой кишки.

Рак прямой кишки имеет свои особенности метастазирования:

1. Лимфогенный путь метастазирования имеет свои особенности в зависимости от локализации ракового поражения прямой кишки:

а) от верхних 2/3 прямой кишки метастазы по лимфатическим путям распространяются вверх в лимфатические узлы, расположенные вдоль верхней прямокишечной артерии и у корня нижних брыжеечных сосудов, и от них в парааортальные (забрюшинные) лимфатические узлы;

б) от нижеампулярного отдела метастазирование идет в параректальные лимфоузлы, лежащие по ходу средних и нижних прямокишечных артерий, и от них в группу гипогастральных лимфоузлов;

в) от анального отдела прямой кишки лимфа оттекает в лимфатические узлы (параректальные) вдоль нижних прямокишечных артерий и в группу гипогастральных лимфатических узлов, а также в пахово-бедренные лимфатические узлы.

2. Гематогенное метастазирование происходит через систему воротной вены (метастазы в печень), а также через нижние ректальные вены в систему нижней полой вены (метастазы в легкие, головной мозг, надпочечники, кости и другие органы и ткани).

Отечественная классификация.

I стадия – небольшая, четко отграниченная, подвижная опухоль или язва до 2 см в наибольшем измерении, поражает слизистую оболочку и подслизистый слой кишки. Регионарных метастазов нет.

II стадия – опухоль или язва размерами до 5 см, не выходит за пределы кишки, занимает не более половины окружности кишки. Метастазов нет или с наличием одиночных метастазов в регионарные лимфатические узлы, расположенные в параректальной клетчатке.

III стадия – опухоль или язва более 5 см в наибольшем измерении, занимает более полуокружности кишки, прорастает все слои стенки кишки. Множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

IV стадия – обширная, распадающаяся, неподвижная опухоль, прорастает окружающие органы и ткани. Множество метастазов в регионарные лимфатические узлы. Отдаленные (гематогенные) метастазы.

Международная классификация рака прямой кишки по системе TNM (1997) аналогична раку ободочной кишки. Особенности имеются для рака анального канала.

Международная классификация по системе TNM для рака анального канала:

Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

To – первичная опухоль не определяется;

Tis – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ);

T₁ – опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T₂ – опухоль до 5 см в наибольшем измерении;

T₃ – опухоль более 5 см в наибольшем измерении;

T₄ – опухоль любого размера, прорастающая соседние органы: влагалище, мочеиспускательный канал, мочевой пузырь (вовлечение одного мышечного сфинктера не классифицируется как T₄);

Nx – недостаточно данных для определения регионарных лимфатических узлов;

No – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N₁ – метастазы в околопрямокишечных лимфатических узлах(е);

N₂ – метастазы в подвздошных или паховых лимфатических узлах(е) с одной стороны;

N₃ – метастазы в околопрямокишечных и паховых лимфатических узлах и/или в подвздошных и/или паховых лимфатических узлах с обеих сторон;

Mx – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

Mo – нет отдаленных метастазов;

M₁ – имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям;

Стадия 0 – Tis NoMo;

Стадия I – T₁NoMo;

Стадия II – T₂N₀M₀, -T₃NoMo;

Стадия III A – T₁N₁Mo, T₂N₁Mo, T₃N₁Mo, T₄NoMo;

Стадия III B – T₄N₁Mo, любая TN₂₋₃Mo;

Стадия IV – любая T, любая N, M₁.

Клинические проявления рака прямой кишки зависят от стадии заболевания, характера роста опухоли и уровня ее расположения.

В клинической картине рака прямой кишки различают четыре группы симптомов, наиболее характерных для данного заболевания:

1. Самым частым и постоянным симптомом рака прямой кишки является кровотечение. Оно встречается как в ранних, так и в более поздних стадиях и отмечается у 75-90% больных (В.Д.Федоров и др., 1987). Интенсивность кишечных кровотечений незначительная, и чаще всего они встречаются в виде примеси крови в кале либо темных сту-

стков, непостоянны. В отличие от кровотечения из геморроидальных узлов при раке кровь предшествует стулу или перемешана с калом. При геморрое алая кровь обычно выделяется в конце акта дефекации, покрывая сверху каловые массы. Как правило, профузных кровотечений не бывает и анемия у больных чаще выявляется в поздних стадиях заболевания. При раке прямой кишки из заднего прохода наряду с кровью выделяется слизь и гной. Этот симптом обычно появляется в более поздних стадиях заболевания и обусловлен наличием сопутствующих ректита, проктосигмоидита, распада опухоли с перифокальным воспалением.

2. Вторым по частоте симптомом рака прямой кишки являются различные виды расстройства функций кишечника: изменение ритма дефекации, формы кала, понос, запор и недержание кала и газов. Наиболее тягостны для больных частые ложные позывы на дефекацию (тенезмы), сопровождающиеся выделениями небольшого количества крови, слизи и гноя. После дефекации больные не испытывают удовлетворения, и у них остается ощущения инородного тела в прямой кишке. Ложные позывы могут наблюдаться от 3-5 до 10-15 раз в сутки. По мере роста опухоли, особенно при стенозирующем раке верхних отделов прямой кишки, запор становится более упорным и клинически у больных определяется вздутие живота, особенно в левой подвздошной области. Вздутие и урчание проходят после отхождения газов и каловых масс. Вначале эти симптомы носят перемежающийся характер, затем они становятся постоянными. Вследствие дальнейшего роста опухоли и присоединения воспалительных изменений наступает частичная или полная низкая кишечная непроходимость. При этом у больных наблюдаются схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся задержкой газов и стула, периодически возникает рвота.

3. Болевые ощущения у больных раком прямой кишки появляются при местном распространении опухоли, особенно при переходе его на окружающие органы и ткани. Лишь при раке аноректальной локализации, из-за вовлечения в опухолевый процесс зоны сфинктера прямой кишки, боли являются первым симптомом заболевания в ранней стадии. При этом больные стремятся сидеть только на одну половину ягодичы – «симптом табуретки».

4. Нарушение общего состояния больных (общая слабость, быстрая утомляемость, анемия, похудание, бледность покровов) обусловлено ежедневными потерями крови, а также опухолевой интоксикацией на более поздних стадиях заболевания.

При раке прямой кишки нередко наблюдаются осложнения. В систематизированном виде они выглядят следующим образом:

1) прорастание опухоли в соседние органы и стенку малого таза с развитием межорганых (мочевой пузырь, влагалище) свищей;

2) перифокальные гнойно-воспалительные процессы (гнойный парапроктит, флегмона клетчатки малого таза и забрюшинного пространства);

3) перфорация распадающейся опухоли надампулярного отдела прямой кишки с развитием пельвиоперитонита либо прободение раковой опухоли в параректальную клетчатку с развитием гнойного парапроктита или флегмоны клетчатки малого таза;

4) кровотечение – редко бывает профузным, чаще по типу хронической геморрагии и прогрессирующей гипохромной анемии;

5) обтурационная кишечная непроходимость, чаще при стенозирующей форме рака верхних отделов прямой кишки.

Рак прямой кишки относится к новообразованиям наружной локализации, тем не менее процент ошибок и запущенности при этой форме рака не имеет тенденции к снижению.

Диагностика рака прямой кишки должна носить комплексный характер и включать следующие методы:

1. Клинические методы: сбор жалоб, анамнез заболевания, в том числе семейный, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр прямой кишки ректальным зеркалом.

2. Эндоскопические методы: ректороманоскопия с биопсией, взятие мазков для цитологического исследования. По показаниям – фиброколоноскопия для исключения сопутствующих полипов или первично-множественного поражения вышележащих отделов ободочной кишки.

3. Морфологические методы: гистологический и цитологический. Материал может быть получен при эндоскопическом и пальцевом исследовании прямой кишки.

4. УЗИ и компьютерная томография – для диагностики распространенности опухоли на соседние органы, определения метастазов в органах брюшной полости (печень) и в забрюшинных лимфатических узлах и коллекторах.

5. Радиоизотопная диагностика: сканирование печени – для распознавания гематогенных метастазов, а также в лимфатических узлах с помощью радионуклидного исследования радиофармпрепаратами – Технеций-99м, пирфотекс, технефор.

6. Рентгенологическая диагностика: ирригография, обзорная рентгенография брюшной полости для исключения сопутствующей патологии, полипов и первично-множественных опухолей вышележащих отделов толстой кишки. Основные рентгенологические симптомы: дефект заполнения просвета кишки, отсутствие складок, ригидность контура кишки, депо бария или симптом «ниши» и др. (рис. 11).

7. Лабораторная диагностика: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы, анализ кала на скрытую кровь – реакция Грегерсена, криптогемтест.

8. Лапароскопия – для диагностики метастазов в печень.

9. Дополнительные методы: обследование мочевых путей, гениталий – для исключения прорастания опухоли во влагалище, предстательную железу, мочевой пузырь.

10. Лапаротомия – является окончательным диагностическим этапом, позволяющим определить распространенность опухолевого процесса и возможность выполнения радикального или паллиативного оперативного вмешательства.

Дифференциальная диагностика рака проводится с другими заболеваниями прямой кишки и рядом расположенных органов:

1) с геморроем, колитом, хроническим неспецифическим язвенным проктосигмоидитом, хронической дизентерией, болезнью Крона, анальной трещиной, выпадением прямой кишки, неспецифической гранулемой, туберкулезом, сифилисом, актиномикозом и другими специфическими и неспецифическими заболеваниями прямой кишки;

2) с доброкачественными опухолями, особенно ворсинчатыми и аденоматозными полипами;

3) с меланомой анального отдела прямой кишки;

4) с внекишечными опухолями малого таза (мезенхимомой, невrogenными, тератоидно-дермоидными кистами, метастатическими узлами Шницлера);

5) вторичным прорастанием в прямую кишку рака матки, влагалища, предстательной железы, эндометриоза и др.;

6) из сравнительно редких заболеваний прямой кишки следует отметить синдром Оберндорфера – злокачественный карциноид и синдром Джерсильда – слоновость области заднего прохода и промежности – наблюдается при сифилисе, туберкулезе, гонорее, мягком шанкре.

Решающее значение в дифференциальной диагностике имеют полноценное проктологическое обследование и результаты морфологического исследования биопсийного и цитологического материала.

Хирургические операции являются ведущими методами лечения рака прямой кишки.

Основные виды операций при раке прямой кишки следующие:

1) Радикальные:

- брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу, при низкорасположенных раках (до 6-8 см выше ануса) с наложением одностольного противоестественного заднего прохода в левой подвздошной области;

- брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки и сохранением сфинктера, при локализации опухоли выше 6-8 см от ануса;

- передняя резекция прямой кишки с восстановлением ее непрерывности путем наложения анастомоза по типу «конец в конец», при расположении опухоли в ректосигмоидном отделе;

- резекция прямой кишки без восстановления ее непрерывности по Гартману (при поражении раком супраампулярного отдела или ректосигмы), с ушиванием дистального конца кишки и выведением проксимального отдела в виде противоестественного заднего прохода.

2) Комбинированные операции – с резекцией или экстирпацией смежных органов и окружающих тканей при местнораспространенных формах рака прямой кишки.

3) Паллиативные операции: наложение двухствольной колостомы (сигмостомы, трансверзостомы).

Оперативные вмешательства на прямой кишке относятся к ряду наиболее травматичных. При этом следует учесть, что у многих больных раком прямой кишки имеются метаболические нарушения, проявляющиеся гипо- и диспротеинемией, анемией, а также различные сопутствующие заболевания, что требует наряду со всесторонним обследованием проводить соответствующую корригирующую терапию.

С момента поступления больного в стационар ему назначаются слабительные средства по 30 мл вазелинового масла 2-3 раза в день). Необходимо воздерживаться от назначения сильнодействующих слабительных типа касторового масла, так как они могут вызвать бурную перистальтику и привести к перфорации кишки в области стенозирующей просвет кишки опухоли.

В настоящее время в ведущих клиниках мира отказались от очистительных клизм и накануне операции используется оригинальный состав раствора на основе высокомолекулярного полиэтиленгликоля. Лаваж-раствор используется в качестве волемического слабительного за 18-20 часов до операции. При этом пациент самостоятельно принимает 3 литра лаваж-раствора по 200 мл с интервалом в 20-30 минут. Опорожнение кишки происходит путем частых дефекаций. Способ позволяет опорожнить не только толстую, но и тонкую кишку.

При подготовке к радикальным операциям по поводу рака прямой кишки нет необходимости подавления жизнедеятельности кишечной микрофлоры. В предоперационном периоде антибиотики назначаются лишь при наличии клинических проявлений перифокального воспаления.

Вопрос о выборе вида операции при раке прямой кишки очень сложен и зависит от многих факторов: локализации опухоли, макро- и микроскопического строения, степени распространения опухолевого процесса и общего состояния больного.

Клинико-анатомические и морфологические исследования показали, что для соблюдения принципов радикализма операции на прямой кишке достаточно отступить от нижнего полюса опухоли на 2-5 см, а от верхнего полюса – на 12-15 см.

Следовательно, одним из основных факторов, оказывающих влияние на выбор способа операции при раке прямой кишки, является уровень расположения нижнего полюса опухоли.

До последнего времени у больных нижеампулярным раком, независимо от степени распространения опухоли, наиболее широко применяемым видом оперативного вмешательства являлась экстирпация, включающая удаление прямой кишки, заднего прохода, анальных сфинктеров с формированием колостомы на передней брюшной стенке, называемая брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки по Кеню-Майлсу.

В связи с трудностями адаптации стомированных больных к изменившимся условиям жизни разработана новая философия хирургического лечения рака нижеампулярного отдела прямой кишки, подразумевающая выбор вида оперативного вмешательства в строгом соответствии со степенью распространения опухолевого процесса [Т.С.Одарюк и соавт., 1992]. *При этом выполняются 8 видов оперативных вмешательств при злокачественных новообразованиях нижеампулярного отдела прямой кишки:*

1. Секторальная резекция прямой кишки и анального жома. Она включает удаление сегмента наружного сфинктера и стенки нижеампулярного отдела прямой кишки с последующим восстановлением их целостности. Выполняется при переходе опухоли на анальный канал, занимающей менее трети окружности, инфильтрирующей волокна внутреннего сфинктера (TNp).

2. Трансанальная резекция нижеампулярного отдела прямой кишки с формированием ректо-анального анастомоза. Выполняется при гигантской ворсинчатой опухоли, малигнизированной ворсинчатой опухоли или злокачественной опухоли ниже-ампулярного отдела, расположенной выше зубчатой линии, инфильтрирующей подслизистый слой (TNp).

3. Типичная брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал. Удаляется прямая кишка, но анальный канал и анальные сфинктеры сохраняются. Низводится ободочная

кишка в анальный канал и формируется колоанальный анастомоз. Эта операция выполняется, когда опухоль занимает менее полуокружности кишечной стенки, расположена на расстоянии 5-6 см от края заднего прохода, без прорастания в клетчатку (TNy).

4. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с удалением внутреннего сфинктера и его моделированием из серозно-мышечного слоя низведенной ободочной кишки и формированием коло-анального анастомоза с оставлением избытка слизистой. В отличие от предыдущей операции производится удаление внутреннего сфинктера и последующее его создание из гладкомышечного лоскута низводимой ободочной кишки. Показана при опухоли нижеампулярного отдела прямой кишки, инфильтрирующей ее внутренний мышечный слой при отсутствии метастазов в регионарные лимфатические узлы (TNg).

5. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с низведением ободочной кишки в рану промежности и формированием серозно-мышечной манжетки в области промежностной колостомы. В отличие от типичной операции завершается не формированием абдоминальной колостомы, а низведением ободочной кишки в рану промежности, формированием промежностной колостомы и искусственного гладкомышечного жома. Выполняется при злокачественных новообразованиях нижеампулярного отдела прямой кишки без прорастания в окружающую клетчатку, занимающих не более полуокружности кишечной стенки, без метастазов в регионарные лимфатические узлы ($T_{1-2}N_0$).

6. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием толстокишечного тазового резервуара и созданием гладкомышечной манжетки в области промежностной колостомы. Отличается от предыдущей операции созданием S- или W-образного резервуара. Показана при раке нижеампулярного отдела прямой кишки, занимающем не более полуокружности кишечной стенки, без прорастания в параректальную клетчатку у лиц трудоспособного возраста и при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний ($T_{1-2}N_0$).

7. Типичная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием колостомы на передней брюшной стенке. Показана при раке нижеампулярного отдела прямой кишки, прорастающем в клетчатку с наличием или отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах ($T_{3-4}N_{0-2}$).

8. Эвисцерация таза, включающая удаление прямой кишки, предстательной железы, семенных пузырьков, мочевого пузыря и лимфатических коллекторов. Показана при местнораспространенных

опухолях прямой кишки с прорастанием в заднюю стенку мочевого пузыря, семенные пузырьки, предстательную железу (T₄N₀₋₂).

При локализации опухоли в среднеампулярном отделе прямой кишки и расположении ее от края заднего прохода на 7-9 см операцией выбора является брюшно-анальная резекция с низведением ободочной кишки в анальный канал. Противопоказанием к выполнению этой операции могут служить осложнения рака перифокальным воспалением с образованием абсцессов и свищей в области опухоли.

Распространенная точка зрения о том, что наиболее радикальной операцией при раке прямой кишки является брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, в настоящее время вряд ли приемлема как с онкологических позиций, так и с точки зрения возможной последующей социальной и трудовой реабилитации. По данным НИИ проктологии МЗ РФ (1996), более чем у 68% больных раком прямой кишки опухоль располагается вне зоны запирающего аппарата прямой кишки и, следовательно, существуют предпосылки его сохранения с соблюдением принципов радикализма.

Передняя резекция прямой кишки выполняется при расположении нижнего полюса опухоли на расстоянии 10 см и выше от края заднего прохода. При этом вмешательстве от нижнего края опухоли нужно отступить не менее чем на 5 см, а от верхнего полюса – на 12-15 см. После удаления пораженного сегмента прямой и части сигмовидной кишки формируется колоректальный анастомоз по типу «конец в конец». При «высоких» передних резекциях обычно формируется двухрядный или однорядный колоректальный анастомоз нитями на атравматической игле. При «низких» передних резекциях анастомоз удобнее накладывать с помощью сшивающих аппаратов.

При использовании техники двойного прошивания (Doblistapling anastomosis), заключающейся в ушивании культи прямой кишки линейным аппаратом, а затем наложении колоректального анастомоза по типу «конец в конец» циркулярным сшивающим аппаратом, возможно достаточно легко выполнить низкую переднюю резекцию с расположением анастомоза на 1-2 см выше зубчатой линии. Важно подчеркнуть, что независимо от способа формирования анастомоза необходима его проверка визуально и путем раздувания кишки воздухом.

Передняя резекция противопоказана больным с явлениями кишечной непроходимости. В этом случае выполняется операция Гартмана, которая заключается в ушивании культи прямой кишки наглухо и формировании одностольной колостомы на передней брюшной стенке. В определенных случаях в последующем возможно восстановление

непрерывности кишки. При этом культя прямой кишки часто уменьшается в размерах и окутывается спаечным процессом.

Также возможно выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки с превентивной колостомой, при которой ободочная кишка вместо низведения в анальный канал выводится на переднюю брюшную стенку.

Окончательный объем и вид оперативного вмешательства определяется после лапаротомии и тщательной ревизии органов брюшной полости.

Доказано, что во время мобилизации кишки под влиянием механической травмы происходит диссеминация раковых клеток, а при наличии перифокального воспаления – и микроорганизмов, в основном по лимфатическим путям и току крови. В связи с этим в клинике разработан следующий комплекс мероприятий, направленных на профилактику воспалительных осложнений, а также рецидивов и метастазов.

1. Накануне операции внутривенно вводится «ударная» доза антибиотиков (цефалоспорины).

2. Осуществляется послойное рассечение передней брюшной стенки с последовательным тщательным отграничиванием салфетками подкожной клетчатки, брюшины, брюшной полости от полости таза:

- перевязка и пересечение питающих сосудов, а также кишки на 12-15 см выше опухоли до мобилизации прямой кишки;

- закрытие просвета прямой кишки со стороны промежности до ее мобилизации, а при передней резекции по возможности перевязка кишки тесемкой ниже опухоли;

- мобилизация прямой кишки острым путем. При выполнении брюшно-анальной резекции или экстирпации вмешательство выполняется синхронно, двумя бригадами хирургов;

- при выполнении сфинктеросохраняющих операций удаление операционного препарата проводится абдоминальной бригадой хирургов;

- тщательный гемостаз, смена белья, перчаток после отдельных этапов операции;

- промывание полости таза антисептическими растворами;

- промывание лапаротомной раны антисептическими растворами при послойном ее ушивании;

- фракционное орошение полости таза в послеоперационном периоде у больных, перенесших экстирпацию прямой кишки и брюшно-анальную резекцию.

Следует отметить, что используемые принципы профилактики позволили существенно снизить риск хирургического лечения боль-

ных раком прямой кишки. Так, послеоперационные осложнения развиваются у 29% оперированных больных, а послеоперационная летальность не превышает 5%. При этом у 30% оперированных больных выполняются различные комбинированные, расширенные и сочетанные операции, у 40% больных течение рака прямой кишки осложнено перифокальным воспалением и нарушением кишечной проходимости.

В последние годы в связи с развитием эндоскопической техники стало возможным эндоскопическое выполнение оперативных вмешательств на органах брюшной полости, а также толстой кишке. Это уменьшает болевой синдром, травматичность доступа, сокращает послеоперационный койко-день, сроки применения наркотических анальгетиков.

При комбинированном лечении рака прямой кишки лучевую терапию как компонент лечения используют в двух вариантах: в виде предоперационного и послеоперационного воздействия. При предоперационной лучевой терапии в объем облучения включают клинические и субклинические зоны распространения опухоли. При послеоперационном облучении предусматривается воздействие на зоны лимфатических узлов. Предоперационная лучевая терапия осуществляется по методике крупнофракционированного, концентрированного облучения в короткие сроки с выполнением оперативного вмешательства до развития лучевых изменений. Ежедневная очаговая доза по 4 Гр в течении 5 дней, суммарная очаговая доза 20 Гр, что по биологическому эквиваленту равно 30 Гр. Через 3-5 дней после окончания лучевой терапии выполняется операция. Послеоперационная лучевая терапия проводится через 20-30 дней после операции больным, у которых морфологически было подтверждено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Облучение осуществляют с использованием традиционного фракционирования дозы: по 2 Гр ежедневно 5 раз в неделю, суммарная очаговая доза 35-40 Гр. В объем облучения включают ложе опухоли и зоны метастазирования.

Химиотерапия рака прямой кишки чаще проводится в послеоперационном периоде как адъювантная (5-фторурацил, фторафур, в терапевтических дозах по схеме до 3-5 курсов):

1. 5-фторурацил по $500-600 \text{ мг/м}^2$ внутривенно с 1-го по 5-й день или через день. Суммарная доза 4-5 Гр или 600 мг/м^2 внутривенно 1 раз в неделю.

2. Фторафур по $800-1000 \text{ мг/м}^2$ внутрь или внутривенно ежедневно. Суммарная доза до 30 Гр.

Рекомендовано в качестве первой линии терапии метастазирующего колоректального рака использование элоксатина (оксалиплатин) в сочетании с 5-ФУ и фолином кальция. Доза элоксатина составляет 85 мг/м^2 , его назначают в форме 2-6-часовых инфузий в 250-500 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в 2 недели.

Используются и другие схемы химиотерапии.

Прогноз при раке прямой кишки зависит от стадии заболевания, анатомической формы роста, гистологического строения опухоли и степени ее дифференцировки, наличия или отсутствия метастазов в регионарных лимфатических узлах, радикализма выполненного вмешательства.

По сборным данным отечественных и зарубежных авторов, общая 5-летняя выживаемость после радикального хирургического лечения рака прямой кишки колеблется от 34 до 70%. Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах снижает 5-летнюю выживаемость до 42% против 70% без метастазов [Федоров В.Д. и соавт., 1987].

Пятилетняя выживаемость после хирургического лечения рака прямой кишки в зависимости от стадии опухолевого процесса составляет при I стадии – 78%, при II стадии – 74%, при IIIa стадии – 54%, при IIIб – 46% (ОНЦ РАМН).

Глава 15.
ПРИЛОЖЕНИЕ

***15.1. Приказы, резолюция съезда, коды и
шифры болезней, ситуационные задачи***

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЕ**

методические указания 2001/12

Москва – 2001

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ
ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА
_____ / А.И. ВЯЛКОВ
_____ 2001 г.

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЕ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ № 2001/12

СОГЛАСОВАНО
НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
_____ / С.Б. ТКАЧЕНКО
_____ 2001 г.

СОГЛАСОВАНО
РУКОВОДИТЕЛЬ ДЕПАРТАМЕНТА
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПО-
МОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИ-
КИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
_____ /В.А. РОГОЖНИКОВ
_____ 2001 г.

Москва – 2001

Представленный материал является первой научной разработкой по организационно-тактическим вопросам оказания специализированной колопроктологической помощи в условиях перехода к страховой медицине.

Предложены алгоритмы, методические приемы, организационные технологии построения и основные параметры функционирования колопроктологических кабинетов, центров и отделений, которые позволяют повышать качество внебольничной и стационарной специализированной помощи.

Методические материалы предназначены для колопроктологов, онкологов и хирургов, оказывающих помощь при колопроктологических заболеваниях, организаторов здравоохранения различных территориальных уровней.

Учреждение – разработчик: Государственный научный центр колопроктологии Минздрава РФ.

Авторский коллектив:

Академик РАМН, профессор Г.И. Воробьев,

В.Г. Зайцев, Е.Н. Давыдова, С.В. Нехрикова, О.В. Голубева

Введение.

Актуальность проблемы обусловлена начавшейся работой лечебно-профилактических учреждений в условиях переходного периода на страховую медицину, необходимостью стандартизации отдельных компонентов оказания помощи, существенными изменениями и дополнениями в законодательной и нормативной базах здравоохранения, а также другими медицинскими, демографическими и социально-экономическими факторами.

До настоящего времени исследования такого плана в колопроктологии не проводились. Подобных научных разработок нет по другим специальностям хирургического профиля.

Принимаемые на местах решения по повышению эффективности организационных мероприятий в подавляющем большинстве случаев не учитывают генеральную совокупность отдельных компонентов её оказания. Управленческие решения местных органов здравоохранения не всегда базируются на результатах многофакторного анализа всего комплекса показателей функционирования существующих или вводимых систем оказания специализированных видов помощи и субъекте Российской Федерации. В большинстве случаев не принимаются во внимание устойчивые тенденции и закономерности их дальнейшего, развития, особенности оказания медицинской помощи населению административной территории на современном этапе здравоохранения.

Указанное обстоятельство во многом объясняется отсутствием современных и эффективных методик, методических подходов и методических разработок по организационно-тактическим аспектам оказания помощи и качественной оценки деятельности внебольничных и стационарных учреждений в переходный период на страховую медицину.

В представленных материалах изложены методические подходы, технология построения и необходимые параметры деятельности колопроктологических кабинетов, отделений и региональных центров на современном этапе здравоохранения. Эти материалы позволяют смоделировать наиболее эффективную организационно-функциональную модель оказания специализированной помощи при болезнях толстой кишки и анаопоречиковой области с учетом региональных особенностей субъекта Российской Федерации и переходного периода на страховую медицину.

Формула метода.

Впервые для колопроктологической службы Российской Федерации разработана технология построения организационно – функцио-

нальной модели специализированной службы в субъекте РФ, представлены основные параметры функционирования и качественной оценки деятельности ее различных подразделений, расчет показателей краткосрочной и среднесрочной потребности в отдельных видах обеспечения необходимого объема диагностических и лечебных мероприятий на различных этапах оказания специализированной помощи колопроктологическим больным, унифицированные методические подходы и методы для решения организационно-тактических задач при лечении этого контингента больных.

Это позволяет с единых позиций и по единой технологии разрабатывать современную организационно-функциональную модель колопроктологической службы на административной территории, учитывать ее региональные особенности, рассчитывать краткосрочные и среднесрочные показатели потребности в коечном фонде и специализированных кабинетах, основных видах обеспечения лечебно-диагностического процесса, вводить элементы его стандартизации, оценивать экономическую эффективность амбулаторного и стационарного лечения при наиболее часто встречающихся неопухолевых заболеваниях дистального отдела прямой кишки и анакокпчиковой области (геморрой, анальная трещина, эпителиальный копчиковый ход, полипы и свищи прямой кишки и т.д.), а также решить достаточно широкий круг вопросов по дальнейшему развитию колопроктологической помощи населению Российской Федерации.

Разработка проведена в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем связанных со здоровьем 10-го пересмотра (Женева, 1995), использованием нозологических принципов, соответствующих нормативных документов по колопроктологической службе и стандартизации в здравоохранении. При этом учитывались устойчивые тенденции дальнейшего различия специализированной помощи при болезнях толстой кишки и анакокпчиковой области и особенности работы органов и учреждений здравоохранения и условиях переходного периода на страховую медицину.

Описание метода.

В методических рекомендациях представлены алгоритмы, методические подходы, технология разработки и построения, необходимые параметры функционирования организационно функциональной модели колопроктологической помощи в субъекте Российской Федерации.

Организационно-функциональная модель колопроктологической помощи представлена комплексом взаимосвязанных систем показателей деятельности колопроктологических кабинетов, региональных центров и отделений, унифицированных базисных схем и стандартов

лечебно-диагностического процесса на различных этапах специализированной помощи.

Модель ориентирована на сложившуюся и весьма интенсивно развивающуюся сеть различных подразделений колопроктологической службы, скомпонована по блочному типу, имеет несколько связующих звеньев в виде действующих нормативных документов Минздрава РФ, учитывает особенности современного этапа здравоохранения и основные тенденции развития специализированной помощи соответствующему контингенту больных.

В основу методических рекомендаций положены данные специального выборочного исследования в различных субъектах РФ по обращаемости населения с болезнями толстой кишки и аноопчичковой области в поликлинические и стационарные учреждения, объему, характеру и результатам лечения колопроктологических больных в специализированных кабинетах, отделениях и центрах, по организационным и организационно-тактическим аспектам деятельности колопроктологической службы в регионе.

Указанное обстоятельство позволило откорректировать отдельные элементы организации колопроктологической помощи, подтвердить правомочность действующих для нее нормативных документов, разработать необходимые методические подходы, приемы и методы для построения более эффективной организационно-функциональной модели специализированной службы субъекта Российской Федерации.

В рассматриваемой модели до госпитальный этап колопроктологической помощи представлен 4-мя блоками:

- колопроктологические кабинеты консультативно-диагностических поликлиник республиканских, краевых и областных больниц;
- колопроктологические кабинеты в консультативных поликлиниках и консультативно-диагностических центрах муниципального уровня;
- колопроктологические кабинеты городских территориальных поликлиник и медико-санитарных частей муниципального подчинения;
- отделения амбулаторной колопроктологии крупного промышленного города.

При разработке организационно-функциональной модели специализированной помощи на административной территории обязательно учитываются следующие моменты.

В последние годы отмечена устойчивая тенденция к расширению амбулаторной хирургической помощи колопроктологическим больным. При наличии соответствующих условий каждый второй

больной с наиболее распространенными неопухолевыми заболеваниями дистального отдела прямой кишки и анаопечиковой области может быть прооперирован в амбулаторных условиях. При этом у каждого больного возможно выполнение оперативных вмешательств в поликлинике и у каждого третьего в стационаре одного дня при колопроктологическом отделении или региональном центре, т.е. на данном этапе здравоохранения при таких общепроктологических заболеваниях (геморрой, анальная трещина, свищи прямой кишки, эпителиальный копчиковый ход, острый парапроктит, доброкачественные опухоли промежности и др.) более чем в половине случаев специализированная хирургическая помощь может быть оказана во внебольничных условиях. Финансовые затраты на проведение амбулаторных операций в 3 раза меньше, чем в специализированном отделении. К тому же в течение нескольких лет увеличилась обращаемость населения по внебольничным учреждениям по поводу злокачественных опухолей и полипов толстой кишки, дивертикулярной болезни, неспецифического язвенного колита, болезни Крона и некоторых других заболеваний.

Необходимость более целенаправленной разработки организационных аспектов амбулаторной колопроктологической помощи обусловлена реализацией новых принципов здравоохранения, все возрастающей роли поликлиники в специализированном лечении больных, представлением им права выбора однотипного лечебного учреждения вне зависимости от его территориального расположения и формы собственности.

В указанных 4-х блоках приводятся необходимые данные по объему и характеру диагностических исследований, консервативным мероприятиям и оперативным вмешательствам, элементам стандартизации хирургической помощи, необходимым условиям для их выполнения, качественным критериям оценки деятельности колопроктологических кабинетов.

Связующими звеньями между блоками являются федеральные нормативные показатели внебольничной колопроктологической помощи и основные тенденции ее дальнейшего развития.

Стационарная колопроктологическая помощь представлена тремя взаимосвязанными блоками, каждый из которых подразделяется на несколько самостоятельных направлений и имеет свои системы показателей. Каждый блок предназначен для конкретных подразделений стационарного звена специализированной службы.

Параметры функционирования указанных подразделений включают в себя нуждаемость в стационарной колопроктологической помощи, потребность в колопроктологических койках и варианты их

развертывания, уровень и структуру госпитализированной заболеваемости, объем и характер диагностических исследований и лечебных мероприятий, клиническую и экономическую эффективность применяемых медицинских технологий, категории и виды стандартов, отдельные элементы стандартизации лечебно-диагностического процесса, основных видов его обеспечения, существующие системы госпитализации и этапность оказания помощи колопроктологическим больным в регионе.

В 1-ый блок вносятся федеральные нормативные показатели по специализированным подразделениям стационарной колопроктологической службы и региональные параметры их функционирования. Во 2-ой блок – объем и характер лечебно-диагностических мероприятий в региональном колопроктологическом центре и (или) областном (городском) колопроктологическом отделении. При этом учитываются необходимость использования современных медицинских технологий и территориальный уровень лечебного учреждения. В 3-й блок вносятся параметры качественной оценки деятельности регионального колопроктологического центра или колопроктологического отделения, а также элементы стандартизации лечебно-диагностического процесса в этих подразделениях специализированной службы.

Связующими звеньями между блоками являются федеральные показатели стационарной колопроктологической помощи, основные тенденции ее дальнейшего развития и соответствующие документы Минздрава Российской Федерации по работе медицинских учреждений в современных условиях.

Параметры функционирования стационарных подразделений колопроктологической службы рассчитываются на основе корреляционных связей с показателями поликлинической помощи соответствующему контингенту больных и с обязательным использованием необходимых федеральных нормативов. В алгоритме расчета следует предусмотреть решение всего комплекса задач, начиная от определения обращаемости больных с колопроктологическими заболеваниями к поликлиническим врачам различных специальностей.

Предложенный блочный тип разработки необходимых и взаимосвязанных параметров функционирования колопроктологических кабинетов, отделений и центров позволяет создать достаточно автономную организационно-функциональную модель специализированной службы субъекта РФ с учетом его региональных особенностей и основных тенденций развития помощи больным с заболеваниями толстой кишки и анаопортокальной области. Заложенные в блоках федеральные нормативные показатели дают возможность более оптимально

решать вопросы взаимодействия и соподчиненности органов и учреждений здравоохранения различного территориального уровня при оказании специализированной помощи колопроктологическим больным.

Представленные методические подходы, приемы и алгоритмы расчета необходимых показателей и построения организационно-функциональной модели колопроктологической службы в субъекте РФ позволяют перейти к унифицированным схемам лечебно-диагностического процесса, стандартизации его отдельных элементов на различных этапах специализированной помощи и ее качественным оценкам, более эффективно и экономически обосновано использовать внебольничные и стационарные подразделения службы на различных административных территориях Российской Федерации.

Методические материалы направлены на опосредованное улучшение результатов лечения колопроктологических больных, повышение качества и эффективности специализированной помощи на до и госпитальном этапах ее оказания.

Материально-техническое обеспечение для разработки организационно-функциональной модели колопроктологической службы в субъекте РФ.

Разработка организационно-функциональной модели колопроктологической службы субъекта РФ и основных параметров функционирования ее отдельных компонентов осуществляется по первичной отчетно-учетной документации органов и учреждений здравоохранения, инструктивным, директивным и нормативным документам Минздрава и специальным алгоритмам для каждого этапа помощи.

Выкопировка необходимых данных осуществляется из карт амбулаторного больного, историй болезни, листов уточненных диагнозов, карт вышедшего из стационара, журналов поступления и выписки больных, специальных диагностических исследований, лечебных процедур, манипуляций, диспансерного наблюдения, других первичных материалов, связанных с оказанием помощи колопроктологических больных.

Выкопировка необходимых сведений осуществляется методом 20% выборки, что позволяет получить репрезентативные данные. Собранный массив наблюдений подвергается логическому контролю и экспертной оценке. Работа проводится группой специалистов различных специальностей (организаторы здравоохранения, медицинские статистики, экономисты, колопроктологи, врачи смежных специальностей, программисты, операторы ЭВМ). Программное обеспечение осуществляется для персональных компьютеров, работающих в автономном режиме или в локальной компьютерной системе.

Выкопировка необходимых сведений и их математическая обработка проводится по программе «Медстат» (с учетом изменений и дополнений, обусловленных введением МКБ-10), которая адаптируется к особенностям оказания специализированной колопроктологической помощи во внебольничных и стационарных условиях.

Математическая разработка так же может осуществляться по одной из компьютерных технологий, предлагаемых отделом медицинской статистики и информатики и информационно-аналитическим центром Минздрава Российской Федерации.

Алгоритмы строения организационно-функциональной модели колопроктологической службы субъекта РФ, используемые методические приемы и предлагаемые формулы расчета отдельных параметров ее функционирования приведены в следующем разделе методического материала.

Технология использования метода.

Начавшийся переход здравоохранения на страховую медицину потребовал новых управленческих и организационно-тактических решений при оказании помощи населению Российской Федерации, также использования современных организационных технологий при их разработке и реализации.

Более оптимальное решение организационных аспектов оказания колопроктологической помощи и улучшение результатов лечения соответствующего контингента больных будет базироваться на сбалансированном использовании Федерального законодательства, соответствующих директивных и нормативных документов Минздрава России, демографических и медицинских особенностях административной территории.

Разработка организационно-функциональной модели колопроктологической помощи осуществляется на основе следующих методических подходов:

- ее отдельные компоненты разрабатываются по нозологическому принципу и в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ - 10, Женева, 1995 год);
- они являются системой взаимосвязанных – количественных и качественных показателей и предусматривают возможность оперативного введения новых параметров;
- на всех административных территориях организационно-функциональная модель имеет единый принцип компоновки, разрабатывается на стыке клиники и организации здравоохранения и учитывает современные достижения колопроктологии и смежных специальностей;

- региональная организационно-функциональная модель колопроктологической помощи должна включать федеральные нормативные показатели, приказы, методические указания и рекомендации, иные документы Минздрава по организации помощи колопроктологическим больным. Федеральные показатели и соответствующие документы по службе являются связующими звеньями между отдельными компонентами указанной модели и в необходимых случаях корректируются с учетом региональных особенностей административной территории;

- не реже одного раза в пять лет в модель вносятся необходимые дополнения и изменения с учетом достижений медицинской науки, закономерностей и тенденций дальнейшего развития специализированной колопроктологической помощи, внедрения новых медицинских технологий.

Разработка организационно-функциональной модели производится в несколько этапов с применением специальных алгоритмов для внебольничного и стационарного компонентов оказания помощи соответствующему контингенту больных.

Внебольничная сеть.

Врачебная должность амбулаторного колопроктолога консультативной поликлиники (консультативно-диагностического центра) устанавливается на 200 тыс. населения. Врачебная должность амбулаторного колопроктолога территориальной поликлиники на 100 тыс. населения.

Нагрузка на амбулаторного колопроктолога 4 человека в час. «Ректороманоскопия диагностическая – 15 мин, лечебная – 20 мин.

Амбулаторная операция у колопроктологических больных соответствует 8,6, профилактический (целевой осмотр) – 0,83 врачебным посещениям.

Стационарные учреждения.

1. Потребность в колопроктологических койках (на 10 тыс. населения):

- средне-российская – 0,45;

- для городов с населением свыше 1 млн. человек – 0,55;

- для административных территорий Средне-Европейской части России – 0,4;

- для Восточно-Сибирского и Западно-Сибирского регионов – 0,5;

2. Врачебные должности:

- должность освобожденного заведующего колопроктологическим отделением – на 40 и более коек;

- должность врача-ординатора на 15 колопроктологических коек;
- на каждые 30 колопроктологических коек устанавливается 0,5 должности анестезиолога-реаниматолога (врача палаты интенсивной терапии), онколога и эндоскописта;
- для указанного числа коек в штат лабораторно-диагностических служб вводится 0,5 врачебной должности рентгенолога, врача УЗИ – диагностики, клинической лаборатории и функциональной диагностики.

При решении организационных и планово-финансовых вопросов в работе колопроктологического кабинета необходимо учитывать данные Головного учреждения по проблеме (Гос. научного центра колопроктологии) о временных затратах амбулаторного колопроктолога на выполнение основных оперативных вмешательств и малоинвазивных методов лечения.

Приведенные в таблице данные позволяют более эффективно проводить текущее и краткосрочное планирование работы этого кабинета и с современных позиций решать вопросы его различного обеспечения. Объем и характер хирургической помощи в колопроктологическом кабинете определяется местными органами здравоохранения индивидуально, исходя из его оснащения, других необходимых условий для выполнения указанных элементов работы амбулаторного колопроктолога и основываясь на следующих данных.

При анализе колопроктологической службы в регионе обязательно используются директивные и инструктивные материалы Минздрава РФ, а также разработки Головного учреждения по проблеме Государственного научного центра колопроктологии МЗ РФ. При этом учитываются союзные тенденции развития специализированной службы и особенности ее работы в условиях начавшегося перехода на страховую медицину.

Для качественной оценки деятельности колопроктологических кабинетов и отделений по первичной медицинской документации эксперт дает заключение о необходимости амбулаторного или стационарного лечения, диагностических исследованиях и лечебных мероприятиях, этапности оказываемой помощи, других медицинских и организационно-тактических параметрах.

Иссечение свищей прямой кишки, хронической анальной трещины, дермоидных кист, доброкачественных опухолей аноскопиковой области, радикальные операции при остром парапроктите и хроническом нагноении эпителиального копчикового хода преимущественно выполняются в стационаре одного дня при колопроктологическом отделении областной (городской) больницы.

На основе данных по нуждаемости в амбулаторной, хирургической помощи и многофакторного анализа соответствующих условий для ее оказания (профессиональная подготовка колопроктолога, соответствие операционной необходимым требованиям, транспортировка оперируемого больного домой санитарным транспортом, патронаж, возможность быстрой госпитализации при остро возникшем осложнении, другие вопросы социально-экономического и организационного характера) определяется предполагаемое число амбулаторных операций. Затем определяется перечень колопроктологических кабинетов, оказывающих амбулаторную хирургическую помощь, ее объем и предполагаемое количество хирургических вмешательств и малоинвазивных методов лечения в каждом из них.

В качестве одного из более оптимальных вариантов оказания помощи в крупном промышленном городе рассматривается вопрос о развертывании отделения амбулаторной колопроктологии с однодневным стационаром или стационара одного дня при колопроктологическом отделении (центре).

При разработке организационно-функциональной модели амбулаторной колопроктологической службы на административной территории следует использовать принципиальную схему ее развертывания в субъекте РФ. По каждому компоненту схемы уточняются основные параметры функционирования и преемственность в работе колопроктологов внебольничных и стационарных учреждений.

Далее, исходя из полученных параметров функционирования внебольничных подразделений колопроктологической службы и с учетом поправочного коэффициента экспертной оценки рассчитываются показатели нуждаемости в госпитализации, потребности в специализированных койках, их функция и планируемое число работы в году, определяются уровень и структура госпитализированной заболеваемости, объем хирургической помощи и основные виды ее обеспечения, разрабатываются качественные критерии деятельности колопроктологических отделений и система направления в них соответствующего контингента больных.

При разработке нормативных параметров для стационарного этапа колопроктологической службы обязательно учитываются приведенные выше ее Федеральные показатели.

Расчет необходимого количества коек, числа дней их работы в году, потребность в специальной аппаратуре проводится по формулам, приведенным в методических указаниях Минздрава РФ № 99/183 от 29.12.99 г. «Показатели потребности, базисные схемы и стандарты лечебно-диагностического процесса и основных видов его обеспечения на госпитальном этапе специализированной колопроктологической помощи».

Наряду с определением потребности в колопроктологических койках рассматриваются варианты их развертывания: региональный колопроктологический центр, специализированное отделение (в т.ч. онкологии, неотложной колопроктологии) и фиксированные койки. Фиксированные койки преимущественно следует выделять в БСМП или многопрофильных больницах, в основном оказывающих экстренную помощь. Вопрос о развертывании фиксированных коек для планового хирургического лечения колопроктологических больных решается индивидуально в каждом конкретном случае и при отсутствии реальных возможностей для развертывания полноценного (специализированного) отделения. Наличие таких коек в составе общехирургических отделений не оправдывает себя как с клинических, так и с экономических позиций.

В связи с интенсификацией лечебно-диагностического процесса в колопроктологических центрах и отделениях и существенного расширения объема амбулаторной хирургической помощи при некоторых наиболее распространенных колопроктологических заболеваниях и существующей системе госпитализации больных может оказаться незадействованной какая-то часть коечного фонда специализированной службы. Высвобождающиеся при этом колопроктологические койки, прежде всего, предназначены для дальнейшей концентрации больных со злокачественными опухолями толстой кишки, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, осложненными формами дивертикулярной болезни и некоторыми другими заболеваниями. В таких случаях пересматривается существующая система госпитализации и поступление больных осуществляется по принципу «на себя» со всей или части закрепленной административной территории.

Далее в зависимости от конкретных условий соответствующим приказом вводятся базисные схемы лечебных и диагностических мероприятий, которые необходимо рассматривать в качестве минимальных стандартов специализированной помощи, или протоколы ведения больных с конкретными заболеваниями толстой кишки и анокопчиковой области на различных этапах их лечения. При этом разработчики руководствуются приказами Минздрава РФ №299 от 31.07.2000г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Технология выполнения простых медицинских услуг. Общие требования», №300 от 31.07.2000г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок апробации и опытного внедрения проектов нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении», №301 от 31.07.2000г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Принципы и порядок построения классификаторов в здравоохранении. Общие положения», №302 от 31.07.2000г.

«О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок разработки, согласования, принятия, внедрения и ведения нормативных документов системы стандартизации и здравоохранения» и методическими указаниями Минздрава РФ 99/183 от 29.12.1999 г. «Показатели потребности, базисные схемы и стандарты лечебно-диагностического процесса и основных видов его обеспечения на госпитальном этапе специализированной колопроктологической помощи.

Заключительный этап разработки предусматривает коррекцию принятых в регионе системы госпитализации и этапности оказания помощи колопроктологическим больным. Коррекция осуществляется с учетом территориального уровня стационарных учреждений их возможностей и современных требований к специализированному лечению при болезнях толстой кишки и анаопхичковой области.

Таким образом, представленные принципы, методические подходы и приемы, организационная технология, алгоритмы расчета необходимых параметров функционирования специализированных кабинетов, отделений и центров позволяет с учетом региональных особенностей разработать и реализовать более эффективную организационно-функциональную модель колопроктологической службы субъекта - РФ на современном этапе здравоохранения, внедрить систему качественной оценки деятельности ее различных подразделений, стандартизировать отдельные элементы лечебно-диагностического процесса, определить краткосрочную и среднесрочную потребность в отдельных видах его обеспечения, скорректировать коечный фонд, систему госпитализации и этапность оказания помощи колопроктологическим больным в современных условиях.

Эффективность использования метода.

Разработанная организационно-функциональная модель колопроктологической службы субъекта РФ позволяет опосредованно повысить качество специализированной помощи на различных этапах ее оказания, улучшить результаты лечения при болезнях толстой кишки и аокопчиковой области, стандартизировать элементы лечебно-диагностических мероприятий во внебольничных и стационарных условиях, расширить объем хирургической помощи в колопроктологических кабинетах, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс в региональном центре и специализированном отделении, сократить сроки пребывания больного на колопроктологической койке, более рационально использовать коечный фонд специализированной службы. Представленные алгоритмы, методические приемы, организационная технология позволяют применить унифицированный подход к оценке результатов лечения колопроктологических больных, внести

необходимые коррективы в системы госпитализации и этапность оказания помощи этим больным в субъекте РФ на данном этапе здравоохранения.

**Резолюция I Всероссийского съезда колопроктологов.
Resolution of the 1st All-Russian Congress of Coloproctologists.**

В работе I съезда колопроктологов России, состоявшегося 1-3 октября 2003г. в Самаре, посвященного памяти одного из основоположников колопроктологии в России профессору А.М. Аминеву, приняли участие свыше 1 000 специалистов из 87 регионов России и других стран (Белоруссии, Украины, Киргизии, Польши, Таджикистана и др.). Среди них были представители различных медицинских профессий – колопроктологи, хирурги, онкологи, гастроэнтерологи, рентгенологи, эндоскописты, специалисты УЗИ, патофизиологи, морфологи и др.

В программу съезда были включены актуальные проблемы современной колопроктологии: организация колопроктологической службы, диагностика и лечение наиболее социально значимых колопроктологических заболеваний (геморрой, острый и хронический парапроктит, недостаточность анального жома, выпадение прямой кишки, дивертикулярная болезнь толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.). Тщательному обсуждению были подвергнуты проблемы колоректального рака и других опухолей толстой кишки. Важное место в программе съезда заняли вопросы реабилитации стомированных больных, в частности, создание в регионах кабинетов реабилитации и организация ассоциаций стомированных больных. При этом особое внимание было обращено на необходимость дальнейшего совершенствования хирургической реабилитации, пластических, реконструктивных и восстановительных операций на толстой кишке и анальном канале.

На съезде были представлены 115 докладов, 28 выступлений в прениях, прочитаны три лекции: проф. Б.Н. Жуков «Профессор А.М. Аминев – основоположник Российской колопроктологии», проф. О.Г. Скипенко (РНЦХ РАМН) – «Колоректальный рак с метастазами в печень», акад. Г.И. Воробьев – «Осложненный дивертикулез толстой кишки».

По данным на 01.01.03 в России, с учетом ведомственных учреждений, функционировало 101 отделение колопроктологии (18 из них имеют статус региональных центров) и 782 специализированных колопроктологических кабинетов в поликлиниках.

Отмечается тенденция к дальнейшему расширению количества и качества амбулаторной колопроктологической помощи. В настоящее

время в каждом пятом амбулаторном кабинете выполняются различные операции, что ведет к разгрузке стационаров и улучшению процесса лечения больных.

В последние годы все успешнее развиваются региональные службы реабилитации стомированных больных с организацией специальных кабинетов. Наиболее успешно эта деятельность развернута в Москве, Волгограде, Липецке, Рязани, Санкт-Петербурге, Улан-Уде, Уфе.

Продолжала совершенствоваться и углубляться система последипломного образования колопроктологов, которая осуществляется на кафедре колопроктологии РМАПО, в Ростовском медицинском университете, Санкт-Петербургском медицинском университете, Уфимском медицинском университете, Российском университете Дружбы народов. С 2002 г. стал издаваться научно-практический журнал «Колопроктология».

Колопроктологи из разных регионов России приняли участие в международных конференциях и съездах: в 2002 г. в Осака (Япония) на 19-м конгрессе университетских колопроктологов; в мае 2002 г. в Сан-Франциско (США) на форуме Американской ассоциации гастроэнтерологов; в июне 2002 г. в Каунасе (Литва) на 7-м Центрально-Европейском конгрессе по колопроктологии; в октябре 2002 г. в Минске (Беларусь) на международной конференции по актуальным вопросам колопроктологии; в октябре 2002 г. в Женеве (Швейцария) на Европейской гастроэнтерологической неделе; в июне 2003 г. в Афинах (Греция) на съезде Европейского Совета по колопроктологии.

Вместе с тем на съезде отмечалось снижение внимания главных специалистов к изучению колопроктологической заболеваемости, распространенности болезней толстой кишки, анального канала и промежности по регионам, анализу качества оказания лечебно-диагностической помощи. В связи с этим не всегда обоснованно принимались решения по формированию стационарной и поликлинической колопроктологической сети. Так, в некоторых регионах были необоснованно закрыты колопроктологические отделения, в ряде больниц колопроктологические койки все еще остаются в составе гнойных отделений, а амбулаторные кабинеты нередко работают в отрыве от стационаров.

Заболевания анального канала и перианальной зоны.

Геморрой продолжает оставаться самым массовым колопроктологическим заболеванием. Ежегодно в России производится свыше 400 тыс. операций, при этом более чем в 70% случаев используется

традиционная методика Миллигана-Моргана. В то же время, как отмечалось во многих докладах, весьма положительный эффект оказывает применение новых технологий с использованием ультразвукового скальпеля, радиочастотных приборов или высокочастотной электрокоагуляции. Применение этих методик позволяет уменьшить послеоперационный болевой синдром, снизить частоту дизурических расстройств и существенно сократить сроки пребывания больных в стационаре. Имеющийся опыт применения метода Лонго пока недостаточен для его окончательной оценки. Во многих регионах используются амбулаторные условия для лечения больных геморроем с применением методик лигирования и склеротерапии.

При лечении анальных трещин стали применяться медикаментозные методы ликвидации спазма внутреннего сфинктера, что исключает риск развития анальной инконтиненции.

Во многих докладах отмечалось, что следует стремиться к сокращению применения лигатурного метода при экстрасфинктерных свищах прямой кишки и более широкому использованию пластических методов ликвидации внутреннего свищевого отверстия.

Заболевания толстой (прямой и ободочной) кишки.

Совершенствование методов лечения ректоцеле не потеряло своей актуальности, что обусловлено частотой и разнообразием форм заболевания. Признано необходимым, наряду с леваторопластикой, шире использовать ликвидацию избытка слизистой оболочки прямой кишки трансанальным доступом. Перспективно применение различных синтетических материалов для пластики ректовагинальной перегородки.

У больных с выпадением прямой кишки наиболее эффективны различные методы ректопексии. Существенному снижению операционной травмы способствуют лапароскопические технологии. При необратимых изменениях эвакуаторной функции толстой кишки выполнение резекции пораженных отделов ободочной кишки, наряду с ректопексией, оказывает более стойкий клинический эффект.

Продолжается рост числа больных с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки. Недостаточное знакомство с этим заболеванием, прежде всего хирургов, приводит к частым диагностическим и тактическим ошибкам. Единодушно было высказано мнение, что при экстренных операциях следует отдавать предпочтение многоэтапному лечению. Неосложненный дивертикулез подлежит консервативному лечению.

Синдром раздраженной толстой кишки (СРК) является одной из самых частых причин обращения пациентов к врачам. Установление

диагноза должно основываться на критериях, разработанных в 1999 г. международной рабочей группой (Римские критерии СРК II) после исключения органических заболеваний толстой кишки.

Хирургическое лечение хронического толстокишечного стаза должно проводиться в специализированных клиниках при наличии объективных доказательств хронической толстокишечной эвакуаторной недостаточности.

Требуется дальнейшая систематизация и широкое внедрение в практику единых стандартов обследования и лечения пациентов с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. Исключительно важное значение имеет совместное наблюдение такого рода больных гастроэнтерологами и колопроктологами, особенно для своевременного решения вопроса о необходимости хирургического лечения. Показанием к хирургическому вмешательству являются тяжелые, резистентные к консервативной терапии формы воспалительных заболеваний, а также развившиеся осложнения (кровотечение, токсическая дилатация, перфорация, малигнизация). Существенному снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности способствуют многоэтапные методы оперативного лечения.

Опухоли толстой кишки.

Семейный аденоматоз толстой кишки. Лечение больных данным заболеванием должно проводиться только в специализированных колопроктологических отделениях. В настоящее время чаще всего у больных семейным аденоматозом толстой кишки производится удаление ободочной и прямой кишок. Вместе с тем при аттенуированных формах заболевания оправдано оставление неповрежденных отделов толстой кишки.

Рак толстой кишки. По-прежнему продолжается рост числа больных колоректальным раком, подавляющее большинство которых поступают в стационар с запущенными стадиями болезни, что прежде всего обусловлено отсутствием программ раннего выявления доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки.

Для определения лечебной тактики в комплекс обследования больных, помимо стандартных методов, должны включаться трансректальная и трансвагинальная ультрасонография, необходимо шире использовать компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Основным методом лечения колоректального рака остается хирургический. Существенному снижению операционной травмы при локализации опухоли в ободочной кишке способствует применение лапароскопических технологий. Лапароскопические методы позволяют соблюдать все принципы абластики и обеспечивают адекватную трех- и пятилетнюю выживаемость.

При распространенных формах колоректального рака оправдано применение комбинированных операций, включая аорто-подвздошно-тазовую лимфаденэктомию, резекцию вовлеченных в опухолевый процесс смежных органов, резекцию печени. При наличии неудаляемых отдаленных метастазов показаны циторедуктивные операции, интраоперационная внутривенная химиотерапия, применение радиочастотной деструкции метастазов.

Выход опухоли за пределы висцеральной фасции прямой кишки является показанием к предоперационной лучевой терапии. При поражении регионарных лимфатических узлов предоперационная лучевая терапия должна быть дополнена послеоперационной химио- или лучевой терапией.

При локализации опухоли прямой кишки в пределах висцеральной фасции на расстоянии 2 см и выше от аноректальной (зубчатой) линии оправдано выполнение сфинктеросохраняющих операций, т.е. с сохранением наружного сфинктера.

Если размеры опухоли не превышают 3 см и она ограничена пределами слизистой оболочки, целесообразно использование метода безгазовой трансанальной эндомиохирургической резекции.

Для обеспечения латеральной границы резекции при раке прямой кишки необходимо удаление мезоректум без повреждения вегетативных нервов таза (гипогастральных, сакральных нервов и тазового сплетения). Удаление опухолей средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки должно сопровождаться тотальной мезоректумэктомией, тогда как при раке верхнеампулярного отдела достаточно ограничиться резекцией мезоректум на протяжении 5 см дистальнее опухоли.

Лечение рака анального канала должно начинаться с лучевой терапии в сочетании с химиотерапией. При неэффективности химио- и лучевой терапии (наличие раковых комплексов в биоптате) показана экстирпация прямой кишки.

Реконструктивно-восстановительная колопроктология.

Улучшение функциональных результатов является одним из важнейших направлений колопроктологии. При удалении прямой кишки и сохранении запирающего аппарата оправдано создание тазовых толстокишечных резервуаров. При экстирпации прямой кишки наряду с резервуарами положительные результаты дает формирование гладкомышечной манжетки. При посттравматической или врожденной недостаточности анального жома перспективным является создание неосфинктера с последующим проведением кинетотерапии и систематической электростимуляции перемещенных мышечных структур индивидуальными портативными приборами. Улучшению функции дер-

жания способствует моделирование пубо-ректальной петли аллотрансплантатами.

При диагностике и лечении большинства заболеваний толстой кишки обязательно должны использоваться функциональные методы – рентгенологические, патофизиологические и др. Колопроктологические кабинеты и отделения должны иметь соответствующее оборудование.

Заслушав и обсудив наиболее актуальные проблемы колопроктологии, съезд постановляет:

1. На всей территории Российской Федерации колопроктологи в своей деятельности должны руководствоваться соответствующими федеральными законами, постановлениями Правительства РФ, решениями коллегий и приказами Минздрава РФ, согласно которым колопроктология является самостоятельной специальностью хирургического профиля, а колопроктологические отделения введены в перечень хирургических подразделений.

В соответствии с приказом Минздрава РФ (№50 от 18.02.97) задачами колопроктологической службы являются диагностика и лечение заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности, включая доброкачественные и злокачественные опухоли.

2. Важнейшим направлением колопроктологической службы на современном этапе является изучение заболеваемости и обращаемости населения при болезнях толстой кишки, анального канала и периаанальной зоны, расширение объема специализированной помощи во внебольничных условиях.

3. Важной задачей является создание службы реабилитации колопроктологических больных, включая открытие региональных кабинетов реабилитации, организацию ассоциаций стомированных больных, обучения персонала, оказание помощи в организации обеспечения средствами ухода за стомами с привлечением средств региональных бюджетов.

4. Перспективные научные направления развития колопроктологии:

- разработка и совершенствование малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности;

- широкое внедрение новых хирургических технологий (ультразвуковой скальпель, высокочастотная электрокоагуляция, лапароскопические и микрохирургические технологии, лазерные методы и др.) при операциях на толстой кишке;

- расширенное применение хирургических методов в амбулаторных условиях для лечения проктологических заболеваний. Использование однодневных стационаров или стационаров с укороченными сроками пребывания для лечения колопроктологических больных;

- дальнейшее совершенствование первичных и вторичных пластических и реконструктивно-восстановительных методов хирургического лечения колопроктологических больных, коррекции недостаточности анального сфинктера, в том числе создание неосфинктера.

5. Ассоциация колопроктологов России должна:

- принять активное участие в разработке протоколов диагностики и лечения больных с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности;

- активно участвовать в организации непрерывного повышения квалификации ее членов и других колопроктологов;

- способствовать внедрению курса по колопроктологии в практику работы кафедр госпитальной хирургии медицинских университетов и академий.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10, Женева: ВОЗ, 1995).

C18	Злокачественное новообразование ободочной кишки
C18.0	Слепой кишки Илеоцекальный клапана
C18.1	Червеобразного отростка
C18.2	Восходящей ободочной кишки
C18.3	Печеночного изгиба
C18.4	Поперечной ободочной кишки
C18.5	Селезеночного изгиба
C18.6	Нисходящей ободочной кишки
C18.7	Сигмовидной кишки Сигмоида (изгиба). <i>Исключено:</i> ректосигмоидного соединения (C19)
C18.8	Поражение ободочной кишки, восходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
C18.9	Ободочной кишки неуточненной локализации. Толстой кишки БДУ Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения.
C19	Ободочной и прямой кишки. Ректосигмоидного отдела (ободочной кишки)
C20	Злокачественное новообразование прямой кишки.

- Ампулы прямой кишки
- C21 Злокачественное новообразование заднего прохода [ануса] и анального канала
Заднего прохода неуточненной локализации.
Исключено: анального отдела:
- C21.0 края (C43.5, C44.5)
кожи (C43.5, C44.5)
кожи перианальной области (C43.5, C44.5)
- C21.1 Анального канала
Анального сфинктера
- C21.2 Клоакогенной зоны
Поражение прямой кишки, заднего прохода [ануса] и анального канала, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
Аноректального соединения
- C21.8 Аноректальной области
Злокачественное новообразование прямой кишки, заднего прохода [ануса] и анального канала, которое по месту возникновения не может быть отнесено ни к одной из рубрик
C20 – C21.2
- K60 Трещина и свищ области заднего прохода и прямой кишки
Исключены: с абсцессом или флегмоной (K61)
- K60.0 Острая трещина заднего прохода
- K60.1 Хроническая трещина заднего прохода
- K60.2 Трещина заднего прохода неуточненная
- K60.3 Свищ заднего прохода
Прямокишечный свищ
Кожный (полный) свищ прямой кишки
- K60.4 *Исключены:*
свищ ректовагинальный (N82.3)
свищ мочепузырный-прямокишечный (N32.1)
- K60.5 Аноректальный свищ
(свищ между прямой кишкой и задним проходом)
Абсцесс области заднего прохода и прямой кишки
- K61 *Включены:* абсцессы и флегмона заднего прохода и прямой кишки со свищом или без него
Анальный (заднепроходный) абсцесс
- K61.0 Перианальный абсцесс
Исключен: интрасфинктерный абсцесс
Ректальный абсцесс
- K61.1 Периректальный абсцесс
Исключен: ишиоректальный абсцесс (K61.3)
- K61.2 Аноректальный абсцесс

K61.3	Ишиоректальный абсцесс Абсцесс ишиоректальной ямки
K61.4	Интрасфинктерный абсцесс Другие болезни заднего прохода и прямой кишки <i>Включены:</i> анального канала <i>Исключены:</i>
K62	дисфункция после колостомии и энтеростомии (K91.4) недержание кала (R15) геморрой (I84) язвенный проктит (K51.2)

1. Длина анального канала соответствует:

- а) 1-2 см
- б) 2-3 см
- в) 3-4 см
- г) 4-5 см
- д) 5-6 см

2. Анальная трещина чаще расположена на:

- а) задней полукружности анального канала
- б) правой полукружности анального канала
- в) левой полукружности анального канала
- г) передней полукружности анального канала
- д) передней и задней полукружности анального канала

3. Возникновению анальной трещины способствуют:

- а) длительные запоры
- б) геморрой
- в) острый парапроктит и проктит
- г) травма прямой кишки и анального канала
- д) правильно а) и г)

4. Задняя дозированная сфинктеротомия показана при лечении:

- а) геморроя, с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины
- б) кокцигодинии
- в) хронического парапроктита
- г) геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов

5. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно:

- а) пальцевого исследования прямой кишки
- б) колоноскопии
- в) аноскопии
- г) ирригоскопии
- д) ректороманоскопии

6. При лечении хронической калезной трещины наиболее эффективным является:

- а) пресакральная блокада раствором новокаина
- б) введение новокаина со спиртом под трещину
- в) пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье
- г) иссечение трещины
- д) иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией

7. Дозированная сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает рассечение задней порции внутреннего сфинктера на глубину:

- а) 0.5-0.8 см
- б) 0.8-1.0 см
- в) 1.0-1.5 см
- г) 1.5-2.0 см
- д) более 2.0 см

8. К геморрою предрасполагают:

- а) тяжелый физический труд
- б) употребление алкоголя
- в) проктосигмоидит
- г) длительные и упорные запоры
- д) все вышеперечисленное

9. Для утверждения диагноза геморроя достаточным будет:

- а) пальцевое исследование прямой кишки и осмотр заднего прохода
- б) ректороманоскопия
- в) ирригоскопия
- г) колоноскопия

10. Геморроидэктомия показана:

- а) при выпадении геморроидальных узлов 3 ст.
- б) болевом синдроме при дефекации
- в) выпадении геморроидальных узлов 1 ст.
- г) анальном зуде

11. Геморроидэктомия по Миллигану - Моргану подразумевает:

- а) циркулярное иссечение слизистой анального канала
- б) иссечение геморроидальных узлов на 2, 5, 8 часах по циферблату
- в) иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату
- г) иссечение выпадающих геморроидальных узлов
- д) иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала

12. На следующий день после приема большого количества алкоголя больной почувствовал резкую боль в заднем проходе, ощущение инородного тела, появились скудные кровянистые выделения из прямой кишки. При осмотре в области ануса определяется «розетка» из резко болезненных и напряженных выпячиваний слизистой прямой кишки багрового цвета, на 7 часах по циферблату отмечается некроз слизистой с умеренным кровотечением. В данном случае имеет место:

- а) геморрой, осложненный выпадением 3 ст.
- б) острый тромбоз геморроидальных узлов
- в) выпадение и ущемление прямой кишки
- г) ущемление геморроидальных узлов

13. Ваша тактика по отношению к данному больному в условиях поликлиники включает все перечисленное, за исключением:

- а) назначения обезболивающих препаратов
- б) пресакральной новокаиновой блокады
- в) склеротерапии
- г) противовоспалительного лечения

14. В случае госпитализации больного и после стихания острых воспалительных явлений больному показана:

- а) склеротерапия
- б) пресакральная новокаиновая блокада
- в) перевязка геморроидальных узлов
- г) геморроидэктомия

15. Больной в течение ряда лет страдает геморроем. За последние две недели появились резкие боли после акта дефекации, длительность болевого пароксизма 6-8 часов, боли не снимаются анальгетиками. Появилась стулoбoязнь. Изменение клинической картины связано:

- а) с тромбозом геморроидальных узлов
- б) со сфинктером
- в) с парапроктитом
- г) с трещиной анального канала

16. Больному, геморрой у которого осложнился трещиной анального канала, следует предпринять:

- а) противовоспалительное лечение
- б) иссечение анальной трещины
- в) пресакральную новокаиновую блокаду
- г) геморроидэктомию
- д) геморроидэктомию с дозированной сфинктеротомией

17. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести:

- а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию
- б) анализ кала на скрытую кровь
- в) лапароскопию
- г) ультразвуковое исследование органов малого таза

18. В случае операбельной опухоли прямой кишки, расположенной на 6 см от перианальной кожи, показана:

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) операция Гартмана
- в) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной
- г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

19. Резчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, и «стулобоязнь» характерны:

- а) для рака прямой кишки
- б) для полипа прямой кишки
- в) для сфинктерита
- г) для трещины анального канала
- д) для геморроя

20. Клиническая картина ректального свища характеризуется

- а) стулобоязнью
- б) кровотечением при дефекации
- в) рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
- г) выделением слизи при дефекации

21. Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать:

- а) склеротерапию
- б) пресакральную новокаиновую блокаду
- в) антикоагулянты
- г) оперативное вмешательство

22. Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является:

- а) систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками
- б) вскрытие и дренирование полости абсцесса
- в) вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода
- г) общая антибиотикотерапия

23. При остром ишиоректальном парапроктите показаны:

- а) пункция гнойника и введение антибиотиков
- б) вскрытие гнойника через просвет кишки
- в) вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки
- г) вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале
- д) пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости

24. В этиологии парапроктитов главное значение имеет:

- а) выпадение прямой кишки
- б) травма слизистой прямой кишки
- в) воспаление анальных желез
- г) геморрой
- д) общие септические заболевания

25. Экстирпация прямой кишки является операцией выбора при:

- а) раке анального канала
- б) раке прямой кишки, расположенном на 7-10 см от перианальной кожи
- в) раке верхнеампулярного отдела прямой кишки
- г) раковой опухоли, расположенной на 12-15 см от перианальной кожи

26. Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются:

- а) кровотечение из прямой кишки
- б) поносы
- в) склонность к запорам
- г) закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
- д) дефект слизистой прямой кишки

27. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного по поводу рака, сформулирован диагноз: «рак прямой кишки T₂M₁M₀». Это значит, что:

- а) опухоль занимает 1/2 окружности кишки
- б) регионарные лимфатические узлы не поражены
- в) регионарные лимфатические узлы поражены
- г) нет отдаленных метастазов
- д) правильно все, кроме в)

28. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного во время операции по поводу рака,

сформулирован диагноз: «рак прямой кишки T₃M₁+M₁P₄». Это означает, что:

- а) опухоль занимает 1/2 окружности кишки
- б) регионарные лимфатические узлы не поражены
- в) регионарные лимфатические узлы поражены
- г) нет отдаленных метастазов
- д) неправильно все, кроме в)

29. Ишиоректальный парапроктит в типичных случаях характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) выделения слизи из ануса и припухлости промежности с гиперемией
- б) высокой температурой
- в) отсутствия изменений со стороны кожи промежности
- г) болей в глубине таза

30. После геморроидэктомии наиболее частыми осложнениями являются:

- а) выраженный болевой синдром
- б) задержка мочеиспускания
- в) периаанальный отек
- г) кровотечение

31. Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны:

- а) ирригоскопия
- б) колоноскопия
- в) аноскопия и фистулография
- г) пассаж бария по кишечнику

32. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются:

- а) воспаление сигмовидной кишки
- б) пенетрация опухоли в брыжейку
- в) кишечная непроходимость
- г) перфорация опухоли
- д) профузное кишечное кровотечение

33. При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является:

- а) иссечение свища в просвет кишки
- б) дренирование гнойной полости
- в) проведение лигатуры и дренирование гнойной полости
- г) иссечение свища с ушиванием сфинктера
- д) пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву

34. При раке сигмовидной кишки с локализацией опухоли в проксимальном отделе, отсутствии осложняющих факторов и отдаленного метастазирования, отсутствии сопутствующих заболеваний у больного в возрасте 50 лет операцией выбора является:

- а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом
- б) резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
- в) левосторонняя гемиколэктомия с трансверэосигмоидным анастомозом
- г) субтотальная резекция ободочной кишки с илеосигмоидным анастомозом

35. При раке сигмовидной кишки, осложненном перфорацией опухоли, отсутствии метастазов в отдаленные органы у больного 62 лет операцией выбора является:

- а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы
- б) резекция сигмовидной кишки с анастомозом
- в) резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
- г) трансверэостомия, дренирование брюшной полости
- д) выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота

36. У больного 58 лет установлен диагноз «рак правой половины ободочной кишки с локализацией опухоли в печеночном изгибе, осложненный кишечной непроходимостью». Отдаленных метастазов и тяжелых сопутствующих заболеваний нет. Наиболее адекватной радикальной операцией является:

- а) резекция печеночного изгиба ободочной кишки с анастомозом восходящей кишки с поперечной
- б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом В)
- в) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и колостомой
- г) наложение цекстомы, как первый этап операции
- д) наложение илеострансверзоанастомоза как первый этап операции

Контрольные вопросы по базисным знаниям.

1) Толстая кишка по современной Международной анатомической номенклатуре имеет следующие отделы:

1. Слепая кишка (caecum)
2. Восходящая ободочная кишка (colon ascendens)
3. Поперечно-ободочная кишка (colon transversum)
4. Прямая кишка
5. Подвздошная кишка
6. Нисходящая ободочная кишка (colon descendens)

Варианты ответов:

1 - 1, 2, 3, 4, 6;

2 - 2, 3, 4, 6;

3 - все перечисленные.

2) Ободочная кишка состоит из:

1. Слепой кишки

2. Восходящей ободочной кишки

3. Поперечно-ободочной кишки

4. Нисходящей ободочной кишки

5. Сигмовидной кишки

6. Прямой кишки

Варианты ответов:

1 - 1, 2, 3, 4, 5;

2 - 2, 3, 4, 5;

3 - 1, 2, 3, 4.

3) Назовите физиологические изгибы ободочной кишки

1. Правый (печеночный)

2. Левый (селезеночный)

3. Ректосигмоидный

4. Илеоцекальный

Варианты ответов:

1 - 1, 2, 3, 4;

2 - 1, 2, 3.

4) Какие отделы ободочной кишки расположены ретроперитонеально?

1. Восходящий отдел, задняя его поверхность

2. Поперечно-ободочная часть

3. Нисходящий отдел, задняя его поверхность

4. Сигмовидная кишка

Варианты ответов:

1 - 1, 2, 3;

2 - 1, 3;

3 - все перечисленные.

5) Кровоснабжение ободочной кишки осуществляется:

1. Из системы верхней брыжеечной артерии

2. Из системы нижней брыжеечной артерии

3. Из той и другой

4. Ни той, ни другой

6) При кровоснабжении ободочной кишки:

1. Ветви верхней брыжеечной артерии анастомозируют с ветвями нижней брыжеечной артерии

2. Ветви верхней брыжеечной артерии анастомозируют с ветвями нижней брыжеечной артерии не всегда

3. Во всех случаях нет сосудистых анастомозов между ветвями верхней и нижней брыжеечных артерий

7) Венозный отток крови от правой половины толстой кишки осуществляется:

1. Через верхнюю брыжеечную вену
2. Через нижнюю брыжеечную вену
3. Через венозные системы обеих вен

8) Через какую вену осуществляется отток крови от нисходящего отдела ободочной кишки?

1. Через верхнюю брыжеечную вену
2. Через нижнюю брыжеечную вену
3. Ответы 1 и 2
4. Ответы 1 и 2 неверны

9) Укажите группы лимфатических коллекторов ободочной кишки:

1. Параколические
2. Эпиколические
3. Интермедиальные
4. Центральные
5. Подвздошные

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2, 3, 5;
- 2 - 2, 3, 4, 5;
- 3 - 1, 2, 3, 4.

10) Какие физиологические процессы происходят в ободочной кишке?

1. Переваривание кишечного химуса
2. Всасывание воды и электролитов
3. Всасывание питательных веществ
4. Формирование и транспорт каловых масс

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2, 3, 4;
- 2 - 2, 4;
- 3 - 1, 4.

11) На какие анатомические части делится прямая кишка?

1. Ампулярную
2. Анальную (промежностную)
3. Надампкулярную

Варианты ответов:

1 - 1, 2;

2 - 1, 2, 3.

12) Какой отдел прямой кишки не покрыт брюшиной со всех сторон?

1. Верхнеампулярный

2. Среднеампулярный

3. Нижнеампулярный

4. Анальный

13) За счет каких артерий осуществляется кровоснабжение прямой кишки?

1. Верхней прямокишечной, являющейся продолжением нижней брыжеечной артерии

2. Средних прямокишечных, являющихся ветвями внутренней подвздошной артерии

3. Верны оба ответа

14) В какие вены происходит отток крови от верхних отделов прямой кишки?

1. В брыжеечные вены

2. Через средние и нижние прямокишечные вены во внутренние подвздошные вены

3. Нет верного ответа

15) Отток крови от среднеампулярного и нижнеампулярного отделов прямой кишки осуществляется:

Через средние прямокишечные вены во внутренние подвздошные

Через нижние прямокишечные вены во внутренние подвздошные

Через средние и нижние прямокишечные вены во внутренние подвздошные

16) В какие коллекторы лимфоузлов происходит отток лимфы из нижнеампулярного и анального отделов прямой кишки:

1. Наружные подвздошные

2. Внутренние подвздошные

3. Пахово-бедренные

4. Илеоцекальные

Варианты ответов:

1 - 1, 2;

2 - 1, 2, 3;

3 - 2, 3, 4.

17) Что из нижеперечисленного не относится к предраковым заболеваниям ободочной кишки?

1. Гранулематозный колит (болезнь Крона)
2. Хронический неспецифический язвенный колит
3. Полип (полипоз)
4. Дивертикулез (дивертикулит)
5. Периаппендикулярный инфильтрат

18) К облигатным предраковым заболеваниям прямой кишки не относятся:

1. Хронический неспецифический язвенный ректит (проктосигмоидит)
 2. Ворсинчатая опухоль
 3. Трещины и свищи анальной области
- Геморрой

Варианты ответов:

- 1 - 1, 3; 3 - 4;
- 3 - 3, 4.

19) Наиболее достоверным методом диагностики рака ободочной и прямой кишки является:

1. Рентгенологический
2. Эндоскопический
3. УЗИ органов брюшной полости и малого таза
4. Морфологический (цитологический и гистологический)

20) Заболеваемость раком ободочной и прямой кишки за последние годы имеет тенденцию:

1. К повышению
2. К снижению
3. К стабилизации

21) На рост заболеваемости раком ободочной кишки оказывают влияние следующие этиопатогенетические факторы:

1. Характер питания
2. Малоподвижный образ жизни
3. Гипотония и атония кишечника в пожилом возрасте
4. Наличие в кишечном содержимом эндогенных канцерогенов
5. Хроническая травматизация калом слизистой толстой кишки в местах физиологических изгибов
6. Все перечисленные

22) На развитие рака толстой кишки оказывает влияние количество потребляемых в пищу:

1. Животных жиров

2. Животных белков
3. Рафинированных углеводов
4. Всего перечисленного

23) К формам роста рака толстой кишки относятся:

1. Экзофитная
2. Эндофитная
3. Смешанная
4. Все перечисленные

24) Экзофитная форма роста рака ободочной кишки наиболее часто встречается:

1. В слепой и восходящей ободочной
2. В поперечно-ободочной кишке
3. В нисходящей ободочной кишке
4. В сигмовидной кишке
5. Во всех отделах

25) Для какого отдела ободочной кишки эндофит-ная форма роста рака наиболее характерна?

1. Для слепой кишки
2. Для восходящей ободочной кишки
3. Для поперечно-ободочной кишки
4. Для сигмовидной кишки
5. Для всех отделов

26) По международной морфологической классификации к раку ободочной кишки относятся:

1. Аденокарцинома
2. Меланома
3. Плоскоклеточный рак
4. Слизистая аденокарцинома
5. Ангиосаркома
6. Перстневидноклеточный рак
7. Недифференцированный рак
8. Неклассифицируемый рак
9. Все перечисленные формы

Варианты ответов:

- 1 - 1, 4, 6, 7, 8;
- 2 - 2, 4, 5, 7;
- 3 - 1, 2, 3, 4, 5;
- 4 - 9.

27) Укажите, какая локализация рака ободочной кишки является преобладающей:

1. Слепая кишка

2. Восходящая ободочная
3. Поперечно-ободочная
4. Нисходящая ободочная
5. Сигмовидная кишка
6. Печеночный изгиб ободочной кишки
7. Селезеночный изгиб ободочной кишки

28) Какие заболевания ободочной кишки относятся к предраковым?

1. Гранулематозный колит (болезнь Крона)
2. Неспецифический язвенный колит
3. Ворсинчатая опухоль
4. Аденоматозный полип
5. Диффузный полипоз
6. Все перечисленные заболевания

29) Что характерно для синдрома Пейтц-Еггерса?

1. Сочетание полипозного поражения толстой кишки с множественными доброкачественными опухолями (костные экзостозы, остеомы черепа, опухоли кожи)
2. Сочетание полипоза толстой кишки с опухолями различных отделов нервной системы
3. Полипозное поражение желудка и тонкого кишечника с мелкопятнистой меланиновой гиперпигментацией слизистой оболочки щек и губ

30) Для синдрома Гарднера характерно:

1. Сочетание полипозного поражения толстой кишки с множественными доброкачественными опухолями (костные экзостозы, остеомы черепа, опухоли кожи)
2. Сочетание полипоза толстой кишки с опухолями различных отделов нервной системы
3. Полипозное поражение желудочно-кишечного тракта с мелкопятнистой меланиновой гиперпигментацией слизистой оболочки щек и губ
4. Сочетание желудочно-кишечного полипоза с тотальной алопецией и атрофией ногтей

31) Рак ободочной кишки метастазирует:

1. Лимфогенно
2. Гематогенно
3. Имплантиционно
4. Всеми перечисленными путями

32) Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки характерна для:

1. Правой половины ободочной кишки
- 2.левой половины ободочной кишки

3. Поперечно-ободочной кишки
4. Всех перечисленных отделов

33) Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки характерна для:

1. Правой половины ободочной кишки
- 2.левой половины ободочной кишки
3. Поперечно-ободочной кишки

34) Перечислите методы, используемые для диагностики рака ободочной кишки:

1. Рентгенологические
2. Клинические
3. Эндоскопические
4. Лабораторные
5. Все перечисленные ответы

35) Какие патологические выделения характерны для опухоли толстой кишки?

1. Кровотечения многократные, массивные
2. Кровотечения, редко массивные
3. Слизь, изредка кровь
4. Кровянисто-гнойные выделения

36) Укажите рентгенологические признаки, характерные для опухоли толстой кишки:

1. Сужение просвета кишки
2. Дефект наполнения
3. Отсутствие гаустрации
4. Трубнообразное сужение толстой кишки
5. Мешковидное образование

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2, 3;
- 2 - 1, 2, 4;
- 3 - 1, 2, 4, 5;
- 4 - 1, 2, 5.

37) Какие изменения можно обнаружить при эндоскопическом обследовании у больных с подозрением на опухолевое образование толстой кишки?

1. Спазм, грубые, высокие, частые складки в виде углубления
2. Сужение, ригидность, нарушение складок в области поражения, слизистая не изменена
3. Контактная кровоточивость, отсутствие сосудистого рисунка, отек, гиперемия слизистый
4. Под слизистые кровоизлияния, темно-синие мелкие очаги некроза

38) Радикальными операциями при раке ободочной кишки считаются:

1. Внутривентриальная резекция поперечно-ободочной кишки
 2. Внутривентриальная резекция сигмовидной кишки
 3. Операция Гартмана
 4. Гемиколэктомия
 5. Колостомирование
- Наложение обходного анастомоза
Все перечисленные операции

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2, 3, 4;
- 2 - 5, 6;
- 3 - 7.

39) Какие виды операций при раке ободочной кишки являются паллиативными?

1. Внутривентриальная резекция поперечно-ободочной кишки
2. Внутривентриальная резекция сигмовидной кишки
3. Передняя резекция ректосигмы
4. Операция Гартмана
5. Гемиколэктомия
6. Колостомирование
7. Наложение обходного анастомоза
8. Все перечисленные операции

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2, 3, 4, 5;
- 2 - 6, 7;
- 3-8.

40) Гемиколэктомия справа выполняется при локализации опухоли в:

1. Слепой кишке
2. Восходящей ободочной кишке
3. Поперечной ободочной кишке
4. Нисходящей ободочной кишке
5. Сигмовидной кишке
6. Печеночном изгибе ободочной кишки
7. Селезеночном изгибе ободочной кишки

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2, 6;
- 2 - 4, 5, 7;
- 3 - 3, 5.

41) Гемиколэктомия слева выполняется при локализации опухоли в:

1. Слепой кишке
2. Восходящей ободочной кишке
3. Поперечной ободочной кишке
4. Нисходящей ободочной кишке
5. Сигмовидной кишке
6. Печеночном изгибе ободочной кишки
7. Селезеночном изгибе ободочной кишки

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2, 6;
- 2 - 4, 5, 7;
- 3 - 3, 5.

42) Укажите наиболее частое осложнение рака ободочной кишки:

1. Обтурационная кишечная непроходимость
2. Перфорация с развитием перитонита
3. Присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон
4. Кровотечение
5. Прорастание опухоли в соседние органы и развитие межорганных свищей

43) Укажите, в каких отделах толстой кишки обтурационная кишечная непроходимость встречается чаще:

1. Сигмовидная
2. Слепая
3. Нисходящая ободочная
4. Восходящая ободочная

Варианты ответов:

- 1 - 1, 3;
- 2 - 2, 4;
- 3 - 2, 3;
- 4 - 1, 4.

44) Какой вид оперативного вмешательства применяют при острой кишечной непроходимости, обусловленной раком левой половины толстой кишки?

1. Наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
2. Наложение двухствольной илеостомы
3. Обструктивная резекция пораженного опухолью участка толстой кишки с наложением проксимальной колостомы

45) Перфорации кишечной стенки при раке ободочной кишки способствует:

1. Разрушение стенки кишки опухолью
2. Повышенное давление в просвете кишки

3. Разрыв стенки кишки от перерастяжения газами проксимальнее стенозирующей опухоли

4. Все перечисленные факторы

46) Перечислите химиопрепараты, эффективные при раке ободочной кишки:

1. Тиотеф
2. Бруломицин
3. 5-фторурацил
4. Фторафур
5. Митомидин-С
6. Лейковорин
7. Адриамицин

Варианты ответов:

1 - 3, 4, 5, 6, 7;

2 - 1, 2, 3, 4, 5.

47) Какой вид лечения при раке ободочной кишки применяется ограниченно?

1. Хирургический
2. Химиотерапия
3. Лучевое лечение

48) При III стадии рака ободочной кишки с метастазами в лимфатические узлы уровень 5-летней выживаемости составляет:

1. Около 30%
2. 70-50%
3. 30-50%
4. 20-30%

49) К предраковым заболеваниям прямой кишки относятся:

1. Болезнь Крона
2. Неспецифический язвенный проктосигмоидит
3. Ворсинчатая опухоль
4. Аденоматозный полип
5. Полипоз диффузный (семейно-наследственный)
6. Все вышеперечисленные заболевания

Варианты ответов:

1 - 1, 2, 3, 4;

2 - 2, 3, 4, 5;

3 - 6.

50) Гистологические формы рака прямой кишки:

1. Аденокарцинома
2. Солидный рак
3. Плоскоклеточный рак

4. Ангиосаркома

Варианты ответов:

1 - 1, 2, 3;

2 - 1, 3;

3 - 1, 2, 4.

51) Укажите формы роста рака прямой кишки:

1. Экзофитный

2. Эндофитный

3. Смешанный

4. Все перечисленные формы

52) Как метастазирует рак прямой кишки?

1. Гематогенно

2. Лимфогенно

3. Имплантационно

4. Всеми перечисленными путями

53) Лимфогенное метастазирование при раке средней и верхней трети прямой кишки происходит по лимфатическим узлам, расположенным:

1. Вдоль верхней прямокишечной артерии

2. Вдоль нижней прямокишечной артерии

3. Вдоль средней прямокишечной артерии

4. В парааортальные лимфатические узлы

5. В анаректальные лимфоузлы

Варианты ответов:

1 - 2, 4;

2 - 3, 4;

3 - 1, 5;

4 - 1, 4.

54) Укажите, в какие лимфатические узлы идет метастазирование при локализации опухоли в нижеампулярном отделе:

1. В параректальные лимфоузлы и от них в группу гипогастральных лимфоузлов

2. В пахово-бедренные лимфоузлы

3. В парааортальные лимфоузлы

55) При гематогенном метастазировании наиболее часто поражаются:

1. Легкие

2. Печень

3. Брюшина

4. Тонкая кишка

Варианты ответов:

- 1 - 1, 3, 4;
- 2 - 1, 2;
- 3 - 1, 2, 4.

56) Какой из нижеперечисленных симптомов наиболее часто встречается при раке прямой кишки?

- 1. Кровотечение
- 2. Боль
- 3. Ложные позывы на дефекацию (тенезмы)
- 4. Изменение ритма дефекации

57) Где наиболее часто локализуется рак прямой кишки?

- 1. В ампулярном отделе
- 2. В ректосигмоидном отделе
- 3. В анальном канале

58) Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать:

- 1. С рентгенологического исследования толстой кишки (ирригоскопия)
- 2. С фиброколоноскопии
- 3. С ректороманоскопии
- 4. С ректального пальцевого исследования
- 5. С ультразвукового исследования брюшной полости

59) Решающее значение в дифференциальной диагностике рака прямой кишки имеет:

- 1. Проктологическое обследование
- 2. Результаты морфологического исследования био-псийного и цитологического материала
- 3. УЗИ и компьютерная томография
- 4. Рентгенологическая диагностика

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2;
- 2 - 2;
- 3 - 2, 4;
- 4 - 2, 3, 4.

60) Какие виды лечения используют при раке прямой кишки?

- 1. Хирургическое
- 2. Комбинированное
- 3. Химиотерапия
- 4. Все перечисленные виды

61) На выбор вида радикальной операции при раке прямой кишки оказывает влияние:

1. Локализация опухоли в прямой кишке
2. Степень распространенности опухолевого процесса
3. Наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах
4. Наличие осложнений заболевания
5. Все перечисленное

62) Радикальными операциями при раке прямой кишки являются:

1. Экстирпация прямой кишки
2. Операция Цейдлера-Шлоффера
3. Операция Микулича
4. Брюшно-анальная резекция прямой кишки

Варианты ответов:

- 1 - 1, 4;
- 2 - 1, 2;
- 3 - 1, 2, 3.

63) Укажите вид паллиативной операции при раке прямой кишки:

1. Наложение двухствольной сигмостомы.
2. Гемиколэктомия.
3. Наложение обходного анастомоза.

64) Экстирпация прямой кишки заключается в:

1. Удалении всей прямой кишки
2. Удалении прямой кишки с сохранением сфинктера

65) Брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки оптимально выполняема при локализации опухоли от анального канала на расстоянии:

1. 4-6 см
2. 6-8 см
3. 12-16 см

66) Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится:

1. Чрезбрюшинная резекция прямой кишки
2. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной
3. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по Кеню—Майлсу
4. Все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим

67) При поражении какого отдела прямой кишки выполняют операцию по Гартману?

1. Ампулярного
2. Надамплярного (супраампулярного)
3. Анального (промежностного)

68) Передняя резекция прямой кишки выполняется при расположении нижнего полюса опухоли на расстоянии:

1. 5 см от ануса
2. 7-8 см от ануса
3. 10 см и выше от ануса
4. 35-40 см от ануса

69) Что представляет собой эвисцерация таза?

1. Оперативное вмешательство, включающее удаление прямой кишки, предстательной железы, семенных пузырьков, мочевого пузыря и лимфатических коллекторов
2. Оперативное вмешательство, включающее удаление прямой кишки, предстательной железы, семенных пузырьков
3. Оперативное вмешательство, включающее удаление прямой кишки, мочевого пузыря и лимфатических коллекторов

70) Предоперационная гамма-терапия рака прямой кишки выполняется при локализации опухоли в:

1. Ректосигмоидном отделе
2. Нижнеампулярном отделе
3. Среднеампулярном отделе
4. Верхнеампулярном отделе

71) В плане комбинированного лечения рака прямой кишки после проведения предоперационной крупнофракционной гамма-терапии выполнение операции показано:

1. Через 3-5 дней
2. Через неделю
3. Через 2 недели

72) Укажите химиопрепараты, наиболее эффективные при раке прямой кишки:

1. Тиотеф
2. Бруломицин
3. 5-фторурацил
4. Элоксатин
5. Митомидин-С

Варианты ответов:

- 1 - 1, 2;
- 2 - 3, 4, 5.

73) Больные, оперированные по поводу рака прямой кишки:

1. Нуждаются в диспансерном наблюдении и реабилитации
2. Не нуждаются в диспансерном наблюдении
3. Остаются на усмотрение оперирующего хирурга

74) Пятилетняя выживаемость после хирургического лечения рака прямой кишки при IIIa стадии составляет:

1. 77%
2. 73%
3. 53%
4. 46%

75) Назовите психопатологический синдром, наиболее редко встречаемый у больных раком толстой кишки:

1. Тревожно-депрессивный
2. Дисфорический
3. Параноидный

76) Какие из перечисленных синдромов чаще других встречаются на предоперационном этапе?

1. Тревожно-депрессивный
2. Дисфорический
3. Параноидный
4. Астенический

Варианты ответов:

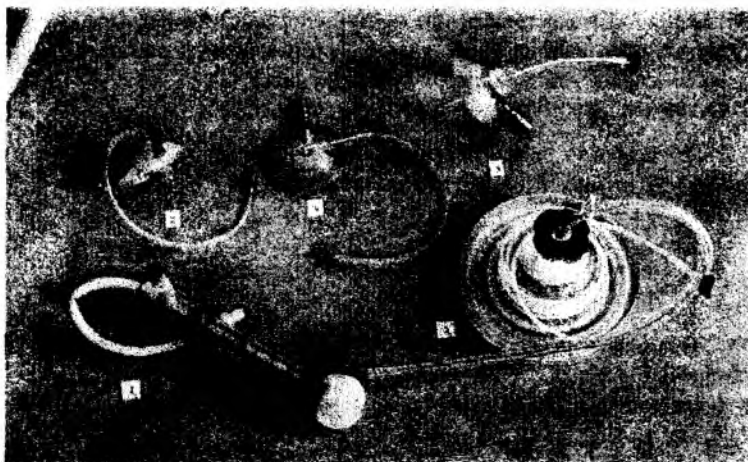
- 1 - 2, 4;
- 2 - 1, 2;
- 3 - 1, 4.

77) Больным раком толстой кишки на реабилитационном этапе рекомендована:

1. Психофармакотерапия
2. Психофармакотерапия в сочетании с психотерапией
3. Психотерапия

Набор устройств для рентгенодиагностики гнойно-воспалительных заболеваний.

Для выбора адекватного метода лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями необходимо знать стадию, локализацию и распространенность процесса, взаимосвязь с прилежащими органами и тканями. Выявлению указанных сведений позволяет клинико-рентгенологический метод обследования. Нами разработан и предложен набор устройств для рентгенодиагностики гнойно-воспалительных заболеваний.



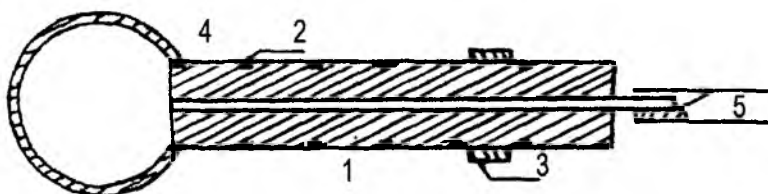
В состав набора входят:

1. Аноконтрастор (рац.предложение отраслевого значения № 0-1191 от 21.12.79 г.);
2. Устройство для фистулографии (А. 6. СССР № 89W71, 1981 г.);
3. Устройство для фистулографии (рац. предложение отраслевого значения № 0-1544 от 14.04.1981 г.);
4. Универсальное устройство для введения контрастного вещества при рентгенодиагностике замкнутых полостей;
5. Универсальное устройство для введения контрастного вещества при вульеофистулографии.

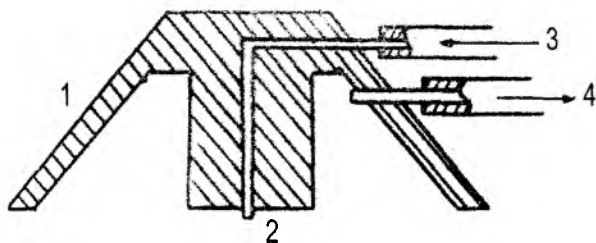
По назначению устройства служат для контрастирования анального канала и дистальной части прямой кишки и для введения контрастного вещества в замкнутую полость, свищевой ход или просвет органа. Необходимость контрастирования анального канала обусловлена выявлением как связи гнойно-воспалительного процесса с прямой кишкой, так и уровня данного сообщения. Информативность рентгенологического метода обследования также зависит от степени заполнения исследуемого пространства (полость, свищевой ход) контрастным веществом и сохранение его в просвете в течение всего времени исследования. Разработанные нами устройства для введения контрастного вещества позволяют обеспечить надежную фиксацию их на теле больного в зоне локализации гнойно-воспалительного процесса и беспрепятственно проводить полипозиционные исследования.

Аноконтрастор.

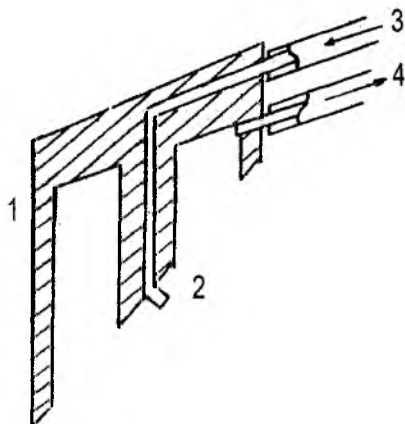
Состоит из полного рентгеноконтрастного стержня 1, на котором располагаются неподвижные 2 и подвижные 3 рентгено-контрастные метки. На дистальной части аноконтрастора фиксируется латексный баллончик 4 для заполнения контрастным веществом, которое поступает в него через трубку 6. После введения в прямую кишку латексного баллончика производят заполнение его контрастным веществом, а трубка для подачи контрастного вещества закрывается зажимом. Затем подтягивают аноконтрастор кнаружи и к перианальной коже подводят рентгеноконтрастную подвижную метку. Таким образом, на рентгенограммах маркируются нижняя и верхняя границы замыкательного аппарата прямой кишки.



Устройство для фистулографии. Имеет форму корпуса 1 в виде дважды усеченного цилиндра, иглу для введения контрастного вещества 2, канал для введения контрастного вещества 3 и штуцер для откачивания воздуха 4. Применяется для введения контрастного вещества при свищах различной локализации. Устройство устанавливается таким образом, чтобы игла для введения контрастного вещества находилась в наружном свищевом отверстии. Из полости корпуса откачивается воздух через штуцер и устройство для фистулографии фиксируется на коже больного. Затем по каналу для введения контрастного вещества последнее вводится в свищевой ход. Данное устройство для фистулографии преимущественно используется при локализации наружного свищевое отверстия в области промежности. Конфигурация корпуса препятствует смещению устройства противоположной ягодичей и позволяет осуществить надежную фиксацию на коже вокруг свищевого отверстия.



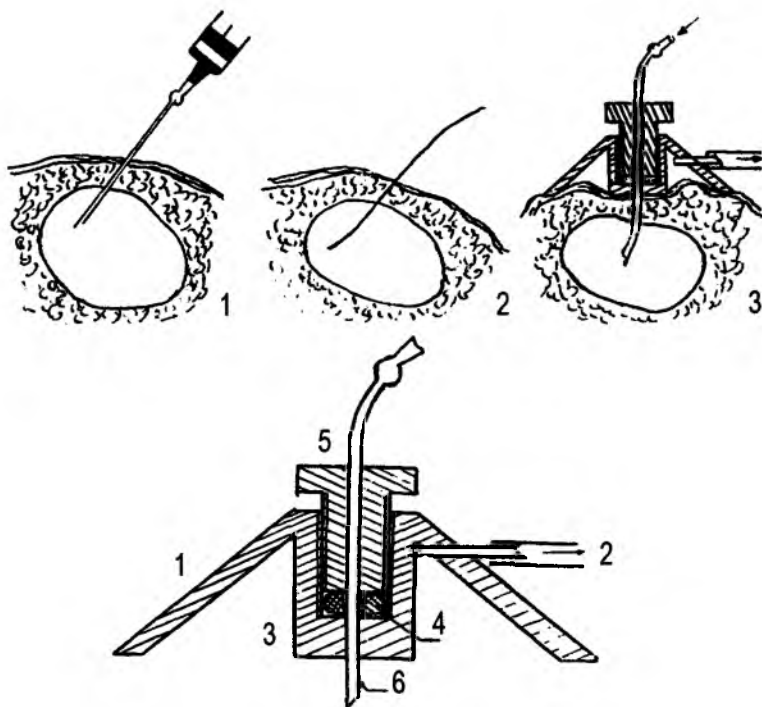
Устройство для фистулографии. Корпус устройства 1 имеет форму усеченного конуса, иглу для введения контрастного вещества 2, трубку для подачи контрастного вещества 3 и шпатель для откачивания воздуха 4. Показания к применению и способ использования аналогичны устройству для фистулографии, описанному выше.



Универсальное устройство для введения контрастного вещества при рентгенодиагностике замкнутых полостей. Предназначено для контрастирования полости любой локализации, не имеющей связи с поверхностью кожи. Содержит корпус 2 в который встроены шпатель для откачивания воздуха 2. В сердечник 3 посредством резьбы установлен фиксатор 5. Между сердечником и фиксатором установлена мягкоэластическая прокладка 4, которая служит для герметизации и фиксации катетера 6 относительно устройства. После обработки кожи антисептиками и анестезии раствором новокаина над местом расположения полости производится пункция иглой, имеющей широкий просвет. Содержимое полости берется на цитологический и бактериологиче-

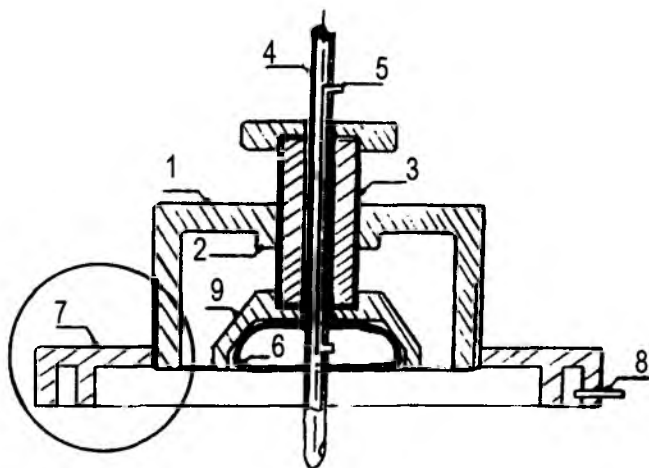
ский анализ. По просвету иглы в полость с запасом вводится проводник, по которому в полость заводится катетер.

Последний предварительно проводится через корпус устройства. При откачивании воздуха из полости корпуса устройства для введения контрастного вещества при рентгенодиагностике замкнутых полостей надежно фиксируется на коже больного. При постоянном откачивании воздуха обеспечивается как надежная фиксация на теле больного, так и возможность выполнять полипозиционные исследования.



Универсальное устройство для введения контрастного вещества при вульеофистулографии. Известная сложность возникает в рентгенодиагностике свищей, наружное свищевое отверстие которых представлено раной. Неменьшую трудность составляет заполнение контрастной массой выведенного на кожу сегмента кишки, (стомы). Предложенное нами устройство в значительной степени облегчает проведение рентгенологического исследования данной категории больных. Устройство содержит корпус 1 с сердечником 2, в который посредством

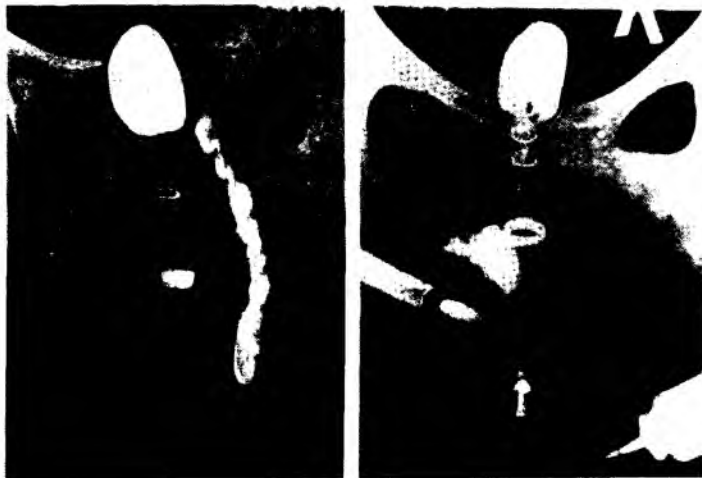
резьбы встроен регулятор 3 положения надувной с тонкостенной манжетки 6. Последняя является частью свободно перемещающегося относительно корпуса 2-х просветного катетера 4. Основной канал катетера служит для введения контрастного вещества в свищевой ход или стому, а боковой 5 – для раздувания надувной тонкостенной манжетки воздухом. Положение последней регулируется куполом 9. Корпус устройства посредством резьбы соединен со сменными насадками 7. В каждую из них встроен штуцер 8 для откачивания воздуха. Перед исследованием в зависимости от конфигурации кожи вокруг раны или стомы подбирается сменная насадка. Последняя привинчивается к корпусу. С помощью корпуса, регулятора положения надувной тонкостенной манжетки и сменной насадки производится моделирование устройства соответственно конфигурации поверхности кожи вокруг раны или стомы. Из полости сменной насадки откачивается через штуцер воздух и устройство фиксируется на теле больного. Катетер с манжеткой вводится в рану и свищ или стому, манжетка раздувается в зависимости от размеров раны. По катетеру вводится контрастное вещество.



Области применения.

Проктология:

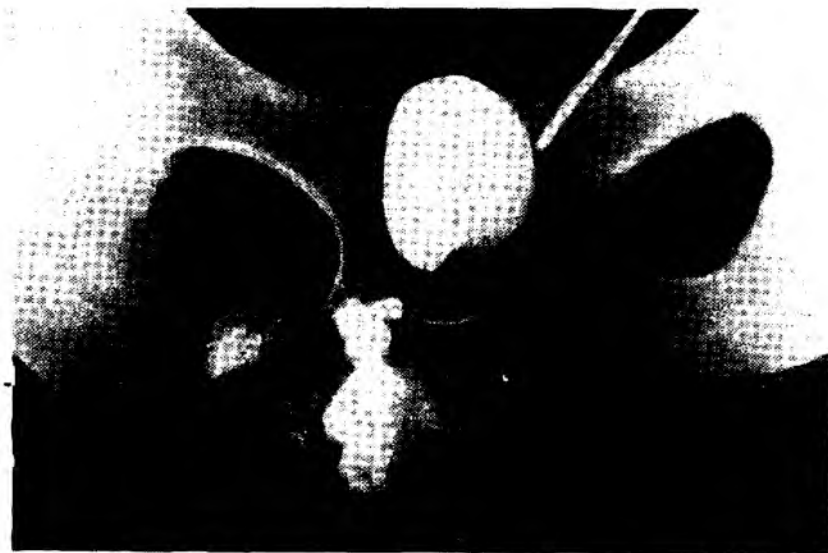
1. Рентгенодиагностика всех видов свищей, особенно рецидивных.
2. Абсцессография при рецидивирующем парапроктите.



Хирургия: рентгенодиагностика всех видов свищей.



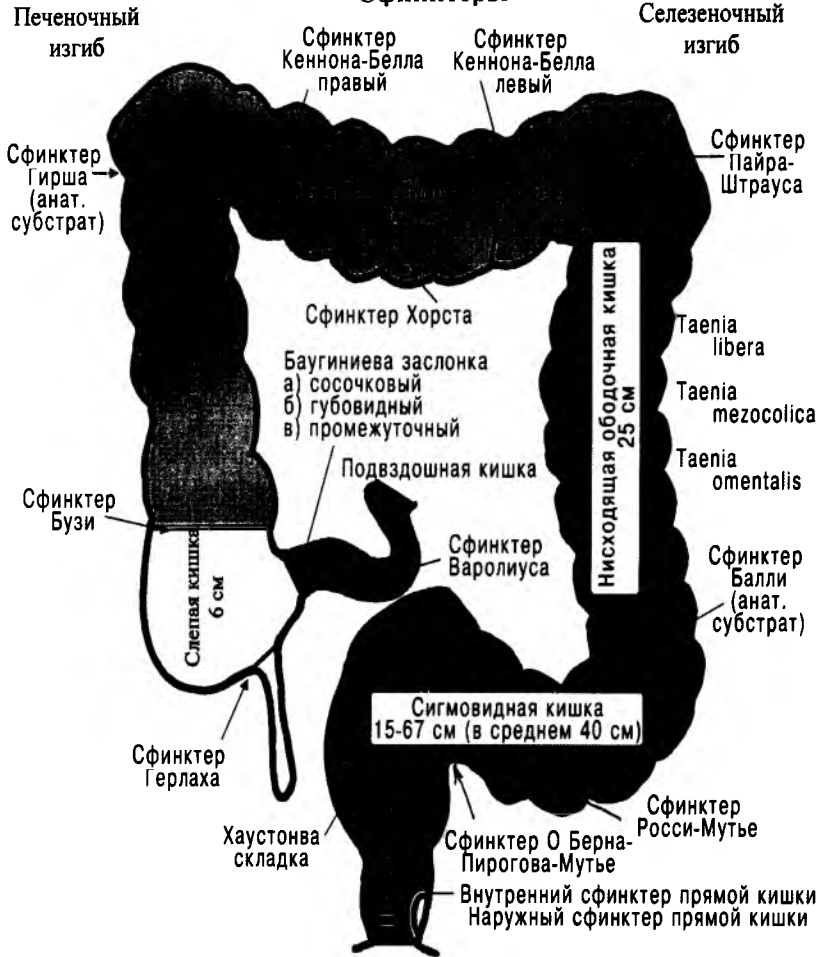
Гинекология: абсцессография при нагноительных процессах промежности.



Клинико-рентгенологические сопоставления проведенных наблюдений показывают высокую информативность и в значительной степени снижают трудоемкость рентгенологического обследования при использовании набора для рентгенодиагностики гнойно-воспалительных заболеваний.

Толстая кишка (crassum)

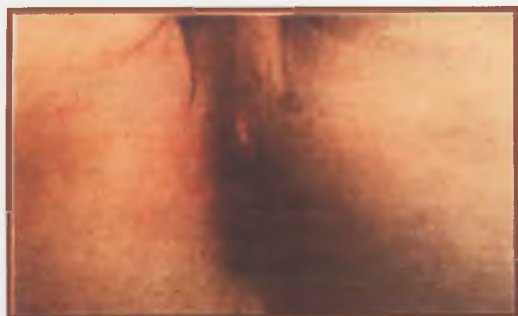
Сфинктеры



Задний проход от 1,5 до 3 см;
 Нижне-ампулярный отдел от 3 до 6 см;
 Средне-ампулярный отдел от 7 до 11 см;
 Верхне-ампулярный отдел от 12 до 15 см

Длина толстой кишки составляет от 110 до 200 см
 (150-180 см в среднем или 80% роста человека)

Периметр составляет в среднем 6-8 см



Передний острый парапроктит – подкожно-подслизистая форма. Процесс распространился до корня мошонки. Видна покрасневшая воспаленная кожа с выбухающим под ней гнойником.



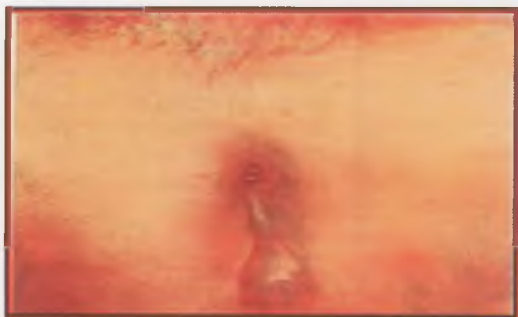
Передний острый парапроктит – подковообразная форма. Внесфинктерное расположение гнойника. Заметна выраженная краснота и припухлость спереди от заднего прохода; отек и краснота распространились на преддверие влагалища (положение в гинекологическом кресле).



Передний парапроктит – подкожная маргинальная форма. Виден выбухающий на ограниченном участке гнойник у переднего края анального отверстия.



Задний острый парапроктит – подкожно-подслизистая форма. Гнойник самостоятельно вскрылся; видна капля гноя на вершине воспаленного инфильтрата с покрасневшей кожей.



Острый задний глубокий парапроктит. Гной проник под кожу и распространился в периаанальную область. В анальном канале виден расширенный геморроидальный узел на 6 часах.



Острый бартолинит (указан зондом) и одновременно возникший острый ишио-ректальный парапроктит на противоположной стороне.



Острый подкожный маргинальный парапроктит; под эпидермисом видны точечные скопления гноя.



Острый передний некротический парапроктит. Спереди от заднего прохода дефект анального канала; на дне дефекта некротические массы черного цвета, по переднему краю дефекта фибринозные наложения (положение на боку).



Левосторонний острый самопроизвольно вскрывшийся глубокий парапроктит. Слева видно покраснение кожи и припухлость, на вершине которой точечное отверстие, через него выделяется гной.



Левосторонний острый рецидивный ишио-ректальный парапроктит. В нижнем внутреннем квадранте виден старый операционный рубец, кнаружи от которого хорошо заметен выбухающий гнойник. Кожа в зоне выбухания гнойника и операционного рубца покрасневшая, отечная.



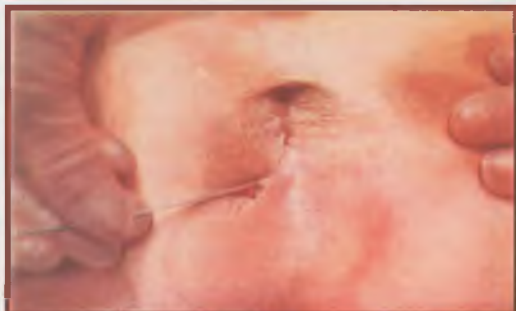
Хронический рецидивный пельвио-ректальный парапроктит с наличием свищей на 11 часах и в центре ягодицы.



Сочетание парапроктита и нагноившегося копчикового хода. Виден свищ на ягодице в межягодичной складке над копчиком.



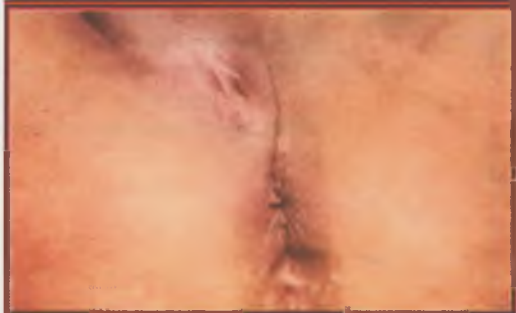
Рецидивный передний подковообразный хронический парапроктит. По ходу операционных рубцов видны наружные отверстия свища; внутреннее отверстие расположено в передней крипте. У заднего края анального отверстия – расширенный тромбированный геморроидальный узел.



Хронический парапроктит – задний полный трансфинктерный свищ; гнойная полость в ишио-ректальной ямке, внутреннее отверстие располагается в задней крипте. В наружное отверстие свища введен зонд.



Хронический парапроктит – рецидив левостороннего парапроктита. Внутреннее отверстие свища располагается в задней крипте. Виден зонд, введенный в наружное отверстие свища, расположенного в операционном рубце.



Хронический парапроктит – передняя подковообразная форма с наружным отверстием у корня мошонки; внутреннее отверстие свища открывается в передней крипте; ход свища трансфинктерный. У заднего края анального канала виден рубец на месте вскрытия заднего острого парапроктита.



Правосторонний хронический парапроктит, возникший после самопроизвольного вскрытия. Наружное отверстие свища хорошо видно справа; внутреннее отверстие располагается в передней крипте; ход свища трансфинктерный.



Хронический передний парапроктит, возникший после самопроизвольного вскрытия острого ишио-ректального абсцесса. У наружного отверстия избыточные грануляции; внутреннее отверстие свища располагается в передней крипте; ход свища трансфинктерный.



Хронический правосторонний парапроктит – ишио-ректальная форма со множественными свищами на коже и внутренним отверстием в задней крипте. Введенная в свищ краска выявила множественные наружные отверстия.



Хронический парапроктит. У заднего края анального канала видно наружное отверстие свища, расположенное подкожно.



Рецидив острого парапроктита слева. Края заживающей раны в передней части покрасневшие, отечные. Воспалительный инфильтрат прикрывает вход в анальный канал. У заднего края свежего послеоперационного рубца образовался свищ.



Хронический парапроктит – внесфинктерное расположение свищевого хода в передней части левой ишиоректальной ямки. Спереди и слева от заднепроходного отверстия видны наружные отверстия свища; внутреннее отверстие открывается в переднюю крипту.



Хронический парапроктит – задний полный подкожный свищ. Зонд введен через свищ.



Хронический парапроктит – передний подкожно-подслизистый свищ.



Ректовестибулярный свищ, развившийся после переднего острого парапроктита. Введенный в свищ зонд выходит в преддверие влагалища.



Хронический парапроктит — внесфинктерный задний полуподковообразный полный свищ. Гнойная полость располагается в ишио-ректальной ямке, внутреннее отверстие свища открывается в задней крипте; ход свища над сфинктером. Видно наружное отверстие свища.



Хронический парапроктит — внесфинктерный передний полуподково-образный полный свищ. Гнойная полость располагается в передней части ишио-ректальной ямки; внутреннее отверстие свища открывается в переднюю крипту; ход свища транссфинктерный. В наружное отверстие свища введен зонд.



Промежностно-ректальный полный свищ после тяжелых родов с применением щипцов (положение на боку).



Хронический рецидивный парапроктит – полный внесфинктерный свищ. Массивные обезображивающие рубцы после повторных вскрытий острого рецидивирующего парапроктита.



Хронический парапроктит – задний внесфинктерный полный свищ. Гнойная полость в задней части ишио-ректальной ямки; ход свища трансфинктерный. Виден свищ на заднем крае операционного рубца.



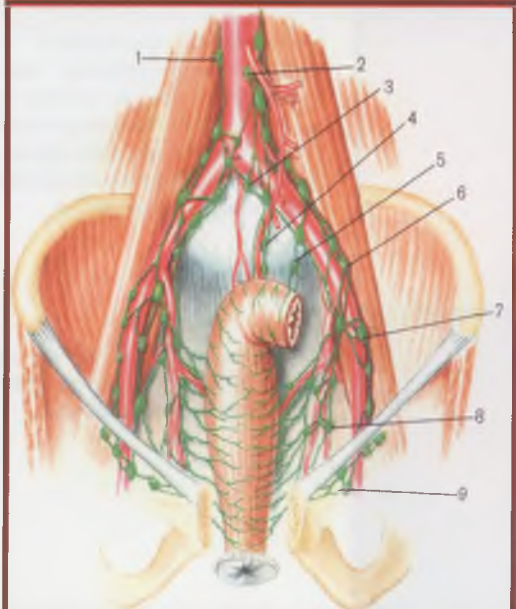
Послеоперационный рубец на месте вскрытия ишио-ректального острого парапроктита.



Множественные рубцы на местах многократных вскрытий острого рецидивного парапроктита.



Послеоперационный рубец на месте зажившего свища, леченого лигатурным методом.



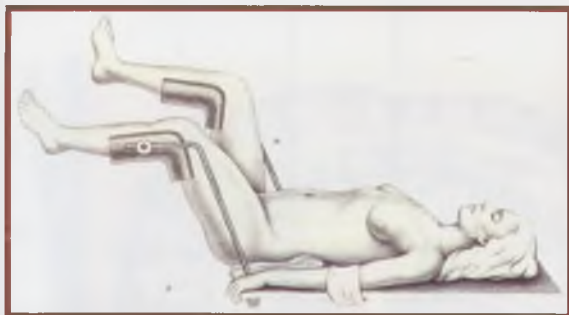
Регионарные лимфатические узлы прямой кишки

- 1 - поясничные лимфатические узлы;
- 2 - нижние брыжеечные лимфатические узлы;
- 3 - лимфатические узлы мыса (промопториума);
- 4 - верхние прямокишечные лимфатические узлы;
- 5 - крестцовые лимфатические узлы;
- 6 - общие подвздошные лимфатические узлы;
- 7 - наружные подвздошные лимфатические узлы;
- 8 - внутренние подвздошные лимфатические узлы;
- 9 - паховые лимфатические узлы.

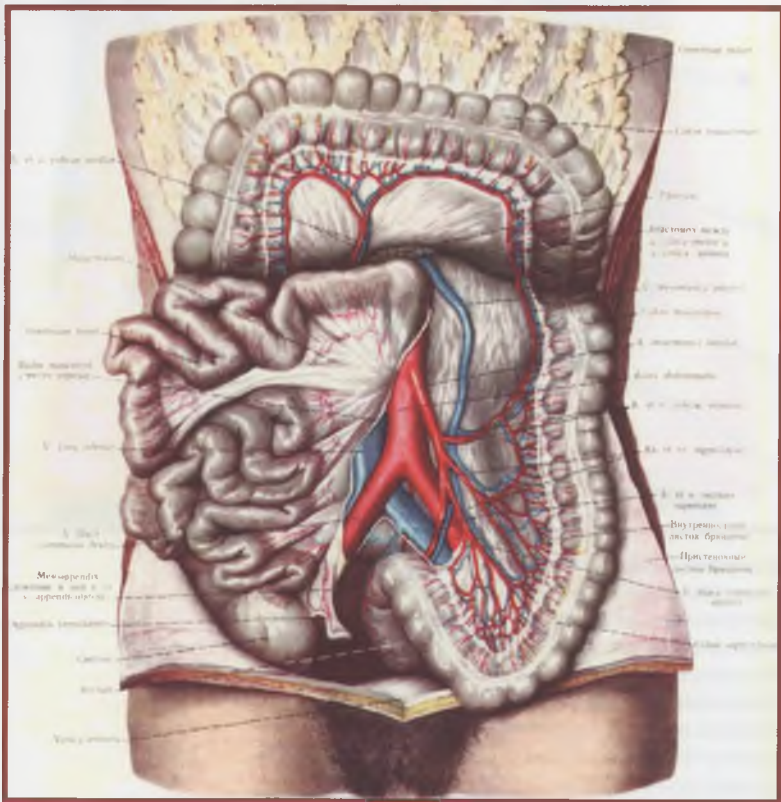


Схема путей оттока лимфы от анального отдела прямой кишки.

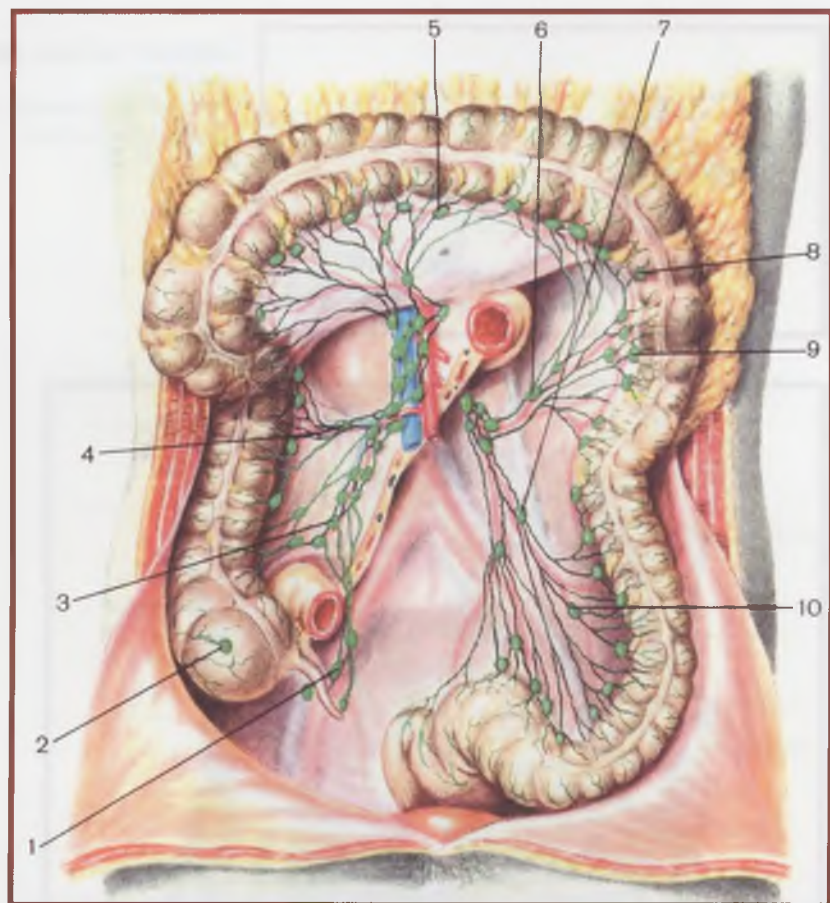
- 1 - паховые поверхностные лимфатические узлы:
 - а - верхние латеральные;
 - б - верхние медиальные;
 - в - нижние латеральные;
- 2 - паховые глубокие лимфатические узлы.



Операции при раке прямой кишки.
Положение больного на операционном столе.
а — вид сбоку



Артерии и вены толстой кишки; спереди (1/3).
(Петли тонкой кишки оттянуты вправо; поперечная ободочная кишка отведена кверху, сигмовидная - книзу.)



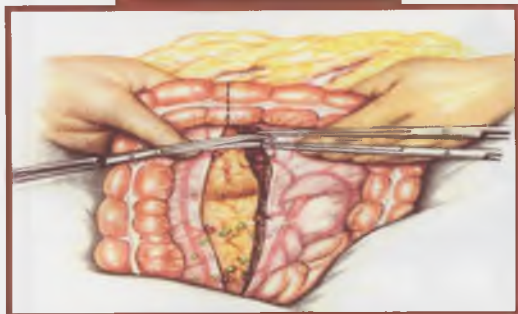
Регионарные лимфатические узлы толстой кишки.

- 1 - аппендикулярные лимфатические узлы;
- 2 - предслепокишечные лимфатические узлы;
- 3 - подвздошно-ободочные лимфатические узлы;
- 4 - ободочные правые лимфатические узлы;
- 5 - ободочные средние лимфатические узлы;
- 6 - ободочные левые лимфатические узлы;
- 7 - нижние брыжеечные лимфатические узлы;
- 8 - брыжеечно-ободочные лимфатические узлы;
- 9 - околоободочные лимфатические узлы;
- 10 - сигмовидные лимфатические узлы.



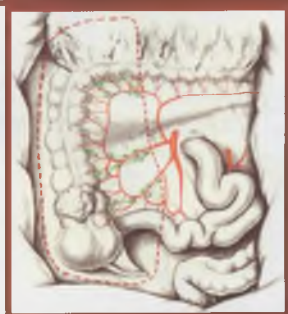
Правосторонняя гемиколэктомия.

Рассечение внутреннего листка брюшины переходной складки брыжейки подвздошной, слепой и восходящей ободочной кишки.



Подготовка к пересечению поперечной ободочной кишки.

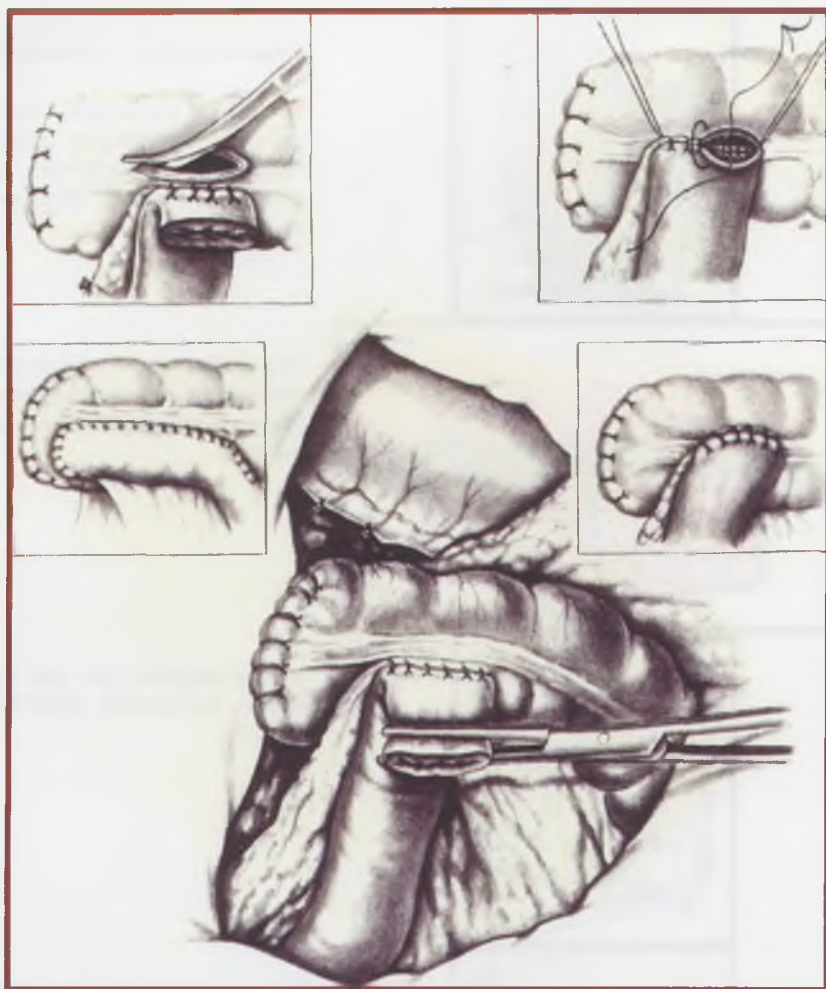
Пересечение прямых кишечных сосудов.



Объем операции при раке слепой и восходящей ободочной кишки.



Объем операции при раке левой трети поперечной, левого изгиба и нисходящей ободочной кишки.



Наложение подвздошно-поперечно-ободочного анастомоза конец в бок. Серозно-мышечные швы на заднюю стенку анастомоза.

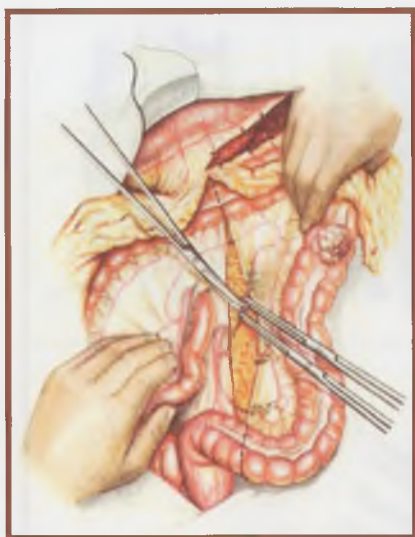
В рамках:

вверху слева - вскрытие просвета поперечной ободочной кишки;

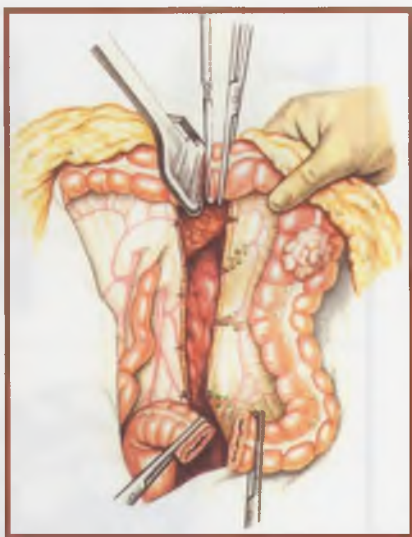
вверху справа - наложение отдельных швов узелками внутрь через все слои на заднюю и переднюю полуокружность анастомоза;

внизу справа - вид анастомоза после наложения серозно-мышечных швов;

внизу слева - антиперистальтический анастомоз («целующийся») по Петровскому в законченном виде.



Пересечение и перевязка левых ободочных сосудов



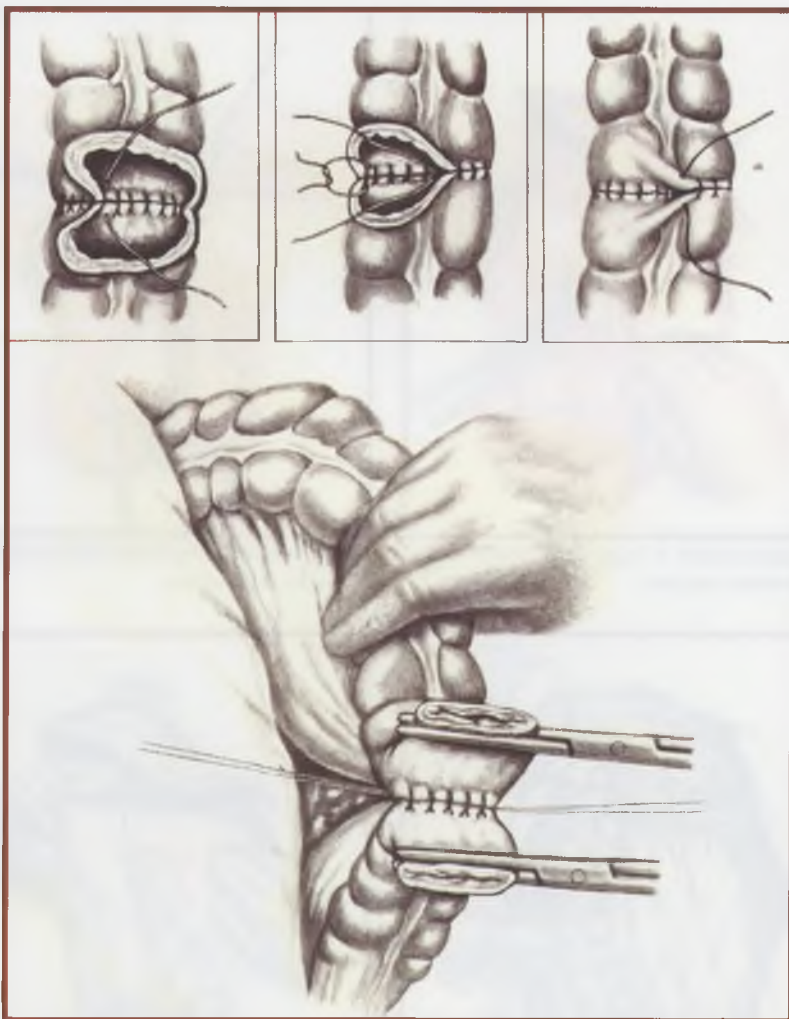
Пересечение поперечной ободочной и сигмовидной кишки.



Мобилизация левого изгиба ободочной кишки, пересечение диафрагмально-ободочной связки.



Рассечение внутреннего листка брюшины брыжейки сигмовидной и нисходящей ободочной кишки.



Формирование трансверзосигмоидоанастомоза конец в конец.

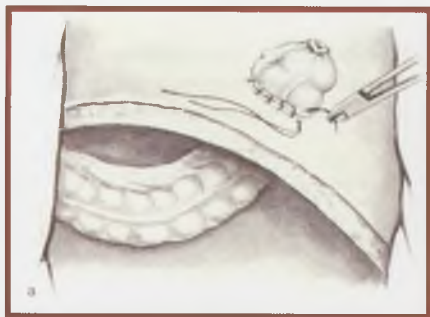
Наложение серозно-мышечных швов на заднюю стенку анастомоза.

В рамках:

слева - наложение отдельных швов через все слои на заднюю полуокружность анастомоза;

посередине - наложение отдельных швов узелками внутрь просвета на переднюю полуокружность анастомоза;

справа - наложение серозно-мышечных швов на переднюю стенку анастомоза.



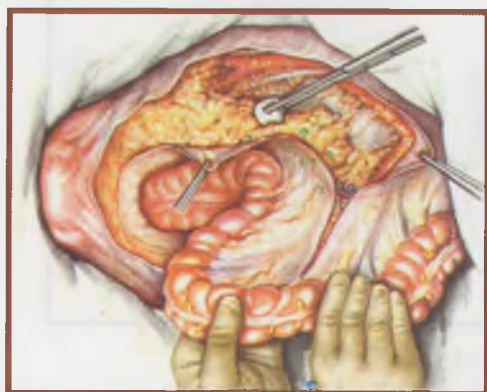
Формирование противоестественного заднего прохода:

а - подшивание сигмовидной кишки к коже узловыми швами;

б - подшивание края стенки сигмовидной кишки к коже.



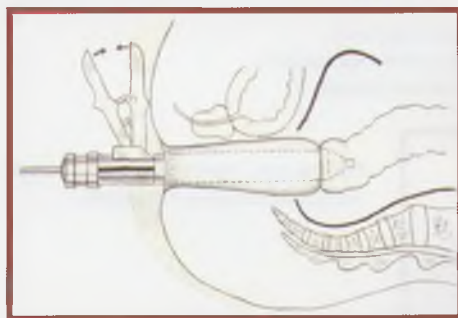
Наложение кисетного шва вокруг заднепроходного отверстия.



Отделение клетчатки с регионарными лимфатическими узлами вниз. Кнаружи от сдвинутой клетчатки видны подвздошные сосуды и мочеточник.



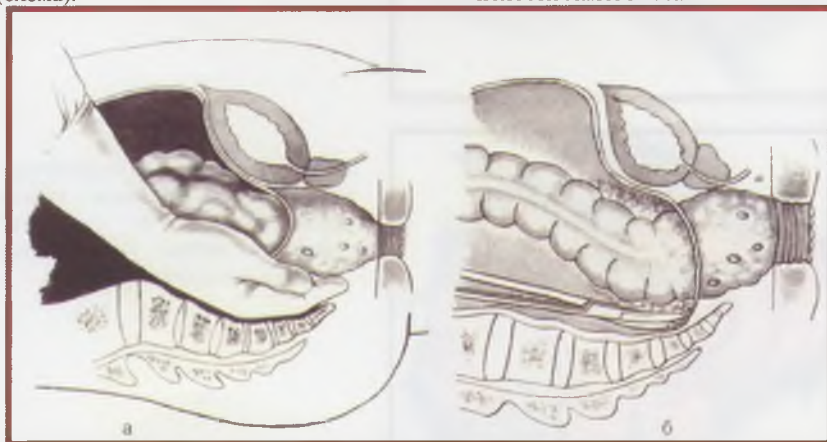
Мобилизация (начальный этап) прямой кишки вместе с собственной фасцией по задней стенке.



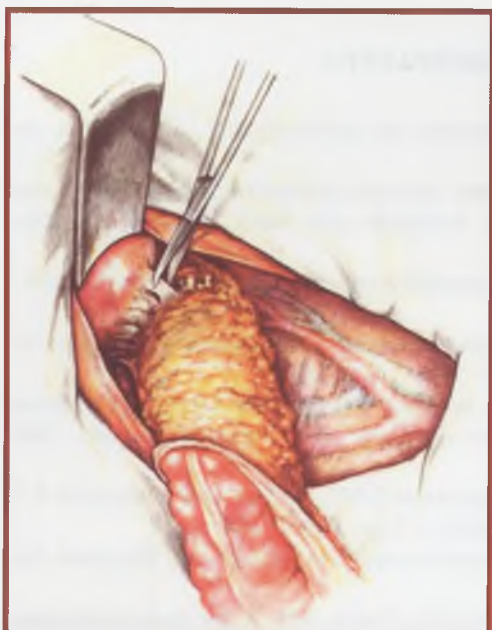
Прошивание стенок прямой и сигмовидной кишки после сжатия рукоятки аппарата (схема).



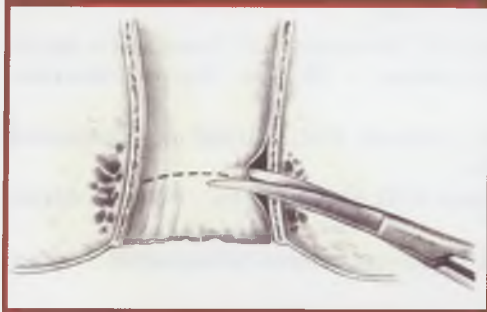
Ушивание промежности раны с оставлением дренажной трубки в полости малого таза.



Мобилизация прямой кишки по задней стенке (схема):
а - тупым путем; б - острым путем



Мобилизация прямой кишки по передней стенке вдоль брюшинно-промежностного апоневроза. Отделение от мочевого пузыря.



Рассечение слизистой оболочки заднепроходного канала прямой кишки (схема).



Подшивание низведенной кишки к коже промежности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. - Куйбышев: кн. изд-во. - 1965-79. Т.1 - 4.
2. Амирова Д.Х. Лучевые методы диагностики воспалительных заболеваний толстой кишки: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Уфа, 1997. - 24 с.
3. Ганцев Ш.Х. Рак ободочной и прямой кишки. - Москва, 2004. - 112 с.
4. Инго Фюсген, Кристиан Шуманн. Клинические аспекты и лечение запора. - Москва, 2001. - 55 с.
5. Каланов Р.Г. Оценка методов геморроидэктомии без оставления культи сосудистой ножки: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Москва, 1988. - 20с.
6. Каланов Р.Г., Тимербулатов В.М., Плечев В.В., Латыпов Р.З. Толстокишечная непроходимость. - Уфа, 1999. - 167 с.
7. Литтманн И. Оперативная хирургия: Изд-во АН Венгрии, Будапешт. - 1985. - 1175 с.
8. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. Атлас онкологических операций. - М.: Медицина, 1987. - 534 с.
9. Ривкин В.Л., Дульцев Ю.В., Капуллер Л.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. - Москва: Изд-во «Москва», 1994. - 240 с.
10. Тимербулатов В.М., Лопатин В.М. Острый и хронический парапроктит. - Уфа, 1988. - 60 с.
11. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. - Москва: Медицина, 1984. - 384 с.
12. Яковлев Н.А. Атлас проктологических заболеваний. - Москва: Медицина, 1976. - 85 с.

Оригинал-макет подготовлен Издательским домом «Окслер»

Сдано в набор 7.05.07. Подписано в печать 17.05.07.

Формат 60x84¹/₁₆. Бумага офсетная Гознак 70 гр/м².

Усл.печ.л. 17,55. Усл.изд.л. 18,87. Тираж 500, Заказ № 8.

Отпечатано в типографии Издательского дома

ООО «Вилли Окслер»

450078, г. Уфа, ул. Воровского, 93

тел.: 8-901-440-50-90, факс: 8-901-442-52-82