

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней № 2

Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Учебное пособие для студентов 4 - 5 курсов

педиатрического факультета по госпитальной хирургии

Владикавказ 2020

УДК-616.35
3-12

Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В.

Заболевания прямой кишки: учебное пособие, Северо – Осетинская Государственная Медицинская Академия - Владикавказ, 2020 - 55с.

Данное учебное пособие посвящено заболеваниям прямой кишки. Авторами представлены современные данные по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике, предоперационной и интраоперационной тактике ведения и лечения пациентов с заболеваниями прямой кишки . Отражены представления о спорных и нерешенных вопросах, касающихся современного состояния данной проблемы.

Учебное пособие « Заболевания прямой кишки » подготовлено по дисциплине

« Госпитальная хирургия » в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования для студентов, обучающихся для специальности **31.05.02 Педиатрия** (специалитет).

УДК-616.35
3-12

Р е ц е н з е н т ы:

Хестанов А.К. – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Беслекоев У.С. – доцент, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России (протокол № 6 от 6 июля 2020 г)

© Северо – Осетинская Государственная Медицинская Академия, 2020
© Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В., 2020

СОДЕРЖАНИЕ

I. ГЕМОРРОЙ

- Определение.....	6
- Этиология и патогенез.....	6
- Виды геморроя.....	8
- Клинические проявления.....	9
- Осложнения.....	10
- Диагностика.....	10
- Лечение.....	11

II. ХРОНИЧЕСКАЯ АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА

- Определение.....	19
- Этиология.....	19
- Патогенез.....	20
- Клинические проявления, диагностика.....	22
- Дифференциальная диагностика.....	22
- Лечение.....	23

III. ПАРАПРОКТИТ. СВИЦИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- Определение.....	26
- Этиология и патогенез.....	27
- Классификация парапроктита и свищей.....	27
- Клинические проявления и диагностика.....	28
- Лечение.....	31

IV. ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

- Определения.....	32
- Стадии выпадения прямой кишки.....	32
- Клинические проявления.....	32

- Диагностика.....	33
- Лечения.....	33
V. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ	
- Этиологические факторы и предраковые заболевания.....	34
- Классификация.....	36
- Метастазирование.....	38
- Прогноз.....	39
- Клиника.....	39
- Осложнения.....	41
- Диагностика.....	42
- Лечение.....	45
VI. ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.....	50
VII. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	52
VIII. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	54
IX. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	55

ЦЕЛЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ

Изучить этиологию, патогенез, клиническое течение, диагностику и дифференциальную диагностику различных заболеваний прямой кишки. Освоить принципы индивидуального подхода к лечению, предоперационной подготовке, оперативному лечению и послеоперационному ведению больных с заболеваниями прямой кишки.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ

1. Анатомия прямой кишки.
2. Физиология прямой кишки.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. Патологическая анатомия и кровоснабжение геморроидального узла, факторы приводящие к развитию геморроя
2. Классификация и клиника геморроя.
3. Оперативное и консервативное лечение геморроя.
4. Клиника, диагностика и лечение анальной трещины
5. Клиника, диагностика и лечение острого парапроктита
6. Клиника, диагностика и лечение свищей прямой кишки
7. Клиника, диагностика и лечение выпадения прямой кишки.

I. ГЕМОРРОЙ

Геморрой представляет собой варикозное расширение кавернозных телец выходного отдела прямой кишки. Его считают самым распространенным заболеванием человечества. Им страдает 10% взрослого населения планеты, а среди проктологических заболеваний на его долю приходится 40%. Этим заболеванием в три раза чаще болеют мужчины, чем женщины и в возрасте от 30 до 50 лет. Средний срок нетрудоспособности после хирургического лечения данного заболевания составляет не менее 4 недель. Исходя из этого, лечение данного заболевания имеет большое социальное значение.

Патологическая анатомия геморроидальных узлов. Мышечная фиброэластическая ткань, которая поддерживает и удерживает внутренние геморроидальные на месте, только по мере старения организма начинает дегенерировать. Это сопровождается подвижностью узлов со смещением их вниз к гребешковой линии. При наличии у человека запора, тяжелого физического труда, длительного вертикального положения тела эти изменения прогрессируют быстрее. Происходит растяжение и разрыв подвешивающей связки, а так же и связки Паркса, что приводит к выпадению внутренних геморроидальных узлов из заднего прохода.

Слабость окружающей узлы соединительной ткани сопровождается расширением их в диаметре. Уменьшение толщины стенки узла заканчивается ее разрывом, что сопровождается кровотечением. Постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов приводит к утолщению и ороговению их слизистой оболочки.

Этиология и патогенез.

Различают две группы факторов, способствующих развитию заболевания:

- 1) анатомические особенности строения сосудов аноректального отдела прямой кишки,
- 2) неблагоприятные воздействия экзо - эндогенных факторов.

Наибольшей популярностью пользуются следующие теории:

- а) механическая,
- б) инфекционная,
- в) врожденных аномалий.

Многие проктологи придерживаются мнения, что все эти три теории, несомненно, имеют значение в развитии геморроя.

Согласно инфекционной теории, геморрой развивается вследствие прогрессирующего хронического эндофлебита, возникающего на почве различных воспалительных процессов в области анального отверстия. В последние годы большое значение уделяют микозам в развитии анального дерматита.

С позиции же механической теории причиной геморроя является постоянное повышение внутрибрюшного давления, что наблюдается при беременности, длительном нахождении в вертикальном положении, тяжелой физической работе, хроническом бронхите (особенно у курильщиков), который сопровождается длительным кашлем и др.

Авторы же врожденной теории этого заболевания связывают развитие геморроя со следующими особенностями строения геморроидальных сплетений и стенки венозных сосудов: а) отсутствием или недоразвитием клапанов у отводящих вен геморроидальных сплетений, б) отсутствием анастомозов между непарной, полунепарной венами и системой нижней полой вены, в) врожденной слабостью венозной стенки к растяжению, г) наличием выраженных анастомозов между венами прямой кишки и мочевого пузыря.

Наблюдения свидетельствуют, что геморроидальное кровотечение обычно имеет артериальный характер, при этом оно может быть или капельным, или струйным, нередко носящее профузный характер. Это обусловлено тем, что данный патологический процесс сопровождается образованием артериовенозных анастомозов в области анального отверстия.

Установлено, что геморроидальные узлы представляют собой сплетения кавернозных вен, в стенках которых имеются многочисленные артериовенозные анастомозы, открывающиеся непосредственно в просвет кавернозных полостей. По этой причине артериальная кровь поступает непосредственно в просвет кавернозных вен, что сопровождается артериальным кровотечением. Под воздействием высокого давления наступает гиперплазия всех пещеристых телец. Этому способствуют алкоголь, никотин и острая пища.

Значение повышенного внутрибрюшного давления в развитии геморроя особенно наглядно предоставляется при изучении характера акта дефекации у того или иного больного. Так было установлено, что если акт дефекации в полном объеме осуществляется в течение нескольких минут одномоментно, то развития геморроя не наблюдается. Если же в два этапа (двухмоментно) с интервалом в 5 - 10 и более минут и все это время человек сохраняет позу для совершения акта дефекации, то геморрой у этих лиц наблюдается в 89% случаев. Если же этот процесс затягивается на 30 и более минут с выходом наружу небольших порций испражнений, то есть трех и многомоментно, то уже в 100% наблюдений. Эти данные отчетливо характеризуют роль хронического запора в развитии геморроя.

В последние годы большое значение в изучении нарушений акта дефекации придается дефекографии. Этот метод, который был предложен Wallden в 1952 году, позволяет документировать изменения анатомо-функционального состояния прямой кишки и тазового дна в момент дефекации. Дефекография производится в положении пациента «сидя» на специальном стуле. Для этого в просвет прямой кишки (до появления позыва на дефекацию) в равных пропорциях вводится крахмально-бариевая взвесь в объеме 200-250мл. Рентгенографию прямой кишки выполняют в боковой проекции: а) в покое, б) при волевом сокращении и в) максимальном натуживании в финальной стадии опорожнения. В норме время выведения введенного контрастного вещества

составляет 12 секунд, при этом остаточный объем влитой массы достигает всего 10%. С помощью дефекографии определяют наличие: а) переднего и заднего ректоцеле, б) ректальной инвагинации, в) опущение промежности, г) выраженность пуборектального вдавления по задней стенке прямой кишки (в покое, при волевом сокращении и натуживании), при этом измеряют аноректальный угол между продольной осью анального канала и касательной линией, проведенной вдоль задней стенки прямой кишки. При волевом сокращении этот угол уменьшается в размерах, а при натуживании - он увеличивается и становится тупым. Если размеры ректального выпячивания составляют 2-4см, то это ректоцеле 2 степени, свыше 4см – 3 степени. Выявление ректальной инвагинации и пролапса слизистой оболочки свидетельствует о необходимости хирургической коррекции выявленного патологического процесса. Парадоксальное сокращение пуборектальной мышцы в момент дефекации, приводит к задержке эвакуации содержимого прямой кишки от 30 до 70 секунд, а остаточный объем каловых масс увеличивается от 30 до 80%.

Виды геморроя:

-Различают геморрой врожденный (наследственный) и приобретенный. В свою очередь приобретенный делят на первичный и вторичный (симптоматический). Наследственный геморрой проявляется в раннем детском возрасте.

-По локализации выделяют внутренний (подслизистый), наружный (подкожный) и межзудочный (комбинированный). При последнем виде узлы локализуются и под переходной складкой Хилтона.

-По течению различают острую, хроническую и рецидивирующую стадии геморроя. Число видимых узлов при натуживании или в покое может достигать 10 и более. Иногда узлы сливаются в один конгломерат (Рис.4). Наружные узлы обнаруживаются по краю заднего прохода, при этом они могут занимать все его окружность. Снизу они покрыты кожей, а сверху слизистой оболочкой заднепроходного канала. Эти узлы имеют определенную упругость, так как плохо опорожняются от крови. Внутренние узлы всегда образуются раньше наружных и являются источником кровотечения. Отмечается типичная их локализация – это на 3, 7, 11 часах по циферблату, если больной находится на спине.

Гистологическое строение геморроя характеризуется большим количеством варикозно измененных сосудов, стенки у которых истончены, а в просвете имеются тромбы. Ткани отекающие. В окружающей соединительной ткани видны участки кровоизлияний, а также лимфоидные инфильтраты.

К числу патоморфологических нарушений, которые сопровождают данное заболевание, относят: кровотечение, выпадение внутренних узлов, тромбоз и острое набухание наружных узлов, некроз и гнойно-некротический их распад, мацерацию, кожный зуд промежности и малигнизацию.

Геморрой необходимо дифференцировать: 1) с доброкачественным и злокачественными опухолями прямой кишки, 2) трещиной заднего прохода, 3) выпадением слизистой оболочки прямой кишки, 4) сифилитическим

процессом, 5) начальной стадией острого подкожно-подслизистого парапроктита и с другими патологическими процессами. Особую опасность представляют ошибки, которые допускают врачи при дифференциальной диагностике геморроя с опухолями. Следует помнить, что у одного и того же больного одновременно может быть и геморрой, и рак толстой или прямой кишки. По этой причине всем больным с геморроем необходимо производить ирригографию и колоноскопию. Это позволяет избежать подобных ошибок.

Клиническое течение и формы болезни. Наиболее характерным симптомом заболевания является увеличение в размерах внутренних геморроидальных узлов и их выпадение из анального отверстия. В зависимости от характера пролапсуса этих узлов различают 4-и стадии заболевания:

1-я - узлы появляются только во время акта дефекации, а их вправление происходит самостоятельно.

2-я - узлы быстро выпадают при акте дефекации или при физической нагрузке и для своего опорожнения требуют ручного вправления.

3-я стадия - узлы появляются и выпадают при незначительной физической нагрузке или даже просто при вертикальном положении больного.

4-я – узлы определяются постоянно, в том числе даже в горизонтальном положении пациента.

Клинические проявления.

Это заболевание сопровождается зудом в области ануса, чувством инородного тела и дискомфортом при длительном сидении на стуле. Эти симптомы становятся более выраженными после приема алкоголя. Обычно внутренние геморроидальные узлы не болезненны. Боль же наблюдается лишь при развитии ущемления с последующим тромбированием узла. Она связана и с возникновением острой анальной трещины. Нередко первым и ярким симптомом этого заболевания является кровотечение, которое возникает во время сильного натуживания. Оно представлено алой кровью отдельно от стула и может быть как струйным, так и капельным сразу же после акта дефекации. Сравнительно редко кровь бывает в виде полос на кале. Кровь может скапливаться и в просвете прямой кишки в виде сгустков темно-красного цвета, что может привести к диагностической ошибке. Объем кровопотери составляет от нескольких капель (мазков) и до 100 мл и даже более. У некоторых больных кровотечение бывает профузным и сопровождается острой анемией. Выраженная кровопотеря наблюдается более чем у 50% больных. К другим симптомам этого заболевания относятся выделения, которые бывают водянистыми и слизистыми. При осложнении геморроя парапроктитом выделения становятся гнойными. Кожный зуд обычно обусловлен выделениями, которые приводят к местной мацерации кожи и к контактному дерматиту. Большое значение в развитии дерматита ныне уделяется микозам.

У 10% больных наблюдается недержание стула, что напрямую обусловлено нарушением функции мышц тазового дна. Нарушение же опорожнения прямой кишки является обычно не следствием геморроя, а его причиной. Для этого заболевания характерным является смена периодов ремиссии и обострения, которые развиваются и после погрешности в диете. Геморрой протекает с

периодическими обострениями процесса, воспалением окружающей соединительной ткани, тромбозом и выпадением узлов. Увеличение в размерах узлов сопровождается болью, чувством распирания тканей, при этом дискомфорт в области анального отверстия прогрессирует при ходьбе. С развитием заболевания узлы все более и более увеличиваются в размерах, что сопровождается усилением боли и отечности ануса. У части больных вслед за тромбозом узлов наступает их некроз, при этом резко повышается температура тела, возникают ознобы, а дефекация становится невозможной из-за боли и резкого отека ткани.

Осложнения.

Наиболее частыми осложнениями данного заболевания являются: тромбоз наружных геморроидальных узлов, ущемление внутренних геморроидальных узлов, трещины заднего прохода, острый парапроктит, свищи, прокталгия, малигнизация, кондиломатоз, выпадение прямой кишки.

Тромбоз наружных геморроидальных узлов обычно происходит после погрешности в диете (прием алкоголя, острой пищи), или после тяжелой физической работы. Различают 3 степени тяжести данного осложнения:

1. Легкая – умеренно увеличенные болезненные тромбированные узлы без признаков воспаления, при этом наблюдается четкая дифференциация узлов, а периаанальный отек отсутствует.
2. Средняя – узлы, дифференцированные или нет, красновато-багрового или синюшного цвета увеличены в размерах, плотные, резко болезненные с наличием периаанального отека.
3. Тяжелая – значительно увеличенные в размерах, резко болезненные недифференцированные узлы с выраженным периаанальным отеком, воспалением или некрозом тканей.

При этом осложнении наблюдаются резкие боли в области анального отверстия, которые усиливаются при любой физической нагрузке. При осмотре ануса видны округлой формы узлы синюшного цвета и эластической консистенции или только на 3, 7, 11 часах, или слившихся в одно болезненное образование по всему периметру анального отверстия. Попытка выполнить пальцевое исследование прямой кишки встречает негативную реакцию со стороны больного, что обусловлено усилением боли при выполнении манипуляции. При тромбозе этих узлов кровотечение обычно не наблюдается.

Ущемление внутренних геморроидальных узлов происходит в анальном канале и по тем же причинам, что и тромбоз наружных геморроидальных узлов. Если ущемление узлов сразу же не устранить, то наступает их тромбоз, а затем и некроз. При таком развитии патологического процесса больные отмечают сильные распирающие боли в области ануса. При визуальном осмотре по всему периметру анального отверстия находят темно-синие или черные узлы округлой формы, резко болезненные при пальпации. При некрозе эти узлы отторгаются, что сопровождается кровотечением (иногда профузным).

Диагностика геморроя основывается на осмотре зоны заднего прохода в покое или при натуживании, но уже в положении больного «на корточках», а

также с использованием ректального зеркала или различного вида строения анаскопов. Использование каждой из этих методик предусматривает наличие или отсутствие визуальных признаков заболевания. Если у пациента произошел тромбоз наружных узлов или выпадение внутренних, то достаточен лишь осмотр ануса. Если же внутренние узлы не вышли за пределы анального канала, то нужно создать у больного условия для их пролапсуса. Для этого пациент на кушетке лицом к стене принимает позу «на корточках», а врач на стуле находится позади него. При натуживании у пациента происходит наполнение кровью внутренних геморроидальных узлов, и они появляются в анальном отверстии. Узлы представляются в виде овальных образований, которые увеличиваются в размерах под воздействием внутрибрюшного давления. Внутренние узлы обследуют также путем пальцевой или инструментальной ревизии. Последний метод позволяет исключить и другие патологические процессы в прямой кишке, лежащие на глубине достижения их пальцем или анаскопом.

Лечение.

Само по себе наличие у человека геморроидальных узлов без выраженных клинических проявлений заболевания ещё не является показанием к оперативному вмешательству. В настоящее время в зависимости от характера и стадии заболевания, используется или консервативная терапия, или различные виды хирургических вмешательств.

Консервативное лечение. В основу его положена регуляция консистенции кишечного содержимого и его транзит по ободочной и прямой кишке. Это лечение назначают при начальных стадиях хронического геморроя и при острых, но не осложненных формах течения этого заболевания. При наружном геморрое у нему прибегают чаще, чем при внутреннем. Ведущее значение имеет устранение запоров за счет нормализации питания. Требуется диета, стимулирующая пропульсивную активность ободочной кишки - за счет включения таких продуктов питания, которые влияют на микрофлору и перистальтику тонкой и толстой кишки. Все они содержат в большом количестве гидрофильные коллоиды (мягкую растительную клетчатку). К ним относятся пищевые отруби, морская капуста, льняное семя, кукуруза. За рубежом в настоящее время большой популярностью пользуются оболочка семян подорожника (псиллиум), обладающая высокой водоудерживающей способностью. Препарат «Мукофальк», созданный из этих семян, применяется в дозе 10 граммов в сутки в течение 40 дней. Он обладает не только выраженным смягчающим действием на стул (за счет образования слизи), но и оказывает противовоспалительное действие на слизистую оболочку прямой кишки.

Хороший эффект дают овсяная, перловая и гречневая каши, а также чернослив, курага, бананы, яблоки, слегка термически обработанные свекла и морковь, черный хлеб с отрубями и др. Требуется соблюдать диету с исключением алкоголя, острой пищи и пряностей. Для стимуляции перистальтики кишечника хорошо выпить натощак 1-2 стакана холодной воды или фруктового сока с добавлением одной столовой ложки ксилита или меда.

При упорных запорах рекомендуют дробный прием растительного масла (до 50мл в сутки).

После дефекации обязателен тщательный туалет области заднего прохода – это предотвращает развитие не только анального зуда, но и острого парапроктита.

Следует напомнить, что назначение клизм опасно по причине заноса гнилостной флоры анального канала в сигмовидную кишку, что неизбежно изменяет микробный состав содержимого ободочной кишки, слизистая оболочка которой, не адаптированная к этой микрофлоре, претерпевает воспалительные изменения. В конечном итоге это может послужить пусковым механизмом в развитии неспецифического и недифференцируемого язвенного колитов. Существует и опасность повреждения наконечником геморроидальных узлов с развитием профузного кровотечения.

Солевое слабительное может вызвать сильный понос с обезвоживанием организма и с развитием энтероколита. Кроме того, постоянный их прием сопровождается массивной энтеральной потерей альбумина, микроэлементов, калия, кальция и других электролитов, что сопровождается нарушениями гомеостаза и иммунитета.

По всем этим причинам, если уж возникает острая необходимость в постановке клизм, то следует применять теплые масляные вливания в объеме 150 - 200мл.

С целью достижения утренней дефекации рекомендуют следующие мероприятия. Вслед за принятием натощак 200мл пресной кипяченой или родниковой воды, в течение 5-10 минут проводят лечебную гимнастику для прямых мышц живота путем попеременного сокращения то левой, то правой прямых мышц живота. Затем в течение 5-10 минут осуществляют само массаж передней брюшной стенки, при этом умеренное давление производят как от срединной её линии к подвздошным и поясничным областям, так и по ходу толстого кишечника, то есть воздействие нужно начинать с правой, а заканчивать его левой подвздошной ямкой.

К консервативным способам лечения геморроя относится и иглорефлексотерапия.

Фармакотерапия острого и хронического геморроя предусматривает достижения двух главных целей – это купирование явлений острого геморроя и профилактику обострений при хроническом его течении. Созданные к настоящему времени фармакологические средства позволяют добиться:

- 1.Купирования воспалительного процесса.
2. Устранения боли.
- 3.Нормализации микроциркуляции в кавернозных образованиях прямой кишки и создания условий для остановки кровотечения из геморроидальных узлов.
- 4.Достижения тромболитического действия при геморроидальных тромбозах.

Для купирования всех симптомов воспалительного процесса в области анального отверстия применяют различные мазевые формы, содержащие нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды (ультрапрокт, проктоседил) и постеризан, а также водорастворимые мази (левомеколь, мафинид). В свечах назначается месалазин («Салофальк») по 250 мг 3 раза в сутки, 5 дней подряд.

В последние годы для перорального применения используется «Флебодия 600». Он создан на основе биофлавоноида и полусинтетического диосмина. Этот препарат обладает поливалентным механизмом действия на все звенья патогенеза геморроидальной болезни. Под его воздействием повышается тонус вен и ускоряется венозный отток. Кроме флеботонического эффекта, он оказывает ещё и противовоспалительное действие, а также укрепляет стенки капилляров, что способствует уменьшению отека и болевого синдрома. Препарат применяется по определенной схеме: 3 таблетки (1800мг) в день в течение первых 4 дней, затем по 2 таблетки в день в течение следующих 3 дней. Как свидетельствуют клинические наблюдения, после применения диосмина у 95% пациентов ректальные кровотечения, боли, чувство жжения и анальный зуд прекращаются на 2-3 день. Клиническая его эффективность составила 89%.

Для устранения же болевого синдрома показано применение ненаркотических анальгетиков и местных обезболивающих и противовоспалительных препаратов, к которым относятся месалазин, «Ультрапрокт» и др. Особый интерес представляет комбинированный препарат под названием «Ультрапрокт», содержащий противовоспалительный компонент (местный глюкокортикостероид) и анестетик, обладающий высоким сродством с эпителием заднего прохода (цинхокаин). Противовоспалительный компонент этого препарата содержит два вида вещества: быстро высвобождающееся и пролонгированное. Первый из них позволяет улучшить состояние человека в первый же час приема, снимая отек, воспаление и зуд. Второй же пролонгирует этот эффект до 24 часов. Цинхокаин способствует быстрой регенерации эпителия заднего прохода. «Ультрапрокт» выпускается в виде ректальных свечей и мази.

Из других средств медикаментозной терапии при геморрое используют детралекс, гливенол, парацетамол, местные противовоспалительные средства, иногда с содержанием кортикостероидов и др. Детралекс (состоит из 450мг диосмина и 50мг геспередина) назначается по следующей схеме лечения: 6 таблеток в день в течение 4 дней, затем 4 таблетки в день в течение 3 дней. Терапия этим препаратом у 94% больных приводит к прекращению кровотечения и у 80% к исчезновению боли. Механизм действия детралекса заключается в купировании воспалительных реакций, повышении венозного тонуса, стимуляции венозного кровотока и лимфодренажа. При его применении наблюдается увеличение интенсивности микроциркуляции в кавернозных образованиях анального канала и в геморроидальных узлах [12]. Улучшению кровотока в геморроидальных узлах способствуют также и производные рутина (троксорутин, рутозид).

При геморроидальных кровотечениях применяется как местная, так и системная терапия (этамзилат). При малом кровотечении назначаются щадящая диета, свечи с адреналина гидрохлоридом и антипирином, а также с обезболивающими и рассасывающими веществами и микроклизмы с 1-2% раствором кальция хлорида в объеме 50 - 60 мл. Используются и местные гемостатические препараты, содержащие фибриноген и тромбин.

Для усиления моторной активности кишечника применяется форлакс (макрогель 2000), который у 80% больных дает хороший результат лечения, а также дюфалак (не всасывающийся синтетический дисахарид лактулоза). При дисбиотических процессах показаны бифидумбактерин, лактобактерин, бифиформ, линекс и др. При упорных запорах используются препараты, вызывающие раздражение рецепторного аппарата слизистой оболочки толстой кишки - это регулакс и тисасен, в состав которых входит антрагликозиды (сенна, ревен, крушина), а также гутталакс, основой которого является пикосульфит натрия, не вызывающий привыкания и токсического действия (назначается по 10 - 20 капель в день 3 недели и более). Применяются также лаксигал, бисакодил и др.

При спастических состояниях толстой кишки назначают дебридат (тримебутин) по 1-2 таблетки 3 раза в день в течение 1 месяца, а также дицетил, являющийся мощным миотропным спазмолитиком.

При тромбозе геморроидальных узлов в первые дни от начала развития осложнения применяются теплые сидячие ванночки, щадящую диету, эскузан, гливенол, детралекс, касторовое масло, свечи с гепарином и протеолитическими ферментами, фибринолизин, тромболитин, тромболизин и др. Применяют так же и новокаиновые блокады - путем введения 0,25% раствор новокаина под узлы и в пресакральную зону. Накладывают повязки с гепариновой мазью на анальное отверстие сроком на 10 - 14 дней. Местное тромболитическое действие оказывают трибенозид, нигепан, гепатромбин Г.

Для борьбы с воспалением используют примочки с риванолом, 1-2% раствором новокаина, калия перманганатом, свинцовой водой, 0,02% водным раствором хлоргексидина. Для уменьшения боли назначают свечи с белладонной, анестезином и другими обезболивающими препаратами. Из антибиотиков наиболее показано применение карбапенемов (меронема, тиенема и др.), которые эффективны в качестве монотерапии или в комбинации с другими антимикробными средствами (метронидазолом) при лечении полимикробных инфекций, а так же и актуальных госпитальных патогенов с высоким потенциалом преодоления их резистентности. Для подавления микозов наиболее часто используют амфотерицинВ (3% мазь),

При выраженном отеке тканей в области анального отверстия из всех средств физиотерапии используется только магнитотерапия, а при тромбозе узлов - УВЧ, электрофорез с новокаином, однако лишь при условиях надежного исключения раковой опухоли в области прямой кишки.

При сильном кровотечении осуществляется тампонада просвета прямой кишки по методу Локкарта - Маммери, суть которого заключается в следующем. На конец резиновой трубки в виде валика наматывают, фиксируют, а затем пропитывают вазелином марлевую ленту, которую затем вводят в прямую кишку. При потягивании за конец трубки осуществляют сдавление сосудов слизистой оболочки анального канала марлевым валиком. Для предотвращения смещения валика в просвет кишки с наружной стороны делают на трубке второй валик. Тем самым достигается своеобразная двойная тампонада анального канала.

Инъекционный метод. Целью этого метода является возвращение геморроидального узла на свое место путем уменьшения его в размерах за счет облитерации. Его рекомендуют применять только при часто повторяющихся кровотечениях. Частота выполнения склеротерапии среди малоинвазивных методов лечения геморроя колеблется от 11 до 47% . Его относят к амбулаторному инструментальному способу лечения геморроя. Ныне некоторые авторы вообще считают его методом выбора. Главное достоинство его состоит в том, что после применения нет необходимости в госпитализации больных. 97-99% пролеченных пациентов вообще не нуждаются в освобождении от трудовой деятельности. Для реализации метода требуется аноскоп.

Следует указать, что в последние годы этот способ лечения геморроя находит особенно широкое применение, уступая среди прочих малоинвазивных методов лишь способу лигирования латексными кольцами. Это обусловлено появлением на мировом рынке препаратов последнего поколения из группы детергентов (этоксисклерол, фибровейн). При них наблюдается эффективное местное воздействие на сосудистую ткань, а системное тромбообразование отсутствует, что довольно часто наблюдалось при использовании старых препаратов. Так, например, раньше, частота различных осложнений после склерозирующей терапии колебалась от 5 до 14%, из них 4% в виде выраженного болевого синдрома, 7% - тромбоза наружных геморроидальных узлов, 1,5% - острого парапроктита, 1% - некроза слизистой оболочки прямой кишки, лежащей проксимальнее внутреннего геморроидального узла.

В качестве склерозирующих веществ применяли: хинин-урео гидрохлорид, 5% фенол, 0,5%- 1% полидоканол, варикоцид, тромбовар, 70% спирт (в объеме 1 мл после предварительного введения в верхний полюс каждого узла по 5 мл 0,5 - 1% раствора новокаина) и др. Все эти препараты вводились по 1,5- 2 мл непосредственно в полость узла. За один сеанс обрабатывали по 2-3 узла. Через 2-3 недели сеансы обкалывания повторяли. Все эти средства склеротерапии в настоящее время применяется все реже и реже.

В профилактике осложнений, сопутствующих склерозирующей терапии геморроя, большое внимание уделяют детралексу.

Радикальные операции при геморрое. Перед тем как осветить вопросы хирургического лечения геморроя следует указать, что внутренние геморроидальные узлы являются нормальными анатомическими структурами, и по данной причине оперировать нужно лишь тех пациентов, у которых имеется то или иное осложнение данного заболевания. Нужно помнить и о том, что эти узлы играют физиологическую роль в удержании кала и по этой причине при операции они должны оставаться максимально неповрежденными. Целью любого способа хирургического лечения является устранение выпадения внутренних геморроидальных узлов и иссечение наружных.

Операции показаны при: 1) упорных кровотечениях, 2) повторных тромбозах, 3) изъязвлении узлов, 4) больших узлах, 5) аноректальном тромбозе. А противопоказаны при: 1) портальной гипертензии, 2) тяжелом течении

гипертонической болезни, 3) болезнях печени и сердца, протекающих с нарушениями кровообращения, 4) заболеваниях мочевого пузыря.

Предоперационная подготовка предусматривает щадящую и бесшлаковую диету с приемом калорийной и легкоусвояемой пищи, а также прием по схеме 30г касторового масла. Перед хирургическим вмешательством производят удаление волос в области заднего прохода и осуществляют тщательный его туалет.

Все операции можно разделить на 7 групп: 1) перевязка внутренних геморроидальных узлов с отдельным иссечением наружных бахромок; 2) иссечение геморроидальных узлов с глухим швом образовавшихся ран в области заднепроходного канала; 3) трансанальная резекция слизистой оболочки прямой кишки по Лонго, 4) круговое иссечение слизистой оболочки прямой кишки по Уайтхеду; 5) геморроидэктомия "открытым" способом; 6) подслизистая геморроидэктомия по Парксу; 7) комбинированный способ с лигированием узлов и с инфракрасной и лазерной их коагуляцией.

Наиболее простым методом является лигатурный способ, при котором производится рассечение кожного края узла и круговое насечение слизистой оболочки у основания, с последующей его перевязкой. Эту операцию выполняют под местной, эписакральной и внутривенной анестезией. Обычно перевязывают до 5 узлов. Через 3 дня дают касторовое масло для выделения каловых масс. С 3 - 5 дня после операции назначают общий стол. Кетгутовые лигатуры самостоятельно отходят на 6 - 8 день после операции и даже раньше. При операции Мартынова выполняются следующие технические приёмы: а) геморроидальным зажимом оттягивают узел и рассекают его основание на 2/3, б) геморроидальный узел перевязывают и отсекают, в) на кожную рану накладывают отдельные узловы швы.

К более сложным хирургическим вмешательствам относится открытая и закрытая геморроидэктомия и трансанальная резекция слизистой оболочки по Лонго.

Наиболее распространенной операцией при данном заболевании является открытая геморроидэктомия, при которой удаляются все три основные геморроидальные узлы. Она была предложена Milligan E., Morgan G. (1937), которые дали ей теоретическое обоснование, отработали технические приемы, а затем внедрили эту методику в хирургическую практику. Сейчас это хирургическое вмешательство, именуется как операция Миллигана-Моргана.

Её начинают с тщательной дивульсии мышц заднепроходного сфинктера, обработки кожи промежности и выходного отдела прямой кишки антисептическими растворами. После этого, под строгим визуальным контролем, осуществляют удаление внутренних и наружных геморроидальных узлов в едином блоке с кавернозными тельцами на 3, 7, 11 часах по циферблату. При выполнении манипуляций строго придерживаются правила, что ширина сохраняемых кожно-слизистых полос между ранами должна быть не менее 1см, что является ведущим элементом в профилактике послеоперационного стеноза анального отверстия, так как установлено, что при ширине мостика менее 1см может произойти некроз его тканей.

Данные литературы свидетельствуют о том, что при применении этого способа оперативного лечения геморроя выздоровление наступает у 85 - 90% больных. Однако после него у пациентов выявляются следующие осложнения: у 34-41% - интенсивный болевой синдром, у 2% - кровотечение, у 15-26% - дизурические расстройства, у 2% - гнойно-деструктивный процесс, у 2% - стриктуры анального отверстия, у 1% - недостаточность анального сфинктера. Исполнение этого метода имеет ряд существенных недостатков: 1) операция осуществляется в условиях постоянного инфицирования ран (за счёт попадания в них слизи, а иногда и остатков каловых масс, из просвета прямой кишки); 2) дивульсия ануса сопровождается дополнительной травматизацией, как слизистой оболочки анального канала, так и мышц жома; 3) нестабильность операционного поля (во время операции приходится многократно менять положение ректального зеркала, при этом слизистая оболочка постоянно провисает в просвет зеркала, что затрудняет топографическую ориентировку и визуальное наблюдение за ходом удаления узлов); 4) операция проводится в ограниченном пространстве между плоскостями ректального зеркала, что также затрудняет выполнение манипуляций.

Срочную радикальную операцию рекомендуют выполнять в начале развития легкой и средней степеней тяжести острого тромбоза, то есть ещё до появления у больных воспалительных изменений и перианального отека, то есть когда ещё дифференцировка узлов сохранена. Обычно такое лечение можно осуществить лишь в течение первых 24 часов от начала развития осложнения. При более выраженном воспалительном процессе в области анального канала вначале проводится лишь консервативная терапия. После снятия отека уже осуществляется и хирургическое вмешательство, то есть эти операции носят отсроченный характер. Такая тактика лечения позволяет до минимума сократить возможность развития послеоперационных осложнений. Сроки подобного лечения составляют от 3 до 9 дней от момента начала консервативного лечения.

Тактика операции при остром тромбозе геморроидальных узлов сводится к следующему. Анальное отверстие расширяется клеммами Алиса. Нижний край тромбированного геморроидального узла, расположенного на 7 часах по циферблату, захватывается зажимом Алиса и подтягивается кнаружи. В 3-5мм от верхнего полюса узла обвивным восьмиобразным швом из викриловой нити на атравматической игле осуществляется прошивание его сосудистой ножки. Затем двумя полуовальными разрезами, отступя на 5мм от основания узла, рассекается слизистая оболочка с подслизистым слоем, после чего эти ткани отсепаровываются до основания узла. После чего он отсекается изнутри кнаружи от лигированного сосудистого пучка. Во время выполнения этих манипуляций производится тщательный гемостаз точечной электрокоагуляцией. Образовавшаяся рана закрывается непрерывным швом, проведенным через подслизистый слой у самого края разреза. После закрытия раны, шов затягивается до соприкосновения краев рассеченной слизистой оболочки. Аналогичным путем удаляют геморроидальные узлы на 3 и 11 часах по циферблату. Наружные геморроидальные узлы удаляют по принципу

«лепестков» с сшиванием послеоперационных ран наглухо тонкой капроновой нитью.

Современное техническое оснащение проктологических отделений позволяет значительно улучшить результаты операций. Так, геморроидэктомия, осуществляемая ультразвуковым гармоническим скальпелем, обеспечивает малую травматизацию тканей анального канала. При этом способе в 2 раза сокращается продолжительность операции, а послеоперационный болевой синдром почти полностью отсутствует. Благодаря этому методу почти в 1,5 раза уменьшается период послеоперационной реабилитации. Наиболее же опасным осложнением при этом техническом способе выполнения геморроидэктомии являются кровотечения из послеоперационных ран и сосудистых ножек узлов. Для предотвращения этого осложнения необходима тщательная операционная техника с прошиванием подозрительных участков раны 8-образным кетгутовым швом. Этот метод показан при 3-4 степени хронического геморроя и противопоказан при остром, а также у пациентов с воспалительными процессами толстой кишки и с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

К числу современных малоинвазивных способов хирургического лечения геморроя относится и шовное лигирование дистальных ветвей геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии. Этот метод был предложен Morinaga в 1995 году. В набор аппаратуры, для его выполнения, входит эхо-саундер, который является преобразователем ультразвуковых волн в аудио-сигналы. К блоку подключается проктоскоп Moricorn, снабженный ультразвуковым приемным датчиком (при обнаружении геморроидальной артерии возникает шум её пульсации). В набор так же входит длинный иглодержатель, два зажима «Бильрот», специальный толкатель для завязывания узлов и ножницы. Для прошивания геморроидальной артерии используется атравматическая нить. Операция выполняется обычно под местной анестезией. Наиболее часто указанные артерии локализуются на 1, 3, 5, 7, 9, 11 часах в позиции «для литотомии».

Процедуру шовного лигирования указанных сосудов начинают с прошивания артерий на 11 и 1 часах, что позволяет снизить, как кровоток в остальных артериях, так и устранить пролабирование ткани в окно аноскопа. Эта методика предусматривает устранение притока крови к геморроидальным узлам с одновременной их фиксацией в анальном канале, что в дальнейшем предупреждает их выпадение. Метод можно использовать и в амбулаторной практике. Проктологи рекомендуют сочетать его как с иссечением хронической анальной трещины, так и с ликвидацией заднего трансфинктерного свища прямой кишки.

К другим малоинвазивным методам лечения относится лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. Этот способ применяется во 2-й и 3-й стадиях данного заболевания и заключается в наложении латексного кольца на ножки 1-2 геморроидальных узла, что приводит к их некрозу уже 2-3 часа. Для усиления терапевтического эффекта метод дополняют ещё и криодиструкцией (используют жидкий азот в течение 1,5 – 2 мин.). Образовавшиеся культы сами фиксируются в анальном канале. Эта

манипуляция выполняется с помощью вакуумного лигатора «KARL STORZ». Подготовка пациента к операции производится путем постановки 2-х очистительных клизм вечером и 2-х – утром. Манипуляцию начинают с введения в прямую кишку аноскопа до геморроидального узла. Затем к узлу плотно подводится лигатор и включается вакуум-аспиратор. После создания отрицательного давления (обычно до 0,75 атм.) на узел надевается латексное кольцо. Если давление превышает указанную величину, то может возникнуть боль. Суть способа состоит в том, что геморроидальный узел и слизистую оболочку вокруг него путем разряжения воздуха засасывают вовнутрь полого цилиндра (вакуум-аспиратора). Затем при помощи подвижного кольцевого толкателя растянутое латексное кольцо сдвигается с внешней поверхности цилиндра на ножку геморроидального узла и тем самым происходит полное передавливание его просвета. После лигирования пациенты в течение первых двух суток обычно отмечают чувство дискомфорта в области анального отверстия, которое проходит самостоятельно на 3-и сутки. При использовании же криотерапии эти явления исчезают в 2 раза быстрее. После отторжения геморроидальных узлов, а оно завершается в течение 7-10 дней после манипуляции, в зоне их локализации на слизистой оболочке образуются ранки диаметром до 3-5мм. У пациентов, у которых выявляют 3 геморроидальных узла, проводят двухэтапное лечение с интервалом или в 10-15 дней, или в 4-5 недель. При первом варианте сокращается срок лечения, но повторная манипуляция проводится ещё на воспаленных тканях, что может привести к рецидиву этого патологического процесса. Описанный способ позволяет произвести перевязку геморроидальных узлов по всему периметру ануса, соблюдая принцип сохранения слизистых мостиков между ранками больше 1см, что является основным условием в предупреждении стриктуры заднего прохода. Этот метод как бы напоминает собой способ простой перевязки геморроидальных узлов, но дело в том, что при последнем в области ануса образуются ранки до 1см и даже больше, что нередко сопровождалось развитием его рубцового стеноза.

Инфракрасная коагуляция. Метод основан на воздействии теплового потока на стенку геморроидального узла, приводя его к некрозу с последующим склерозом. Для этих целей используется специальная аппаратура.

Устранение спазма анального сфинктера. Причиной спазма анального жома является болевая реакция, особенно при наличии анальной трещины. Применяемые раньше ручное расширение анального канала и сфинктеротомия, в настоящее время признаны опасными в плане возможного развития после них недостаточности анального сфинктера. Поэтому ныне для устранения спазма применяются только свечи с обезболивающими препаратами, эписакральная анестезия, газоотводные трубки и др.

С целью уменьшения осложнений при хирургическом лечении больных с хроническим геморроем некоторые проктологи используют непрерывный возвратный гемостатический шов.

II. ХРОНИЧЕСКАЯ АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА

Хроническая анальная трещина - длительно незаживающая язва (рана) на стенке прямой кишки, в области перехода анодермы в слизистую заднепроходного канала.

Этиология.

Остро появившиеся анальные трещины чаще всего (у 90% больных) заживают спонтанно или на фоне терапии. Однако у некоторых пациентов этого не происходит, что приводит к формированию хронических анальных трещин. Хронические анальные трещины встречаются у 2-2,5% взрослого населения, в структуре проктологических заболеваний они составляют 12-15% (3-е место после геморроя и парапроктита). Острые анальные трещины чаще всего заживают в сроки до 6-8 недель. Существование язвы в этой области более длительный период времени, как правило, сопровождается появлением отличительных морфологических признаков: присутствие волокон мышц внутреннего анального сфинктера на дне язвы, ее плотные "калезные" края, разрастание грануляций в виде фиброзного уплотнения ("сторожевой бугорок") на дистальном конце трещины, уплотнение верхушки прямокишечной крипты ("анальный сосочек") на ее проксимальном конце.

Трансформация острой анальной трещины в хроническую обычно развивается на фоне стойкого спазма внутреннего анального сфинктера, разрешение которого является ключевой проблемой в заживлении язвы.

Регуляция тонуса внутреннего анального сфинктера :

Анальный сфинктер состоит из двух компонентов: наружный анальный сфинктер, представленный поперечно-полосатой мускулатурой, контролируемой произвольно, и внутренний анальный сфинктер, являющийся произвольным гладкомышечным компонентом анального комплекса. Будучи постоянно в состоянии максимального сокращения, внутренний анальный сфинктер является естественным барьером для произвольного отхождения стула и газов и предопределяет от 80 до 85% базального тонуса ануса (еще 15-20% его суммарного значения обеспечивают заполненные кровью геморроидальные узлы-"подушечки"). Назальный тонус ануса у здорового человека - 80-100 мм рт. ст., приблизительно соответствует уровню давления в ветвях нижней прямокишечной артерии.

Появление фекального болюса в прямой кишке приводит к рефлекторной релаксации внутреннего анального сфинктера - реализация так называемого ректо-анального ингибиторного рефлекса (РАИР).

Регуляция тонуса внутреннего анального сфинктера реализуется 3 механизмами:

-Первый, присущий внутреннему анальному сфинктеру, миогенный тонус контролируется уровнем экстрацеллюлярного кальция, поступающего через каналы L-типа.

-Второй - нервные сплетения в стенке толстой кишки (Мейснеровское и Ауэрбаховское), контролирующие как перистальтику, так и локальные рефлексы, в том числе и ректо-анальный ингибиторный рефлекс . Эти волокна известны как неадренэргические и не-холинэргические, поскольку медиатором

в них выступает оксид азота. Выделение NO вызывает снижение тонуса внутреннего анального сфинктера.

-Третий механизм - автономная нервная система, вызывающая сокращение и расслабление внутреннего сфинктера посредством симпатических и парасимпатических постганглионарных нервных волокон соответственно. В норме симпатические влияния оказываются доминирующими относительно парасимпатического воздействия, что предопределяет базальное тоническое состояние внутреннего анального сфинктера.

Патогенез хронических анальных трещин.

Теории, объясняющие механизм появления хронических анальных трещин, должны комментировать и такие особенности течения заболевания, как "излюбленное положение" по задней стенке анального канала и недостаток роста грануляций в области дефекта слизистой.

У больных, как правило, обнаруживают высокое давление покоя в анальном канале из-за гипертонии внутреннего анального сфинктера, которое снижает перфузионный индекс в месте расположения трещины. Считают, что малые травмирующие воздействия на заднюю стенку анального канала в области аноректального угла у некоторых пациентов не заживают из-за вторично низкого уровня локального кровотока и, таким образом, формируют хронические анальные трещины. Вектор калового потока направлен на заднюю стенку тем чаще, чем меньше величина аноректального угла (угол между осями ампулярного и анального отделов прямой кишки). Кроме того, было установлено, что у пациентов с острыми анальными трещинами, излеченных медикаментозной терапией, поначалу сниженное давление покоя имеет тенденцию к достижению высокого уровня, соответствующего началу лечения еще до появления других признаков анальной трещины. Считают, что преимущественная локализация трещин по передней и особенно часто по задней комиссуре связана с особенностями распределения кровотока в анальном канале. Исчезновение клинических симптомов острой анальной трещины и ее заживление на фоне терапии могут быть обусловлены снижением величины давления в анальном канале, способствующим увеличению кровотока в слизистой и уменьшению степени ишемии.

Целенаправленное изучение конечных ветвей нижней прямокишечной и внутренней срамной артерий, кровоснабжающих ишиоректальную ямку (постмортальная ангиография и доплеровская флоуметрия у здоровых лиц), позволило выявить их недостаточное развитие в области задней комиссуры у 80-85% обследованных лиц.

Снижение анодермальной перфузии может способствовать развитию недостаточности функции эндотелия, что приводит к снижению синтеза оксида азота, участвующего в регуляции локального кровотока.

Повреждение эндотелия не только нарушает его антикоагулянтную и вазодилатационную функции и меняет их соответственно на прокоагулянтную и вазопрессорную, но и активизирует провоспалительные цитокины. Кроме того, активация эндотелия может вызвать экспрессию антигенов. При этом эндотелиальные клетки начинают выступать как антигенпредставительные.

Антитела к эндотелию обнаруживают у больных, но не находят у здоровых лиц. Установлено, что базальный тонус анального сфинктера у больных с высоким титром антител более высокий, чем в норме. Обнаружение циркулирующих антиэндотелиальных антител у больных с хроническими анальными трещинами позволяет предположить, что именно повреждение эндотелия предшествует изменению тонуса внутреннего анального сфинктера. По-видимому, именно циркулирующие антитела активируют эндотелий, провоцируют выделение провоспалительных цитокинов, которые, в свою очередь, повышают тонус внутреннего анального сфинктера и вызывают локальную ишемию на уровне задней анальной комиссуры в условиях исходно дефицитного кровоснабжения этой зоны.

Клинические проявления и диагностика.

Типичная триада клинических проявлений хронические анальные трещины - боль, спазм сфинктера и выделение крови из прямой кишки во время дефекации, у некоторых больных может быть представлена в редуцированном виде. В типичных случаях острая, жгучая боль в промежности возникает в момент дефекации и длится от нескольких минут до нескольких часов. Страх боли может трансформироваться в стулострахи. Возникающие при этом задержка стула и дефекация плотным комковатым калом делают очередное опорожнение прямой кишки крайне болезненным. У других пациентов порог болевой чувствительности может быть выше, и субъективное восприятие боли протекает не так катастрофично. Слизисто-кровянистые выделения из прямой кишки, как правило, скудные. Явные ректальные кровотечения возникают при сопутствующем геморрое. Для выявления сфинктероспазма необходимо провести ректальное исследование. Для этого осторожно большими пальцами рук постепенно разводят ягодицы. При этом открывается анальный канал, и на одной из стенок становится видна наружная часть трещины линейной или треугольной формы, а также сторожевой бугорок. Результаты осмотра могут быть минимальны, особенно при выраженной боли, а также у тучных больных с глубокой анальной воронкой. Пальцевое исследование при хронические анальные трещины следует начинать с введения пальца по противоположной по отношению к местоположению трещины стенки прямой кишки (по передней - в случае задней ее локализации). Резкое усиление боли требует предварительной местной анестезии (гелем, спреем, инъекцией с лидокаином). При ощупывании обычно выявляют плотное болезненное образование, расположенное по оси кишки, иногда с ригидным сужением анального канала (пектинозом). Следует оценить наличие и размеры сторожевого и анального бугорков, их способность выпадать из анального канала. О наличии спазма сфинктера судят по тому, как он плотно охватывает палец - продвижение пальца становится затруднительным и провоцирует усиление боли. Хронические анальные трещины располагаются на задней стенке у 85-90% больных, на передней - у 8-10%. Реже всего встречаются "зеркальные" трещины одновременно в проекции обеих комиссур.

У мужчин чаще всего бывают задние хронические анальные трещины (как правило, на фоне запоров). Передние трещины выявляют у женщин и детей, в последнем случае - на фоне длительных поносов.

Дифференциальный диагноз.

Множественные трещины прямой кишки и трещины ее боковых стенок подозрительны в отношении других заболеваний, включая болезнь Крона, язвенный колит, сифилис и ВИЧ-инфекцию. В последнем случае следует обращать внимание на анамнез (нетрадиционная половая ориентация больного), отсутствие спазма сфинктера (часто, наоборот, его зияние), слизистые выделения из прямой кишки.

Лечение.

Поскольку редкий стул (реже 3 р./нед) плотным, комковатым калом способствует появлению острой анальной трещины и ее трансформации в хроническую анальную трещину, лечение запоров является одним из наиболее важных компонентов терапии. В комплекс лечебных средств обязательно включают слабительные и диету, обогащенную растительными волокнами. Для предупреждения рецидива заболевания больные должны продолжать его даже после ликвидации запоров.

Эффективность диеты и слабительных в лечении острой анальной трещины высока - 80-90%, но для больных, страдающих хронической анальной трещиной, не превышает значимости плацебо.

В прошлом веке в качестве первичного метода лечения использовали дивульсию ануса. С этой целью в анальный канал вводили спекулюм (циркулярный расширитель) Паркса и с его помощью или мануально (двумя указательными пальцами) дилатировали анальный канал до 2 или даже до 4 поперечных размеров пальцев. Целью этой манипуляции было стойкое снижение тонуса внутреннего анального сфинктера. К недостаткам этой методики следует отнести увеличение размеров имеющейся трещины и/или появление новых разрывов слизистой, а также наружного и внутреннего анальных свищевых ходов по окружности ануса.

Заживление хронической анальной трещины после дилатации ануса отмечают у 50% больных, у остальных - в сроки до 1 года выявляли рецидив заболевания. Кроме того, у значительной части пациентов (20-25%) развивалась стойкая недостаточность анального сфинктера разной степени выраженности (чаще всего больные не могли удерживать газы, реже - газы и жидкий стул).

Сегодня эту процедуру выполняют стандартным баллоном в амбулаторных условиях (часто сочетая с другими нетрадиционными методами лечения). Реклама приписывает этой "новой" методике лечения анальной трещины высокую эффективность. На практике удовлетворительный непосредственный результат не является стойким, но это редко беспокоит "врачей, стоящих у конвейера".

Существуют методики стойкого понижения тонуса внутреннего анального сфинктера разнообразными лекарственными препаратами, достигающие этой цели, воздействуя на различные нервные окончания. Чаще всего применяют

блокаторы кальциевых каналов, донаторы оксида азота (нитраты) и инъекции ботулотоксина. Методы "медикаментозной сфинктеротомии" используются с 90-х годов прошлого века.

Блокаторы кальциевых каналов, такие как нифедипин, стойко снижают тонус внутреннего анального сфинктера как при сублингвальном, так и при пероральном использовании. Для достижения клинического эффекта необходимо назначить по 20 мг этого препарата дважды в день или по 40 мг однократно нифедипинретард. Курс лечения рассчитан на 8 нед.

Заживление хронической анальной трещины наблюдают у 40-60% больных. К побочным эффектам терапии следует отнести головную боль (у 30% пациентов), жар, покраснение кожи (у 60%).

Местная терапия препаратами данной группы (например, 2% гель "Дилтиазем") лишена этих системных побочных эффектов. Частота заживления хронической анальной трещины наблюдается несколько чаще, чем при пероральном назначении дилтиазема (60-70%). Особо следует отметить еще одно достоинство этого варианта терапии - заживление хронической анальной трещины у 50-70% больных, которые ранее без видимого эффекта получали курс лечения нитратами.

В качестве фармакотерапии "первой линии" во многих центрах колопроктологии чаще всего избирают донаторы оксида азота. Нитраты обладают двойным эффектом, способствующим заживлению хронической анальной трещины, - непосредственно снижают тонус внутреннего анального сфинктера и улучшают анодермальную кровоток благодаря вазодилатации. У значительной части больных уже через 5 мин после нанесения мази снижается интенсивность боли в анальном канале.

За рубежом чаще всего используют 0,2%-ную нитроглицериновую мазь, которую наносят на анальный канал 2-3 раза в день в течение 4-8 нед. Эффекты терапии зависят от частоты аппликации мази и длительности лечения. Чаще всего заживление хронической анальной трещины в течение 1-2 мес наблюдают приблизительно у 45-60% больных. У каждого второго из них в сроки от нескольких месяцев до 1 года наблюдается рецидив заболевания.

Далеко не все пациенты могут приспособиться к проводимому лечению и вынуждены прервать его из-за появления таких побочных эффектов, как головная боль, тахикардия, ортостатическая гипотензия, головокружение (у 20-60% больных), которые значительно снижают качество их жизни. Прерывают лечение нитратами около 20% больных.

Считается, что присутствие таких признаков, как пектиноз, сторожевой бугорок размером более 1 см, выпадающий из анального канала, у больного с анамнезом заболевания более 6 мес объективно снижает вероятность заживления хронической анальной трещины на фоне терапии нитратами. В ГНЦК под руководством академика Г.И. Воробьева изучали сравнительную эффективность 0,2-0,5%-ной нитроглицериновой мази в лечении хронической анальной трещины. Было установлено, что 0,4%-ная мазь статистически достоверно эффективнее 0,2 и 0,3%-ной мази и реже 0,5%-ной мази вызывает побочные эффекты. Оптимальный режим ее применения - 2 р./день, а

длительность лечения, учитывая сроки заживления, должна составлять около 8 нед. Авторы получили заживление трещины у 72% больных.

Есть сообщения о несколько большей эффективности другого нитросоединения - изосорбитадинитрата. В виде 1 %-ной мази этот препарат, вводимый каждые 3 ч, или 1,5-2,5 мг этого средства, наносимого на трещину 3 р./день, вызывали заживление хронической анальной трещины у 80-85% больных.

Ботулотоксин является нейротоксином, выделяемым *Cl. botulinum*, который вызывает подавление выделения ацетилхолина на уровне пресинаптических нервных окончаний холинэргических нейронов посредством рецептор-обусловленного эндоцитоза.

После блокады синаптической передачи ботулотоксином тонус мышц снижается, развивается их атрофия. Поврежденные нервные окончания не дегенерируют, но блокада выделения ацетилхолина остается необратимой. Функция нейромышечной передачи может восстановиться только после прорастания новых нервных окончаний и формирования новых синаптических контактов. На это уходит в среднем 2-3 мес.

Клинический эффект ботулотоксина зависит как от способа его введения, так и от индивидуальных особенностей больного. Чаще всего эффективная доза препарата зависит от массы инфильтрируемых препаратом мышц, но и чувствительность больных к препарату может быть различной. Кроме того, первоначально высокая чувствительность к ботулотоксину у некоторых пациентов может снижаться при повторных курсах терапии из-за выработки антител, нейтрализующих токсин.

Инъекции ботулотоксина, как правило, хорошо переносятся больными. После инъекции токсин распространяется в мышцах и других тканях. При этом степень воздействия препарата на мышцы снижается по мере увеличения расстояния от места введения. Системные эффекты (общая слабость), обусловленные попаданием препарата в кровь, редки. Тем не менее ботулотоксин не следует применять у больных миастенией и получавших аминогликозиды.

Для лечения хронической анальной трещины ботулотоксин используют стандартные препараты "Ботокс" и "Диспорт". Причем 1 ед. ботокса по своей эффективности эквивалентна 3-5 ед. диспорта. Обычно вводят 15-20 ед. ботокса под контролем пальца в нижнюю полуокружность внутреннего анального сфинктера на расстоянии 1-1,5 см от зубчатой линии (в положении пациента на левом боку в правую боковую стенку ануса). Некоторые проктологи одновременно вводят в обе полуокружности внутреннего анального сфинктера по 20 ед. ботокса (всего 40 ед.). Реже этот препарат вводят в наружный анальный сфинктер или межсфинктерное пространство. Одна инъекция препарата во внутренний анальный сфинктер приводит к стойкому снижению его тонуса приблизительно на ту же величину, что достигается и однократным введением в анальный канал нитроглицерина (на 25-30%), но эффект от нее сохраняется в течение 2-3 мес. Это способствует созданию условий для стойкого заживления хронической анальной трещины.

Полное заживление трещин происходит в среднем у 80-90% больных в сроки до 3 мес. При этом временные побочные эффекты терапии (недержание кала и газов) - наблюдают у 4-10% пациентов. Увеличение дозы ботокса до 30 ед. приводит к росту вероятности заживления до 96%, но при этом чаще регистрируют и возникновение инконтиненции.

Большинство колопроктологов местные побочные эффекты лечения ботулотоксином оценивают как редкие и малозначимые, в то же время подчеркивая относительно высокую стоимость этого вида терапии, сопоставимую с затратами на хирургическое вмешательство. Существует метод терапии, включающий сочетанное использование БТ и нитратов.

Хирургическое лечение.

Чем дольше не заживает хроническая анальная трещина без медикаментозной терапии или на ее фоне, тем более вероятна рекомендация хирургического лечения. В 1951 г. Eisenhammer ввел в хирургическую практику сфинктеротомию внутреннего анального сфинктера. В оригинальном исполнении ее проводили по задней стенке на 6 ч по средней линии. Однако у некоторых больных развивалась деформация ануса типа "замочной скважины" (key-hole). Поэтому благодаря работам Notaras (1969) на смену задней открытой сфинктеротомии пришла боковая закрытая ее модификация. С конца 60-х годов прошлого века в течение 20-30 лет операция дозированного пересечения боковых волокон внутреннего анального сфинктера постепенно стала "золотым стандартом" лечения хронической анальной трещины. Эту операцию выполняют под местной, проводниковой или общей анестезией через радиальный или дугообразный доступ. Боковая сфинктеротомия может быть выполнена в "закрытом" варианте (под контролем пальца, введенного в прямую кишку) или в открытом - под контролем глаз. Внутренний анальный сфинктер рассекают изнутри кнаружи или *viceversa*.

Методически правильное пересечение волокон внутреннего анального сфинктера на 3 или 9 ч после иссечения краев и дна хронической анальной трещины (фиссурэктомии) и частичного ушивания операционной раны приводит к исчезновению симптомов болезни у 95-96% больных. Однако в ранний послеоперационный период возможны кровотечения из раны, образование гематом и абсцессов. В отдаленные сроки у 0,2-1,6% больных возникают свищи прямой кишки. А частота анального недержания газов, жидкого и плотного кала достигает в некоторых группах больных в общей сложности 30-35% (или 0-35, 0-21 и 0-5% соответственно). В то же время у значительного числа пациентов симптомы инконтиненции незначительны и носят преходящий характер.

Для уменьшения вероятности развития симптомов недержания предложено ограничить протяженность сфинктеротомии продольными линейными размерами трещины и не выполнять сфинктеротомию выше (проксимальней) зубчатой линии. Длина трещины и длина сфинктеротомии должны быть примерно равны (NB!). Выполнение этого условия позволило снизить частоту недержания газов, жидкого и плотного кала до 1,4, 0,4 и 0,0% соответственно.

В целях стандартизации техники сфинктеротомии рекомендуют проводить до операции трансанальное УЗИ для уточнения индивидуальных анатомических особенностей внутреннего анального сфинктера (его протяженность, толщина). Это поможет спланировать глубину и длину рассечения сфинктера (только его каудальной порции и не более двух третей длины).

Очевидно, что у незначительного числа больных с хронической анальной трещины, имеющих исходно нормальный или даже низкий уровень величины базального тонуса ануса, сфинктеротомия не приведет к выздоровлению. Кроме того, риск появления симптомов недержания у них значительно выше, чем у больных с выраженным сфинктероспазмом. Для выявления таких пациентов необходима дооперационная сфинктероманометрия. Изолированная фиссурэктомия без боковой сфинктеротомии в настоящее время используется, в основном, у детей. У взрослых эта процедура крайне редка и показана, прежде всего, при отсутствии сфинктероспазма (например, у женщин с послеродовыми травмами анального канала).

III. ПАРАПРОКТИТ И СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Парапроктит - острое или хроническое воспаление околопрямокишечной клетчатки. По частоте занимает около 30% всех заболеваний прямой кишки, поражая примерно 0,5% населения. Мужчины страдают парапроктитом в 2 раза чаще женщин, причем основной контингент больных находится в возрасте от 30 до 50 лет.

Этиология и патогенез.

Парапроктит возникает в результате попадания в параректальную клетчатку микрофлоры (кишечная палочка, стафилококк, грамотрицательные и грамположительные палочки). При обычном парапроктите чаще всего выявляют полимикробную флору. Воспаление с участием анаэробов сопровождается особо тяжелыми проявлениями заболевания - газовой флегмоной клетчатки таза, гнилостным парапроктитом, анаэробным сепсисом. Специфические возбудители туберкулеза, сифилиса, актиномикоза очень редко являются причиной парапроктита (специфического). Пути попадания микроорганизмов, дающих начало парапроктиту, разнообразны. Микробы попадают в параректальную клетчатку из анальных желез, открывающихся в анальные крипты. В результате воспалительного процесса в анальной железе ее проток перекрывается, в межсфинктерном пространстве образуется абсцесс, который прорывается в перианальное или параректальное пространство. Переход процесса с воспаленной железой на параректальную клетчатку возможен также лимфогенным путем.

В развитии парапроктита определенную роль могут играть травмы слизистой оболочки прямой кишки инородными телами, содержащимися в кале, геморрой, анальные трещины, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

Парапроктит может быть вторичным. В таком случае воспалительный процесс переходит на параректальную клетчатку с предстательной железой,

уретры, женских половых органов. Травмы прямой кишки являются редкой причиной развития (травматического) парапроктита.

Распространение гноя по параректальным клеточным пространствам может идти в разных направлениях, что приводит к формированию различных форм парапроктита. При этом гной нередко прорывается наружу через кожу с образованием свища.

Классификация парапроктита.

I. Острый парапроктит 1. По этиологическому принципу (обычный, анаэробный, специфический, травматический).

2. По локализации гнойников, инфильтратов, затеков (подслизистый, подкожный, илиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный).

II. Хронический парапроктит (свищи прямой кишки) 1. По анатомическому признаку (полные, неполные, наружные, внутренние).

2. По расположению внутреннего отверстия свища (передний, задний, боковой).

3. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера (интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрасфинктерный).

4. По степени сложности (простые, сложные).

Хронический парапроктит (свищи прямой кишки) встречается у 30-40% всех проктологических больных. Развивается вследствие перенесенного острого парапроктита и проявляется наличием свища прямой кишки.

Причины перехода острого парапроктита в хронический:

1) поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, когда гнойник уже самопроизвольно вскрылся,

2) неверная хирургическая тактика в остром периоде - ограничение вмешательства вскрытием гнойника без санации входных ворот инфекции.

Виды свищей.

Свищ может быть полным и неполным. Полный свищ имеет два или более отверстий: внутреннее - на стенке прямой кишки и наружное - на коже промежности. Неполный свищ имеет одно отверстие на стенке прямой кишки, слепо заканчиваясь в параректальной клетчатке (внутренний свищ). Такие свищи наблюдаются у 10% больных. Они возникают в результате самопроизвольного вскрытия гнойника в просвет прямой кишки.

Свищ прямой кишки в зависимости от его расположения по отношению к волокнам сфинктера может быть интрасфинктерным, трансфинктерным и экстрасфинктерным.

-Интрасфинктерный свищ - свищевой канал полностью находится внутри от сфинктера прямой кишки. Обычно такой свищ прямой и короткий. Наблюдается у 25-35% больных.

-Трансфинктерный свищ - часть свищевого канала проходит через сфинктер, часть - расположена в клетчатке. Наблюдается у 40-45% больных.

-Экстрасфинктерный свищ - свищевой канал проходит в клетчаточных пространствах таза и открывается на коже промежности, минуя сфинктер. Наблюдается у 15-25% больных.

Транс- и экстрасфинктерный свищи могут соединяться с полостями в ишиоректальной и пельвиоректальной клетчатке (сложные свищи).

Клинические проявления.

Клиническая картина связана с наличием свища. Количество гнойного отделяемого из свища различно и зависит от объема полости, которую он дренирует, а также от степени воспалительных изменений в ней. При широком свищевом ходе через него могут выходить газы и кал. Эпизодическое закрытие свища ведет к нарушению дренирования гнойной полости, скоплению гноя, обострению парапроктита. Такое чередование обострений и ремиссий нередко наблюдается при хроническом парапроктите, длительность ремиссий может достигать нескольких лет. Боли возникают лишь в периоды обострения заболевания, исчезая при функционирующем свище. Свищи прямой кишки часто приводят к проктиту, прокто-сигмоидиту, мацерации кожи промежности. У некоторых больных мышечные волокна сфинктера прямой кишки замещаются соединительной тканью, что делает его ригидным и ведет к сужению анального канала, нарушению замыкательной функции сфинктера и как следствие этого недержанию газов и кала (особенно жидкого). Длительно существующие свищи прямой кишки могут малигнизироваться. При осмотре обращают внимание на количество свищей, рубцов, характер и количество отделяемого из них, наличие мацерации кожных покровов. Уже при пальпации перианальной области нередко удается определить свищевой ход.

Пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить тонус сфинктера прямой кишки, выявить внутреннее отверстие свища и его размеры, установить сложность свища, его ход и особенности.

Дополнительные сведения о локализации внутреннего отверстия свища, о ходе свища и его особенностях, что необходимо для выбора метода операции, получают с помощью введения метиленового синего в свищ, осторожного зондирования свищевого хода, фистулографии, аноскопии и ректороманоскопии.

Острый парапроктит - острое гнойное воспаление параректальной клетчатки. Характеризуется быстрым развитием процесса.

Клинически проявляется довольно интенсивными болями в области прямой кишки или промежности, повышением температуры тела сопровождающимся ознобами, чувством недомогания, слабости головными болями, бессонницей, исчезновением аппетита. Обширная флегмона параректальной клетчатки ведет к выраженной интоксикации. Нередко появляются задержка стула, тенезмы, дизурические явления. По мере скопления гноя боли усиливаются, становятся дергающими, пульсирующими. Если своевременно не производят вскрытие гнойника, он прорывается в смежные клетчаточные пространства, в прямую кишку, наружу через кожу промежности. Прорыв гнойника в прямую кишку является следствием расплавления ее стенки гноем при пельвиоректальном парапроктите. Образуется сообщение полости гнойника с просветом прямой кишки (неполный внутренний свищ). При прорыве гноя наружу (на кожу промежности) происходит формирование наружного свища. Боли стихают, снижается температура тела, улучшается общее состояние больного. Прорыв

гнояника в просвет прямой кишки или наружу очень редко приводит к полному выздоровлению больного. Чаще образуется свищ прямой кишки (хронический парапроктит) "Причине" перехода острого парапроктита в хронический является наличие внутреннего отверстия, ведущего из прямой кишки в полость гнояника. При формировании хронического парапроктита внутреннее отверстие свища открывается в просвет прямой кишки, наружное - на коже промежности. В свищ из прямой кишки попадают газы и кал, что постоянно поддерживает воспалительный процесс.

Рицидивирующий парапроктит проявляется наличием ремиссий, когда наступает казалось бы полное выздоровление больного (исчезают боли, нормализуется температура тела, рана заживает), сменяющихся новыми обострениями.

Подкожный парапроктит наиболее часто встречающаяся форма заболевания (до 50% всех больных парапроктитом). Характерны острые, дергающие боли, усиливающиеся при движении, на туживании, дефекации, наблюдается дизурия. Температура тела достигает 39°C, часто возникают ознобы. При осмотре выявляют гиперемию, отечность и выбухание кожи на ограниченном участке вблизи ануса, деформацию анального канала. Пальпация этой зоны вызывает резкую болезненность, иногда определяют флюктуацию. Пальцевое исследование прямой кишки вызывает усиление болей, однако при этом можно определить размеры инфильтрата на одной из стенок прямой кишки вблизи анального канала.

Седалищно-прямокишечный парапроктит встречается у 35-40% больных. Вначале появляются общие признаки гнойного процесса - слабость, ознобы, нарушение сна. Впоследствии возникают тупые боли в глубине промежности, прямой кишке, которые в дальнейшем становятся острыми, пульсирующими, усиливаются при кашле, физической нагрузке, дефекации. При локализации гнояника спереди от прямой кишки наблюдается дизурия. И лишь через 5-7 дней от начала болезни отмечают умеренную гиперемию и отечность кожи промежности в зоне расположения гнояника. Обращает на себя внимание асимметрия ягодичных областей, сглаженность полулунной складки на стороне поражения. Болезненность при пальпации внутри от седалищного бугра умеренная. Весьма ценным в диагностике седалищно-прямокишечных гнояников является ректальное исследование. Уже в начале заболевания можно определить болезненность и уплотнение стенки кишки выше гребешковой линии, сглаженность складок слизистой оболочки прямой кишки на стороне поражения.

Подслизистый парапроктит наблюдается у 2-6% больных с острым парапроктитом. Боли при этой форме парапроктита весьма умеренные, несколько усиливаются при дефекации. Температура тела субфебрильная. Пальпаторно определяют выбухание в просвет кишки в зоне гнояника, резко болезненное при пальпации. После самопроизвольного прорыва гнояника в просвет прямой кишки наступает выздоровление.

Тазово-прямокишечный (пельвиоректальный) парапроктит - наиболее тяжелая форма заболевания. Встречается у 2-7% больных с острым парапроктитом. Вначале отмечаются общая слабость, недомогание, повышение

температуры тела до субфебрильной озноб, головная боль, потеря аппетита, ломота в суставах, тупые боли внизу живота. При абсцедировании инфильтрата пельвиоректальной клетчатки (через 7-20 дней от начала заболевания) температура тела становится гектической, выражены симптомы гнойной интоксикации, боли становятся более интенсивными, локализованными, отмечаются тенезмы, запоры, дизурия. Болезненности при пальпации промежности нет. Диагноз труден до тех пор, пока гнойное расплавление тканей и *m. levatorani* не приведет к распространению воспалительного процесса на седалищно-прямокишечную и подкожную клетчатку с появлением характерных симптомов отек и гиперемия кожи промежности, болезненность при надавливании в этой области. Во время пальцевого исследования прямой кишки можно обнаружить при пельвиоректальном парапроктите инфильтрацию стенки кишки, инфильтрат в окружающих кишку тканях, болезненность при надавливании на одну из стенок кишки, выбухание гнойника в просвет кишки, причем верхний край выбухания пальцем не достигается.

Ретроректальный парапроктит наблюдается у 1,5-2,5% всех больных парапроктитом. Характерны интенсивные боли в прямой кишке и крестце, усиливающиеся при дефекации, в положении сидя, надавливании на копчик. Боли иррадиируют в бедра, промежность. При ректальном исследовании определяют резко болезненное выбухание задней стенки кишки.

Из специальных методов исследования применяют ректороманоскопию, которая информативна при пельвиоректальном парапроктите. Обращают внимание на гиперемию и легкую кровоточивость слизистой оболочки в области ампулы, сглаживание складок и инфильтрацию стенки, внутреннее отверстие свищевого хода при прорыве гнойника в просвет кишки. При других формах парапроктита в эндоскопическом исследовании нет необходимости.

Лечение.

Консервативное:

Сидячие ванны после дефекации, промывание свища антисептическими растворами, введение в свищевой ход антибиотиков, использование микроклизм с облепиховым маслом, колларголом. Консервативное лечение редко приводит к полному выздоровлению больных, поэтому его обычно используют лишь в качестве подготовительного этапа перед операцией.

Хирургическое лечение парапроктита:

Операция при остром парапроктите заключается во вскрытии и дренировании гнойника, ликвидации входных ворот инфекции. Операцию выполняют под наркозом. После введения больного в наркоз необходимо установить локализацию пораженной крипты (осмотр стенки кишки с помощью ректального зеркала после введения в полость гнойника раствора метиленового синего с перекисью водорода).

Если произошел прорыв гнойника наружу через кожу, то хорошего его дренирования, как правило, не наступает. При подкожном парапроктите гнойник вскрывают полулунным разрезом, гнойную полость хорошо ревизуют пальцем с разделением перемычек и ликвидацией гнойных затеков.

Пуговчатым зондом проходят через полость в пораженную крипту и иссекают участок кожи и слизистой оболочки, образующие стенку полости вместе с криптой (операция Габриэля). При ишиоректальном и пельвеоректальном парапроктитах подобное хирургическое вмешательство невозможно, поскольку при этом будет пересечена большая часть наружного сфинктера. В подобных случаях производят вскрытие гнойника полулунным разрезом, тщательно обследуют полость с вскрытием всех гнойных затеков, рану промывают перекисью водорода и рыхло тампонируют. Для ликвидации криптитов, приведшего к развитию парапроктита, в таких случаях необходимо обеспечить парез сфинктера. Этого можно достигнуть либо дозированной задней сфинктеротомией (при этом рассекают и пораженную крипту), либо введением дюрантного раствора новокаина в сфинктер (раствор основной соли новокаина в косточковом масле). В ряде случаев (если при ревизии гнойной полости четко определяется дефект в стенке прямой кишки (входные ворота инфекции)) возможно использование лигатурного метода. Полулунный разрез кожи после вскрытия гнойника продлевают до средней линии спереди или сзади от прямой кишки (в зависимости от локализации пораженной крипты). Далее со стороны прямой кишки эллипсоидным разрезом иссекают пораженную крипту. Через вскрытую полость и иссеченную крипту в прямую кишку и далее наружу проводят толстую лигатуру и укладывают строго по средней линии спереди или сзади анального канала и затягивают. Через 2-3 дня часть волокон сфинктера прорезается лигатурой, и ее снова затягивают. Так повторяют несколько раз. Этим достигается постепенное пересечение лигатурой мышечных волокон сфинктера, в результате чего у большинства больных удается ликвидировать развитие свища без нарушения замыкательной функции сфинктера.

Хирургическое лечение свищей:

Хирургическое вмешательство является радикальным методом лечения свищей прямой кишки. Выбор метода хирургического вмешательства при свищах прямой кишки проводят дифференцированно в зависимости от типа свища (его отношения к сфинктеру), наличия воспалительных процессов в параректальной клетчатке, гнойных затеков, состояния тканей в зоне внутреннего отверстия свища.

При интрасфинктерных свищах применяют иссечение свища в просвет прямой кишки. Иссечение свища лучше производить клиновидно вместе с кожей и клетчаткой.

Трассфинктерные свищи ликвидируют путем иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием глубоких слоев раны (мышц сфинктера) или без него.

При экстрафинктерных свищах, являющихся наиболее сложными, прибегают к различным операциям, суть которых сводится к полному иссечению свищевого хода и ликвидации (ушиванию) внутреннего отверстия свища. При сложных свищах применяют лигатурный метод. Неполные свищи иссекают в просвет прямой кишки.

IV. ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Под выпадением прямой кишки понимают выход кишки наружу за пределы заднего прохода. Выпадению прямой кишки способствуют слабость мышц тазового дна (предрасполагающий фактор) и повышение внутрибрюшного давления (производящий фактор). Повышение внутрибрюшного давления происходит при запорах, поносах, тяжелом физическом труде, затрудненном мочеиспускании, кашле. Способствовать выпадению прямой кишки могут геморрой и хронические воспалительные процессы (проктит, проктосигмоидит, неспецифический язвенный колит).

Выделяют три **стадии выпадения** прямой кишки:

I стадия - выпадение кишки лишь во время дефекации, затем кишка самостоятельно вправляется;

II стадия - кишка выпадает при физической нагрузке, самостоятельно не вправляется, больные вправляют кишку рукой;

III стадия - выпадение кишки при незначительной физической нагрузке, ходьбе, вертикальном положении тела больного. После вправления кишки она вновь довольно быстро выпадает.

В зависимости от степени выраженности патологоанатомических изменений выделяют четыре формы заболевания:

1) выпадение только слизистой оболочки заднего прохода;

2) выпадение всех слоев стенки анального отдела кишки (prolapsus ani);

3) выпадение прямой кишки без выпадения заднего прохода (собственно prolapsus recti);

4) выпадение заднего прохода и прямой кишки (prolapsus ani et recti).

Клиническая картина:

Выпадение прямой кишки развивается постепенно. Вначале при акте дефекации выпадает только слизистая оболочка которая легко самостоятельно вправляется. Затем при каждой последующей дефекации происходит выпадение большего или меньшего участка кишки, который больной должен вправлять рукой. В поздних стадиях заболевания кишка выпадает не только при дефекации, но даже при вертикальном положении тела больного. В таком случае вправление кишки больным не дает устойчивого результата - она тут же вновь выпадает. У таких больных возникает недостаточность сфинктера заднего прохода.

Выделяют три степени недостаточности сфинктера:

I степень - недержание газов;

II степень - недержание газов и жидкого кала;

III степень - недержание плотного кала.

При частых выпадениях слизистая оболочка прямой кишки травмируется, присоединяется воспаление, стенка кишки легко кровоточит, иногда наблюдают изъязвление слизистой оболочки. При выпадении прямой кишки с сохраненным тонусом сфинктера возможно ущемление выпавшего участка с последующим некрозом и перфорацией стенки кишки. Это грозит развитием разлитого перитонита, острой кишечной непроходимости, парапроктита. Лечение данного осложнения заключается в осторожном вправлении под наркозом выпавшего участка кишки. При некрозе кишки выполняют операцию

наложения противоестественного заднего прохода или брюшно-промежностную резекцию прямой кишки с наложением сигмостомы.

Диагностика основывается на жалобах больного и данных объективного его исследования. При натуживании больного, особенно в положении на корточках, выпадает слизистая оболочка или все слои стенки кишки в виде конуса. При пальцевом исследовании прямой кишки оценивают тонус сфинктера. Кроме того, выполняют ирригоскопию и ректороманоскопию.

Лечение:

У детей для излечения выпадения прямой кишки обычно бывает достаточно применения консервативных мероприятий, направленных на борьбу с запорами, поносами, кашлем. Аналогичное лечение у взрослых в начальной стадии заболевания дает значительно худшие результаты, приходится прибегать к хирургическому лечению.

Наиболее эффективна операция ректопексии по Кюммелю-Зеренину. Суть этой операции заключается в фиксации стенки прямой кишки к передней продольной связке позвоночника в области крестцовых позвонков. При сочетании выпадения прямой кишки с недостаточностью анального сфинктера эту операцию дополняют тем или иным вмешательством, направленным на укрепление мышц тазового дна (сфинктероплевропластика). При небольшом выпадении прямой кишки, а также у лиц с повышенным риском выполнения операции ректопексии внутрибрюшным способом выполняют операцию Тирша подкожную имплантацию под кожей вокруг заднего прохода серебряной проволоки. Иногда вместо проволоки используют лоскут широкой фасции бедра, шелковую нить, узкий деэпителизированный кожный лоскут.

V. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Этиологические факторы и предраковые заболевания.

В России рак толстой кишки в больших индустриальных городах наблюдается значительно чаще, чем в сельской местности.

Факторы риска.

Прежде всего к факторам, способствующим возникновению рака толстой кишки, следует отнести характер питания населения с преобладанием "малошлаковых", рафинированных продуктов с большим содержанием животных белков и жиров, в то время как у жителей стран с низкой частотой рака этого органа в диете преобладает растительная пища. Достоверно установлено, что избыточное употребление животных жиров приводит к увеличению синтеза холестерина и желчных кислот печенью, и, соответственно, повышенному их содержанию в толстой кишке. Под влиянием микрофлоры кишечника они преобразуются во вторичные желчные кислоты и другие потенциально токсические метаболитические продукты. Низкое содержание клетчатки в пище обуславливает замедленное продвижение содержимого по толстой кишке, что приводит к повышению концентрации

метаболизм желчных кислот в кале и возрастанию продолжительности их контакта со слизистой оболочкой толстой кишки. При этом было установлено, что в группах населения, предпочитающих диету с высоким содержанием животных жиров и белков (западные диеты), экскреция этих продуктов существенно выше таковой в популяциях, предпочитающих растительную пищу. Теоретически большое количество клетчатки увеличивает объем фекальных масс, разбавляет и связывает возможные канцерогенные агенты, уменьшает время транзита содержимого по кишке, ограничивая тем самым время контакта кишечной стенки с канцерогенными агентами.

Колоректальные полипы. Л.Л.Капуллер (1985) установил, что определенные типы полипов толстой кишки увеличивают риск развития в ней рака. При этом у 38% пациентов с начальными формами рака он находил остатки аденом. Колоректальные полипы относительно редки в молодом возрасте, но более распространены у лиц старшего возраста, особенно после 50 лет. Некоторые исследования подтверждают, что более чем 50% населения старше 60 лет имеют полипы в толстой кишке. Последовательность полип-рак подтверждена многочисленными исследованиями, хотя вовсе и не каждый полип, особенно размером менее 1 см, трансформируется в рак, но такая вероятность существует у значительного числа этих новообразований. Своевременное удаление этих полипов через колоноскоп несомненно уменьшает риск развития рака толстой кишки. Воспалительные заболевания толстой кишки. Все исследователи единодушны в том, что развитию рака предшествует тяжелая дисплазия. Скорее всего, именно поэтому у больных: с хроническими воспалительными заболеваниями толстой кишки, особенно с язвенным колитом, частота возникновения рака толстой кишки значительно выше, чем в общей популяции. На степень риска развития рака влияют длительность и клиническое течение заболевания. У болеющих язвенным колитом более 30 лет существует 60% вероятность развития рака толстой кишки. Болезнь Крона толстой кишки также сопровождается высоким риском возникновения рака толстой кишки, но он меньше, чем при язвенном колите. В то же время дифференцировать злокачественную трансформацию при этом заболевании значительно труднее. Наследственность в патогенезе рака толстой кишки имеет определенное значение, особенно при "неполипозном" раке. Лица, имеющие первую степень родства с больным колоректальным раком, имеют 2-4-кратную степень риска развития рака толстой кишки. Некоторые семейные болезни, такие как семейный диффузный полипоз, синдром Гарднера, синдром Турко, сопровождаются высоким риском развития рака толстой кишки. Если у таких больных не удалить полипы толстой кишки или ее саму, то почти у всех развивается рак толстой кишки. Семейный раковый синдром, передающийся по аутосомальному доминантному типу, проявляется множественными аденокарциномами эндометрия или ободочной кишки.

Выделяют две формы семейного ракового синдрома (синдром Линча).

Синдром Линча I характеризуется следующими признаками: 1) аутосомно-

доминантный тип наследования; 2) заболевание возникает в раннем возрасте; 3) локализация опухоли толстой кишки преимущественно правосторонняя; 4) первично-множественные синхронные опухоли.

Синдром Линча II

характеризуется такими же признаками, но с одновременным или последовательным развитием рака матки, яичников, желудка, мочевого пузыря и пр. Эта форма синдрома чаще наблюдается у женщин. К факторам риска также следует относить злокачественные опухоли других органов. Так у женщин, имевших рак молочной железы или гениталий, риск заболеть раком толстой кишки значительно увеличивается. Кроме того, у больных, перенесших операцию по поводу рака толстой кишки, имеется большая вероятность возникновения метакронной опухоли как в толстой кишке, так и в других органах. Кроме указанных больных, риску заболеть раком толстой кишки подвержены пациенты в возрасте старше 50 лет, страдающие хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, гениталий, сердечно-сосудистой системы, ожирением; им необходимо диспансерное наблюдение. Следует придерживаться правила, согласно которому у любого больного, предъявляющего жалобы на кишечный дискомфорт (запоры, неустойчивый стул и пр.) и патологические выделения из прямой кишки, может быть обнаружено одно из предраковых заболеваний или злокачественная опухоль толстой кишки. В связи с этим таких больных при первом же обращении к врачу необходимо подвергнуть полному обследованию, включающему клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, а у женщин и влагалища, ректороманоскопию. В сомнительных случаях показана ирригоскопия и фиброколоноскопия. При этом необходимо учитывать, что злокачественная опухоль может сочетаться с другими поражениями толстой кишки: геморроем, анальной трещиной, свищами прямой кишки, полипами и т.п. Вследствие того, при выявлении любого заболевания прямой кишки необходимо провести обследование в полном объеме. Пренебрежение этим правилом приводит к диагностическим ошибкам. Локализация и патологическая анатомия рака толстой кишки В структуре заболеваемости раком толстой кишки многие исследователи отметили тенденцию к увеличению частоты рака правых отделов толстой кишки и уменьшению частоты поражения ее левых отделов.

Классификация.

Разнообразие характера роста и гистологического строения способствовало появлению многочисленных классификаций рака толстой кишки по различным параметрам. В настоящее время наибольшее распространение получило подразделение опухоли по формам роста на: экзофитную — растущую преимущественно в просвет кишки; эндофитную — распространяющуюся в основном в толще стенки кишки; блюдцеобразную — сочетающую элементы двух предыдущих форм в виде опухоли-язвы.

При определении гистологического строения рака толстой кишки следует придерживаться Международной классификации.

Опухоли ободочной кишки:

1. Аденокарцинома (высокодифференцированная, умеренно дифференцированная, низкодифференцированная).
2. Слизистая аденокарцинома (мукоидный, слизистый, коллоидный рак).
3. Перстневидноклеточный (мукоцеллюлярный) рак.
4. Недифференцированный рак.
5. Неклассифицируемый рак.

Опухоли прямой кишки:

Все перечисленные выше варианты и дополнительно:

1. Плоскоклеточный рак (ороговевающий, неороговевающий).
2. Железисто-плоскоклеточный рак.
3. Базальноклеточный (базалиоидный) рак — вариант клоакогенного рака.

Среди злокачественных эпителиальных опухолей самой распространенной является аденокарцинома — на ее долю приходится более 80 % всех раковых опухолей толстой кишки.

В прогностических целях знание степени дифференцировки (высоко-, средне- и низкодифференцированная аденокарцинома), глубины прорастания, четкости границ опухоли, частоты лимфогенного метастазирования очень важно. У больных с хорошо дифференцированными опухолями прогноз более благоприятен, чем у пациентов с низкодифференцированным раком. К низкодифференцированным опухолям относятся:

- слизистая аденокарцинома (слизистый рак, коллоидный рак) характеризуется значительной секрецией слизи со скоплением ее в виде «озер» разной величины;
- перстневидноклеточный (мукоцеллюлярный) рак нередко встречается у лиц молодого возраста. Чаще, чем при других формах рака, отмечают массивный внутрисклеточный рост без четких границ, что затрудняет выбор границ резекции кишки. Он быстрее метастазирует и чаще распространяется не только на всю кишечную стенку, но и на окружающие органы и ткани при

сравнительно небольшом повреждении слизистой оболочки кишки. Данная особенность затрудняет не только рентгенологическую, но и эндоскопическую диагностику опухоли;

- плоскоклеточный рак чаще встречается в дистальной трети прямой кишки, но изредка обнаруживается и в других отделах толстой кишки;

- железисто-плоскоклеточный рак встречается редко;

- недифференцированный рак — часто отмечается внутристеночный рост опухоли, что необходимо учитывать при выборе объема оперативного вмешательства.

По распространенности рак толстой кишки в отечественной практике классифицируется на 4 стадии;

I стадия — опухоль локализуется в слизистой оболочке и подслизистом слое кишки.

IIa стадия — опухоль занимает не более полуокружности кишки, не выходит за пределы кишечной стенки, без регионарных метастазов в лимфатических узлах.

IIб стадия — опухоль занимает не более полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку, но не выходит за пределы кишки, метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.

IIIa стадия — опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку, поражения лимфатических узлов нет.

IIIб стадия — опухоль любого размера при наличии множественных метастазов в регионарных лимфатических узлах.

IV стадия — обширная опухоль, прорастающая в соседние органы с множественными регионарными метастазами, или любая опухоль с отдаленными метастазами.

В мировой литературе широко применяется классификация С. Е. Dukes (1932), в которой также выделены 4 стадии:

A — опухоль распространяется не глубже подслизистого слоя.

B — опухоль прорастает все слои кишечной стенки.

C — опухоль любого размера, есть метастазы в регионарных лимфатических узлах.

D — имеются отдаленные метастазы.

Наиболее информативной, позволяющей всесторонне оценить стадии развития опухоли является международная система TNM.

Международная классификация по системе TNM (1997)

T — первичная опухоль.

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

To — первичная опухоль не определяется.

Tis — интраэпителиальная опухоль или с инвазией слизистой оболочки.

T1 — опухоль инфильтрирует до подслизистого слоя.

T2 — опухоль инфильтрирует мышечный слой кишки.

T3 — опухоль прорастает все слои кишечной стенки.

T4 — опухоль прорастает серозный покров или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры.

N — регионарные лимфатические узлы.

N0 — нет поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 — метастазы в 1—3 лимфатических узлах.

N2 — метастазы в 4 и более лимфатических узлах.

M — отдаленные метастазы.

M0 — отдаленных метастазов нет.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Определение стадии заболевания должно основываться на результатах дооперационного обследования, данных интраоперационной ревизии и послеоперационного изучения удаленного сегмента толстой кишки, в том числе и со специальной методикой исследования лимфатических узлов.

Метастазирование рака толстой кишки.

Рак толстой кишки относительно редко дает метастазы в лимфатические узлы брюшной полости, рак прямой и сигмовидной кишки дает метастазы в 49%. Наиболее часто метастазы обнаруживаются в печени. Метастазирование прямой кишки происходит путем:

- 1) имплантации,
- 2) непосредственного прорастания в окружающие органы и ткани,
- 3) гематогенной диссеминации в отдаленные органы и
- 4) чаще всего путем лимфогенного распространения в ближайшие и отдаленные лимфатические узлы.

Метастазирование гематогенным путем наблюдается у 10% больных при раке толстой и у 15% больных при раке прямой кишки. У 65—70% больных раком прямой кишки и у 60% раком толстой кишки метастазирование реализовалось лимфогенным путем в регионарные лимфатические узлы.

Чаще метастазы обнаруживаются у больных с длительным анамнезом, при этом реже метастазируют полипоидные раки; метастазы встречаются чаще при маленьких, нежели при больших, первичных опухолях.

Коллоидная форма аденокарциномы слепой кишки метастазирует в 2-3 раза чаще, нежели другие типы опухолей.

Прогноз.

Злокачественный процесс в толстой кишке проходит ряд стадий:

- 1). Возникновение в слизистой оболочке;
- 2). Прорастание всех слоев кишки;

3). Лимфогенное и гематогенное метастазирование.

Точно определить стадию заболевания не всегда можно даже с помощью интраоперационной ревизии и гистологического изучения удаленного препарата, поэтому даже самую радикальную операцию следует считать лишь условно радикальной. Однако стадию процесса необходимо установить до начала лечения, чтобы выбрать наиболее адекватный для конкретного больного метод лечения. В отличие от других солидных опухолей, размеры первичного поражения толстой кишки оказывают небольшое влияние на прогноз.

Более существенны для заболевания три другие параметра: а) поперечное прорастание или распространение опухоли по слоям кишечной стенки; б) вовлечение регионарных лимфатических узлов; в) отдаленные метастазы.

Клиническая симптоматика.

Несмотря на то, что толстая кишка, особенно прямая, доступны осмотру и различным современным методам обследования, подавляющее большинство больных поступают в стационар с распространенными формами рака. Одной из причин запоздалого выявления опухоли является значительный интервал между первыми ее проявлениями и началом лечения. В этой связи обращают на себя внимание два обстоятельства. Первое - это несвоевременное обращение больных к врачам. Несмотря на достаточно яркие симптомы заболевания (примесь крови в стуле, боли в животе, нарушение опорожнения кишечника и др.), более половины больных обращаются к врачу в сроки, превышающие 6 мес. от появления первых признаков, а 2,2% наших больных обратились к врачу спустя год и более. Причины этого кроются, по нашему мнению, во-первых, в недостаточной осведомленности населения о симптомах заболевания, во-вторых, в распространяющемся явлении самолечения, в-третьих, в недоверии к врачам поликлиник. Второе - от первого обращения к врачу до выявления злокачественного новообразования проходит значительный период времени. По данным Государственного научного центра колопроктологии Минздрава РФ, лишь у 5,2% больных опухоль диагностируют в течение двухнедельного обследования, у 28,3% этот процесс занимает от 6 мес до года, а почти у 32,5% - даже более года. При первичном обращении рак толстой кишки устанавливается в среднем у 37% больных. Остальные больные обращаются к врачу по несколько раз из-за неэффективности лечения, назначенного по поводу других различных заболеваний. Основная причина длительного выявления опухоли заключается в недостаточной онкологической настороженности врачей, в том числе хирургов, которые не выполняют элементарные диагностические мероприятия. Анализ распределения первичных обращений больных к врачам различных специальностей показывает, что к участковому терапевту обращаются более половины пациентов (52,3%), к хирургу - 41,7%, другим специалистам - 6%. Следовательно, роль участкового терапевта в своевременном выявлении рака толстой кишки очень велика, именно участковый терапевт направляет больного к хирургу при подозрении на опухоль. Но и после этого при первичном обращении только у 59% больных используют такие элементарные методы обследования, как пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию. Обследование 18% больных ограничивается лишь ректороманоскопией, а 23% пациентов специальное обследование вообще не проходят, несмотря на характерные

жалобы. Необходимо подчеркнуть, что для колопроктологических заболеваний характерна некоторая монотонность симптоматики. Большинство из них проявляются либо нарушением дефекации, либо примесью крови в кале, либо болями в животе. Часто эти симптомы сочетаются. Те же симптомы и даже в тех же сочетаниях наблюдают и у больных раком толстой кишки. Клинические проявления рака толстой кишки можно сгруппировать (по частоте наблюдений) следующим образом: 1)Изменение эвакуаторной функции толстой кишки (чаще запоры вплоть до выраженных нарушений кишечной проходимости). 2)Кровотечение (от незаметной примеси крови к стулу до массивных кровотечений). Примесь крови к стулу наблюдают при всех клинически значимых стадиях рака толстой кишки, именно этот признак (т.е. наличие скрытой крови в стуле) взят в основу многочисленных методов массового обследования населения. 3)Тенезмы (ложные позывы на дефекацию) чаще характерны при низкой локализации опухоли (в сигмовидной и прямой кишке). 4)Боли в животе наиболее часто обусловлены либо нарушением кишечной проходимости, либо прорастанием опухоли в окружающие ткани или развитием перифокального воспаления. В клинической картине эти признаки нередко сочетаются. Болевой синдром у больных раком прямой кишки проявляется при наличии воспалительного процесса в области опухоли. Лишь при раке анального канала боли являются ранним симптомом заболевания. 5)Пальпация опухоли - довольно поздний симптом для рака ободочной кишки, но один из первых признаков рака прямой кишки при ее пальцевом исследовании. 6)Анемия - уже упоминалось, что кровотечение в просвет кишки - одно из наиболее частых проявлений колоректального рака. Однако развитие анемии возможно не только при явных, но и при скрытых длительных кровотечениях. Этот симптом наиболее часто наблюдают при правосторонней локализации опухоли, когда довольно поздно появляются признаки нарушения кишечной проходимости и другие проявления заболевания. 7)Снижение массы тела при раке толстой кишки или совсем не происходит, или наступает в очень поздних стадиях при наличии отдаленных метастазов или канцероматозе. Это объясняется тем, что осложнения роста опухоли наступают быстрее, чем общие нарушения обменных процессов в организме больных. Перечень наиболее характерных симптомов рака толстой кишки свидетельствует о том, что нет ни одного специфического признака этого заболевания. Данное обстоятельство необходимо учитывать врачам всех специальностей, к которым могут обратиться больные с жалобами на кишечный дискомфорт. Любое проявление заболеваний толстой кишки может быть симптомом ее злокачественного поражения. Клинические проявления злокачественных новообразований толстой кишки прежде всего обусловлены распространенностью опухолевого процесса и его локализацией. Рак правых и левых отделов толстой кишки из-за анатомо-физиологических особенностей протекает по-разному. Рак правых отделов ободочной кишки характеризуется малочисленностью ранних симптомов, и нередко первым проявлением заболевания являются анемия и потеря массы тела. До 80% пациентов беспокоят боли в животе, которые носят непостоянный характер, локализуются преимущественно в правой половине живота. В случае развития перифокального воспаления в зоне опухоли боли могут сопровождаться значительным напряжением мышц передней брюшной стенки, повышением температуры тела, лейкоцитозом, что в ряде случаев ошибочно расценивается как острый аппендицит или холецистит и является причиной неоправданной аппендэктомии или холецистэктомии. У пациентов с местнораспространенными формами рака с явлениями нарушения кишечной

проходимости различной степени выраженности и интоксикации заболевание проявляется потерей аппетита, тошнотой, отрыжкой, однократными или многократными рвотами, периодическими вздутиями живота, чувством тяжести и полноты в эпигастральной области. Некоторые больные жалуются на смену запоров поносами. Лишь при локализации опухоли в области илеоцекального угла на ранних стадиях заболевания может развиваться картина острой тонкокишечной непроходимости. Исключительно редко эти больные обращают внимание на наличие крови (мелена) и слизи в кале, иногда обнаруживают опухолевидное образование при ощупывании живота, что является единственным поводом для обращения к врачу. Чаще всего пальпируются опухоли слепой и поперечной ободочной кишок. Наиболее характерным симптомом при локализации опухоли в левых отделах толстой кишки является возникновение или усиление запоров, не поддающихся терапии. Запорам нередко сопутствует чувство тяжести в животе, вздутие, урчание, которые обычно проходят после отхождения газов или стула. Поносы как самостоятельный симптом встречаются относительно редко. Чаще при локализации опухоли в левых отделах отмечаются прожилки темной крови или слизь в кале. Редко у больных с начальными формами рака в левой половине ободочной кишки отмечается болевой синдром, который, как правило, связан с явлениями нарушения кишечной проходимости. При локализации опухоли в дистальных отделах сигмовидной и прямой кишок наиболее характерным симптомом является примесь крови в каловых массах. Этот симптом отмечают в 75-70% наблюдений. Как правило, выделяется небольшое количество крови, смешанной с каловыми массами. Наряду с кровью могут выделяться в разных количествах слизь и гной. Вторым по частоте симптомом рака прямой кишки являются различные нарушения функции: кишечника: ритма дефекации, изменение формы кала, возникновение и усиление запоров, поносов. Наиболее тягостными для больных являются частые позывы на стул, сопровождаемые выделением небольшого количества крови, слизи, гноя, газов. После дефекации пациенты не испытывают чувства удовлетворенности и у них остается ощущение инородного тела в прямой кишке. Такие симптомы, как анемия, потеря массы тела, слабость появляются при поздних стадиях процесса.

Осложнения рака прямой кишки.

Рак прямой кишки может осложниться при распаде и изъязвлении кровотечением, иногда массивным, присоединением вторичной инфекции, а в ряде случаев — развитием кахексии. Вторичная инфекция может стать причиной абсцедирования с последующей перфорацией некротизированного участка опухоли и развития перитонита.

Рак прямой кишки может осложниться ишиоректальными абсцессами и периректальными фистулами. У 40% больных раком толстой кишки развивается частичная или полная непроходимость.

В патологический процесс могут быть вовлечены мочевыделительная система с образованием гидронефроза, свищей между толстой кишкой, мочевым пузырем, мочеточником, почкой; простата, органы женской половой сферы.

Диагностика.

Обследование начинают с осмотра больного, во время которого необходимо обращать внимание на общее состояние пациента, его внешний вид, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, бледность которых может свидетельствовать о наличии анемии. Увеличение объема живота может быть связано с кишечной непроходимостью или наличием асцитической жидкости в брюшной полости. Если при перкуссии определяется притупление в боковых отделах живота, это свидетельствует о наличии свободной жидкости. Напротив, тимпанит, наиболее выраженный в боковых отделах, характерен для кишечной непроходимости. При пальпации живота возможно обнаружение опухолевидного образования. В связи с особенностями роста чаще определяются опухоли правых отделов ободочной кишки, реже - левых. Особое внимание следует уделять пальпации печени. При этом, возможно обнаружить увеличение ее размеров, выявить бугристость ее поверхности, что может свидетельствовать о наличии в ней метастазов. Увеличение паховых лимфатических узлов может явиться результатом метастазирования раковой опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки или анального канала. Редко можно определить метастазы рака толстой кишки в надключичных и подмышечных лимфатических узлах. Однако следует подчеркнуть, что в большинстве случаев во время общего осмотра не удастся выявить каких-либо значительных изменений, а установить правильный диагноз удастся с помощью применения специальных методов исследования: пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии, фиброколоноскопии, ирригоскопии, ультразвукового исследования, компьютерной томографии, магнитно-ядерного резонанса и пр.

Пальцевое исследование. Хотелось бы подчеркнуть, что более 25% всех злокачественных новообразований толстой кишки возможно выявить с помощью пальцевого исследования прямой кишки. Это исследование удобнее производить в коленно-локтевом положении, а у женщин еще и лежа на спине в гинекологическом кресле. Во время пальцевого исследования прямой кишки оценивают тонус сфинктеров заднего прохода, определяют расстояние нижнего полюса опухоли от края заднего прохода. Опухоль представляет собой плотное образование, как правило, суживающее просвет кишки. Если возможно, устанавливают протяженность *опухоли* ее подвижность, отношение к окружающим органам и тканям. У женщин необходимо сочетать пальцевое исследование прямой кишки с исследованием влагалища. При этом оценивают состояние придатков матки, подвижность тела и шейки матки, слизистой оболочки задней стенки влагалища и степень их вовлечения в опухолевый процесс. Иногда удается уточнить расположение верхнего полюса опухоли, что не всегда возможно только при пальцевом исследовании прямой кишки. Также необходимо оценивать состояние клетчатки таза и тазовых лимфатических узлов. Наконец, после извлечения пальца из просвета кишки, возможно судить о характере патологических выделений по их следам на перчатке.

Ректороманоскопия. Ректороманоскопия является обязательным методом исследования у больных раком толстой кишки. Возможно использование как жесткого, так и гибкого аппаратов (фибросигмоидоскопия). В случае локализации опухоли в дистальном отделе сигмовидной кишки и прямой кишке осуществляют визуальную оценку новообразования, производят мазки-отпечатки для цитологического исследования, а при необходимости - биопсию ткани опухоли. Исключительное диагностическое значение ректороманоскопия приобретает при образованиях, недостижимых пальцем. Ректороманоскопия позволяет определить точный уровень расположения и протяженность опухоли. Во время исследования возможно определить консистенцию высоко расположенных опухолей и степень их подвижности. Помимо опухоли в кишке могут быть обнаружены полипы или второе злокачественное новообразование.

Цитологическое исследование. Исследование мазков-отпечатков с опухоли позволяет не только установить ее морфологическую структуру, но и определить степень сопутствующих воспалительных изменений. Забор материала для исследования наносит минимальную травму опухоли, его осуществляют путем осторожного прикосновения к ней кусочком поролона с помощью биопсийных щипцов. Затем материал, отпечатавшийся на поролоне, наносят на предметное стекло. Цитологическому исследованию подвергают материалы, полученные при пункции увеличенных паховых лимфатических узлов, а также чрескожной пункции метастатических узлов печени. Сравнительная оценка цитологического метода и биопсии показала, что совпадение диагнозов происходит в 95,6% наблюдений (Л.В.Максимова, 1985).

Биопсия. Забор материала для биопсии наносит большую травму опухоли, чем получения материала исследования. Вместе с тем при локализации опухоли в ободочной кишке этот метод является единственной возможностью морфологического подтверждения диагноза в предоперационном периоде. Для получения материала используют специальные биопсийные щипцы.

Фиброколоноскопия. Является одним из наиболее эффективных методов ранней диагностики новообразований толстой кишки. Только с помощью этого метода можно получить материал для гистологического подтверждения рака ободочной кишки. Его применение позволяет обнаружить синхронные опухоли, а также полипы ободочной кишки и при необходимости произвести их удаление.

Рентгенодиагностика. С настоящего времени рентгенологические методы исследования имеют важное значение в обследовании больных колоректальным раком. Они позволяют определить: размеры, форму и локализацию опухоли; распознать ее прорастание опухоли в окружающие органы и ткани; проводить дифференциальную диагностику рака с другими заболеваниями толстой кишки; выявить синхронные злокачественные или доброкачественные новообразования ободочной кишки; диагностировать

различные осложнения рака (свищи, абсцессы, кишечную непроходимость, перфорацию); исследовать органы грудной клетки с целью исключения метастазов рака и сопутствующих заболеваний; изучить состояние мочевыводящих органов и степень их вовлечения в опухолевый процесс; выявить наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и пр. Ведущим методом рентгенологического исследования толстой кишки является ирригоскопия. Основным рентгенологическим симптомом рака толстой кишки является дефект наполнения при тугом ее заполнении контрастным веществом. Однако имеются и другие симптомы: атипическая перестройка рельефа слизистой оболочки, ригидность кишечной стенки, сужение участка кишки, ее фиксация. Дефект наполнения может иметь несколько разновидностей и в первую очередь это зависит от размеров и макроскопической формы роста опухоли. Так, при больших экзофитных образованиях, локализующихся в слепой или восходящей кишке, характерен дефект наполнения с неровными контурами. Однако в большинстве наблюдений определяется выраженное сужение кишки кольцеобразной формы. В этих случаях на фоне обычного просвета кишки определяется суженный участок, протяженностью от 2 до 10 см. Полоска бария в области сужения, как правило, располагается слегка эксцентрично. Нередко сужение кишки может быть обусловлено ее спазмом. Однако в отличие от опухоли при спазме наблюдается небольшая протяженность суженного фрагмента, сохраняется нормальный рельеф слизистой оболочки, отсутствует расширение вышележащих отделов кишки. При рентгенологическом исследовании толстой кишки необходимо соблюдать правило многопроекционного исследования, поскольку при локализации опухоли в области левого изгиба или дистальном отделе сигмовидной кишки в прямой проекции имеющиеся изменения могут скрываться заполненными контрастной взвесью петлями прилежащих сегментов кишки. При этом правильный диагноз может быть установлен при изучении рентгенограмм в боковых проекциях. Значительно труднее установить правильный диагноз при небольших размерах образования, не вызывающего сужения просвета кишки. В таких случаях полезным может оказаться проведение исследования в условиях двойного контрастирования. Рутинно у больных злокачественными новообразованиями толстой кишки применяют рентгенографию органов грудной клетки. Для уточнения диагноза используют и другие методы рентгенологических исследований: цистографию, урографию, фистулографию. Несколько реже применяют лимфографию и ангиографию.

Ультразвуковые исследования. На наш взгляд, не менее информативным методом определения распространенности опухолевого процесса являются ультразвуковые методы исследования, которые позволяют с высокой степенью достоверности установить метастатическое поражение печени, глубину инфильтрации опухолью стенки кишки и окружающих тканей, выявить наличие абсцессов в зоне опухоли. Разрешающая способность ультрасонографии

намного возрастает при использовании внутрисветных датчиков. Для этого существуют не только жесткие конструкции для исследования органов газа, но и специальные устройства, вмонтированные в фиброколоноскоп. Применение интраоперационной ультрасонографии существенно увеличивает точность диагностики. При этом следует учесть более низкую стоимость этих методов по сравнению с компьютерной томографией.

Компьютерная томография. Во многих странах Европы и Америки для установления местной распространенности опухолевого процесса, а также выявления метастазов в регионарных лимфатических узлах используют высокоинформативный способ исследования - компьютерную томографию. Вместе с тем данные литературы свидетельствуют, что полученные в предоперационном периоде сведения не всегда совпадают с результатами интраоперационной ревизии и патоморфологических исследований удаленных операционных препаратов. При этом следует учитывать высокую стоимость метода.

Магнитно-ядерный резонанс. В последние годы для диагностики распространенности опухолевого процесса стали применять магнитно-ядерный резонанс, который позволяет существенно уменьшить лучевую нагрузку. В настоящее время этот метод не получил широкого применения в нашей стране из-за высокой стоимости оборудования

Лечение рака прямой кишки.

На фоне роста заболеваемости раком прямой кишки у 70-80% пациентов с впервые установленным диагнозом имеются распространенные формы опухолевого процесса. Из них у 10-31% опухоли прорастают в смежные органы (заднюю стенку влагалища, матку, яичники, предстательную железу, семенные пузырьки, заднюю стенку мочевого пузыря), а у 12-40% пациентов определяют отдаленные метастазы (в печень, яичники, легкие и пр.). У 25-55% больных распространенность опухолевого процесса служит причиной отказа от выполнения радикальных оперативных вмешательств. Вместе с тем существующие ныне методы лучевой и химиотерапии не приводят к существенному увеличению продолжительности жизни пациентов с не удаленной опухолью. Накопленный клинический опыт свидетельствует, что резекция или удаление прямой кишки вместе с вовлеченными в опухолевый процесс органами приводит к выздоровлению более 45% оперированных таким образом больных. Причем возможно выздоровление не только пациентов с местнораспространенным опухолевым процессом, но и не менее 22,2% больных с единичными метастазами рака прямой кишки в печени, перенесших ее резекцию одновременно с ухудшением первичной опухоли. Следовательно, выполняя комбинированные и расширенные операции можно добиться излечения сравнительно большого числа лиц с распространенными формами рака. Оперативные вмешательства на прямой кишке относятся к разряду

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 с всесторонним обследованием проведения соответствующей коррелирующей терапии. С момента поступления пациентов в стационар им назначают слабительные средства (15% раствор сульфата магния по 1 столовой ложке 6-8 раз в день, а при нарушении кишечной проходимости - дополнительно по 30мл 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 используют оригинальный состав раствора на основе высокомолекулярного полиэтиленгликоля. Лаваж-раствор используют в качестве волемиического слабительного за 18-20 ч до операции. При этом пациент самостоятельно принимает 3л лаваж-раствора по 200мл с интервалом 20-30мин. 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 назначают 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 распространенности опухолевого процесса и общего состояния больного. Клинико-анатомические исследования показали, что для соблюдения принципов радикальности операции на прямой кишке достаточно отступить от нижнего полюса опухоли на 2-5см, а от верхнего полюса - на 12-15см. 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 является экстирпация, включающая удаление прямой кишки, заднего прохода, анальных сфинктеров с формированием колостомы на передней брюшной стенке. В связи с трудностями адаптации стомированных больных к изменившимся условиям жизни в Центре колопроктологии разработана новая философия хирургического лечения рака нижеампулярного отдела прямой кишки, подразумевающая выбор вида хирургического вмешательства в строгом соответствии со степенью распространения опухолевого процесса.

В клинике выполняют 8 видов операций при злокачественных новообразованиях нижеампулярного отдела прямой кишки:

- 1) Секторальная резекция прямой кишки и анального сфинктера.

- 2) Трансанальная резекция нижеампулярного отдела прямой кишки с формированием ректоанального анастомоза.
- 3) Типичная брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал.
- 4) Брюшно-анальная резекция прямой кишки с удалением внутреннего сфинктера, моделированием его из серозно-мышечного слоя низведенной ободочной кишки и формированием колоанального анастомоза с оставлением избытка слизистой.
- 5) Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с низведением ободочной в рану промежности и формированием серозно-мышечной манжетки в области промежностной колостомы.
- 6) Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием толстокишечного тазового резервуара и созданием гладкомышечной манжетки в области промежностной колостомы.
- 7) Типичная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием колостомы на передней брюшной стенке.
- 8) Эвисцерация таза.

Существенно проще решить вопрос о выборе способа оперативного вмешательства при локализации опухоли в среднеампулярном отделе прямой кишки. При расположении опухоли на расстоянии 7-9см от края заднего прохода операцией выбора является брюшно-анальная резекция с низведением ободочной в анальный канал. Распространенная точка зрения о том, что наиболее радикальной операцией при данной локализации рака является брюшно-промежностная экстирпация вряд ли в настоящее время приемлема как с онкологических позиций, так и с точки зрения возможной последующей социальной и трудовой реабилитации. По нашим данным, более чем у 68% больных раком прямой кишки опухоль располагается вне зоны запирающего аппарата прямой кишки и, следовательно, существуют предпосылки его сохранения при соблюдении принципов радикальности в подавляющем большинстве наблюдений. Противопоказанием к выполнению брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал может служить осложнение рака средне ампулярного отдела перифокальным воспалением с образованием абсцессов и свищей в области опухоли. Переднюю резекцию прямой кишки выполняют при расположении нижнего полюса опухоли на расстоянии 10см и выше от края заднего прохода. При этом вмешательстве от нижнего края опухоли необходимо отступить не менее чем на 5см, а от верхнего полюса - на 12-15см. После удаления пораженного сегмента прямой и часть сигмовидной кишки формируется колоректальный анастомоз по типу конец в конец. При "высоких" передних резекциях обычно формируется двухрядный или однорядный анастомоз нитями на атравматической игле. При "низких" передних резекциях анастомоз удобнее накладывать с помощью сшивающих аппаратов. Исключительно надежны аппараты фирм "Аутосьюче" и "ЭТИКОН". При использовании техники двойного прошивания заключающейся в ушивании культи прямой кишки

линейным аппаратом, а затем наложения колоректального анастомоза по типу конец в конец циркулярным сшивающим аппаратом, возможно достаточно легко выполнить низкую переднюю резекцию с расположением анастомоза на 1-2см выше зубчатой линии. Важно подчеркнуть, что мы, независимо от способа формирования анастомоза, рутинно проверяем его целостность путем раздувания кишки воздухом. Передняя резекция противопоказана у больных с явлениями кишечной непроходимости. В этом случае выполняют операцию Гартмана, которая заключается в ушивании культи прямой кишки наглухо и формировании одноствольной колостомы на передней брюшной стенке. Также возможно выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки с колостомой, при которой ободочная кишка вместо низведения в анальный канал выводится на переднюю брюшную стенку в виде колостомы. Два последних вида операций применяются исключительно редко, поскольку в настоящее время, наряду с вопросами радикальности, придается большое значение функциональным результатам выполненных оперативных вмешательств у больных раком прямой кишки. Окончательный объем и вид оперативного вмешательства определяют после лапаротомии и тщательной ревизии органов брюшной полости. Достаточно часто в последнее время для уточнения распространенности опухолевого процесса применяют интраоперационное ультразвуковое исследование органов брюшной полости, которое по точности диагностики превосходит трансабдоминальные способы ультрасонографии. Как правило, используется срединный разрез, который позволяет осмотреть все отделы брюшной полости и забрюшинного пространства и без технических затруднений выполнить любой тип оперативного вмешательства на прямой кишке. Доказано, что во время мобилизации опухоли под влиянием механической травмы происходит диссеминация раковых клеток, а при наличии перифокального воспаления - и микроорганизмов в основном лимфогенным и гематогенным путем.

Комплекс мероприятий, направленный на профилактику воспалительных осложнений, а также рецидивов и метастазов:

- 1) Накануне операции внутривенно вводят ударную дозу цефалоспоринов 3-го поколения.
- 2) Послойное рассечение передней брюшной стенки с последовательным тщательным ограничением салфетками подкожной жировой клетчатки, брюшины, брюшной полости от полости таза.
- 3) Перевязка и пересечение питающих сосудов, а также кишки на 12-15 см выше опухоли до мобилизации прямой кишки.
- 4) Тщательный гемостаз, смена белья и перчаток после отдельных этапов операции.
- 5) Промывание полости таза антисептическими растворами.
- 6) Промывание лапаротомной раны антисептическими растворами при послойном ее ушивании.

7) 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 больных раком прямой кишки. Так, послеоперационные осложнения развиваются у 28.9% оперированных пациентов, а послеоперационная летальность составляет менее 4,8%. При этом следует учесть, что у 30% радикально оперированных больных выполняются различные комбинированные, расширенные и сочетанные оперативные вмешательства, а у 39,8% пациентов течение рака прямой кишки осложнено перифокальным воспалением и нарушением кишечной проходимости.

Лучевая терапия. В настоящее время проводятся многочисленные исследования по разработке способов лучевой терапии как самостоятельного метода лечения рака прямой кишки. Установлено, что при высоких дозах облучения, достигающих 70-80 Гр, возможно добиться регрессии железистых раков прямой кишки, диаметр которых не превышает 3см. Однако сохраняется довольно высокая частота рецидива заболевания, а также высока вероятность развития лучевых энтеритов, крайне плохо поддающихся лечению. Высокой радиочувствительностью обладают плоскоклеточные раки анального канала. При новообразованиях, занимающих менее полуокружности заднего прохода, с помощью этого метода удастся излечить до 60% таких больных. При более крупных опухолях полной регрессии опухоли удастся достичь лишь у 20% пациентов. Следовательно, лучевая терапия как самостоятельный метод лечения имеет в настоящее время относительно ограниченное применение. Скорее всего ее применение в качестве адъювантной терапии более перспективно в сочетании с оперативным вмешательством, поскольку хирургический метод не приводит к улучшению отдаленных результатов и в течение последних десятилетий 5-летняя выживаемость составляет чуть больше 50%. В целом большинство онкологов пришли к заключению, что предоперационная лучевая терапия показана больным с местнораспространенными формами: рака. Оптимальная суммарная очаговая доза составляет 45-50 гр.

Химиотерапия. Применение адъювантной химиотерапии не приводит к улучшению результатов хирургического лечения рака прямой кишки, поскольку опухоли толстой кишки малочувствительны к существующим ныне противоопухолевым препаратам. В последние годы проводятся несколько рандомизированных исследований по изучению эффективности пролонгированной, многомесячной послеоперационной химиотерапии с использованием 5-фторурацила в сочетании с лейковарином. Однако, по предварительным данным, улучшения 5-летней выживаемости на 10-15% удалось добиться лишь при проведении комплексного лечения: предоперационная лучевая терапия (СОД 40-45 Гр) в сочетании с полихимиотерапией (5-фторурацил + лейковарин), радикальная операция и затем не менее 6 курсов полихимиотерапии (5-фторурацил + лейковарин), продолжительностью по 5 дней, с интервалами между курсами - 30 дней.

Поскольку у больных, перенесших радикальные операции по поводу рака прямой кишки, достаточно высок риск образования метакронных опухолей в оставшихся отделах желудочно-кишечного тракта, а также почти в половине наблюдений развиваются местные рецидивы и отдаленные метастазы, считаем рациональным проводить регулярные обследования 1 раз в 6 мес. Программа обследования должна включать: рентгенографию органов грудной клетки, ирриго- или колоноскопию, гастроскопию и ультрасонографию печени и органов таза. При своевременном обнаружении местных рецидивов или единичных отдаленных метастазов, можно предпринять повторное хирургическое лечение, эффективное в 20-30% наблюдений. Достаточно хорошо поддаются оперативному лечению метакронные опухоли в случае отсутствия отдаленных метастазов.

V. ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) выделения из заднего прохода слизи и гноя;
- б) тенезмы;
- в) ректальные кровотечения;
- г) запоры;
- д) похудание;
- е) схваткообразные боли внизу живота.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1. а, б, в, г.
- 2. а, б, д.
- 3. в, д, е.
- 4. д, г, е.
- 5. а, в, д.

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) недифференцированный;
- б) плоскоклеточный;
- в) слизистый;
- г) аденокарцинома;
- д) солидный.

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) анальный отдел;
- б) нижеампулярный;
- в) среднеампулярный;
- г) вышеампулярный;

д) ректосигмоидный.

4. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ИСКЛЮЧАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ?

- а) асцит;
- б) острая толстокишечная непроходимость;
- в) пальпируемая опухоль;
- г) анемия;
- д) кровотечение из прямой кишки.

5. СРЕДИ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА, САМЫМ ЧАСТЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) геморрой;
- б) повреждение слизистой оболочки прямой кишки при медицинских манипуляциях;
- в) микротравмы слизистой оболочки прямой кишки;
- г) огнестрельные ранения прямой кишки;
- д) воспалительные заболевания соседних с прямой кишкой органов.

6. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ:

- а) карбункул ягодицы;
- б) флегмона ягодицы;
- в) абсцесс предстательной железы;
- г) нагноение копчиковых кист;
- д) бартолинит.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1. а, б.
- 2. в, д.
- 3. г.
- 4. все неправильно.
- 5. все правильно.

7. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА НЕОБХОДИМО ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИХ ПРИНЦИПОВ:

- а) ранняя операция;
- б) адекватное вскрытие и санация гнойного очага;
- в) иссечение внутреннего отверстия;
- г) адекватное дренирование.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1. а, б.
- 2. а, б, г.
- 3. а, в.

4. б, г.

5. все ответы правильные.

8. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) гематурия;
- б) наличие свищевого отверстия на коже промежности;
- в) выделение алой крови в конце акта дефекации;
- г) боли внизу живота;
- д) диарея.

9. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- а) наружный осмотр и пальпация;
- б) пальцевое исследование прямой кишки;
- в) прокрашивание свищевого хода и зондирование;
- г) фистулография;
- д) все перечисленное.

10. ДЛЯ ГЕМОРРОЯ ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- а) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела;
- б) сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры;
- в) неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа "овечьего";
- г) постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области;
- д) выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов.

VII. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Мужчина 55 лет, доставлен в хирургическую клинику в экстренном порядке с массивным кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. До этого эпизода жалоб на состояние здоровья не было. В момент госпитализации признаков продолжающегося кровотечения нет. Нв 90 г/л, АД 120/60 мм рт. ст.

- Какие заболевания могут сопровождаться такой симптоматикой?
- С чего следует начать обследование?
- Какие исследования необходимы для уточнения источника кровотечения?

Задача №2

Больной 41 года, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в заднем проходе и постоянные обильные кровотечения при дефекации. Болен в течение

8 лет, когда стал отмечать появление крови при дефекации. Лечился консервативными средствами: свечи, диета, слабительные. Последние 3 месяца свечи перестали помогать, появились сильные боли при дефекации, тенезмы. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 72 в мин., удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный при пальпации во всех отделах. При ректальном исследовании резкий спазм сфинктера, исследование прямой кишки болезненно, особенно на задней стенке, где определяется плотноватая трещина. Выражены внутренние и наружные геморроидальные узлы легко кровоточащие при дотрагивании. Ректороманоскопия до 30 см без особенностей.

- Ваш клинический диагноз?
- Тактика и план лечения?

Задача №3

Больной 38 лет, поступил в клинику с жалобами на обильные регулярные кровотечения алой кровью при каждой дефекации, запоры. Болен в течение 6 лет, успешно лечился консервативными средствами, но в последнее время свечи и диета перестали помогать. Появились постоянные запоры, стул только с помощью послабляющих средств. К кровотечениям присоединились в последнее время боли в анусе во время, и после дефекации. Объективно: при ректальном исследовании в точках, проецирующихся на 3, 7, 11 часов по циферблату большие мягкие легко выпадающие внутренние геморроидальные узлы, резко кровоточащие при дотрагивании. Кожа вокруг ануса мацерирована, следы расчесов. Ректороманоскопия до 30 см без патологических изменений. Анализ крови: Нв 90 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,5 \times 10^9/л$, СОЭ 14 мм/час.

- Ваш предварительный диагноз?
- С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? -
- План лечения

VIII. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	1
2.	Г
3.	В
4.	А
5.	В
6.	5
7.	5
8.	Б
9.	Д
10.	Д

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Задача № 1. Такой симптоматикой могут сопровождаться: кровоточащий геморрой, полипы прямой кишки, рак прямой кишки, осложненный кровотечением. Обследование следует начать с ректального исследования, осмотр ректальным зеркалом, ректороманоскопия. Колоноскопия, ирригоскопия.

Задача № 2. Клинический диагноз: кровоточащий геморрой, анальная трещина. Больному показана операция геморроидэктомия с одновременным иссечением трещины прямой кишки.

Задача № 3. Предварительный диагноз: внутренний геморрой, осложненный кровотечением. Дифференциальная диагностика с раком прямой кишки, полипами, осложненными кровотечением. Больному показана операция геморроидэктомия (по Миллиган-Моргану).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Клиническая оперативная колопроктология / Под ред. Федорова В. Д., Воробьева Г. И., Ривкина В. Л. Москва: Мед., 1994.- 349 с.
2. Основы колопроктологии / Под ред. Акад. РАМН Воробьева Г. И. Ростов - на - Дону: Феникс, 2001.- 414 с.
3. Хирургические болезни / Под ред. Академика АМН СССР М.И. Кузина Москва. "Медицина". 1986. - 704с.

Дополнительная:

3. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. Запоры. М.: Мед.книга, 2000.-160 с.
4. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. М.: Мед., 1984.-383 с.
5. Дашкевич В.С. Кишечные свищи. Минск: Беларусь, 1985. - 126с.
6. Колченогов П.Д. Наружные кишечные свищи и их лечение. М.: Медицина, 1964. - 234с.