

Лекция

Заболевания прямой кишки

Геморрой

Геморрой является одной из наиболее распространенных болезней человека. Страдает более 10% всего взрослого населения, это составляет 15—28% от общего числа проктологических больных. Мужчины болеют в 3—4 раза чаще женщин, возраст больных 30—50 лет.

Термин «геморрой» имеет в своей основе корни греческих слов «кровь» и «теку». В древнерусском названии заболевания — «почечуй» — подмечены наиболее яркие симптомы — кровотечение и зуд.

В основе заболевания лежит болезнь эректильных (кавернозных) тел подслизистого слоя концевого отдела прямой кишки, имеющих артериальный приток по улитковым артериям и венозный отток в систему нижней полой и воротной вен.

Основные факторы:

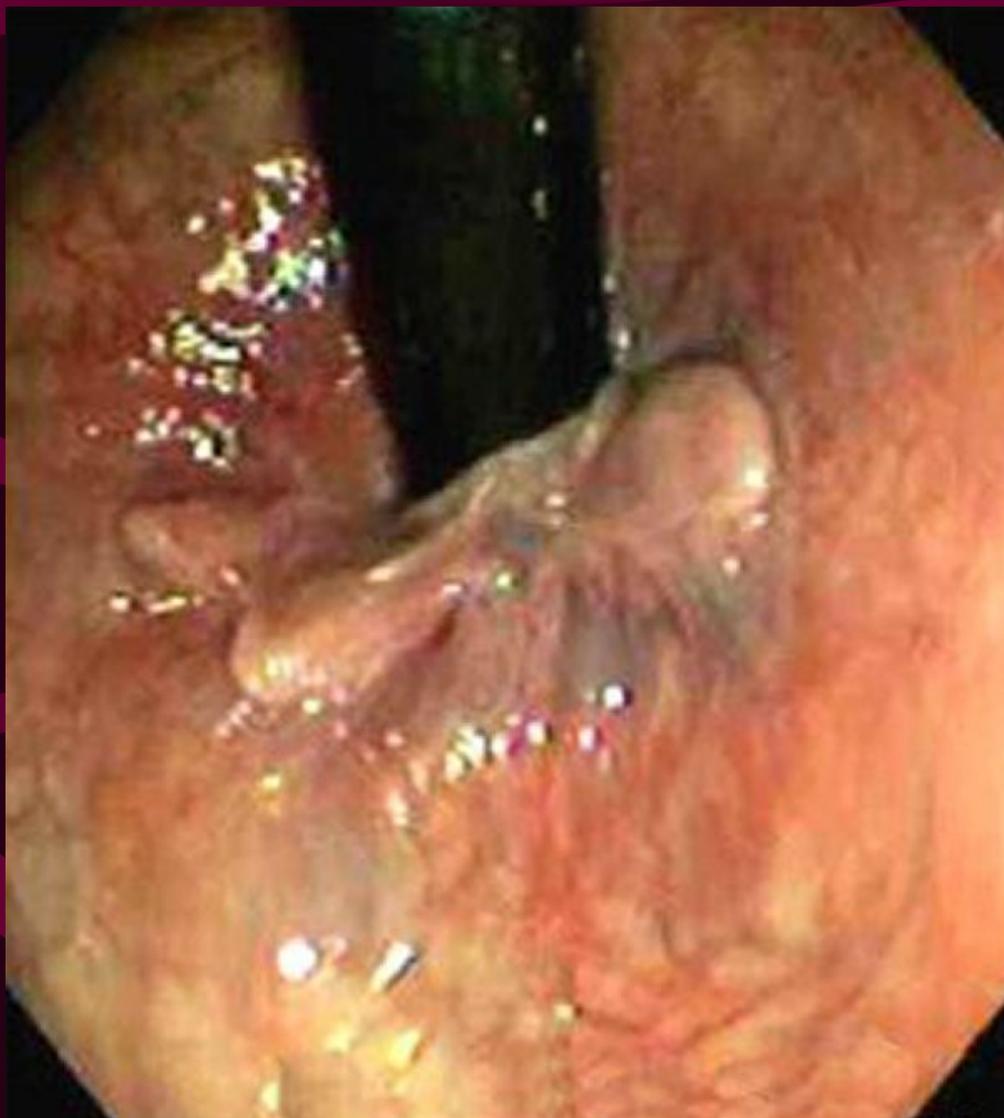
- вертикальное положение человека,
- особенности пищевого режима и рациона,
- прием алкоголя,
- сидячий труд,
- гиподинамия

Обильная еда с использованием значительного количества пряностей и острых приправ, беспорядочность половой жизни также являются факторами, способствующими появлению болезни.

Определенное значение в возникновении заболевания имеют систематические нарушения правил гигиенического ухода за анальной областью - в странах, где уход за этой областью возведен в ранг предписываемых религией манипуляций, частота геморроя значительно ниже.

Кавернозные тела располагаются в области основания морганиевых колонн и обычно группируются в основном в трех зонах: на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала (в зоне 3, 7 и 11 ч по циферблату при положении больного на спине) - в этих зонах наиболее часто формируются геморроидальные узлы.

Геморроидальный узел представляет собой не варикозно расширенную вену, а гиперпластические изменения кавернозной ткани прямой кишки, обусловленные усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тельца по улитковым артериям и затрудненным оттоком ее по отводящим венам



Внутренний геморрой

Классификация

- острая и хроническая формы
- наружный, внутренний и смешанный (комбинированный) геморрой.

По тяжести течения острый геморрой подразделяется на **легкую, среднюю и тяжелую степени:**

- **легкая степень** — умеренное воспаление, явления тромбоза, иногда - кровотечения; боли достаточно выражены, стул не нарушен, хотя и болезненный, выпавшие узлы самостоятельно вправляются; общесоматические проявления заболевания отсутствуют;

— **средняя степень** — выраженный отек и воспаление узлов перианальной кожи, выпавшие отечные узлы самостоятельно не вправляются. Признаки выраженного тромбоза и кровотечения из наружных или внутренних узлов. Запоры, резко болезненный акт дефекации. Общее повышение температуры, слабость, недомогание, снижение аппетита;

— **тяжелая степень** — связывается с ущемлением выпавших внутренних узлов, некрозами или острым гнойным воспалением их, резким отеком перианальной кожи и ануса, выраженными общесоматическими нарушениями с высокой лихорадкой, ознобами, болями не только в области ануса и прямой кишке, но и в животе. Самостоятельный стул невозможен.



Внутренний геморрой.
Выпадение и ущемление геморроидальных узлов.

По мере прогрессирования хронического геморроя выделяют **три стадии:**

На **первой стадии** в области ануса определяются спавшиеся геморроидальные узлы, которые при натуживании во время акта дефекации увеличивается, напоминая «**тутовую ягоду**». Кровотечения из прямой кишки не обильные, чаще в виде прожилок алой крови, анальный зуд, **эпизоды воспаления возникают относительно редко (2—3 раза в году)**. Замыкательная функция анального сфинктера прямой кишки хорошо сохранена.

При второй стадии во время стула появляется выпячивание легкокровотоочащих геморроидальных узлов, нередко с признаками перенесенного тромбоза. Выпавшие геморроидальные узлы самостоятельно не вправляются, и для их вправления необходимо ручное пособие. Кровотечение из узлов регулярное, хотя выраженного малокровия нет. Обострения часты, почти ежемесячно, анальный зуд выражен и, как правило, предшествует эпизодам анальных кровотечений. Тонус сфинктера прямой кишки снижен, но удержание кишечного содержимого достаточное.

В третьей стадии происходит выпадение узлов и участков слизистой при легком натуживании, физическом труде, вертикальном положении тела.

Выпавшие узлы самостоятельно не вправляются, и имеются постоянные геморрагии. Нередки тяжелая анемизация и многолетний анамнез, в котором наряду с частым воспалением или ущемлением узлов прослеживаются прогрессирующее снижение замыкательной функции наружного сфинктера, имеется недостаточное удержание газов и кишечного содержимого, угнетение и деформация эмоционально-психической сферы.

Острый и хронический геморрой подразделяются также на **первичный и вторичный**, в этиопатогенезе последнего большое значение придается **портальной гипертензии, опухолям и флеботромбозу** в области малого таза.

Основные жалобы:

- выпадение или выпячивание из ануса плотного, болезненного узла в период обострения,
- ущемление узлов
- острое воспаление их.

Прямокишечное кровотечение алой кровью от мелких капель и прожилок до чрезвычайно обильного, причем кровь обычно покрывает каловые массы, не смешиваясь с ними, является весьма частым симптомом геморроя.

Эти жалобы связаны с актом дефекации и сопровождаются чувством распирааний в прямой кишке, анальным зудом, который нередко предшествует эпизодам кровотечений, как бы предваряя их.

Перечисленные симптомы особенно усиливаются после приема алкоголя, обильной, острой пищи, при отсутствии должного ухода за анальной областью и во время тяжелого физического труда. Обострение геморроя провоцируют также все факторы, способствующие усилению кровенаполнения кавернозных тел, в том числе алкоголизм, беспорядочность половой жизни.

Вне обострения при хроническом геморрое на первый план выступают кровотечения алой кровью, продолжаясь длительное время, они нередко обуславливают развитие тяжелого малокровия.

Последовательность появления жалоб:

- **анальный зуд** появляется в наиболее ранних стадиях болезни.
- затем **выпячивание** и **выпадение** узлов,
- затем **воспаление**, **ущемление**,
- **кровотечения** появляются позднее, после многомесячного, даже многолетнего существования заболевания, свидетельствует о морфологических изменениях в структуре кавернозных тел прямой кишки. В анамнезе больных часто прослеживается наследственная предрасположенность.

При пальцевом исследовании удается определить геморроидальные узлы, которые становятся плотными и резко болезненными. При длительно существующем геморрое весьма характерным является снижение тонуса замыкательного аппарата прямой кишки, что еще более способствует выпячиванию и выпадению узлов и слизистой.

Обязательным является проведение ректороманоскопии, позволяющей оценить формы и стадии патологического процесса и исключить другие заболевания прямой кишки - **большинство случаев поздней диагностики рака прямой кишки** являются следствием принятия патологических изменений при поверхностном обследовании за геморроидальные. **При остром геморрое** применение инструментального исследования **нежелательно**, поскольку наряду с выраженной болезненностью процедуры может возникнуть интенсивное кровотечение.

Экзофитный рак прямой кишки



Консервативное лечение геморроя применяется в острой фазе болезни:

- щадящая диета,
- запрет приема алкоголя,
- запрет острой, жирной и жареной пищи;
- местное применение тепла (сидячие теплые ванночки с антисептиками);
- местно мази и свечи, обладающие гемостатическим, противовоспалительным, антибактериальным и анальгезирующим действием (например, «Анестезол», «Бетиол», «Неоанузол», особенно «Проктоседил»);

- общее противовоспалительное, анти-бактериальное, болеутоляющее лечение в сочетании с приемом седативных средств. Применение наркотических средств при геморрое нежелательно, поскольку препараты этой группы способствуют усилению запоров.
- Оперативное лечение в этих случаях целесообразно не ранее чем после 5—6 дней консервативной терапии.

Оперативное лечение геморроя показано при отчетливых клинических симптомах заболевания, частом воспалении, интенсивных и упорных кровотечениях, выпадении и ущемлении узлов.

Само по себе существование увеличенных геморроидальных узлов без клинических проявлений не является показанием к операции. Функциональные результаты операций, предпринятых при клинически выраженном геморрое, всегда лучше, чем при бессимптомном и малосимптомном заболевании.

Операция по поводу геморроя состоит в удалении кавернозных тел прямой кишки. Применяемая до настоящего времени перевязка геморроидальных узлов патогенетически не обоснована, поскольку является, по существу, перевязкой **«вершины айсберга, основная масса которого находится под водой»**.

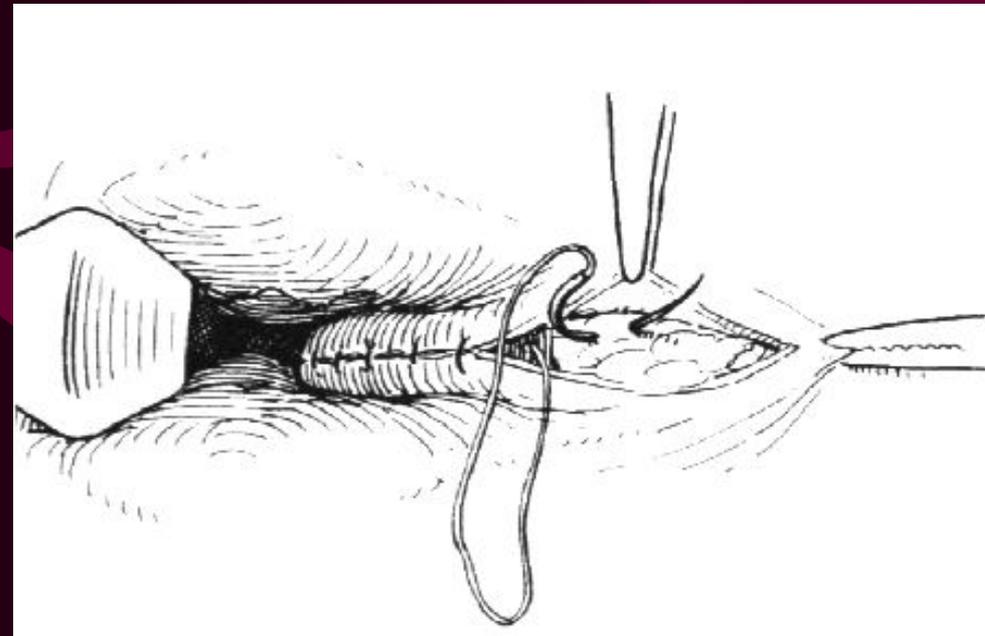
Поэтому наиболее обоснованной является геморридэктомия по Парксу, **Миллигану—Моргану** и их модификациям, которые обеспечивают минимальную частоту рецидивов болезни.

Операция Миллигана—Моргана состоит в последовательном иссечении всех трех групп кавернозных тел (на 3, 7 и 11 часах) с лигированием питающей сосудистой ножки и наложением первичного глухого шва.

Введение склерозирующих веществ выполняются в связи с тяжестью состояния больного вследствие тяжелых сопутствующих заболеваний - в толщу узла вводят 1—2 мл раствора (**спирт-новокаиновая смесь, смесь карболовой кислоты с новокаином и подсолнечным маслом** и т. п.), вызывающего повреждение интимы сосудов, асептический тромбоз с последующей организацией тромба и облитерацией просвета сосудов.

Метод сопровождается **большой частотой рецидивов**, чем удаление и перевязка узлов.

Возможен еще один неоперативный способ лечения геморроя (он применим и у больных с высокой степенью операционного риска в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями внутренних органов) — **лигирование узлов резиновыми или латексными кольцами**. По сравнению с хирургическим методом этот метод менее радикален и дает большее число рецидивов.



Операция
Миллигана
—Моргана

Тромбоз наружного геморроидального узла чаще возникает после погрешности в диете, физической нагрузки. **Лечение:** диета с исключением острых блюд, алкоголя; послабляющие средства, противовоспалительные препараты (бутадион, реопирин, ацетилсалициловая кислота, местно — свинцовые примочки).

С 3—4-го дня — сидячие теплые ванночки со слабым раствором перманганата калия. Целесообразно хирургическое лечение — рассечение тромбированного узла, удаление тромботических масс.

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Под выпадением прямой кишки понимают опущение через задний проход и выворачивание наружу ее стенки.

Выпадение прямой кишки относится к числу сравнительно редких заболеваний, его частота не превышает 5 на 10000 населения.

Часто начинается в детском и юношеском возрасте. Около 30 % больных — дети в возрасте до 15 лет (в основном младший возраст), 60 % — лица в наиболее активном, трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет).

Этиология и патогенез

Тазовое дно способно выдерживать давление, которое при натуживании составляет 280 мм рт. ст. у мужчин и до 200 мм рт. ст. — у женщин. Выпадение прямой кишки является следствием утраты способности мышц тазового дна противостоять такому давлению.

Различают несколько основных причин выпадения, отражающихся и на его механизмах: слабость ануса и мышц промежности; слабость подвешивающего связочного аппарата прямой кишки; своеобразная грыжа Дугласом пространства малого таза; инвагинация вышележащих отделов прямой кишки.

Условия, предрасполагающие к выпадению прямой кишки:

1. Анатомо-конституциональные особенности строения таза, промежности и прямой кишки:
 - уплощение крестцово-копчиковой кривизны;
 - слабость мышечной стенки при ампулярной форме прямой кишки;
 - удлинение сигмовидной кишки и ее брыжейки;
 - мезоректум;
 - увеличение глубины дугласова пространства;
 - врожденная слабость мышц тазового дна;

— наследственная неполноценность производных мезенхимы (у больных с выпадением прямой кишки нередко выявляются признаки «слабости соединительной ткани» — грыжи различных локализаций, варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, плоскостопие и др.).

В эту же группу входят **анатомо-физиологические особенности детей раннего возраста:**

- слабая выраженность крестцово-копчикового изгиба;
- вертикальное положение копчика;
- слабая выраженность поясничного лордоза;
- низкое стояние дна пузырьно-прямокишечного и маточно-прямокишечного углублений;
- рыхлость околопрямокишечной клетчатки;
- слабость мышц тазового дна.

В силу указанных особенностей повышенное внутрибрюшное давление у детей направлено непосредственно на тазовое дно и прямую кишку.

2. Дегенеративные изменения мышечного слоя кишечной стенки, сфинктера прямой кишки и мышечного аппарата тазового дна вследствие хронических и воспалительных заболеваний прямой кишки (привычные запоры, колит, проктит, дизентерия, полипоз, геморрой, парапроктиты, опухоли), нередко сопровождающиеся также нарушением иннервации сфинктера и мышц тазового дна. Сюда же можно отнести некоторые **вредные привычки**, например, намеренную задержку стула, **половые извращения** (педерастия).

3. Гипотрофические изменения в прямой кишке, тазовом дне и фиксирующем аппарате прямой кишки в результате авитаминоза, кахексии различного генеза, в том числе вследствие перенесенных тяжелых травм и инфекций.
4. Рубцовое перерождение мышц тазового дна, сфинктера прямой кишки, подвешивающего и фиксирующего прямую кишку связочного аппарата, наступившее после механических травм, тяжелых родов с разрывом промежности, обширных оперативных вмешательств в параректальной области.
5. Врожденные или перенесенные заболевания нервной системы.

Классификация выпадения прямой кишки
возможна по нескольким критериям. В зависимости от выпадения того или иного отдела прямой кишки выделяют следующие формы:

- 1) выпадение слизистой заднего прохода;
- 2) выпадение заднего прохода;
- 3) выпадение прямой кишки;
- 4) выпадение заднего прохода и прямой кишки;
- 5) внутреннюю инвагинацию прямой кишки;
- 6) выпадение инвагинированной толстой кишки.

По клиническому течению различают:

- 1) острое выпадение прямой кишки;
- 2) прогрессирующее, или хроническое выпадение прямой кишки, развитие которого характеризуется **тремя стадиями**:

I стадия — выпадение прямой кишки возникает при акте дефекации,

II стадия — выпадение возникает не только при акте дефекации, но и физической нагрузке;

III стадия — выпадение возникает при вертикальном положении тела и ходьбе.

Выделяют также три степени имеющейся слабости запирающего аппарата:

I — недержание газов,

II — недержание газов и жидкого кала,

III — недержание твердого кала.

Осложнения:

- эрозивно-язвенный и гиперпластический проктит;
- прямокишечные кровотечения;
- малигнизация вследствие повторных травм и хронического воспаления слизистой оболочки;
- ущемление выпавшей прямой кишки, которое может сопровождаться ущемлением выпадающих петель тонкой кишки и в крайнем варианте приводит к некрозу «промежностной грыжи», развитию перитонита;
- разрыв выпавшей кишки.

Ведущей жалобой является выпячивание или выпадение из ануса прямой кишки, происходящее при дефекации, физической нагрузке, ходьбе и других состояниях, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления.

С течением времени участок прямой кишки выпадает при каждом испражнении, затем и при физической нагрузке, а в запущенных случаях — при самом легком напряжении, при ходьбе, кашле и даже при вставании с постели.

Развивающаяся недостаточность сфинктера

заднего прохода при длительно существующем выпадении прямой кишки обуславливает жалобы на недержание газов, а затем жидкого и твердого кала. Больные жалуются на постоянное выделение слизи из заднего прохода, которое нередко приводит к раздражению и мацерации кожи промежности, внутренней поверхности бедер, сопровождающимся развитием упорного зуда (до 30 % больных). Нередко больные отмечают наличие прожилок крови в кале либо следы крови на белье.

Боли в области промежности и внизу живота отмечают лишь около 10 % пациентов.

Другие жалобы больных обычно связаны с сопутствующими расстройствами функций желудочно-кишечного тракта, мочеиспускания, нервной системы, половой сферы (импотенция). Снижается трудоспособность больных, они становятся раздражительными, нервозными, нередко теряют интерес к окружающему, легко подвержены алкоголизму, апатичны.

Консервативное лечение включает мероприятия, направленные на повышение мышечного тонуса промежности и сфинктера (электростимуляция мышц тазового дна и сфинктера заднего прохода, физиотерапия, лечебная физкультура и др.), и терапию заболевания (хронического колита, дизентерии, хронических запоров, болезней легких), имеющего патогенетическое значение в механизме выпадения прямой кишки. К консервативным методам относят также введение склерозирующих веществ (например, спирта) в параректальную клетчатку.

Паллиативные методы и приемы механического удержания прямой кишки с помощью пелотов, бандажей или повязок неэффективны и представляют лишь исторический интерес.

У детей консервативные мероприятия более эффективны, и именно с них надо начинать лечение. Наряду с устранением причины выпадения прямой кишки необходимо исключить натуживание при дефекации: на месяц запрещают высаживать ребенка на горшок; он должен испражняться, лежа на спине на подкладном судне или на боку на подкладной клеенке. Для предупреждения выпадения прямой кишки ягодицы сближают и фиксируют полосами лейкопластыря, наложенного в поперечном направлении; их оставляют на 2—3 недели, сменяя каждые 4—5 дней.

Вместо фиксации лейкопластырем ягодицы **можно туго спеленать**. Этого в сочетании с диетой, направленной на нормализацию кишечной моторики, общеукрепляющим лечением, витаминотерапией в большинстве случаев бывает достаточно для выздоровления.

У маленьких детей только устранение причины выпадения прямой кишки (фимоз, дизентерия, коклюш и др.) приводит к стойкому излечению.

При безуспешности консервативного лечения у детей прибегают к инъекциям спирта в параректальную клетчатку. Метод разработан О.М. Langenbeck еще в 1866 году и имеет целью развитие асептического воспаления с последующим замещением рыхлой клетчатки плотной рубцовой тканью, удерживающей прямую кишку на месте. В условиях наркоза под контролем пальца, введенного в прямую кишку, в трех точках (на 3, 6 и 9 час в положении больного на спине) вкалывают иглу, отступая на 1 — 1,5 см от анального отверстия. В каждую точку на глубину 5 см вводят 50 мл 0,5 % раствора новокаина, а затем — 70 % спирт в объеме до 1,5 мл на 1 кг массы тела (но всего не более 25 мл).

В 90 % случаев выздоровление наступает после однократного введения спирта. При необходимости через 3—4 недели инъекции можно повторить.

Основой лечения выпадения прямой кишки у взрослых является оперативное вмешательство. Оно показано при существовании выпадения прямой кишки более 3—5 мес. У детей показания к операции ставят при безуспешности консервативного лечения и инъекционного способа, главным образом в возрасте старше 5 лет. В настоящее время нет единого, надежного во всех случаях и стадиях способа оперативного лечения этой тяжелой болезни, о чем свидетельствует существование более 120 видов операций. Функциональные результаты операции, проведенной в ранние сроки, всегда более благоприятны, чем в запущенных случаях.

Методы хирургического лечения выпадения прямой кишки объединяют в 4 основные группы:

- 1) операции, направленные на сужение заднего прохода;
- 2) пластические операции на мышцах промежности и таза с целью укрепления тазового дна (вне- и внутрибрюшинные);
- 3) резекции прямой или сигмовидной кишки (промежностные, внутрибрюшинные, брюшно-анальные);
- 4) операции с целью фиксации прямой или сигмовидной кишки к окружающим тканям (вне- и внутрибрюшинные ректо- или колопексии).

Рак прямой кишки

Частота рака в прямой кишке составляет от 4 до 6% по отношению ко всем злокачественным опухолям человека.

Генетические факторы играют незначительную роль в этиологии этого заболевания.

Большое влияние оказывают алиментарные факторы, определяющие характер, объем, бактериальную флору каловых масс и периодичность стула.

Рацион с преобладанием легкоусвояемых продуктов и высококалорийных жиров предрасполагает к медленному пассажу кишечного содержимого, дисбактериозу и следовательно, более длительному контакту слизистой прямой кишки с онкогенными веществами, содержащимися в пищевых продуктах.

Неблагоприятное влияние оказывает и снижение физической активности, гиподинамия, отрицательно воздействующие на моторику желудочно-кишечного тракта, способствуя задержке стула и запорам.

Большое значение играют предраковые заболевания:

- полипы,
- ворсинчатые опухоли,
- проктиты,
- неспецифический язвенный колит,
- болезнь Крона,
- анальные трещины,
- хронический парапроктит,
- геморрой,
- заболевания, передающимися половым путем (герпетические вирусы, папилломавирусы человека и др.).

Опухоли располагаются:

- часто в ампулярном отделе (до 70%),
- реже — в надампулярном (15—20%)
- в анальном (3—6%).

Почти одинаково часто встречаются как **экзофитные**, так и **эндофитные** формы опухоли, причем экзофитные опухоли обычно изъязвляются, подвергаются распаду, приобретая **блюдцеобразную форму**, а эндофитные опухоли, разрастаясь вглубь кишечной стенки, вызывают деформацию и **сужение просвета кишки**.

Интрамуральная инвазия раковых клеток определяется на протяжении до 5 и более см от видимой границы опухоли.

По гистологической структуре среди раковых опухолей прямой кишки преобладают

- аденокарциномы (до 90—95 %) с различной степенью дифференцировки;
- слизистый и солидный рак встречается значительно реже;
- плоскоклеточный (эпидермоидный) рак составляет около 2—4 %, и эти опухоли обычно располагаются на границе ампулярного отдела и анального канала.

Метастазирование лимфогенным, гематогенным и имплантационным путями.

- При **супраампулярной** локализации опухоли метастазирование ее идет по ходу верхней прямокишечной и нижней брыжеечной артерии в парааортальные лимфатические узлы.
- При опухолях **ампулярного** отдела, помимо этих путей метастазирования, появляются также метастазы вдоль средней прямокишечной артерии, в крестцовые лимфатические узлы и по ходу внутренней и наружной подвздошных артерий.

- При **анальном** раке метастазирование происходит в крестцовые лимфатические узлы, вдоль общей подвздошной артерии, в бедренные и паховые лимфатические узлы.
- **Гематогенные метастазы** наиболее часто обнаруживаются в **головном мозгу, легких, костях скелета, печени.**
- **Имплантационные метастазы** возможны вследствие прямого переноса опухолевых клеток по брюшине (карциноматоз брюшины) или поверхности слизистой.

Стадии рака прямой кишки:

I стадия: небольшая, четко отграниченная, вполне подвижная опухоль или опухолевая язва, локализуемая на небольшом участке слизистой оболочки и подслизистой основы; метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.

II стадия:

- а) опухоль или язва занимает до половины окружности кишки, не выходя за ее пределы; метастазы отсутствуют;
- б) опухоль того же или меньшего размера, но имеются одиночные, подвижные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

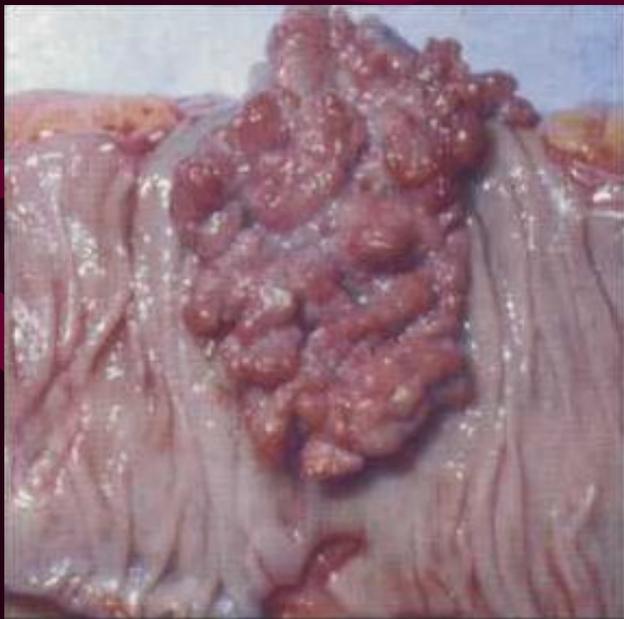
III стадия:

- а) опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает всю стенку или спаяна с окружающими тканями или органами;
- б) опухоль любых размеров с множественными метастазами в регионарных лимфатических узлах.

IV стадия: обширная, распадающаяся неподвижная опухоль, прорастающая окружающие органы и ткани с метастазами в регионарные лимфатические узлы или отдаленными метастазами.



Макропрепарат. Аденокарцинома,
развившаяся из ворсинчатой опухоли



Макропрепарат. Экзофитный рак.
Папиллярная форма роста опухоли





