

Лекция: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ»

Анатомия толстой кишки

Толстая кишка имеет следующие части: слепая кишка с червеобразным отростком; восходящая ободочная кишка; поперечная ободочная кишка; нисходящая ободочная кишка; сигмовидная ободочная кишка; прямая кишка, заканчивающиеся заднепроходным (анальным) каналом. Общая длина толстой кишки колеблется от 1,0 до 2,5 м. Ширина просвета в среднем от 4 см до 8 см. Толстая кишка отличается от тонкой наличием гаустр, мышечных лент (тений) и жировых отростков.

Стенка кишки имеет четыре слоя: слизистый, подслизистый, мышечный слой и серозную оболочку. Поверхность слизистой оболочки выстлана одним рядом цилиндрических клеток. Цилиндрический эпителий продолжается внутрь крипт. Крипты или железы выстланы преимущественно бокаловидными клетками, за исключением оснований. В подслизистой оболочке содержится большое количество кровеносных и лимфатических сосудов, а также нервных волокон. Мышечная оболочка толстой кишки состоит из мощной гладкой мускулатуры, образующей внутренний слой круговых и наружный слой продольных мышечных волокон. Между этими слоями находится нервное сплетение. Мышечной циркулярный слой формирует 10 физиологических сфинктеров.

Ободочная кишка имеет ряд связок:

- связка Джексона (от заднебоковой поверхности правого бокового канала к медиальной тени);
- диафрагмо-ободочная (справа и слева);
- желудочно-ободочная;
- печеночно-ободочная;
- околокишечные связки (по ходу бокового канала).

Толстая кишка кровоснабжается из системы верхней и нижней брыжеечных артерий: подвздошно-ободочной артерии; правой, средней и левой ободочной артерии; сигмовидными артериями (от 2 до 5). Кровоснабжение правой половины толстой кишки осуществляется ветвями верхней брыжеечной артерии. Нисходящая и сигмовидная кишки, а также верхняя треть прямой кишки кровоснабжаются ветвями нижней брыжеечной артерии. Краевая артериальная аркада, которая идёт вдоль брыжеечного края ободочной кишки, обеспечивает анастомозирование ветвей верхней и нижней брыжеечных артерий.

Расположение сосудов вдоль правой половины ободочной кишки довольно постоянно. Верхняя и нижняя брыжеечные артерии анастомозируют вблизи селезёночного угла ободочной кишки посредством дуги Риолана, которая часто плохо выражена, что обуславливает недостаточность кровотока по краевой артериальной дуге в этой зоне. Этот

факт объясняет ненадёжность кровоснабжения данного сегмента ободочной кишки.

Венозный отток происходит в одноименные вены в систему воротной вены. Лимфатический отток вдоль нижней и верхней брыжеечной артерии. В ободочной кишке различают четыре группы лимфатических узлов.

Иннервация осуществляется за счет верхнего и нижнего брыжеечных сплетений, брюшного отдела аортального сплетения, верхнего подчревного сплетения. В обеспечении моторики толстой кишки участвуют различные отделы нервной системы. Чувствительные волокна спинномозговых нервов и блуждающего нерва обеспечивают чувствительную иннервацию кишечника. Двигательная функция кишечника обеспечивается вегетативной нервной системой.

Толстый кишечник выполняет ряд важных функций: всасывательную, пищеварительную, выделительную, механическую, эндокринную, иммунную.

Анатомия прямой кишки.

Прямая кишка делится на три части: анальная или зона сфинктеров длиной 2,5-4 см, точнее анальный канал; средняя, ампулярная – 8-10 см; надампулярная, покрытая брюшиной – 4-5 см.

По форме прямая кишка бывает двух видов: цилиндрическая и ампулярная. Несмотря на свое название, прямая кишка делает ряд изгибов, как во фронтальной, так и в сагиттальной плоскостях. Наиболее постоянны два изгиба в сагиттальной – крестцово-копчиковый и промежуточный и три во фронтальной.

Брюшиной покрыта только надампулярная часть прямой кишки, она оканчивается сзади на уровне верхнего края III крестцового позвонка и значительно ниже опускается спереди, образуя между кишкой и мочевым пузырем ректовезикальное или Дугласово пространство. Расстояние между кожей и дном Дугласова пространства равно 5-6см. Несколько иначе у женщин, где брюшина с кишки переходит на заднюю поверхность матки, образуя заднее Дугласово пространство.

Мышечная стенка состоит из продольных и циркулярных волокон. Скопления циркулярных волокон приподнимают слизистую, образуя ряд складок. Наиболее постоянна складка Кольрауша на задней правой стенке в середине ампулы и сфинктер О'Берна-Пирогова-Мутье на уровне мыса. В нижней части прямой кишки на уровне белой линии гладкие мышечные волокна образуют утолщение – внутренний сфинктер. Часть волокон внутренний сфинктер переплетается с наружным, частью прикрепляется к сухожильному центру промежности. В области Марганьевых столбиков в подслизистом слое имеется мышца Трейца.

Среди мышц, сжимающих задний проход, важная роль принадлежит наружному сфинктеру. Это кольцевидная несколько вытянутая в переднезаднем направлении мышца, которую, как в анатомическом, так и в функциональном отношении можно разделить на три порции. Наиболее поверхностно расположена подкожная порция сфинктера. Волокна этой порции прикрепляются непосредственно к коже впереди и сзади заднего прохода. Вторая порция – поверхностная, расположена несколько глубже первой. Начинается от задней поверхности копчика и прикрепляется к сухожильному центру промежности. Третья – глубокая, прикрепляется сзади к копчику, спереди сливается с луковично-пещеристой мышцей у мужчин и с констриктором влагалища у женщин. Сейчас имеется тенденция различать только две порции – поверхностную и глубокую.

На протяжении надампулярной части и ампулы слизистая оболочка имеет продольные и поперечные складки. Наиболее крупными из них являются две-три расположенные поперечно, чаще всего на заднелевой стороне ампулы на высоте 4-5 см и 8-9 см, называемые заслонками Гаустона и Кольрауша. Наиболее постоянными складками прямой кишки у человека являются морганиевы валики (столбики). Их число в среднем 8-10. Углубления между валиками называют морганиевыми пазухами, синусами, криптами. В нижней части морганиевы валики соединены между собой складками слизистой оболочки, носящих название полулунных морганиевых заслонок, в карманах которых открываются анальные железы.

Ниже синусов расположен круговой валик, соединяющий продольные возвышения слизистой – нижнюю часть морганиевых столбиков. Этот валик является наиболее выступающей частью внутреннего сфинктера и называется **гребешком** – *pecten*. Выше гребешка расположены основания морганиевых столбиков и крипт с полулунными складками, создающими зубчатую или гребешковую линию – заслонки Болла. На уровне этой линии происходит постепенный переход цилиндрического эпителия слизистой прямой кишки в многослойный плоский анального канала. Эта линия еще называется аноректальной линией. Ниже гребешковой линии идет узкая 0,5-0,7 см полоска белой кожи, которая называется белой линией, переходной складкой или линией Хилтона. Эта линия лишена сальных, потовых желез и волосяного покрова. К наружи белая линия переходит в собранную в радиальные складки пигментированную кожу заднего прохода.

Кровоснабжение прямой кишки Прямая кишка кровоснабжается 5 артериями: 1 непарной и 2 парными. Непарная верхняя прямокишечная артерия, которая отходит от нижней брыжеечной (отходит от нижней трети брюшной аорты на уровне 3 поясничного позвонка), парные средние и парные нижние прямокишечные артерии, которые отходят от внутренней подвздошной артерии. Венозный отток осуществляется по одноименным

венам в нижнюю полую вену, от нижней трети прямой кишки, минуя воротную вену и печень, непосредственно в венозную систему.

Иннервация. Кожа области заднего прохода и произвольные мышцы прямой кишки иннервируются корешками 3-4-5 крестцовых нервов.

Для изучения воспалительных процессов в прямой кишке очень важное значение приобретает знание фасции и клетчаточных пространств таза.

Физиология прямой кишки. Деятельность толстого кишечника тесно связана с функционированием всего организма.

Как известно, у человека за сутки из тонких кишок в толстую переходит около 4000 г пищевой кашицы (химуса). Из 4 л химуса в толстой кишке остается 150-200 сформированного кала. Он состоит из остатков не переваренной пищи, из продуктов жизнедеятельности кишки и из живых и мертвых бактерий. Количество бактерий занимает значительную часть кала – до 50 % и более.

Важнейшими функциями прямой кишки и анального канала являются:

- 1) резервуарная – накапливание идержание каловых масс;
- 2) эвакуаторная, т.е. акт дефекации;
- 3) всасывательная.

А.М. Аминев большое значение придавал типу дефекации. Он выделял два основных типа дефекации: одномоментный и двух- или много моментный тип. При первом типе дефекация совершается одномоментно, быстро. После нескольких напряжений брюшного пресса выбрасывается все содержимое, скопившееся в прямой кишке. Но не ощущается полного опорожнения кишечника. У человека остается чувство неудовлетворенности, незаконченности. Через несколько минут появляется повторный настоятельный позыв на дефекацию. Выбрасывается вторая порция содержимого кишечника. Объясняется это особенностями нервной системы, а также формой кишки. При ампулярной кишке весь кал скапливается в ампуле и выбрасывается одномоментно. При цилиндрической форме прямой кишки чаще наступает двух моментная дефекация. Последняя способствует возникновению некоторых заболеваний прямой кишки. Двух – и многомоментные акты дефекации, которые длятся иногда до 15-30 и более минут способствуют расширению венозной сети прямой кишки, ведут к растяжению подвешивающего аппарата, способствуя возникновению геморроя, выпадению прямой кишки и т.д.

Геморрой

Геморрой – это заболевание, возникающее в результате гиперплазии кавернозной ткани подслизистого слоя конечного отдела прямой кишки и застоя в ней крови вследствие нарушения оттока по венам. Анатомы

различают наружное или нижнее, и внутреннее или верхнее геморроидальное сплетения. Первое, расположенное по окружности анального отверстия и канала, дренируется через нижнюю и среднюю прямокишечные вены в систему нижней половой вены. Но часть ветвей через верхнюю прямокишечную вену дренируется в систему воротной вены. Границей между наружным и внутренним геморроидальным сплетением со стороны слизистой прямой кишки является зубчатая или гребешковая линия.

В зависимости от того, в каком сплетении наблюдаются узлы, мы говорим о наружном или внутреннем геморрое, который старые русские врачи называли словом «почечуй».

Этиология и патогенез геморроя. Установлено, что имеется два ряда причин геморроя – врождённые (предрасполагающие) и производящие (экзогенные и эндогенные влияния). Сочетание предрасполагающих и производящих факторов обуславливает возникновение и развитие геморроя. Причины, развития геморроя:

1. Отсутствие или повреждение клапана у отводящих вен кавернозного геморроидального сплетения.
2. Гиперплазия кавернозных тел анального канала.
3. Врождённая функциональная недостаточность соединительной ткани.
4. Длительное пребывание в стоячем или сидячем положении.
5. Часто возникающие резкие напряжения во время работы.
6. Длительные упорные запоры.
7. Частый приём алкоголя, острой и пряной пищи.
8. Анальный секс, разрыв мышц Трейца в подслизистом слое.
9. Заболевания органов малого таза.
10. Заболевания, приводящие к застою крови в системах поллой и воротной вены.
11. Беременность и роды.
12. Патология дефекации (А.М. Аминев). Он считает, что длительная двух- и многомоментная дефекация может играть роль производящего фактора. Если в норме двухмоментная дефекация имеет место у 20-25 % людей, то у страдающих геморроем она наблюдается у 84 %. Поэтому он предлагал своеобразный метод профилактики геморроя – устранение многомоментной дефекации и выработка естественной и нормальной одномоментной дефекации.

Классификация

Различают геморрой **острый** и **хронический**. По локализации геморрой подразделяется на **наружный, внутренний, смешанный**. По механизму развития выделяют геморрой наследственный и приобретенный, первичный

(является самостоятельным заболеванием) и вторичный (когда расширение вен прямой кишки – сопутствующий симптом других болезней).

Стадии хронического геморроя:

- 1-я стадия: регулярные кровотечения при дефекации без выпадения геморроидальных узлов;
- 2-я стадия: периодическое выпадение геморроидальных узлов при нагрузке (во время дефекации или поднятия тяжестей) и их самопроизвольное вправление;
- 3-я стадия: регулярное выпадение геморроидальных узлов, которое пациенты исправляют вручную;
- 4-я стадия: постоянное выпадение узлов даже при незначительной нагрузке, причем вправить их оказывается невозможно.

Острый геморрой (аноректальный тромбоз) – тромбирование внутренних и/или наружных геморроидальных узлов.

Острую форму геморроя подразделяют на три степени:

- 1-я степень: тромбоз геморроидальных узлов без воспалительного процесса.
- 2-я степень: тромбоз, осложненный воспалением геморроидальных узлов.
- 3-я степень: тромбоз геморроидальных узлов, осложненный воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи.

Клиническая картина.

Хронический геморрой. Чаще всего страдают геморроем люди среднего и пожилого возраста. Наиболее часто заболевание отмечается в возрасте 20-30 лет, но наибольшее число первичных обращений приходится на возраст 31-40 лет. Женщины болеют в несколько раз реже людей мужского пола. Периодически после дефекации возникают неприятные ощущения в области заднего прохода: чувство дискомфорта и инородного тела, лёгкий зуд, повышенная влажность. В дальнейшем при дефекации может выделяться кровь.

Острый геморрой.

- I. степень:** узлы небольшие, эластической консистенции, легкая гиперемия перианальной кожи, зуд, жжение.
- II. степень:** отек, гиперемия перианальной кожи. Резко болезненны пальпация и пальцевое исследование. Беспокоят сильные боли в области анального канала, особенно при движении, в положении сидя и т.д. Повышается t, потеря трудоспособности.

III. степень: вся окружность заднего прохода занята «воспалительной опухолью». Резкая болезненность. Пальцевое исследование невозможно. Видны багровые или синюшно-багровые внутренние узлы, местами с участком некроза. Слизистая изъязвлена, покрыта фибрином. Высока лихорадка, больные подлежат госпитализации.

Острый геморрой наблюдается довольно часто. Обычно наступает после какого-нибудь провоцирующего момента – неумеренного приема алкоголя, после тяжелой работы. Воспалительный процесс может захватить один или несколько узлов, а иногда воспалительные узлы принимают вид крупных, расположенных по окружности анального отверстия, опухолей. При этом в умеренной степени нарушается общее состояние больного, появляются субфебрильная температура, больному больно сидеть, резкая болезненность при дефекации. Часто воспаление геморроидальных узлов сопровождается тромбозом вен прямокишечного сплетения, однако крупных тромбов, как считают многие, при этом обычно не бывает. Резкое увеличение – отек узлов – которые приводит нередко к их выпадению обусловлено, в основном, отеком и инфильтрацией межучточной ткани узлов. Выпавшие воспалительные узлы могут стимулировать ущемление, хотя задний проход при этом несколько зияет, затем наступает некроз тромбированных узлов. Причем, омертвление вследствие тромбоза геморроидальных вен может распространяться на подкожные узлы и даже на кожу. При этом состояние пациентов резко ухудшается, температура достигает 38-40⁰, они не могут ходить, их беспокоят распирающие боли в области заднего прохода. Пациенты по несколько дней задерживают стул из-за болей, наступают рефлексорные нарушения мочеиспускания, они лишаются сна, аппетита, становятся тяжелобольными.

Следует отметить, что под маской геморроя могут скрываться другие опасные заболевания, в том числе и рак прямой кишки!

Диагностика.

Проводят осмотр области заднего прохода, промежности, крестца и копчика, выполняется пальцевое исследование прямой кишки (оно позволяет определить состояние мышцы, сжимающей задний проход, выявить образования, находящиеся в нижних отделах прямой кишки). Выполняются инструментальные методы диагностики: аноскопия (осмотр конечного участка прямой кишки – около 5 см), ректоскопия либо ректосигмоскопия (осмотр прямой и сигмовидной кишок на глубину от 15 до 30 см).

Лечение геморроя.

Подход к лечению геморроя зависит от стадийности заболевания и наличия тех или иных осложнений. Консервативное (медикаментозное)

лечение геморроя в первую очередь направлено на борьбу с его обострениями. Она включает в себя нормализацию стула, устранение вредных привычек (алкоголь и др.), флеботонические препараты, местно – ауррорбин, ультрапрокт, проктогливенол, релиор, при кровотечении местно препараты из фибриногена и тромбина: адроксон, берипласт, тахокомб, спонгостан) и т.д.

Поэтому следует понимать, что в силу хронического характера заболевания любое консервативное лечение носит временный характер. Малоподвижный образ жизни, погрешности в питании и чрезмерные физические нагрузки ведут к очередному обострению заболевания. На современном этапе в медицинской практике широко распространены малоинвазивные методы лечения геморроя на ранних стадиях, применяемые в амбулаторных условиях. На поздних стадиях заболевания выполняется операция (геморроидэктомия), направленная на радикальное удаление геморроидальных узлов (операция Миллигана- Моргана).

При геморрое 1-ой стадии показаны: консервативная терапия, фотокоагуляция, склеротерапия.

При геморрое 2-ой стадии показаны: консервативная терапия, инфракрасная фотокоагуляция, склеротерапия, лигирование латексными кольцами, шовное лигирование, комбинированные методы.

При геморрое 3-ей стадии показаны: лигирование латексными кольцами, трансанальная резекция слизистой по методу Лонго, комбинированные методы, хирургическое лечение (геморроидэктомия).

При геморрое 4-ой стадии показано хирургическое лечение (геморроидэктомия).

Болезнь Крона

Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.

Этиология и патогенез.

Болеют в любом возрасте, но чаще всего страдают молодые люди (от 15 до 35 лет). Среди жителей Северной Европы болезнь распространена несколько больше, чем на юге, а белые болеют чаще, чем представители негроидной или азиатской рас. До сих пор не выяснено, что именно провоцирует развитие заболевания. Неправильная диета и стресс могут привести к обострению болезни, но не являются первопричиной. В некоторых случаях появление первых симптомов связывают с приемом

нестероидных противовоспалительных препаратов: ибупрофена, диклофенака и других.

Большинство врачей считают, что для развития болезни Крона должно совпасть несколько факторов:

- Генетические. Выявлено более 200 различных генов, которые более характерны для людей с болезнью Крона, чем для других групп населения. 3 из 20 пациентов имеют близких родственников, страдающих этим заболеванием. Если у одного из близнецов диагностируют болезнь Крона, то шансы развития ее у второго составляют 70%. Тот факт, что это нарушение более характерно для определенных этнических групп (в частности, у евреев встречается в 3-4 раза чаще, чем у лиц других национальностей), также косвенно подтверждает роль генетики в развитии воспаления.
- Состояние иммунной системы. По имеющимся данным, при болезни Крона сбой в работе иммунной системы приводит к образованию специфического белка (фактор некроза опухоли альфа). Этот белок уничтожает все живущие в кишечнике бактерии и повреждает клетки пищеварительных органов.
- Перенесенные заболевания, в частности, детские инфекции, могут нарушить работу иммунной системы, что повышает вероятность развития болезни Крона.
- Курение считают основным фактором риска. Курильщики имеют вдвое больше шансов заболеть, чем некурящие.
- Образ жизни. Болезнью Крона чаще болеют в развитых, и реже – в бедных странах. Рост заболеваемости наблюдают с 1950 года, что совпадает с ростом благосостояния в Европе и Северной Америке. Эти факты легли в основу некоторых теорий о связи болезни Крона с образом жизни, но ни одна из них убедительно не подтверждена.

Классификация БК

1. По локализации поражения:

- илеальная (29%);
- толстокишечная (30%);
- илеально-толстокишечная (33%);
- прочие (8%): поражение верхних отделов, или если поражение верхних отделов сочетается с другой локализацией.

2. По характеру течения выделяют:

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания).
2. Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии).
3. Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии).

3. По протяженности:

– *Локализованную БК:*

- Поражение протяженностью менее 30 см. Обычно используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны (<30 см подвздошной кишки +правый отдел толстой кишки);

- Возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.

– *Распространенную БК:*

- Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).

4. Осложнения:

- стенозы с последующей острой кишечной непроходимостью или хронической (частичной) кишечной непроходимостью;

- перфорация и перитонит;

- инфильтраты и абсцессы брюшной полости;

- внутренние и наружные свищи;

- поражение перианальной области.

- кишечные кровотечения;

- острый токсический мегаколон;

- колоректальный рак.

5. По ответу на лечение:

- отвечающая на кортикостероиды;

- стероидозависимая: в течение 3 месяцев от начала лечения стероидами попытки снизить их дозу ниже 10 мг/сут преднизолона (или ниже 3 мг/сут будесонида) приводят к обострению заболевания либо возникает обострение в течение 3 месяцев после прекращения приема стероидов;

- стероидорефрактерная: сохраняется активность БК, несмотря на прием преднизолона в дозе 0,75 мг/кг/сутки в течение 4 недель и более;

- рефрактерная к иммуномодуляторам: сохраняется активность заболевания или развивается обострение, несмотря на прием тиопуринов в адекватной дозе в течение не менее 3 месяцев (азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 0,75-1 мг/кг/сут в отсутствие лейкопении);

- зависимая от биологической терапии;

Клиническая картина.

Признаки БК зависят от локализации и стадии воспалительного процесса. Тяжесть заболевания у разных людей неодинакова. У одних – симптомы не выражены или развиваются постепенно, возникая один за другим и нарастая со временем, у других – болезнь протекает очень тяжело с самого начала. БК – хроническое заболевание, для которого характерны чередование обострений и ремиссий.

Симптомы могут включать:

- диарею (понос) — наиболее распространенный признак;
- слабость;
- незначительное повышение температуры;
- боли и спазмы в области живота;
- кровь в кале (красная или темная);
- язвы во рту;
- отсутствие аппетита и потеря веса;
- боль и зуд в области ануса.

При тяжелом течении болезни развиваются воспаление кожи, глаз, суставов, а также гепатит и холангит. При БК у детей возможна задержка роста и полового созревания.

Внекишечные проявления болезни Крона

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:	Обусловленные длительным воспалением метаболическими нарушениями
Артропатии (артралгии, артриты) Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия) Поражение слизистых (афтозный стоматит) Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)	Анкилозирующий спондилит (сacroилеит) Первичный склерозирующий холангит (редко) Остеопороз, остеомалация Псориаз	Холелитиаз Стеатоз печени, стеатогепатит Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии Амилоидоз

Диагностика.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза, общего клинического исследования (пальпация живота, осмотр ротовой полости) лабораторных и инструментальных обследований.

- общий и биохимический анализ крови – для выявления анемии и косвенных признаков инфекции, поражений печени, электролитных нарушений;
- общий анализ кала (копрограмма) – показывает перевариваемость пищи, наличие явной или скрытой крови, присутствие клеток воспаления;
- фиброколоноскопия или фибросигмоидоскопия;
- капсульная эндоскопия – подвид эндоскопии, при котором пациент проглатывает капсулу-камеру, делающую снимки во время движения по пищеварительному тракту. Изображения передают на компьютер, и затем их изучает врач.
- двухбаллонная энтероскопия – разработанный в 2001 году способ визуализации тонкого отдела кишечника (который недоступен во время колоноскопии). Длинный и тонкий эндоскоп продвигают по кишечнику попеременным сдвиганием фиксированных на нем

баллонов. Как и при помощи эндоскопа, врач может сделать биопсию измененных участков кишечника или прижечь кровоточащие сосуды. Такое исследование проводят в тех случаях, когда на полученных при помощи капсульной эндоскопии снимках видны патологические участки в тонкой кишке, но эти данные недостаточно информативны.

- Рентгендиагностика (пассаж контраста по ЖКТ, ирригоскопия, фистулоскопия).
- МРТ, КТ.

В обязательном порядке при эндоскопических методах исследования берется биопсия слизистой!

Диагноз должен быть подтвержден:

- эндоскопическим и морфологическим методом; и/или
- эндоскопическим и рентгенологическим методом.

При необходимости проводят следующие дополнительные исследования:

- капсульная эндоскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки и при отсутствии стриктур). Следует помнить, что задержка капсулы в кишечнике наблюдается у 13% пациентов. В настоящее время у пациентов БК до проведения капсульной эндоскопии рекомендуется выполнять рентгенологические исследования (пассаж бария по кишечнику, КТ-энтерография) или МР-энтерографию для оценки наличия стриктур тонкой кишки.
- баллонная энтероскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки).

Дифференциальная диагностика

- Микробные колиты, обусловленные сальмонеллами, шигеллами, *Campylobacter jejuni/coli*, йерсиниями, амебами, хламидиями.
- Псевдомембранозный колит (токсин *Clostridium difficile*).
- Ишемический, радиогенный, коллагеновый колит.
- Язвенный колит.
- Медикаментозно индуцированный колит/проктит.
- Карцинома толстой кишки.
- Лимфома тонкой кишки.
- Болезнь Бехчета.
- Целиакия.
- Аппендикулярный инфильтрат.

Лечение.

Вылечить болезнь Крона полностью на сегодняшний день не удается.

Лечебные мероприятия при БК включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургическое лечение, психосоциальную поддержку и диетотерапию.

Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью и локализацией поражения ЖКТ, наличием внекишечных проявлений и кишечных осложнений (стриктуры, абсцесс, инфильтрат), длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений БК. Целями терапии БК являются достижения ремиссии и ее поддержание без постоянного приема ГКС, профилактика осложнений, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения. Поскольку хирургическое лечение не приводит к полному излечению пациентов с БК, даже при радикальном удалении всех пораженных сегментов кишечника необходимо проведение противорецидивной терапии, которую следует начать не позднее 2 недель после перенесенного оперативного вмешательства.

Консервативное:

– диета и питание пациента, в активной стадии используют жидкую элементную диету (у детей жидкая полимерная диета).

– глюкокортикоиды (преднизолон, метилпреднизолон, будесонид по схеме в зависимости от выраженности обострения,).

– производные 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин и др.);

– иммуносупрессоры (азатиоприн 1,5-2,5 мг\кг\сутки, 6-меркаптопурин, метотрексат), применение циклоспорина неэффективно, что показали несколько контролируемых исследований;

– биологические генно-инженерные препараты: моноклональные антитела к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаба пэгол) и моноклональные антитела к интегринам, селективно действующие только в ЖКТ (ведолизумаб);

– антибиотики: метронидазол, цiproфлоксацин – при свищах, при поражении перианальной области, сочетании активного воспалительного процесса.

– Вспомогательные симптоматические средства: парентеральные препараты железа для коррекции анемии, препараты для коррекции белково-электролитных нарушений, средства для профилактики остеопороза (препараты кальция) и др.;

Следует отметить, что ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 12 недель.

Хирургическое лечение

Показаниями к оперативному вмешательству при БК служат острые и хронические осложнения, а также неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития.

При осложнениях: экстренные и срочные оперативные вмешательства

- профузное кровотечение;
- перфорация;
- острый токсический мегаколон;
- абсцессы, перитонит, свищи.

Плановое оперативное лечение:

- инфильтрат брюшной полости с явлениями кишечной непроходимости или абсцедированием;
- внутренние или наружные кишечные свищи;
- нет эффекта от длительной консервативной терапии при тяжелом течении;
- стриктуры кишки с явлениями кишечной непроходимости;
- аденокарцинома кишки.

Виды оперативных вмешательств:

- паллиативные операции: илео-, колостомы (тяжелое состояние пациента, внутрибрюшинные инфильтраты, абсцессы), стриктуропластика (при ограниченных стриктурах до 3-4 см);
- радикальные: сегментарная или субтотальная резекция толстой кишки, колэктомия (при токсической дилатации толстой кишки, множественном сегментарном поражении, множественных злокачественных неоплазиях);
- операции при болезни Крона выполняют в максимально щадящем варианте.

Дивертикулярная болезнь толстой кишки

Дивертикулез ободочной кишки – это состояние, при котором в толстой кишке имеется хотя бы один дивертикул.

Дивертикулярная болезнь – заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями разной степени выраженности, обусловленными наличием дивертикула или дивертикулеза, включая воспаление (дивертикулит) и его осложнения (кровотечение, инфильтрат, абсцесс, перфорация, перитонит, свищ).

Дивертикул – это выпячивание стенки полого органа. По происхождению дивертикулы делятся на врожденные и приобретенные. По строению дивертикулы разделяют на истинные, в которых прослеживаются все слои полого органа, и ложные, в стенке которых отсутствует мышечный

и подслизистый слой. Истинные дивертикулы по преимуществу врожденные, ложные – приобретенные. По морфофункциональным особенностям выделяют пульсионные дивертикулы, возникающие в результате действия внутрипросветного давления на стенку полого органа, и тракционные, формирующиеся в результате фиксации органа и деформации его стенки.

Этиология и патогенез

Выделяют два типа дивертикулеза – «западный» и «восточный». При «западном» типе в первую очередь поражаются левые отделы ободочной кишки, а при «восточном» дивертикулы локализуются в слепой и восходящей ободочной кишке.

В нашей стране дивертикулярная болезнь поражает преимущественно сигмовидную кишку, затем нисходящую ободочную кишку, менее часто правую половину поперечной ободочной кишки и редко правые отделы ободочной кишки. До настоящего времени неизвестно, какой из факторов более важен для развития дивертикулов: анатомический дефект кишечной стенки или действие сил в полости кишки.

Возникновение дивертикулов в стенке ободочной кишки, в первую очередь, обусловлено изменением механических свойств соединительной ткани. При повышении внутрипросветного давления это приводит к пролапсу слизистой через «слабые» участки кишечной стенки – места прохождения сквозь нее сосудов.

Обнаружено, что базальное внутриполостное давление у пациентов с дивертикулярной болезнью и у здоровых лиц одинаковое. Однако пораженный дивертикулами сегмент кишки сокращается сильнее в ответ на прием пищи или действие фармакологических стимулов.

Таким образом, дивертикулярную болезнь можно объяснить периодическим значительным повышением внутриполостного давления, воздействующим на ослабленную возрастными изменениями стенку толстой кишки.

В основе развития дивертикулярной болезни в отличие от дивертикулеза лежат воспалительные изменения в стенке дивертикулов. Задержка эвакуации содержимого из тела дивертикула через его узкую шейку приводит к образованию плотного комка, называемого фекалитом. При полной обструкции шейки дивертикула в его теле развиваются процессы воспаления, а в просвете накапливается экссудат. Если в результате размягчения фекалита воспалительным экссудатом не происходит его эвакуация через шейку в просвет кишки, то развивается реактивное воспаление окружающих дивертикул тканей, а затем – пропитывание окружающих тканей воспалительным экссудатом. В зависимости от реактивных свойств организма и вирулентности

инфекционного агента воспаление может варьировать от незначительного отека окружающей кишку жировой клетчатки до перфорации дивертикула с развитием перитонита.

Классификация

Универсальной классификации дивертикулярной болезни ободочной кишки не существует. Большинство врачей придерживается следующей классификации:

1. Дивертикулез ободочной кишки (наличие дивертикулов и отсутствие каких-либо симптомов).
2. Дивертикулярная болезнь с клиническими проявлениями (форма характеризуется симптомокомплексом, включающим боли в животе и различные нарушения функции кишечника).
3. Дивертикулярная болезнь с осложненным течением:
 1. Дивертикулит;
 2. Перфорация;
 3. Кровотечение;
 4. Кишечная непроходимость;
 5. Внутренние или наружные кишечные свищи.

Клиническая картина и диагностика.

Дивертикулез толстой кишки может длительное время не проявляться, и его обнаруживают случайно при обследовании пациентов. Основными симптомами клинически выраженного неосложненного дивертикулеза толстой кишки являются боли в животе и нарушения функции кишечника. Боли в животе носят разнообразный характер – от легкого покалывания до сильных коликообразных. Чаще всего они локализуются в нижней половине живота, особенно в левой подвздошной области или над лобком, т.е. в зоне расположения сигмовидной кишки. У части больных эти боли разнообразны не только по своему характеру, но и по локализации, в связи с чем врач не всегда связывает их с заболеванием толстой кишки. У ряда пациентов боли вызываются приемом пищи, что объясняется влиянием гастроколического рефлекса. Нарушение функции кишечника проявляется чаще в виде запоров, причем длительное отсутствие стула значительно усиливает болевой синдром. Иногда отмечается диарея, не носящая, однако, постоянного характера. Нередко пациенты жалуются на неустойчивый стул; иногда описанные симптомы сочетаются с тошнотой или рвотой.

Осложнения дивертикулеза проявляются обычно довольно ярко. Наиболее часто наблюдается дивертикулит – примерно у 1/3 больных дивертикулярной болезнью толстой кишки. Основные признаки дивертикулита – боли в животе, повышение температуры и лейкоцитоз. Появление двух последних признаков на фоне существовавшего клинически

выраженного или бессимптомного дивертикулеза позволяет отличить начавшееся воспаление от функциональных болей. При распространении воспалительного процесса в виде параколита наряду с перечисленными симптомами отмечается образование инфильтрата, размеры которого колеблются от незначительных, с трудом определяемых при пальпации до обширных очагов, занимающих всю левую половину живота. Прогрессирование воспалительного процесса может привести к абсцедированию с угрозой прорыва гнойника в брюшную полость. Стихание воспаления не всегда приводит к полному рассасыванию инфильтрата, и тогда индурация брыжейки или окружающих тканей симулирует опухоль брюшной полости. Сигмовидная кишка или другие отделы ободочной кишки в результате повторных атак дивертикулита, параколита или формирования абсцесса могут оказаться спаянными с соседними органами. При этом абсцесс может вскрыться в мочевой пузырь, уретру, влагалище или тонкую кишку с образованием свищей.

Перфорация дивертикула встречается как при клинически выраженном, так и бессимптомном дивертикулезе ободочной кишки. Перфорация в свободную брюшную полость ведет к развитию быстро прогрессирующего перитонита, клинические проявления которого не отличаются от таковых при других формах острого воспаления брюшины. Кишечная непроходимость при дивертикулезе толстой кишки носит характер обтурационной со всеми присущими этой форме проявлениями. Одной из частых причин развития непроходимости при дивертикулезе является образование так называемой псевдоопухоли.

Кишечное кровотечение, хотя и не имеет, как правило, профузного характера, но все же часто бывает настолько выраженным, что быстро привлекает внимание как самого больного, так и врачей. При определении источника кровотечения возникают значительные трудности. Кровотечение из дивертикула наблюдается и при бессимптомном течении заболевания, что создает еще большие диагностические затруднения. Наряду с явным кровотечением могут наблюдаться и скрытые его формы, проявляющиеся только анемией. Симптомы перечисленных осложнений хотя и довольно яркие, однако не носят специфического характера. В связи с этим определить причины их возникновения иногда бывает весьма трудно и для этого применяют комплексное обследование.

Диагностика

- Общий анализ крови – при дивертикулезе возможен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Тем не менее нормальное содержание в крови лейкоцитов не исключает наличие острого дивертикулита. В случае кровотечения отмечаются

- признаки железодефицитной анемии (снижение содержания гемоглобина, количества эритроцитов, цветового показателя).
- Общий анализ мочи проводится для исключения поражения мочевых путей, например, мочевой инфекции, пиелонефрита, мочекаменной болезни (в рамках дифференциальной диагностики). При образовании кишечно-мочепузырного свища возможно обнаружение в моче лейкоцитов, эритроцитов, компонентов кишечного содержимого, бактерий, специфичных для кишечника.
 - Копрограмма – в случае развития осложнений могут быть выявлены признаки, подтверждающие наличие воспаления: нейтрофильные лейкоциты, большое количество макрофагов, десквамированный эпителий.
 - Анализ кала на скрытую кровь положителен и при микроперфорации, и при кровотечении.
 - Колоноскопия – проводится при неосложненном дивертикулезе; при осложнениях колоноскопия противопоказана из-за риска перфорации. Характерные эндоскопические признаки дивертикулеза – наличие единичных или множественных устьев дивертикулов в стенке кишки. При подозрении на опухоль во время эндоскопического исследования кишечника проводят прицельную биопсию с последующим гистологическим и цитологическим анализом биоптатов.
 - Всем пациентам с подозрением на осложненный дивертикулез необходимо проведение обзорной рентгенографии брюшной полости (в положении стоя или лежа) для исключения перфорации дивертикула, кишечной непроходимости. Пневмоперитонеум вследствие перфорации обнаруживают у 3–12% больных с острым дивертикулитом.
 - УЗИ особенно показано как стартовый метод исследования при подозрении на острый дивертикулит (обострение хронического), перитонит, при наличии инфильтрата в брюшной полости. Выявляют признаки дивертикулита – локальное утолщение стенки кишки, отек, болезненность пораженного отдела кишки при исследовании. По показаниям назначают УЗИ мочевого пузыря, почек, половых органов.
 - Контрастное рентгенологическое исследование. Ирригоскопию проводят с целью выявления дивертикулов толстой кишки (при ее выполнении не исключен риск диагностических ошибок); противопоказана при осложнениях в острый период. Рентгенологическое исследование тонкой кишки рекомендуется при подозрении на наличие в ней дивертикулов.
 - КТ- или МРТ-энтероколонография – метод выбора при остром течении заболевания, когда проведение инвазивных методов исследования чревато развитием осложнений.

- Капсульная энтероскопия.

Лечение

Консервативное лечение дивертикулярной болезни.

В настоящее время сформулированы следующие принципы лечения этого заболевания:

1. Бессимптомный дивертикулез толстой кишки, обнаруживаемый случайно, не требует специального лечения. Назначается диета, богатая растительной клетчаткой, отруби.

2. При дивертикулезе с выраженными клиническими проявлениями применяют комплекс лечебных мероприятий:

- 1) сбалансированная диета, содержащая большое количество растительной клетчатки, а при упорных запорах и жидкости;
- 2) витамины;
- 3) препараты, нормализующие функцию кишечника;
- 4) при выраженном спастическом компоненте назначают спазмолитические средства, либо блокаторы кальциевых каналов, которые действуют селективно на стенку кишечника. При болевом синдроме назначают анальгетики, препараты морфина для этих целей противопоказаны, так как они повышают внутрикишечное давление;
- 5) при наличии явлений дивертикулита – антибиотики;
- 6) при диарее можно использовать противодиарейные средства;
- 7) при наличии ферментативной недостаточности поджелудочной железы назначаются ферментативные препараты;
- 8) при выявлении дисбиоза кишечника целесообразно применение бактериальных препаратов (колибактерин, бифидумбактерин, бификол).

Хирургическое лечение

Существуют следующие показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни:

Экстренные:

- перфорация дивертикула;
- кишечная непроходимость;
- профузное кровотечение.

Плановые:

- образование хронического инфильтрата, симулирующего злокачественную опухоль;
- внутренние и наружные свищи;
- клинически выраженная дивертикулярная болезнь, неподдающаяся комплексному консервативному лечению.

Неспецифический язвенный колит

НЯК – хроническое заболевание толстой и прямой кишки, характеризующиеся язвенно-некротическими изменениями и геморрагически-гнойным воспалением слизистой оболочки и подслизистого слоя.

Термин предложен А.С. Казаченко в 1913 г. На XIII съезде Российских хирургов. Распространенность чаще в 20-40 лет и после 60-ти лет. От 28 до 170 человек на 100 000. Чаще встречается в экономически развитых странах – США, Западной Европе (особенно Норвегии, Дании).

Этиология и патогенез.

- ✓ – воздействие экзогенных факторов окружающей среды, которые пока не установлены и наличие генетической предрасположенности к воздействию этих триггерных факторов. Аналогичная модель характерна и для других аутоиммунных заболеваний.
- ✓ – заболевания, обусловленное дисбалансом иммунной системы ЖКТ. На этом фоне воздействие неблагоприятных факторов приводит к усиленному воспалительному ответу.
- ✓ – пока неизвестный инфекционный агент.

В патогенезе основное место занимает **аутоиммунный механизм** повреждения кишечной стенки системой комплемента, нейтрофилами, фагоцитами и т.д.

Классификация НЯК

1. По степени тяжести:

- легкая (стул до 4 раз в день с незначительной примесью крови, лихорадка и тахикардия отсутствуют, умеренная анемия, СОЭ не выше 30 мм/час, не характерны осложнения и внекишечные проявления.)
- средней тяжести (стул от 4 до 8 раз в день со сгустками или ярко-красной кровью, субфебрильная температура, тахикардия свыше 90 уд./мин., анемия 1-2 ст., СОЭ в пределах 30 мм/час, потеря веса до 10%, не характерны осложнения, могут быть внекишечные проявления);
- тяжелая (стул чаще 8 раз в день с кровопотерей свыше 100 мл, фебрильная температура, анемия 2-3 ст., СОЭ свыше 30 мм/час, выраженная тахикардия, потеря веса более 10%, характерны осложнения и внекишечные проявления).

Молниеносная.

2. Протяженность поражения:

- проктит (поражена прямая кишка);
- левосторонний колит (поражение не далее селезеночного угла);

- распространенный колит (поражение распространяется проксимальнее селезеночного угла), включает субтотальный колит (поражение до печеночного угла) и

- тотальный колит или панколит (поражена вся толстая кишка);

3. По течению заболевания:

- первая атака ЯК (признаки активного ЯК появились впервые, длительность их существования составляет не более 6 месяцев);

- рецидивирующее течение (чередование обострений и ремиссий) с редкими обострениями (обострения 1 и менее раз в год);

- рецидивирующее течение с частыми обострениями (обострения 2 и более раз в год);

- непрерывное течение (персистирование симптомов в течение 6-8 месяцев, несмотря на адекватную медикаментозную терапию).

4. Активность воспаления:

- ремиссия – частота стула 3 раза в день и менее, нет крови в стуле, нет эндоскопических признаков воспаления;

- обострение – появление симптомов (кровь в стуле) у пациента с установленным диагнозом ЯК, который ранее достиг клинической ремиссии либо спонтанно, либо в результате лечения;

5. По ответу на лечение:

- отвечающий на лекарственные средства на основе 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК);

- отвечающий на кортикостероиды;

- стероидозависимый: в течение 3 месяцев от начала лечения стероидами попытки снизить их дозу ниже 10 мг/сут преднизолона приводят к обострению заболевания либо возникает обострение в течение 3 месяцев после прекращения приема стероидов;

- стероидорефрактерный: сохраняется активность ЯК, несмотря на прием преднизолона в дозе 0,75 мг/кг/сутки в течение 4 недель и более;

- рефрактерный к иммуномодуляторам: сохраняется активность заболевания или развивается обострение, несмотря на прием тиопуринов в адекватной дозе в течение не менее 3 месяцев (азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 0,75-1 мг/кг/сут в отсутствие лейкопении);

- зависимый от биологической терапии;

6. Осложнения:

Местные: у 10-20% пациентов

- острая токсическая дилатация толстой кишки (1-6%);

- перфорация толстой кишки (5,4-15%);

- массивное кишечное кровотечение (0,4-14%);

- рак толстой кишки (при длительности более 10 лет, и у пациентов, заболевание у которых началось моложе 18 лет).

Системные:

- полиартрит (голеностопные, коленные, межфаланговые суставы), не симметричное поражение суставов;
- узловатая эритема на передней поверхности голеней;
- поражение кожи (гангренозная пиодермия, псориаз, дерматит, изъязвления кожи, пустулезные и уртикарные высыпания);
- поражения глаз (ирит, иридоциклит, эписклерит, кератит, увеит, панофтальмит);
- поражение печени и внепеченочных желчных протоков (жировая дистрофия печени, портальный фиброз, гепатит, цирроз печени, первично склерозирующий холангит).

Клиническая картина

- кровавая диарея со слизью;
- боли в животе, тенезмы;
- симптомы общей интоксикации: анорексия, лихорадка, тошнота, рвота, слабость, ↓ массы тела;
- лейкоцитоз, ↑ СОЭ, гипоальбуминемия;
- при проктите и проктосигмоидите манифестирует запор и тенезмы с выделением крови, слизи, гноя.

Диагностика

- Лабораторная диагностика: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови;
- Копрологическое исследование.
- Инструментальная диагностика:
 - эндоскопическое исследование (RRS, сигмоскопия, колоноскопия) с обязательным гистологическим исследованием;
 - обзорная рентгенограмма брюшной полости (свободный газ при перфорации, токсический мегаколон при диаметре кишки более 6 см);
 - ирригоскопия: отсутствие гаустр, двойной контур, псевдополипоз, продольные язвы, кишка в виде трубы;
 - УЗИ органов брюшной полости, в том числе и полых органов (толстой кишки).

Основные принципы лечения.

Показания к экстренному оперативному лечению:

- токсическая дилатация 48 ч. и более;

- перфорация;
- массивное кровотечение;
- тяжелое обострение заболевания, при котором неэффективно введение стероидов в течение 5 суток.

Плановое оперативное лечение:

- неэффективность консервативного лечения при непрерывной форме заболевания;
- частые рецидивы, плохо поддающиеся медикаментозному лечению, снижающие качество жизни пациента;
- рак толстой кишки.

Типы операций при Н.Я.К.

1. Колэктомия с созданием илеоанального резервуарного анастомоза с формированием антиперистальтической J-, W- или S- образного резервуара (“восстановительная проктоколэктомия”).
2. Субтотальная или тотальная колэктомия с формированием илеостомы.
3. Проктоколэктомия с формированием илеостомы.
4. Паллиативные: илеостомия и сигмостомия.

Послеоперационные осложнения 8-10%, летальность 1,5-2%, при токсическом мегаколоне и перфорации до 80%.

Консервативное лечение: до 90% пациентов.

В лечении НЯК доказана эффективность производных 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоидов и цитостатиков.

– базисная терапия заключается в назначении препаратов 5-аминосалициловой кислоты: Месалазин в дозе 2-4 г/сут. преимущественно в таблетированной форме или сульфасалазин (2-8 г/сут., обязательно в сочетании с фолиевой кислотой 5 мг/сут.). Предпочтение отдается месалазину, как менее токсичному и оказывающему меньше побочных эффектов.

– при наличии перианальных поражений в комплексе лечебных мероприятий включают метронидазол в дозе 1-1,5 г/сут.

– дополнительные препараты (антибиотики, пробиотики, ферменты и др.) назначают по показаниям.

По достижении ремиссии пациенты должны получать в течение, как минимум 2 лет поддерживающую терапию месалазином или сульфасалазином 2 г/сут.

– При непереносимости препаратов 5-аминосалициловой кислоты используют стероидные гормоны: преднизолон (10-30 мг через день, до 40 мг/сут при тяжелой форме, гидрокортизон 250-500 мг/сут.).

– Азатиоприн в качестве поддерживающей терапии назначают пациентам, у которых ремиссия достигнута его применением (50 мг/сут.).

Препараты в зависимости от степени тяжести и переносимости назначают по схемам.

– Диетотерапия - рекомендуется вареная и приготовленная на пару протертая пища с ограничением клетчатки, жира и непереносимых продуктов (как правило, молока).

Длительность лечения:

– длительность индукционной терапии: до достижения клинико-эндоскопической ремиссии, но не менее 2-3 месяцев;

– длительность поддерживающей терапии зависит от назначенных ЛС:

• препараты на основе 5-АСК принимаются пациентом пожизненно (при дистальном колите и отсутствии рецидивов заболевания в течение 2 лет может быть предпринята попытка прекращения поддерживающей терапии);

• азатиоприн (меркаптопурин) при хорошей переносимости назначаются пациенту на период не менее 3 лет; дальнейшая тактика определяется индивидуально, поддерживающая терапия может быть пролонгирована на неопределенно длительный срок;

Эпителиальный копчиковый ход

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) — образование, локализующееся в крестцово-копчиковой области по средней линии, представляющее собой узкий канал, открывающийся одним или, чаще, несколькими точечными отверстиями на коже между ягодицами. Копчиковый ход слепо оканчивается в подкожной клетчатке и с копчиком не связан. На выстилающем ход эпителии есть волосяные луковицы, железы (потовые и сальные).

Этиология и клиника.

Причины возникновения этого образования достоверно неизвестны, согласно эмбриональной теории, ход образуется в результате врождённого дефекта развития каудальной части зародыша и представляет собой остатки рудиментарного «эмбрионального хвоста». Такая аномалия является весьма нередкой. Её признаки можно обнаружить у многих людей, считающих себя абсолютно здоровыми, причём такая киста абсолютно бессимптомна и не проявляет себя. Однако, пилонидальный синус может воспалиться. Появляются болевые ощущения в области крестца, сначала невыраженные, затем, когда воспаление переходит на окружающую клетчатку, нестерпимые, отёк, гнойные или сукровичные выделения при развитии воспаления и нагноения. Иногда эти начальные проявления совпадают с травмой крестцово-копчиковой области, длительным состоянием в положении сидя, недостаточной гигиеной межъягодичной складки. Заболевание чаще манифестирует в период полового созревания у молодых людей или подростков, поскольку при наступлении половой зрелости

начинается активный рост волос в просвете эпителиальной кисты, усиливается продукция потовых и сальных желез. Относительная близость ануса обуславливает микробную обсеменённость крестцово-копчиковой области. Может повышаться температура тела.

Классификация.

1. Неосложнённый ЭКХ (без клинических проявлений).
2. Острое воспаление ЭКХ:
 - инфильтративная стадия;
 - абсцедирование.
3. Хроническое воспаление ЭКХ:
 - инфильтративная стадия;
 - рецидивирующий абсцесс;
 - гнойный свищ.
4. Ремиссия воспаления ЭКХ

Диагностика.

Диагностика эпителиального копчикового хода основана на жалобах больного, степени их выраженности, длительности болезни, анализе результатов клинического и объективного обследования пациента. В подавляющем большинстве случаев для достоверной постановки диагноза достаточно лишь анамнестических данных и осмотра пациента.

- Сбор анамнеза. Выявляются этиологические факторы возникновения заболевания, длительность и характер жалоб, травмы крестцово-копчиковой области в анамнезе, а также наличие нарушения функций тазовых органов (для дифференциальной диагностики с менингоцеле).
- Осмотр пациента. Проводят в положении лежа на животе или в коленно-локтевом положении. При этом оценивают наличие, количество и расположение первичных и вторичных отверстий ЭКХ, состояние кожных покровов перианальной, крестцово-копчиковой области и ягодиц. При осмотре промежности и заднего прохода выявляют сопутствующие заболевания в этой области – анальная трещина, геморрой, свищи или выпадение прямой кишки. При пальпации определяют наличие рубцового и воспалительного процесса крестцово-копчиковой области.
- Пальцевое исследование прямой кишки. Проводят всем пациентам независимо от наличия верифицированного диагноза ЭКХ. При этом оценивают область Морганиевых крипт, а также состояние крестцовых и копчиковых позвонков.
- Ректороманоскопия. Осматривают слизистую оболочку прямой и дистального отдела сигмовидной кишки. Оценивают характер сосудистого рисунка, наличие воспалительных изменений в дистальном отделе толстой кишки.

- Фистулография. Применяют только в сложных случаях для проведения дифференциальной диагностики.
- Ультразвуковое исследование крестцово-копчиковой области.

Лечение.

Выбор способа оперативного вмешательства определяется конкретным клиническим случаем (в зависимости от стадии воспаления, объёма и локализации гнойного воспаления, анатомических особенностей конкретного пациента) при обследовании специалистом.

Первичное иссечение, иссечение с различными способами ушивания раны (глухим, возвратными швами по Донати,) или вовсе без ушивания (открытое ведение раны), марсупиализация, реконструктивно-пластические операции (с укрытием раневого дефекта различными видами лоскутов).

Эффективность оперативных вмешательств напрямую зависит от техники выполнения и опыта специалиста. Именно поэтому радикальную операцию следует проводить в специализированных проктологических отделениях, центрах, или хирургических стационарах.

Вскрытие и дренирование первичного абсцесса, как правило, производится, под местной анестезией (довольно редко существуют исключения, когда необходим общий наркоз).

Консервативное лечение используется в основном при хроническом процессе ЭКХ или как подготовка к хирургическому вмешательству. Терапия состоит из

- гигиены (частое педантичное мытье и высушивание межъягодичной области);
- бритья (1 раз в неделю, захватывая межъягодичную складку шириной 2 см – от поясничной области до анального канала);
- озонотерапии (гипербарическая оксигенация – насыщение тканей под давлением кислородом, что способствует регенерации пораженных участков);
- криотерапия или диатермия (уничтожение эпителия, выстилающего свищевой ход, при помощи низких или высоких температур).

Анальная трещина

Анальная трещина представляет собой спонтанно возникающий продольный разрыв (язва или рана) на границе перехода кожи в слизистую оболочку заднепроходного канала. Это одно из самых распространенных проктологических заболеваний, которое по количеству обращений уступает только геморрою. Трещина анального прохода может появиться у любого человека. Чаще всего от нее страдают люди трудоспособного возраста.

Этиология

- Нарушения ритма дефекации и консистенции кала (частый стул, запоры или поносы, слишком твердые каловые массы);
- разрыв при родовых потугах;
- прямая травма анального канала (при прохождении твердых каловых масс, анальном сексе или введении в задний проход инородных предметов);
- наличие предрасполагающих заболеваний (геморрой, болезнь Крона с локализацией воспаления в заднепроходном канале, колиты и энтероколиты, проктосигмоидит – воспаление прямой и сигмовидной кишки) и факторов (сосудистые нарушения, паракератоз, то есть изменения перианального эпителия, нейромышечные поражения сфинктера заднего прохода) также может стать причиной анальной трещины.

Классификация.

Острая. Она возникает внезапно, как правило, вместе с эпизодом диареи или запора, и обычно заживает самостоятельно после нормализации стула. Выздоровление при острой анальной трещине происходит в 40–60 % случаев. Если нет, то заболевание может перейти в хроническую стадию.

Хроническая. При таком течении трещина в анальном отверстии присутствует более одного месяца. Происходит это в результате формирования своеобразного порочного круга. При анальной трещине дефекация вызывает острую боль, в ответ на которую повышается тонус внутреннего сфинктера, т. е. возникает спазм, препятствующий заживлению. В результате рана скрывается за складками анального канала и не может очищаться, что влечет за собой воспаление и боли. При хронической анальной трещине происходят некоторые структурные изменения – по краям раны **наблюдается разрастание соединительной ткани**, что приводит к образованию участков с ее избытком, так называемых анальных (сторожевых) бугорков, из которых впоследствии может развиваться фиброзный полип.

Клиника.

- Резкие режущие или колющие боли при дефекации и после нее в области анального канала. Такие симптомы анальной трещины могут сохраняться от нескольких минут до нескольких часов. При хронической форме боль, как правило, возникает не только при опорожнении кишечника, но и при продолжительном вынужденном положении. У многих пациентов наблюдается боязнь дефекации, что приводит к задержке стула, злоупотреблению слабительными средствами, запорам.

- Спазм сфинктера заднего прохода. Возникает в результате болей во время дефекации и затрудняет опорожнение кишечника.

- Небольшое кровотечение алыми каплями либо мазками на туалетной бумаге. Более обильное кровотечение может свидетельствовать о наличии других патологий, например, геморроя или опухоли.

- Анальный зуд.

Диагностика.

При возникновении перечисленных симптомов необходимо обратиться к врачу-проктологу. Диагностика анальной трещины включает:

- визуальный осмотр (чаще всего такого метода достаточно, чтобы определить наличие разрыва);
- пальцевое ректальное исследование (позволяет выявить спазм сфинктера);
- ано- и жесткая ректороманоскопия (проводятся достаточно редко из-за сильного болевого синдрома у пациента, требуют местной анестезии).

Лечение.

Консервативная терапия. Основной задачей при лечении анальной трещины является нормализация стула и снижение тонуса сфинктера. Как правило, к консервативной терапии прибегают при остром течении заболевания. Для нормализации стула пациенту рекомендуют диету, включающую пищу, богатую клетчаткой и кисломолочными продуктами. Из рациона следует убрать острые, соленые блюда, алкоголь. Рекомендуются обильное питье и слабительные препараты (обязательно подбираются врачом). Для снятия излишнего напряжения мышц сфинктера могут использоваться теплые сидячие ванночки, а также медикаментозные средства – спазмолитики (мази, свечи), инъекции препаратов ботулотоксина.

Хирургическое лечение. Показано при хронической форме заболевания, когда консервативная терапия не дала результата. Основная задача операции при анальной трещине – создание условий для успешного самозаживления раневого дефекта. При хронической патологии заживлению мешают грубые края и грануляции на дне раны. Поэтому края трещины иссекают и проводят удаление грануляций, трансформируя застарелую рану в свежую. Использование лазерной хирургии позволяет проводить операции амбулаторно, без помещения пациента в стационар.

Однако у отдельных пациентов развивается упорный спазм внутреннего сфинктера, что ухудшает кровоснабжение травмированных тканей и препятствует заживлению раны. Поэтому иногда иссечение анальной трещины сочетают с боковой подкожной сфинктеротомией (частичным рассечением внутреннего сфинктера).

СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Хронический парапроктит (свищ прямой кишки) – хронический воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевого хода. Пораженная крипта является при этом внутренним отверстием свища.

Этиология.

По статистике большинство пациентов со свищами прямой кишки связывают возникновение заболевания с перенесенным острым парапроктитом. Около трети больных острым парапроктитом обращаются к врачу после спонтанного вскрытия абсцесса, после которого в большинстве наблюдений образуется свищ прямой кишки. Примерно половина больных с острым парапроктитом оперируются радикально в момент обращения, другой половине производят лишь вскрытие и дренирование гнойника без устранения входных ворот инфекции, что в дальнейшем может привести к формированию свища прямой кишки. При этом происходит постоянное инфицирование из просвета кишки, формируется свищевой ход из рубцово-измененной ткани. Наружное отверстие свища чаще локализуется на коже промежности, диаметр его часто не больше 1 мм. При недостаточном опорожнении свищевого хода на его протяжении могут формироваться гнойные полости.

Распространенность хронического парапроктита достигает 23 случаев на 100000 населения, удельный вес среди заболеваний прямой кишки достигает 25-30%. Представители мужского пола более подвержены данному заболеванию, чем женщины, чаще болезнь проявляется в молодом и среднем возрасте.

Классификация.

Свищи прямой кишки могут быть полными, неполными, внутренними.

- **Полные** имеют два отверстия – расположенное внутри и открывающееся в прямую кишку, а также наружное, обычно находящееся рядом с задним проходом.

- **Неполный свищ** имеет только внутреннее отверстие, выходящее в прямую кишку. Существует мнение, что это переходная фаза, потому что рано или поздно откроется наружное отверстие, и свищ станет полным.

- **Внутренний свищ** имеет два внутренних отверстия, выходящих в просвет прямой кишки.

По локализации внутреннего отверстия в анальном канале или прямой кишке:

- задний;
- передний;
- боковой.

По расположению относительно анального сфинктера свищи подразделяются на:

- **Интрасфинктерный**, или краевой. Самый распространенный, обычно имеют прямой ход без рубцов и наружное отверстие рядом с анусом.
- **Трансфинктерный** – ход такого свища идет через анальный сфинктер на разной глубине.
- **Экстрасфинктерный** – отличается расположением внутреннего отверстия – на поверхности крипты кишечника. Сам ход при этом проходит высоко и огибает, не затрагивая, наружный жом.

Экстрасфинктерные свищи по сложности делятся на 4 степени:

- *первая степень сложности* экстрасфинктерного свища: внутреннее отверстие узкое, без рубцов вокруг него, нет гнойников и инфильтратов в клетчатке, ход достаточно прямой;
- *вторая степень сложности*: в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но нет воспалительных изменений в клетчатке;
- *третья степень сложности*: внутреннее отверстие узкое без рубцового процесса вокруг, но в клетчатке имеется гнойно-воспалительный процесс;
- *четвертая степень сложности*: внутреннее отверстие широкое, окружено рубцами, в параректальной клетчатке воспалительные инфильтраты или гнойные полости.

Отдельно выделяются свищи прямой кишки высокого уровня, при которых внутреннее свищевое отверстие расположено выше зубчатой линии, в нижеампулярном отделе прямой кишки.

Клиника.

Пациент жалуется на боли в области заднего прохода и отверстие, из которого выходит гной. Это провоцирует зуд, раздражение, плохой запах. Вместе с гноем иногда выделяется сукровица. Это происходит, когда повреждены кровеносные сосуды. Если у свища нет выхода наружу, то больные жалуются только на боль и/или выделения из прямой кишки либо влагалища.

Неполный внутренний свищ провоцирует ощущение присутствия инородного тела в зоне ануса. Если инфильтрат выходит недостаточно из полости фистулы, то появляются следующие симптомы:

- дискомфорт и боль в области анального отверстия;
- задержка мочеиспускания и дефекации;
- выделение слизи, инфильтрата, гноя из прямой кишки;
- повышение температуры тела, озноб;
- покраснение и раздражение кожи вокруг анального отверстия и частично ягодиц.

Хронический парапроктит в период обострения проявляется следующими симптомами:

- быстрая утомляемость;
- нарушение сна;
- нервное истощение;
- регулярное повышение температуры тела;
- интимные расстройства;
- недержания газов.

Могут появиться физиологические изменения:

- деформация ануса;
- нарушение работы анального сфинктера;
- рубцы на мышечной ткани анального сфинктера.

В периоды ремиссии хронического парапроктита общее состояние нормально, при правильной гигиене качество жизни почти не снижено. Но при длительном течении патологии и частых обострениях могут возникать:

- нарушения сна;
- бессилие, слабость;
- головная боль;
- периодические скачки температуры тела;
- нервозность;
- плохая трудоспособность;
- ухудшение потенции.

Диагностика.

В подавляющем большинстве случаев диагноз поставить не трудно. Диагноз устанавливается на основании жалоб пациента, данных осмотра и пальпации. Обычно во время пальцевого исследования врач обнаруживает отверстия в анальной области, из которого при надавливании выделяется гной.

При диагностике и последующем лечении свищей прямой кишки принципиальное значение имеет определение свищевого хода. Для этого применяются пальцевое исследование прямой кишки, зондирование и обследование красящим раствором свищевого хода, аноскопия или ректороманоскопия, фистулография, УЗИ, КТ, МРТ.

Одним из основных методов исследований параректальных свищей является зондирование. С помощью зондирования, наряду с внутренним отверстием свища, можно определить глубину свищевого хода, его связь с просветом кишки, отношение свища к анальному сфинктеру, по движению кончиком зонда в канале бухтообразные расширения, дополнительные разветвления.

Исследование прямой кишки с помощью зеркала и проктоскопии позволяют различить измененные крипты и внутреннее отверстие свища.

Введение красящего вещества в наружное отверстие свища позволяет более четко различить внутреннее отверстие. Для этой цели используются 1%-ный водный раствор метиленового синего, йодный, чернильный, марганцовый и другие растворы.

Ректороманоскопия – эндоскопическая техника, предполагающая введение в анальное отверстие специальной трубки, оснащенной оптикой. Врач может оценить состояние слизистой, сделать биопсию, чтобы исключить опухоль, если есть на нее подозрение.

Фистулография – рентгеноконтрастная методика. В анальное отверстие вводится контрастное вещество, и далее выполняются рентгеновские снимки. Рентгеновское исследование позволяет выявить наличие карманов, полостей, обширных бухт, дополнительных разветвлений и кривых свищевых ходов.

Трансректальное УЗИ позволяет проследить свищевой ход в параректальной клетчатке, наличие дополнительных полостей по ходу, отношение свища анальному сфинктеру, определения внутреннего отверстия свища, дифференциации от параректальных новообразований. Ультразвуковое исследование также является информативным при определении недостаточности анального сфинктера после операций у больных с параректальными свищами.

Женщин обязательно осматривает гинеколог, чтобы исключить влагалищного свища.

Лечение.

Показанием к оперативному лечению является наличие свища.

Полное излечение возможно только хирургическим методом. Физиотерапия, антибиотики и мази используются в качестве подготовки к операции или после нее. Медикаментозная терапия также способна облегчить симптомы и ускорить выздоровление. Основные рекомендованные фармакологические группы:

- обезболивающие препараты;
- системные антибиотики;
- заживляющие мази.

Курс физиотерапии может включать УФО, электрофорез.

Противопоказания: тяжелые заболевания различных органов и систем в стадии декомпенсации. Если удастся добиться улучшения состояния после проведенного лечения, то операция становится возможной.

Операция обычно проводится в плановом порядке. При обострении же вскрывают абсцесс, а сам свищ удаляют через 1-2 недели.

Наиболее распространенные виды операций при свищах прямой кишки:

- иссечение свища в просвет прямой кишки;

- иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затеков;
- иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием сфинктера;
- иссечение свища с проведением эластичной лигатуры;
- иссечение свища с перемещением слизисто-подслизистого, слизисто-мышечного или полнослойного лоскута прямой кишки в анальный канал.

Выбор метода операции, в основном, определяется с учетом следующих характеристик:

- локализация свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода;
- степень развития рубцового процесса в стенке кишки, области внутреннего отверстия и по ходу свища;
- наличие гнойных полостей и инфильтратов в параректальной клетчатке.

Острый парапроктит

Острый парапроктит – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез.

Этиология и патогенез.

Инфекция из прямой кишки по протокам анальных желез может проникать в одно из параректальных клетчаточных пространств – подкожное ишиоректальное, пельвиоректальное, ретроректальное.

Классификация.

По названиям этих пространств именуется и форма острого парапроктита:

- подслизистый,
- подкожный,
- ишиоректальный,
- пельвиоректальный (тазовопрямокишечный),
- ретроректальный.

Внутреннее отверстие абсцесса почти всегда одно, а наружных отверстий гнойников может быть два и более, причём эти наружные абсцессы нередко располагаются по обе стороны от ануса – сзади или спереди от прямой кишки (подковообразный парапроктит). «Дуга» такого абсцесса проходит позади, между анусом и копчиком (чаще) или спереди от заднего прохода (у женщин между анусом и ректовагинальной перегородкой). При этом диагностируют соответственно, задний или передний подковообразный острый парапроктит, причём с одной стороны

абсцесс может быть подкожным, а с другой ишиоректальным и т. п. Чаще всего, более чем у половины всех больных, гнойник располагается на границе кожи и слизистой – подкожно-подслизистый острый парапроктит.

Клиническая картина.

Клиника острого парапроктита характерна для любого параректального нагноения: припухлость, болезненность при пальпации, боли, нарастающие, а иногда внезапные, усиливающиеся при ходьбе и сидении, при кашле, при дефекации (не всегда), флюктуация в центре. Ухудшается общее состояние, появляется субфебрилитет. Более всего общее состояние страдает при глубоких (ишиоректальных, тазово-прямокишечных) гнойниках, в то время как местно при этих формах абсцесса изменения минимальны – нет гиперемии кожи, нет флюктуации и только глубокий толчок верхушками пальцев вызывает боль с пораженной стороны.

При глубоком (высоком) ишиоректальном, пельвиоректальном или, тем более, позадипрямокишечном остром парапроктите общее состояние больного может быть тяжелым (высокая лихорадка, все признаки интоксикации, боли в глубине таза), а местные изменения подчас оказываются мало демонстративными: отсутствие флюктуации, нерезкая болезненность в глубине тканей с одной или с обеих сторон при толчке пальцами, неясная локальная болезненность стенок анального канала при пальцевом ректальном исследовании.

Кроме этого применяют УЗИ, КТ, МРТ органов брюшной полости и малого таза (особенно при подозрении на пельвиоректальный парапроктит).

Диагностика острого парапроктита.

Определить внутреннее отверстие гнойника на высоте воспаления бывает нелегко; при пальпации определяется только болезненная («заинтересованная») стенка анального канала, чаще всего задняя, так как на задней стенке анального канала располагаются наиболее глубокие и широкие заднепроходные крипты и именно здесь в большинстве случаев формируется первичный абсцесс. Для точной идентификации внутреннего отверстия гнойника применяют его пункцию с введением в полость абсцесса красящего вещества (лучше, с перекисью водорода). Достаточно бывает осторожно пунктировать абсцесс, эвакуировать гной и, не извлекая иглы, ввести в полость гнойника краску (не форсируя, чтобы не имbibировать воспаленные ткани и не сформировать ложный ход). Определение внутреннего отверстия абсцесса необходимо, ибо в любом случае – будет или не будет оно санировано – нужно точно знать его расположение, чтобы впоследствии, если сформируется свищ, было легче выполнить радикальную плановую операцию.

Истинный острый парапроктит изначально связан с просветом прямой кишки: инфекция попадает в параректальную клетчатку из внутреннего отверстия абсцесса (или впоследствии, свища), располагающегося в одной из морганиевых крипт анального канала.

Лечение острого парапроктита.

Радикальное хирургическое лечение острого парапроктита состоит в широком вскрытии периаанального абсцесса и ликвидации его внутреннего отверстия в анальном канале.