

Атлас колопроктологических заболеваний



Атлас колопроктологических заболеваний : учеб. пособие / Е.И. Семионкин, А.Ю. Огорельцев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 80 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3990-6.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	3
Глава 1. Геморрой.....	5
Глава 2. Анальная трещина.....	14
Глава 3. Парапроктиты	
3.1. Острый парапроктит.....	17
3.2. Свищи прямой кишки.....	25
Глава 4. Эпителиальный копчиковый ход.....	29
Глава 5. Остроконечные перианальные кондиломы.....	35
Глава 6. Ректоцеле.....	38
Глава 7. Выпадение прямой кишки.....	41
Глава 8. Зуд заднего прохода.....	44
Глава 9. Язвенный колит.....	46
Глава 10. Болезнь крона толстой кишки.....	52
Глава 11. Дивертикулез толстой кишки.....	60
Глава 12. Толстокишечные свищи. Кишечные стомы.....	65
Глава 13. Доброкачественные опухоли толстой кишки.....	69
Глава 14. Семейный аденоматоз толстой кишки.....	77
Глава 15. Колоректальный рак.....	82
Глава 16. Аномалии развития толстой кишки.....	87
Глава 17. Болезнь гишпрунга.....	91
Заключение.....	94
Контрольные вопросы.....	95
Источники иллюстраций (фото).....	100
Список литературы.....	102

Аннотация

Атлас подготовлен с учетом современного уровня развития хирургии и колопроктологии в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом и учебной программой, предназначен для студентов медицинских вузов. Использован опыт клинической и преподавательской работы, накопленный на кафедре факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. В издании содержатся сведения по основным нозологическим формам в колопроктологии. Особое внимание уделено иллюстрациям заболеваний с их наружными визуальными проявлениями, которые представлены цветными фотографиями. Это важно для правильной диагностики и лечения и необходимо в дальнейшем для работы врачу любой специальности. Представлен список литературы. Имеются контрольные вопросы для подготовки к практическим занятиям.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Развитие и совершенствование технологий в современной хирургии и колопроктологии требует хороших знаний по диагностике и лечению заболеваний прямой и ободочной кишки. В то же время в литературе недостаточно отражена оценка симптомов этих заболеваний при осмотре больного, что приводит к затруднению установления правильного диагноза. В отечественной литературе имеется единственный атлас проктологических заболеваний, изданный в 1976 г. профессором Н.А. Яковлевым, что диктует необходимость новых современных изданий.

При написании атласа использован почти 40-летний опыт работы колопроктологического отделения Рязанской областной клинической больницы, которое является базой клиники факультетской хирургии Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, а также многолетний личный врачебный опыт в диагностике и лечении этих больных и преподавания хирургии и колопроктологии студентам вуза.

В атлас включены такие разделы, как геморрой, трещина заднего прохода, парапроктиты, эпителиальный копчиковый ход, выпадение прямой кишки, ректоцеле, остроконечные перианальные кондиломы, воспалительные заболевания толстой кишки, доброкачественные новообразования толстой кишки, колоректальный рак и др. Издание проиллюстрировано цветными фотографиями с описанием патологии.

Атлас предназначен для студентов лечебного факультета, он формирует следующие компетенции: способность и готовность анализировать социально значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественно-научных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1); способность и готовность к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на

принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3); способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность (ПК-4); способность и готовность проводить и интерпретировать физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5); способность и готовность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения с учетом их возрастнополовых групп (ПК-6); способность и готовность к постановке диагноза с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15); способность и готовность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, оценки функционального состояния организма взрослого человека для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов (ПК-16); способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17); способность и готовность анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастнополовым группам пациентов с учетом физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18); способность и готовность назначать и использовать медикаментозные средства, проводить мероприятия по соблюдению правил их хранения (ПК-22); способность и готовность изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31); способность и готовность к участию в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования с целью создания новых перспективных средств, в организации работ по практическому использованию и внедрению результатов исследований (ПК-32).

Авторы

Глава 1. ГЕМОРРОЙ

Геморрой, одно из самых распространенных заболеваний, встречается у 100-120 человек на тысячу взрослого населения. В колопроктологических отделениях эти больные составляют около 30-40% всех пациентов.

Ранее было принято считать, что причиной его является варикозное расширение вен дистального отдела прямой кишки. Современные теории трактуют геморрой как патологию артериовенозных кавернозных тел с их гиперплазией и разнообразными клиническими проявлениями, такими как кровотечение, выпадение внутренних узлов, тромбоз, некроз, воспаление, мацерация, зуд и т.д. Следует учитывать возможность вторичного геморроя, вследствие заболеваний других органов, протекающих с застоем крови в системе нижней полый и воротной вен (цирроз печени с портальной гипертензией, заболевания сердца, легких, опухоли забрюшинного пространства).

Геморрой может быть внутренним, наружным и комбинированным. Выделяют 4 стадии геморроя:

- 1-я стадия характеризуется кровотечениями, дискомфортом. При ано-скопии видны геморроидальные узлы, но они не пролабируют;
- при 2-й стадии отмечается выпадение геморроидальных узлов из анального канала при натуживании, но они вправляются самостоятельно; присоединяется зуд;
- при 3-й стадии узлы выпадают и требуют ручного вправления, но после ручного вправления удерживаются в анальном канале, наблюдается загрязнение одежды;
- при 4-й стадии присоединяется боль. Отмечаются выпавшие невправимые геморроидальные узлы.

Наиболее частым симптомом геморроя являются кровотечения во время акта дефекации (чаще в конце), интенсивность которых может быть различной: от следов алой крови до массивных, это может приводить к тяжелым анемиям хронического характера.

Тромбофлебит - воспаление геморроидального узла может поражать как внутренние узлы, так и наружные, тромбоз встречается реже. Клиника тромбофлебита проявляется интенсивной болью в области узлов, которые становятся плотными, багрово-синюшными, резко болезненными. Может наступать некроз с перфорацией узла. Проведение пальцевого исследования невозможно из-за болей. В поздних случаях может развиваться парапроктит.

Геморрой следует дифференцировать с раком прямой кишки, полипом, анальной трещиной, парапроктитом. С целью дифференциальной диагностики обязательно проведение ректороманоскопии и колоноскопии для пациентов старше 50 лет.

Лечение геморроя зависит прежде всего от стадии. В начальных стадиях применяют консервативное лечение: проводится регуляция акта дефекации и консистенции кала путем диеты, богатой клетчаткой или препаратами, содержащими пищевые волокна. Не рекомендуется прием раздражающей (острой и соленой) пищи и алкоголя. В основу лечения заболевания положены флеботропные препараты, содержащие диосмин, которые повышают тонус вен и нормализуют кровоток и микроциркуляцию в кавернозных тельцах. Для местной терапии используют свечи и мази, содержащие гепарин, а также небольшие дозы глюкокортикоидов и анестетиков - это помогает уменьшить симптомы, снижает воспалительные явления и нормализует микроциркуляцию.

При неэффективности консервативной терапии можно прибегнуть к малоинвазивным методикам, например, латексному лигированию геморроидальных узлов, склеротерапии или трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой (операция HAL-RAR). Последнее вмешательство применимо и на поздних стадиях заболевания.

Оперативное лечение проводится у больных с 3-й и 4-й стадиями заболевания. Наиболее распространенным методом является операция Миллиган-Морган, которая предполагает иссечение геморроидальных узлов. В настоящее время оптимальным для геморроидэктомии считается применение высокоэнергетических хирургических аппаратов (ультразвуковой скальпель Harmonic, биполярные коагуляторы LigaSure, ForceTriad), поскольку они позволяют произвести операцию практически бескровно, не предполагают дополнительного лигирования ножки узла, значительно уменьшают болевой синдром после операции.

В литературе ведутся дискуссии о степлерной геморроидэктомии по методу профессора Лонго. Суть операции заключается в циркулярном иссечении пролабирующей слизистой оболочки прямой кишки вместе с сосудами, питающими геморроидальные узлы с помощью циркулярного степлера. По мнению специалистов, данная операция требует очень большого тренинга из-за опасности развития осложнений.



Рис. 1.1. Комбинированный геморрой. Видны наружные и внутренние геморроидальные узлы



Рис. 1.2. Наружный геморрой. Виден тромбированный узел на 7 часах

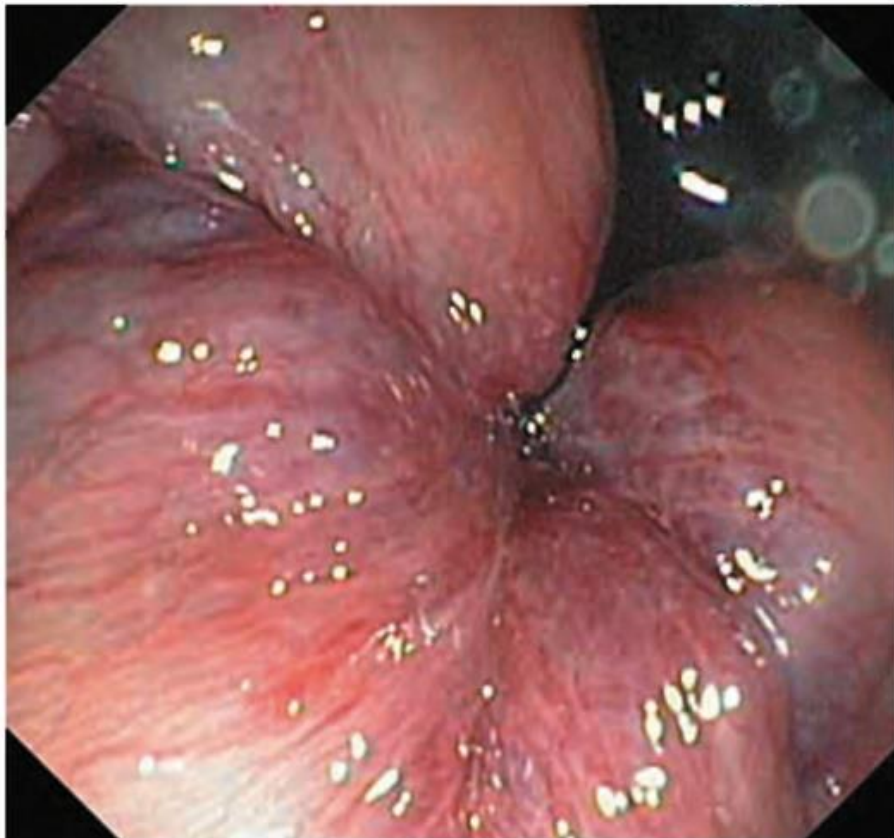


Рис. 1.3. Геморроидальные тельца, пролабирующие в просвет кишки. Вид при помощи колоноскопа

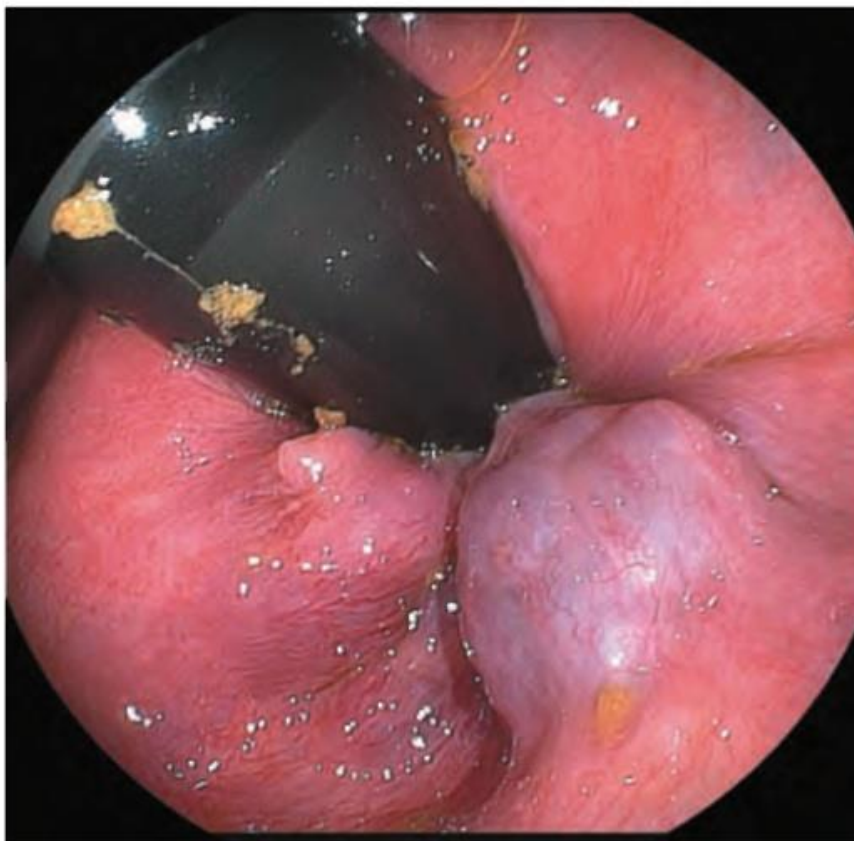


Рис. 1.4. Увеличенный внутренний геморроидальный узел при колоноскопии



Рис. 1.5. Внутренний геморрой 3-й стадии. Видны внутренние узлы, пролабирующие из анального канала



Рис. 1.6. Внутренний геморрой 2-й стадии. Пролабирующие внутренние геморроидальные узлы самостоятельно вправляются в анальный канал



Рис. 1.7. Комбинированный геморрой. Видны увеличенные внутренние и наружные узлы на 3-7-11 часах



Рис. 1.8. Комбинированный геморрой. Геморроидальная ткань расположена циркулярно



Рис. 1.9. Тромбофлебит геморроидальных узлов на 3-7-11 часах



Рис. 1.10. Тромбофлебит внутреннего и наружного циркулярного геморроя. На 4 часах виден точечный некроз



Рис. 1.11. Комбинированный геморрой 3-й стадии



Рис. 1.12. Та же пациентка после геморро-идэктомии



Рис. 1.13. Макропрепарат. Удаленные блоком внутренние и наружные узлы

Глава 2. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА

Заболевание занимает одно из ведущих мест в структуре проктологических заболеваний. Женщины страдают примерно в 2 раза чаще, чем мужчины.

Анальная трещина (трещина заднего прохода) представляет собой дефект стенки анального канала длиной 1-2 см щелевидной или треугольной формы, верхний конец которой доходит до гребешковой (зубчатой) линии.

В 85-90% случаев трещина локализуется на 6 часах (задняя анальная трещина), около 10-15% - на 12 часах (передняя анальная трещина) и лишь около 1% трещин располагается одновременно на задней и передней стенках. На боковой стенке они появляются очень редко.

Клинике анальной трещины характерна триада симптомов: боль во время или после акта дефекации, незначительное кровотечение и спазм анального сфинктера. Боль при острой трещине характеризуется как нестерпимая, острейшая, жгучая, она связана с актом дефекации, длится после него до нескольких часов. В связи с сильными болями у пациентов развиваются стулбоязнь, задержка стула. Кровотечения необильные и отмечаются в виде узкой полоски крови на кале. Довольно часто течение трещины сопровождается анальным зудом.

Острая трещина имеет линейную или щелевидную форму, мягкие, ровные края. При хронической трещине наблюдаются плотные каллезные края, дно может быть с фибринозным налетом, по краям трещины появляются разрастания грануляционной ткани (из-за постоянного скопления здесь экссудата), которые называются пограничными, или сторожевыми, бугорками. Их нередко принимают за анальные полипы, так как они могут выпадать наружу.

Анальную трещину необходимо дифференцировать с болезнью Крона, язвой-раком, специфическими язвами анального канала. В отличие от анальной трещины сифилитические и туберкулезные язвы, как правило, безболезненны.

Лечение острой анальной трещины консервативное. Хроническая анальная трещина в основном требует операции. Широко применяется иссечение трещины с боковой сфинктеротомией или баллонной дозированной пневмодивульсией. Вместо сфинктеротомии возможно введение препаратов ботулинического токсина в сфинктер заднего прохода для снижения его тонуса.



Рис. 2.1. Хроническая задняя анальная трещина. Дефект треугольной формы, края плотные, виден сторожевой бугорок



Рис. 2.2. Задняя и передняя острые анальные трещины. Края дефектов мягкие, фиброз и сторожевые бугорки отсутствуют

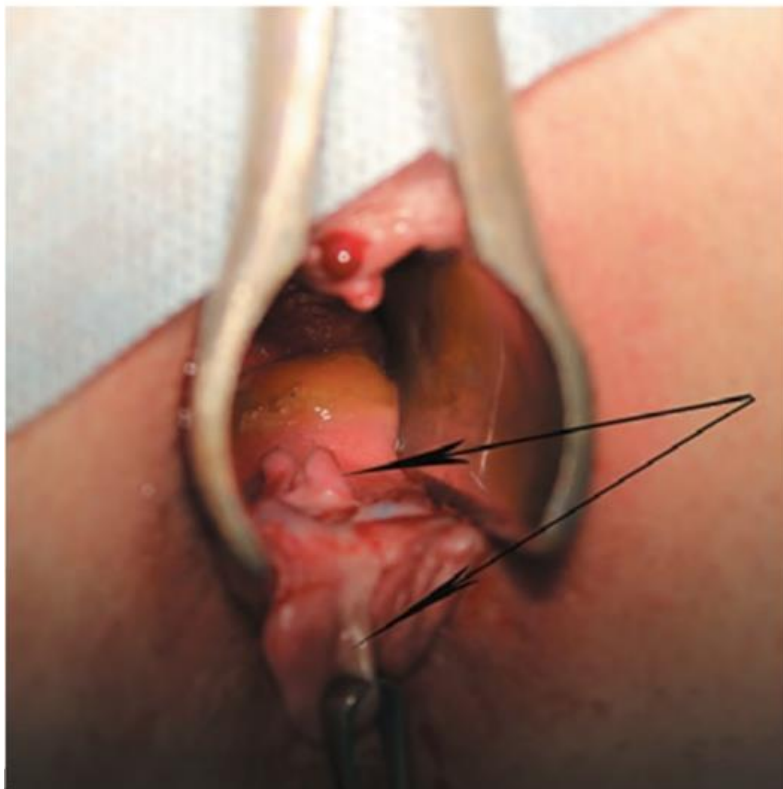


Рис. 2.3. Хроническая задняя анальная трещина при осмотре ректальным зеркалом. Стрелками указаны сторожевые бугорки



Рис. 2.4. Хронические передняя и задняя анальные трещины. Сторожевые бугорки указаны стрелками

Глава 3. ПАРАПРОКТИТЫ

3.1. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Парапроктит - гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки, одно из наиболее распространенных заболеваний.

Заболевание встречается повседневно в практике колопроктолога и общего хирурга. Мужчины болеют в несколько раз чаще, чем женщины. Вызывается смешанной флорой (стафилококки, стрептококки в сочетании с кишечной палочкой). Специфическая инфекция встречается в 1-2% случаев: туберкулез, актиномикоз и др. Редкой формой парапроктита является анаэробный.

Важная роль в развитии парапроктита принадлежит травматизации слизистой прямой кишки твердыми включениями кала и различным заболеваниям (трещины, криптит, проктит, геморрой, проктосигмоидит и т.д.). Эти факторы способствуют внедрению инфекции в параректальную клетчатку. Чаще всего инфекция попадает в параректальную клетчатку из анальных крипт. Через крипты инфекция попадает в анальные железы. Наступают отек и закупорка протока, соединяющего железу с криптой, образуется нагноившаяся ретенционная киста, которая вскрывается в параректальную клетчатку, вызывая ее воспаление.

По локализации гнойника различают подкожный, подслизистый, седалищно-прямокишечный и тазово-прямокишечный парапроктиты.

Подслизистый парапроктит встречается редко. Это наиболее легкая форма. Протекает с субфебрильной температурой и нерезко выраженными болями в прямой кишке, которые усиливаются при акте дефекации. Чаще гнойник самостоятельно вскрывается в просвет прямой кишки и наступает выздоровление.

Подкожный парапроктит - самая частая форма заболевания (50-56% больных острым парапроктитом). Начинается остро - появляются и быстро нарастают боли в промежности, у заднего прохода. Одновременно повышается температура тела, достигая вечерами 38-39 °С, но может быть и субфебрильной. Боли в промежности усиливаются при дефекации, кашле, натуживании. Кожа промежности становится гиперемированной, сглаживается радиальная складчатость у ануса. При этой форме для диагностики достаточно проведения визуального осмотра и пальцевого исследования прямой кишки.

Седалищно-прямокишечный (ишиоректальный) и тазово-прямокишечный (пельвиоректальный) парапроктиты более сложны для диагностики, поскольку гнойник располагается высоко на уровне леваторов или выше их. Вначале преобладают симптомы общей интоксикации, температура, вялость,

апатия. Поэтому иногда в первые дни ставят диагноз «грипп» или «острая респираторная инфекция». При осмотре промежности внешне могут отсутствовать изменения. Обязательны глубокая пальпация промежности и пальцевое исследование прямой кишки, а также трансректальное ультразвуковое исследование, что позволяет поставить диагноз.

Анаэробный парапроктит является наиболее тяжелой и редкой формой парапроктита. Наличие анаэробов в микрофлоре гнойника значительно отягощает его течение. Анаэробный парапроктит вызывают не только клостридиальные, но и неклостридиальные бактерии (бактероиды, пептококки, пептострептококки, фузобактерии и т.д.). Часто анаэробная инфекция развивается в результате задержки операции при остром парапроктите. Летальность наблюдается в 10-30% и даже, по данным литературы, достигает 60%.

Различают три формы анаэробного парапроктита: гнилостный (менее тяжелый), прогрессирующий гангренозный, с анаэробным лимфангитом.

Болезнь начинается с высокой температуры 38-40 °С, резких болей в заднем проходе при незначительных местных изменениях. Затем, через 3-7 дней заболевания, в области промежности и половых органов возникает быстро распространяющийся отек кожи с некрозом ее и подкожной клетчатки, который нередко захватывает всю седалищно-прямокишечную впадину. В ряде случаев может быть подкожная крепитация. При анаэробном парапроктите с лимфангитом наблюдается быстрое распространение инфекции (за сутки процесс может переходить на брюшную стенку, иногда даже на грудную стенку).

Анаэробный парапроктит следует дифференцировать с болезнью Фурнье, при которой наблюдается некроз кожи половых органов. Однако в этом случае в проникновении инфекции не участвуют крипты и параректальная клетчатка.

Лечение парапроктита оперативное - вскрытие гнойника. С целью профилактики образования свища гнойник вскрывают в просвет кишки с иссечением пораженной крипты. При анаэробном парапроктите применяют широкие «опережающие» разрезы, широкую некрэктомию, в послеоперационном периоде - адекватную антибиотикотерапию, дезинтоксикацию, гипербарическую оксигенацию и др. При некрозе стенки прямой кишки и сфинктерного аппарата выводится колостома.



Рис. 3.1. Острый подкожный парапроктит



Рис. 3.2. Подслизистый парапроктит на поздней стадии

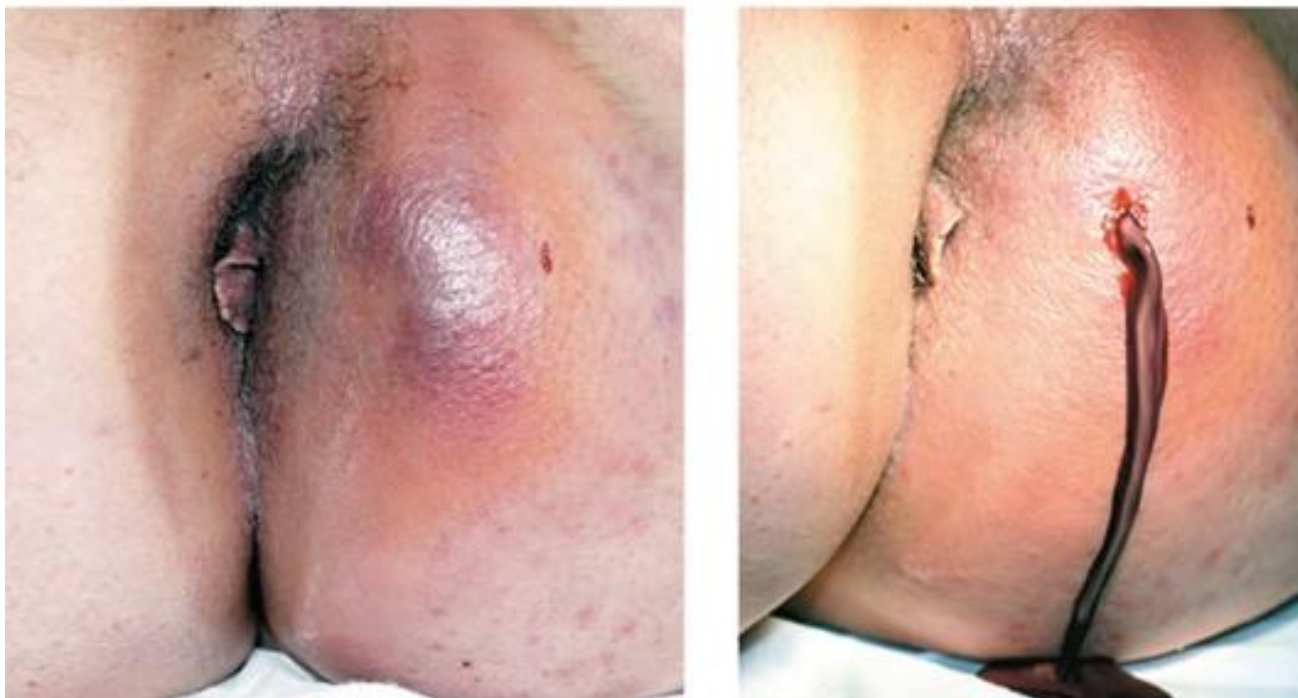


Рис. 3.3. Острый подкожный парапроктит до и в процессе вскрытия



Рис. 3.4. Гнилостный парапроктит с некрозом участка кожи



Рис. 3.5. Гнилостный парапроктит с частичным некрозом кожи мошонки на этапах лечения



Рис. 3.6. Гнилостный парапроктит с частичным некрозом кожи мошонки на этапах лечения



Рис. 3.7. Гнилостный парапроктит с некрозом мошонки. Этапы лечения с иссечением кожи мошонки



Рис. 3.8. Гнилостный парапроктит с некрозом мошонки. Этапы лечения с иссечением кожи мошонки



Рис. 3.9. Парапроктит с анаэробным лимфангитом. Распространение процесса по передней брюшной стенке. Состояние после операции. Эвентрация в одной из ран



Рис. 3.10. Тот же больной. Состояние после ушивания эвентрации и некрэктомии

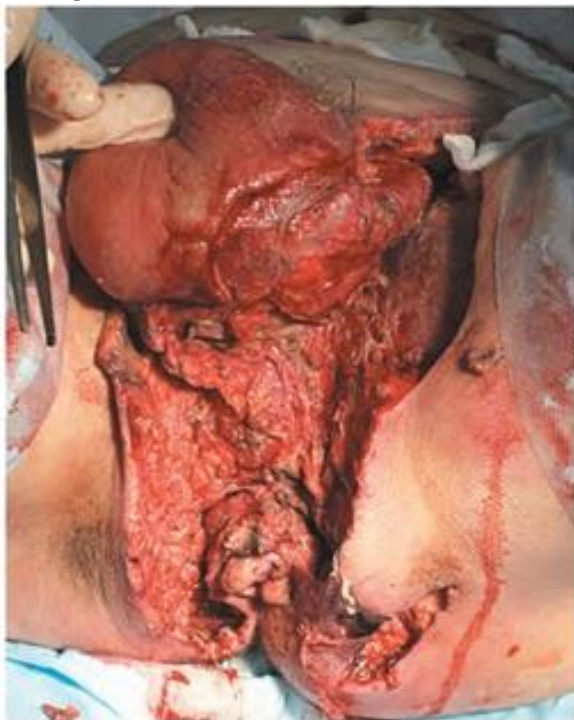


Рис. 3.11. Парапроктит с анаэробным лимфангитом. Распространение процесса по передней брюшной стенке. Состояние после вскрытия, некрэктомии, лапаротомии с трансверзостомией



Рис. 3.12. Болезнь Фурнье

3.2. СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Свищи прямой кишки, или хронический парапроктит, являются следствием острого парапроктита и характеризуются наличием внутреннего отверстия в кишке, свищевого хода, идущего в параректальном пространстве и заканчивающегося наружным отверстием на коже промежности.

Наиболее частая причина возникновения свища прямой кишки - острый парапроктит.

По расположению хода свища относительно сфинктера различают интрасфинктерные, трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи.

Болезнь протекает волнообразно, периоды обострения сменяются ремиссией. При обострении появляются боли в области свища, температура, недомогание, гнойные выделения со слизью из свища, иногда при широком свищевом ходе отделение кала и газов. Выделения могут быть как скудными, так и обильными. В период полной ремиссии внутреннее отверстие может временно закрываться. Продолжительность ремиссии может быть от нескольких недель до нескольких лет. Длительное существование свища может приводить к осложнениям, таким как пектенозе (замещение мышц подслизистого слоя анального канала соединительной или рубцовой тканью), амилоидоз и крайне редко - озлокачествление свища.

Диагностика, как правило, не сложна. Осмотр проводится в гинекологическом кресле, пальпация перианальной области позволяет определить степень рубцового процесса по ходу свища, при подкожно-подслизистых и чрессфинктерных свищах они определяются в виде тяжа, идущего к просвету прямой кишки. Экстрасфинктерные свищи обычно пальпаторно не определяются. Также обязательно пальцевое исследование прямой кишки, при котором определяются внутреннее отверстие свища в одной из крипт, тонус сфинктера, наличие пектеноза, степень рубцового процесса в клетчатке. Исследование свища с помощью металлического зонда и прокрашивание свища проводится обычно под обезболиванием на операционном столе, что позволяет ответить на важные вопросы: направление хода и отношение его к волокнам сфинктера.

В редких случаях наблюдаются посттравматические свищи прямой кишки.

Лечение свищей оперативное. В настоящее время, кроме иссечения свища, применяется также эндоскопическая санация с пломбированием коллагеновым клеем, пермаколом и т.д.



Рис. 3.13. Передний свищ прямой кишки



Рис. 3.14. Свищи прямой кишки



Рис. 3.15. В наружное отверстие после прокрашивания свища введен металлический зонд. В просвете кишки видно прокрашенное внутреннее отверстие переднего свища



Рис. 3.16. Прокрашивание через несколько наружных отверстий бриллиантовым зеленым. Видно внутреннее отверстие заднего свища



Рис. 3.17. Посттравматические свищи прямой кишки с гнойным отделяемым из отверстия у корня мошонки

Глава 4. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

Эпителиальный копчиковый ход (*син.* эпителиальная киста копчика, волосяная киста, задний пупок и т.д.) представляет собой врожденное заболевание и встречается у 1,3-2,5% населения. По удельному весу операций в структуре основных оперативных вмешательств в колопроктологических центрах и отделениях больные с эпителиальным копчиковым ходом выходят на четвертое место после геморроя, колоректального рака, свищей прямой кишки и составляют 9,6%. У мужчин эта патология встречается в 2-3 раза чаще, чем у женщин. Существует много теорий, но предпочтение в отечественной литературе отдается теории образования эпителиального копчикового хода вследствие неполной редукции хвоста у эмбриона человека, в результате чего формируется кожная воронка и эпителиальный копчиковый ход. В зарубежной литературе имеются теории приобретенного происхождения пилонидальной болезни, в частности за счет аккумуляции волос с других участков тела в межъягодичную складку.

Эпителиальный копчиковый ход расположен под кожей крестцово-копчиковой области по средней линии, представляет собой узкий канал, выстланный кожным эпителием, который слепо заканчивается на 4-6 см выше заднего прохода. В глубине межъягодичной складки находятся характерные для эпителиального копчикового хода воронкообразные втяжения кожи. Количество их варьирует от 1 до 4-5, они могут быть почти незаметными, иногда из них торчит пучок волос. Имеющиеся в кожных втяжениях точечные отверстия служат местом сообщения хода с внешней средой и входными воротами для инфекции. Все имеющиеся отверстия сообщаются между собой.

Клиническая картина эпителиальной кисты копчика представлена периодами обострения с образованием абсцесса и характерными симптомами и периодами ремиссии, когда пациента беспокоят лишь слизистые и гнойные выделения из свищей. Применяется оперативное лечение. При эпителиальном копчиковом ходе, осложненном нагноением и абсцессом, проводится операция вскрытия и дренирования гнойника. Радикальная операция заключается в иссечении хода со всеми вторичными свищевыми ходами и отверстиями. Она показана больным с неосложненным эпителиальным копчиковым ходом.



Рис. 4.1. Эпителиальный копчиковый ход с нагноением. Над ягодичной складкой по средней линии видны кожная гиперемия и инфильтрация



Рис. 4.2. Нагноившийся эпителиальный копчиковый ход. Гнойный затек распространяется влево от средней линии



Рис. 4.3. Нагноившийся эпителиальный копчиковый ход. В центре инфильтрата виден точечный некроз кожи с выделением гноя - формирующийся вторичный свищ



Рис. 4.4. Нагноившийся эпителиальный копчиковый ход. В области копчика видны очаговая гиперемия и инфильтрация



Рис. 4.5. Эпителиальный копчиковый ход. Единичное воронкообразное втяжение кожи по средней линии в области копчика



Рис. 4.6. Эпителиальный копчиковый ход. Несколько втяжений (отверстий), расположенных по средней линии



Рис. 4.7. Эпителиальный копчиковый ход. Воронкообразные втяжения по средней линии и вторичный свищевой ход справа от средней линии



Рис. 4.8. Эпителиальный копчиковый ход. Два вторичных свищевых отверстия слева от средней линии



Рис. 4.9. Рецидивирующий эпителиальный копчиковый ход. Область копчика деформирована рубцами после операций и многочисленными свищевыми ходами

Глава 5. ОСТРОКОНЕЧНЫЕ ПЕРИАНАЛЬНЫЕ КОНДИЛОМЫ

Кондиломы представляют собой плотноватые бородавчатые остроконечные узелки на перианальной коже и напоминают по виду цветную капусту. Они могут быть также в анальном канале. В настоящее время отмечается рост заболеваемости папилломавирусной инфекцией, что в значительной степени связано с высокой контагиозностью заболевания, - до 65-75% у половых партнеров. В этиологии большое значение отводится вирусной теории заболевания (вирусу папилломы человека). По мере появления кондиломатозных разрастаний появляются мокнутие, зуд, мацерация и даже кровотечения из-за их травмирования. Болезнь также может протекать латентно или субклинически. Образования носят доброкачественный характер, лишь в редких случаях может отмечаться инвазивный рост с быстрым прогрессированием и обширными разрастаниями. Обязательно проведение дифференциального диагноза со специфическими сифилитическими кондиломами - они более плоские и широкие.

Во всех случаях необходимы исследование крови методом ПЦР для определения наличия ДНК вируса папилломы человека и его типирования, а также лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем (сифилис, ВИЧ, хламидии, микопlasма, уреаплазма, урогенитальный кандидоз, генитальный герпес). Рекомендуются обследование половых партнеров больного.

При лечении остроконечных кондилом решаются две задачи: удаление самих кондилом (местное лечение) и снижение количества вируса в организме (общее лечение). Проводится хирургическое иссечение кондилом под наркозом или местной анестезией. При единичных кондиломах возможно излечение их местным применением специальных препаратов, обладающих химическим деструктивным или цитотоксическим действием.

Общее лечение заключается в обязательной коррекции сопутствующих инфекций, иммунитета, восстановлении нормальной микрофлоры кишечника, а у женщин и влагалища. Высокоэффективно применение интерферонов, которое чаще используется в комплексном лечении. Назначать препараты следует в течение нескольких недель.



Рис. 5.1. Перианальные остроконечные кондиломы



Рис. 5.2. Остроконечные кондиломы с изменениями перианальной кожи



Рис. 5.3. Множественные мелкие остроконечные кондиломы



Рис. 5.4. Злокачественный рост перианальных остроконечных кондилом (болезнь Бушке- Левенштейна)

Глава 6. РЕКТОЦЕЛЕ

Ректоцеле - выпячивание передней стенки прямой кишки в заднюю стенку влагалища. Считается одним из частых видов тазового пролапса и встречается у 5,7% женщин в менопаузе.

Ректоцеле возникает у женщин после трудных или повторных родов с разрывом промежности, часто на фоне перинеотомии. Происходит расхождение передних порций леваторов, ослабление сфинктера (в ряде случаев разрывы его), ослабление структур тазового дна, ректовагинальной перегородки. Все это приводит к избыточному пролабированию, перерастяжению и расхождению мышечной оболочки прямой кишки. При прогрессировании процесса вследствие истончения стенки прямой кишки формируются грыжеподобный дефект в подслизисто-мышечном слое и образование дивертикулоподобного выпячивания стенки кишки во влагалище.

Классификация различает 3 степени ректоцеле и основывается на данных дефекографии и клинических симптомах.

Клинические проявления связаны с затруднением дефекации, что вызывает ощущение неполного опорожнения прямой кишки. Больные вынуждены прибегать к слабительным, затем к различным пособиям (сжатие ягодиц и бедер, надавливание на промежность и на заднюю стенку влагалища, вплоть до механического извлечения кала из прямой кишки). Позднее могут присоединиться проктит (выделения крови и слизи), сексуальные расстройства.

В начальной стадии проводится консервативное лечение. Назначаются лечебная гимнастика для укрепления мышц тазового дна, регулирование стула диетой, лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта и гинекологических заболеваний.

Оперативное лечение показано во 2-й и, особенно, в 3-й стадии болезни, когда консервативное лечение не дает результата. На сегодняшний день существует ряд оперативных вмешательств, включающих сфинктеролеваторопластику, операции с использованием проленовых имплантов (Prolift) или пермакола, циркулярную степлерную резекцию и т.д. Однако ни одна из предложенных методик не стала стандартом, поскольку каждая имеет ряд недостатков.



Рис. 6.1. Ректоцеле 2-й степени. Виден пролапс передней стенки прямой кишки в задний свод влагалища



Рис. 6.2. Та же пациентка, осмотр на операционном столе в зеркалах

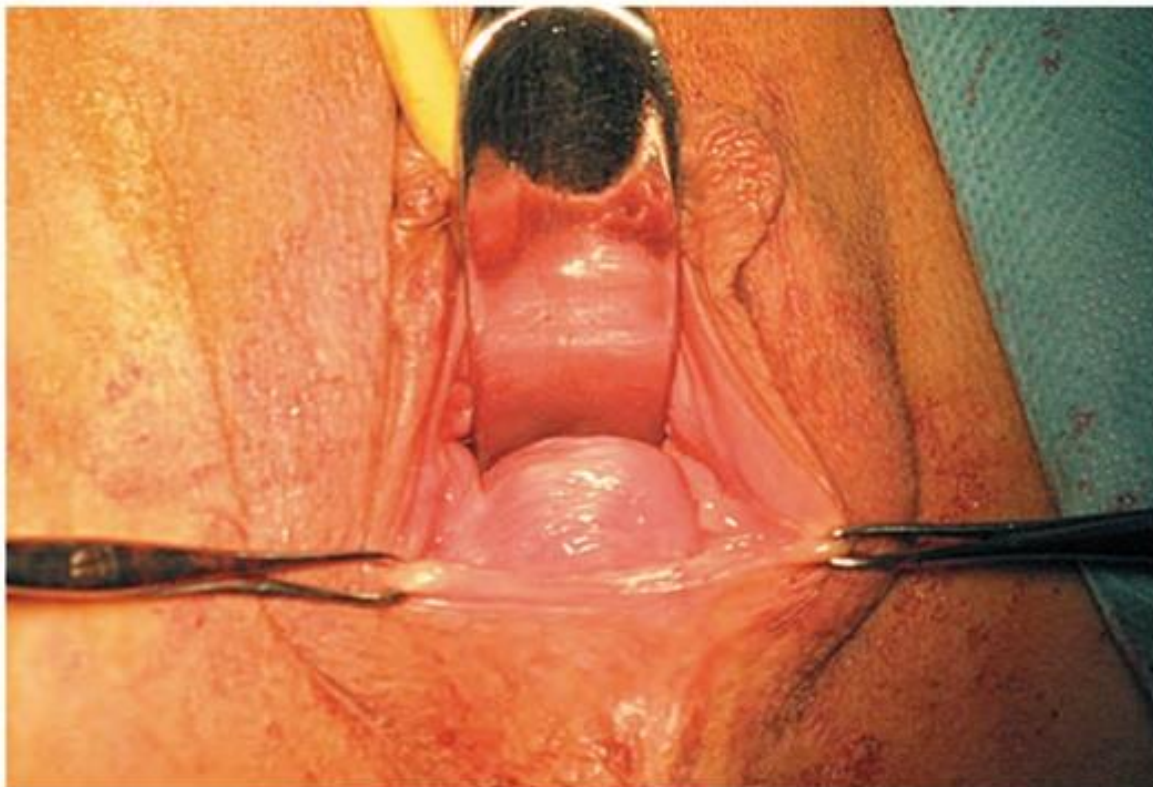


Рис. 6.3. Ректоцеле 3-й степени



Рис. 6.4. Ректоцеле. Осмотр в зеркалах

Глава 7. ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Выпадение прямой кишки - выходение прямой кишки за пределы заднего прохода, встречается в любом возрасте. У лиц старше 60 лет частота ректального пролапса составляет 16,8%.

Существует две основные теории патогенеза выпадения: грыжевая и хронической идиопатической инвагинации. Грыжевая теория: в низко расположенный карман дугласова пространства при слабости мышц тазового дна смещаются петли тонкой кишки, расширяя межлеваторные пространства и сдвигая стенки прямой кишки. Прямая кишка выпадает через заднепроходной канал, образуя вместе с тазовой брюшиной грыжевой мешок. Инвагинационная теория: происходит смещение сигмовидной кишки в прямую, вследствие чего наблюдаются ослабление подвешивающего и поддерживающего аппарата и выходение прямой кишки.

По клиническим проявлениям различают 3 стадии выпадения прямой кишки: на первой выпадение наблюдается только при дефекации, на второй - при физической нагрузке, на третьей - при ходьбе и принятии вертикального положения.

Основной жалобой больных является выходение прямой кишки за пределы заднего прохода. Наступает ослабление сфинктера, может наблюдаться его зияние. Постоянная травматизация слизистой выпадающей кишки ведет к проктиту, выделению экссудата, иногда крови. Отмечается зуд, мацерация кожи и т.д. Наиболее частое осложнение заболевания - ущемление выпавшей кишки.

Известно более 220 методов операций. Наиболее эффективными являются подвешивающие операции, такие как ректопексия по Кюммелю-Зеренину, Кюммелю-Зеренину в модификации НИИ проктологии, операция Малышева. В настоящее время успешно используется лапароскопическая ректопексия с использованием проленового импланта. Возможны также резекционные оперативные вмешательства (операции Делорма, Альтемаера).



Рис. 7.1. Выпадение прямой кишки у женщины



Рис. 7.2. Выпадение прямой кишки у мужчины



Рис.7.3. Выпадение прямой кишки с перфорацией ее стенки, эвентрацией подвздошной и сигмовидной кишки

Глава 8. ЗУД ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Главный симптом заболевания - зуд в области заднего прохода. Он мучителен для больных и может приводить к неврологическим и психическим расстройствам.

Самой распространенной причиной зуда в заднем проходе является недостаточная гигиена в данной области. Анальный зуд может быть симптомом таких заболеваний, как геморрой, анальная трещина, криптит, папиллит, свищи, язвы, кондиломы, недостаточность сфинктера заднего прохода, глистные инвазии, грибковые заболевания, атопическая экзема, псориаз и т.д. Бывают случаи, когда нет возможности выявить причину зуда в анальном отверстии, тогда говорят об идиопатическом, или первичном, зуде.

Проводится тщательное обследование больных с проведением специальных методов, в том числе колоноскопии, следует выявлять сексуальную ориентацию и возможные половые извращения. Исследуется кровь на сахар с толерантной нагрузкой (скрытые формы диабета), кал на дисбиоз, выполняется трехкратный анализ кала на яйца глист. Необходимо исключить воспалительные заболевания половых органов, хламидиоз, сахарный диабет, печеночную недостаточность, лимфогрануломатоз, нейродермит, аллергические реакции, лекарственную болезнь и т.д.

Лечение крайне сложно, особенно при невыясненной причине заболевания. При вторичном зуде лечение основного заболевания приводит к устранению зуда.

Хороший результат в лечении дает применение гормональных мазей (проктозан, ауробин и т.п.), а также микроклизм с 0,2-0,3% раствором колларгола. Лечение проводится на фоне щадящей диеты с исключением спиртного, ограничением курения. Назначается также десенсибилизирующая и седативная терапия, физиолечение, включая низкоинтенсивное лазерное излучение, коррекция дисбиоза. Обязательным условием лечения является строгое соблюдение личной гигиены.

При тяжелых формах идиопатического зуда и при безуспешности комплексной терапии известен метод внутрикожного обкалывания вокруг заднего прохода 0,2% раствором метиленовой сини на 0,5% растворе новокаина, что обуславливает потерю кожной чувствительности до 28 дней. Метод может применяться только при сухих формах зуда.



Рис. 8.1. Влажная форма зуда



Рис. 8.2. Сухая форма зуда (видны утолщенные кожные складки в перианальной области)

Глава 9. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Язвенный колит - некротизирующее диффузное воспаление слизистой оболочки прямой и ободочной кишки. Заболевание характеризуется тяжелым течением с местными и общими системными проявлениями.

Заболеваемость неравномерна в разных странах и колеблется от 21 до 268 случаев на 100 000 населения. Наиболее высокая она в Швеции, Англии, Израиле.

В этиологии заболевания важную роль играют наследственная предрасположенность и кишечная флора. Определенная роль отводится алиментарному фактору (продукты питания), инфекционным агентам, лекарственной и пищевой аллергии, стрессу, а также факторам окружающей среды, связанным с ее загрязнением. Патогенез язвенного колита обусловлен аутоиммунными реакциями с образованием аутоантител к тканям толстой кишки (выявлены высокие титры аутоантител к антигенам кишечной стенки). Длительное образование иммунных комплексов у этих больных ведет к повреждению сосудистых и тканевых структур кишки. Об участии клеточного звена иммунитета свидетельствует местная реакция слизистой оболочки толстой кишки типа лимфоцитарной инфильтрации, плазмоцитарной, макрофагальной, гранулоцитарной реакции. При исследовании иммунного зеркала выявляются снижение Т-супрессорной системы, высокая активность Т-киллеров с клетками кишечного эпителия.

Практически всегда поражается прямая кишка, начиная от зубчатой линии. Заболевание распространяется в проксимальном направлении. В патологический процесс, в отличие от болезни Крона, вовлекаются только слизистая оболочка и подслизистый слой. Язвы различных размеров, края их ровные, подрывные, могут быть покрыты фибрином. Сочетание язв с отеком слизистой оболочки создает впечатление псевдополипоза.

По распространенности поражения различают язвенный проктит, язвенный левосторонний колит, язвенный тотальный колит. По степени тяжести течения: легкая, среднетяжелая, тяжелая.

К местным осложнениям относятся острая токсическая дилатация (токсический мегаколон), массивные кишечные кровотечения, перфорация кишки, стриктуры, перерождение в рак. К системным осложнениям относятся поражения суставов, глазные симптомы, поражения кожи (пиодермия, узловатая эритема), поражения слизистых (стоматит, язвы языка), хронический гепатит, пиелонефрит, гиповитаминоз, тромбозы, тромбозы, нефролитиаз и т.д. Сопутствующие осложнения - интеркуррентные заболевания, возникающие в результате интоксикации, дегидратации, иммуносупрессии на фоне лечения.

Основные симптомы заболевания: жидкий стул с примесью крови, слизи, боли в животе, диарея.

Для диагностики болезни проводят пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию или сигмоидоскопию, колоноскопию, ирригоскопию. Определенное значение имеет ультразвуковое исследование кишечника. При ирриго-скопии наблюдается характерная рентгенологическая картина - зазубренность контуров кишки, исчезновение гаустрации, утолщение складок, укорочение кишки, неравномерное ее сужение, псевдополипы.

По эндоскопическим данным выделяют несколько степеней активности язвенного колита (по Schroeder): минимальная степень активности - гиперемия слизистой, смазанный сосудистый рисунок, контактная ранимость отсутствует; умеренная - выраженная гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, множественные эрозии, контактная ранимость; выраженная - отмечаются язвы, фибринозно-гнойные наложения на слизистой, ригидность стенки, сужение.

Для диагностики важно патоморфологическое исследование биоптата слизистой оболочки. Характерными микроскопическими признаками заболевания являются инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки, уменьшение количества бокаловидных клеток, базальный плазмцитоз, деформация крипт, наличие крипт-абсцессов и базальных лимфоидных скоплений.

Дифференциальную диагностику заболевания следует проводить с бактериальной и амебной дизентерией, туберкулезом, раком кишечника, неязвенным хроническим колитом, ишемическим колитом, дивертикулитом и болезнью Крона. Особенно много клинически схожих симптомов с болезнью Крона, относящейся, как и язвенный колит, к воспалительным заболеваниям кишечника.

Лечение язвенного колита включает консервативные мероприятия в зависимости от тяжести заболевания: применение аminosалицилатов, глюкокор-тикоидов, иммуносупрессоров, антицитокиновых препаратов, антибиотиков, инфузионной и гемостатической терапии. При неэффективности терапии прибегают к хирургическому лечению. На сегодняшний день операцией выбора считают колопроктэктомию с илеоанальным резервуарным анастомозом.

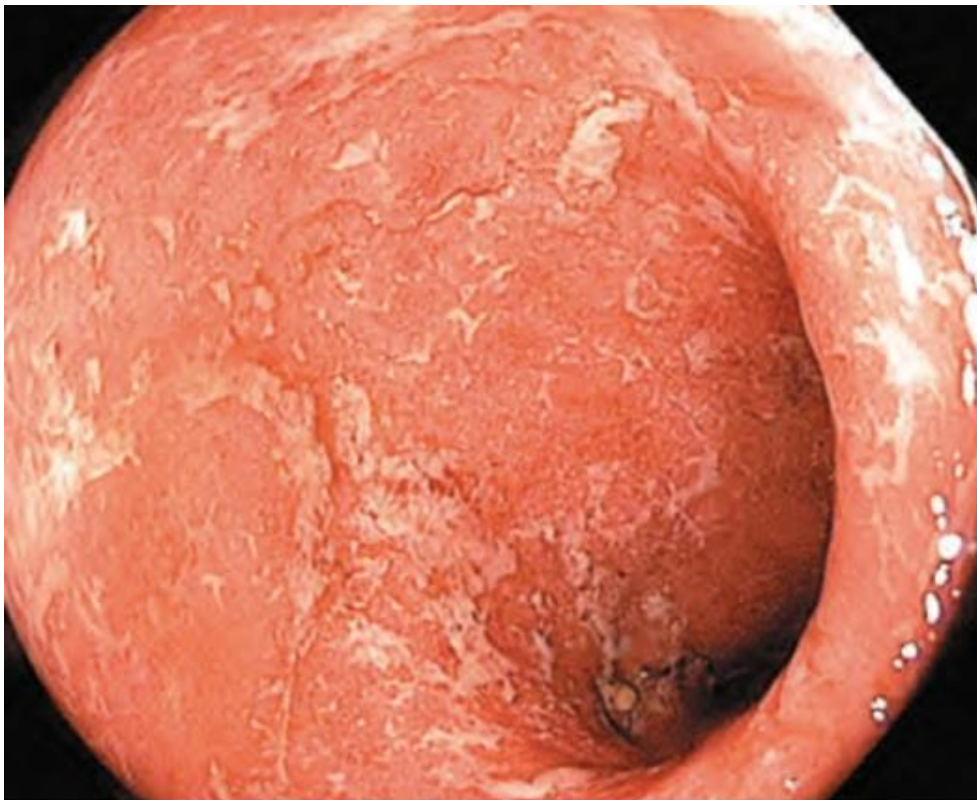


Рис. 9.1. Язвенный проктит, умеренная активность. Видны гиперемия, множественные эрозии, покрытые фибрином, отсутствие сосудистого рисунка

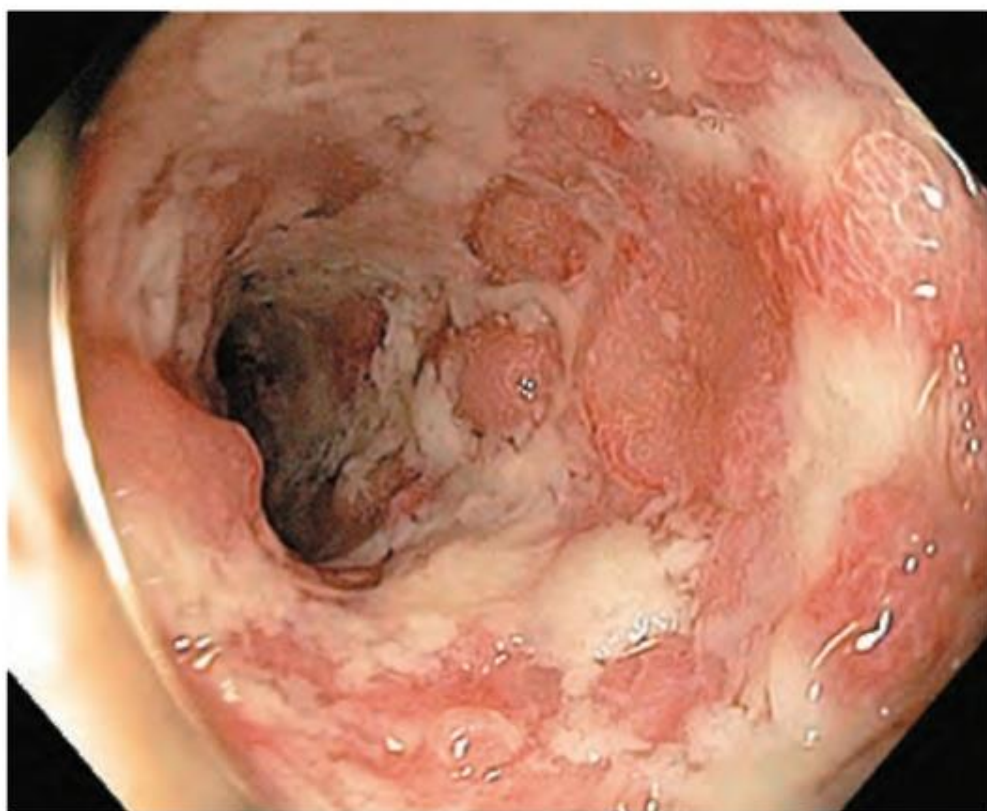


Рис. 9.2. Язвенный проктит, выраженная активность. Видны язвы с фибринозно-гнойными наложениями, сужение просвета

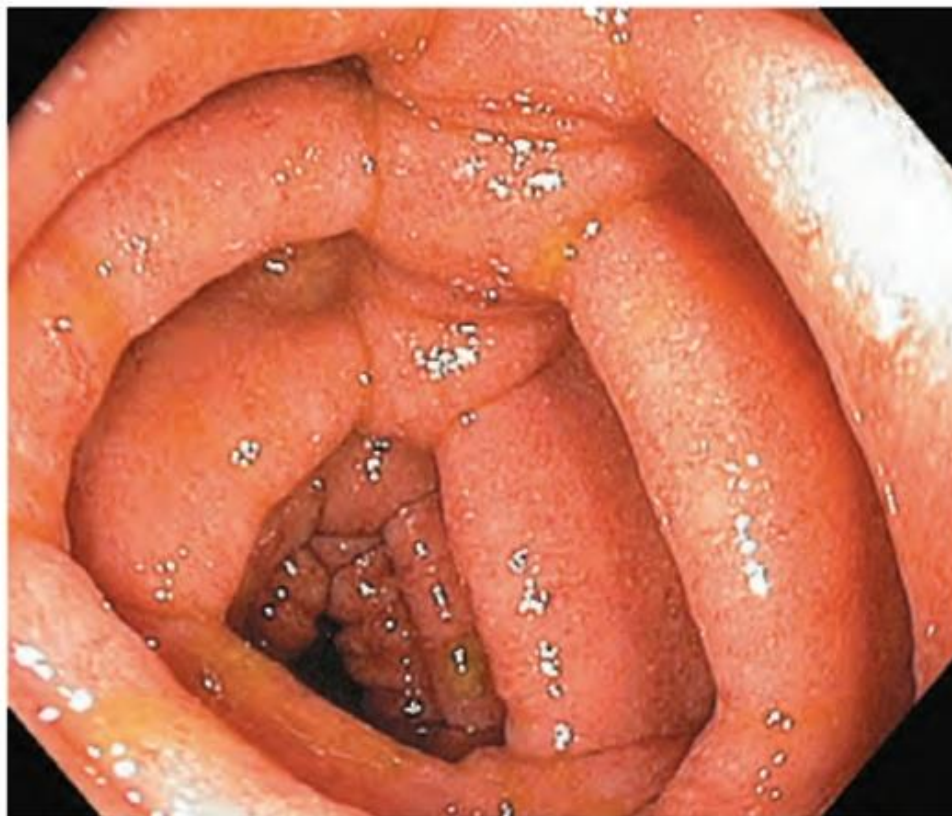


Рис. 9.3. Язвенный проктит умеренной активности: гаустрация сохранена, но складки утолщены, инфильтрированы, сосудистый рисунок отсутствует, видны мелкие точечные эрозии

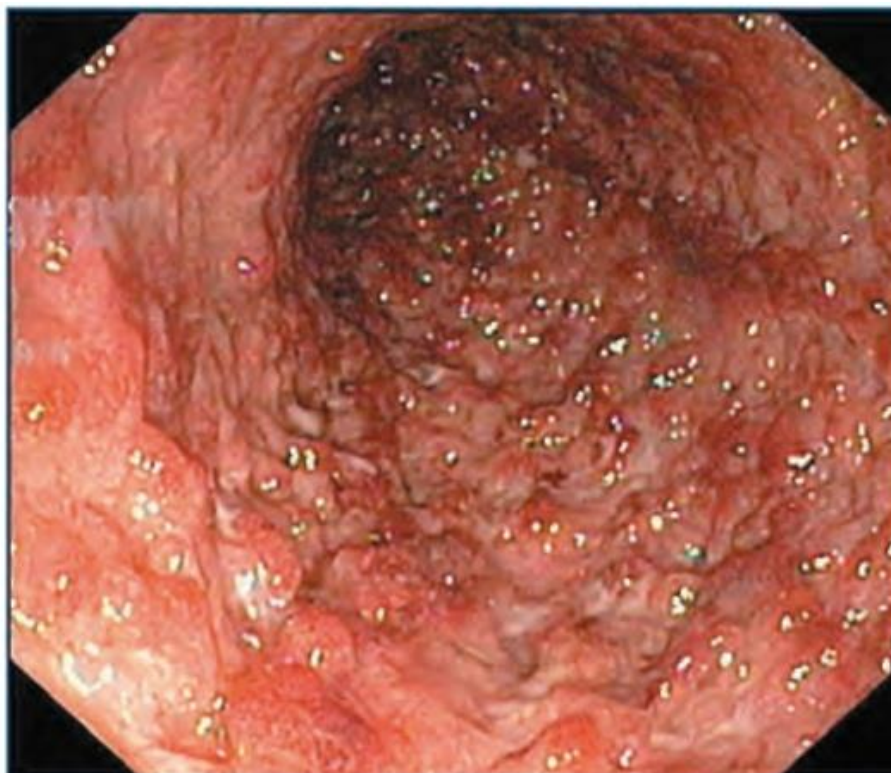


Рис. 9.4. Язвенный проктит выраженной активности: гаустрация отсутствует, просвет сужен, множественные язвы, контактная кровоточивость

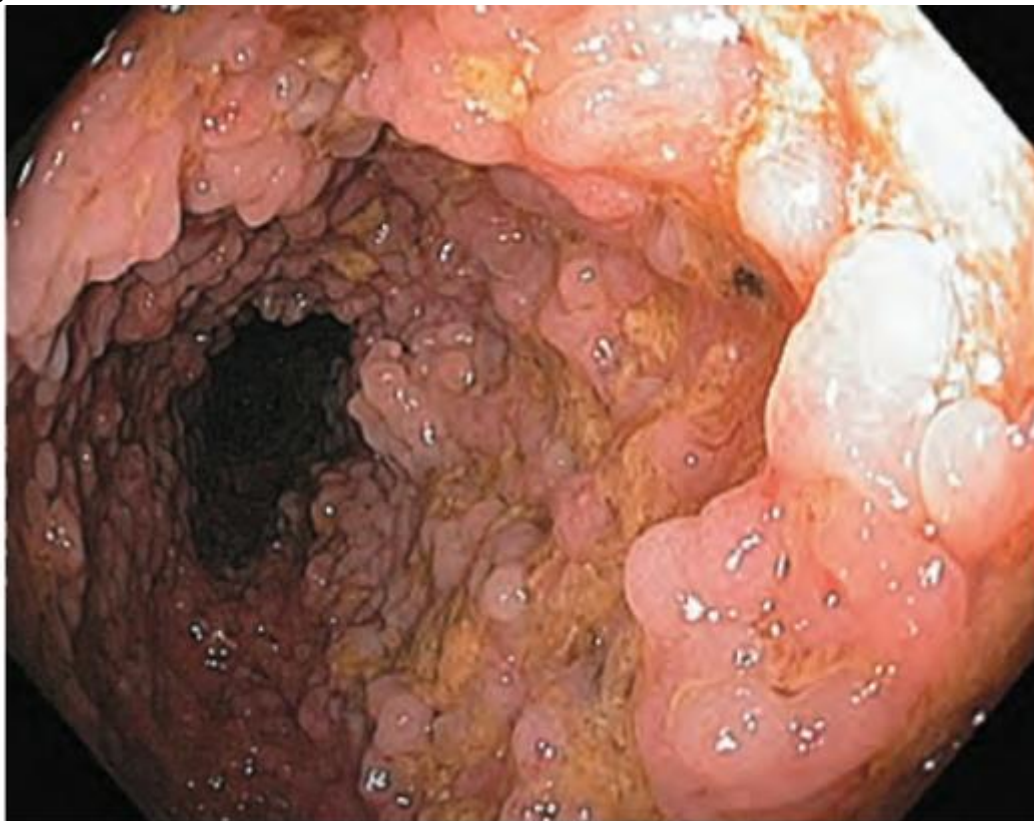


Рис. 9.5. Язвенный проктит. Обострение. Отсутствие сосудистого рисунка и гаустрации, выраженный псевдополипоз



Рис. 9.6. Язвенный проктит. Ремиссия. На фоне четкого сосудистого рисунка видны гиперпластические псевдополипы

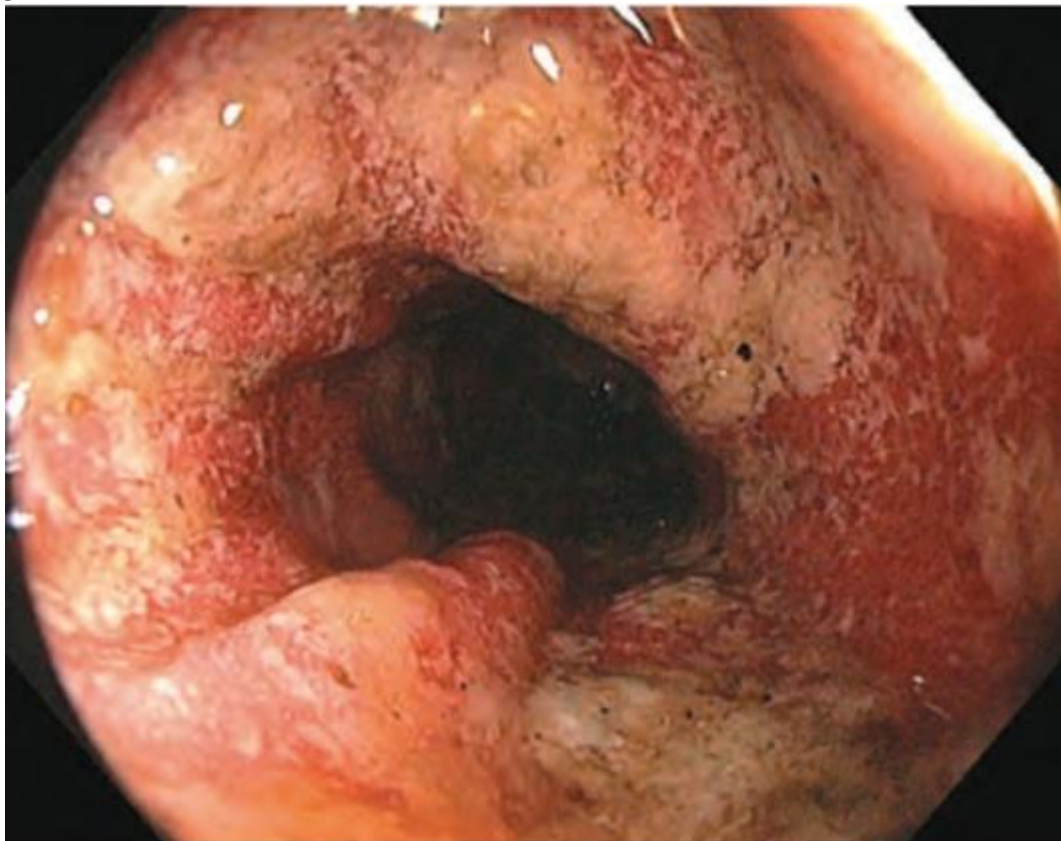


Рис. 9.7. Язвенный проктит. Обострение. Отсутствие гаустрации, утолщенные складки, гиперемия, сливающиеся язвы, покрытые фибрином

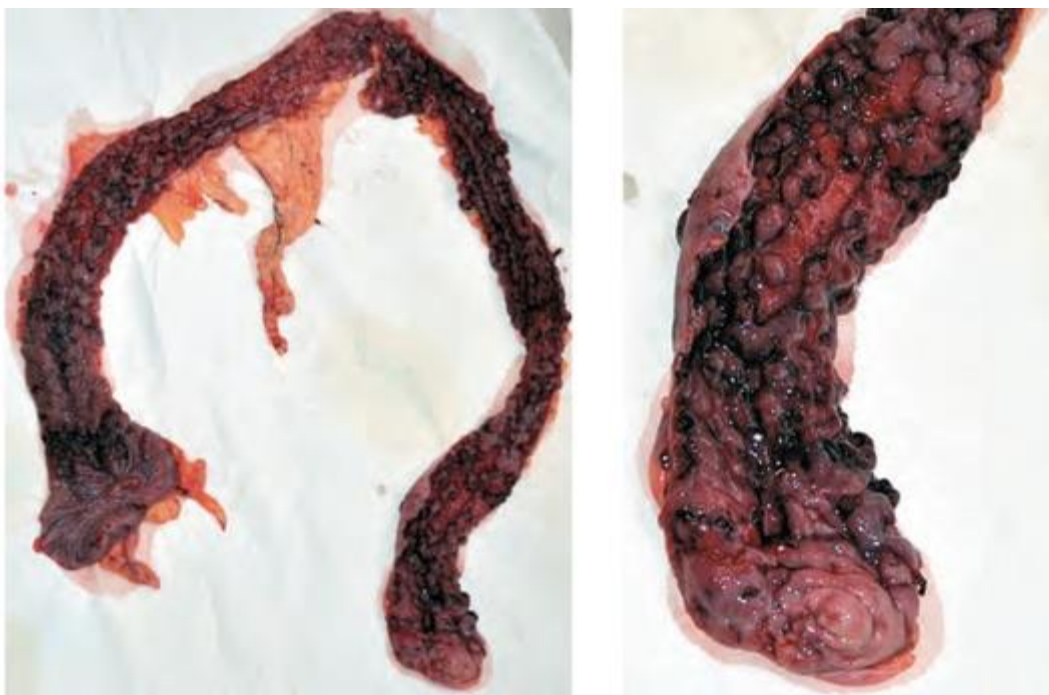


Рис. 9.8. Макропрепарат. Толстая кишка пациента с fulminантной формой язвенного колита. Тотальное поражение. Гаустрация отсутствует, видны множественные сливающиеся язвы

Глава 10. БОЛЕЗНЬ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Болезнь Крона - неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, поражающий различные отделы желудочно-кишечного тракта от ротовой полости до перианальной области, но преимущественно он локализуется в подвздошной и толстой кишке. Воспаление характеризуется сегментарностью поражения, рецидивирующим течением с образованием глубоких трансмуральных продольных язв, наружных и внутренних свищей, стриктур, перианальных поражений прямой кишки. Частота возникновения (первичная заболеваемость) составляет 2-4 случая на 100 000 населения в год.

Основную роль в этиопатогенезе, как при язвенном колите, играют генетические факторы и иммунологические нарушения. Ведущая роль в патогенезе болезни Крона отводится аутоиммунным механизмам с выработкой антител к желудочно-кишечному тракту с появлением лимфоцитов, сенсibilизированных к антигенам слизистой оболочки кишечника.

Первыми макроскопическими признаками болезни Крона являются очаговые линейные изъязвления слизистой оболочки. По мере прогрессирования процесса изъязвления становятся множественными, глубокими (трансмуральными), извитыми. Наличие их с отеком слизистой между ними создает характерную картину «булыжной мостовой».

Болезнь Крона при поражении кишечника подразделяется на илеит, илеоколит, колит. Выделяют две формы течения процесса: острую и хронически рецидивирующую. Заболевание может протекать в легкой, среднетяжелой, тяжелой форме.

Заболевание проявляется группой общих и местных симптомов, зависящих от локализации поражения. Основные клинические симптомы: периодические схваткообразные боли в животе по ходу кишечника, выраженная диарея до 12 раз в сутки и больше с примесью крови и слизи, лихорадка, падение массы тела.

Пальпаторно отмечается болезненность живота по ходу кишечника, в ряде случаев в зависимости от уровня ее поражения может пальпироваться инфильтрированная кишка. Наиболее частая локализация - правая подвздошная область. Инфильтраты брюшной полости представляют собой неподвижные, болезненные образования. В ряде случаев наблюдаются свищи, связанные с толстой кишкой, которые могут быть наружными и внутренними, обусловленными глубокими язвами с пенетрацией.

Трансмуральное поражение кишки, глубокие язвы обуславливают местные осложнения болезни. К типичным осложнениям относятся кишечная непроходимость вследствие стриктуры кишки, перфорация стенки кишки с развитием перитонита, внутрибрюшинные абсцессы, внутренние и наружные свищи, кровотечения. Токсическая дилатация и малигнизация встречаются реже, чем при язвенном колите.

Внекишечные осложнения - это поражение кожи, костей, суставов, глаз, печени. Они проявляются прежде всего перианальными язвами, экземой, фурункулезом, пиодермией, артритом, склерозирующим сакроилеитом, холангитом и др.

Основным методом диагностики болезни Крона является эндоскопия. Фиброэзофагогастродуоденоскопия позволяет выявить поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Исследование тонкой кишки представляет более сложную задачу, для этого может быть использована капсульная эндоскопия или энтероскопия. Для исследования терминального отдела подвздошной кишки применяется фиброколоноскопия. Колоноскопия позволяет определить локализацию процесса, протяженность поражения, наличие стриктур, провести биопсию. Слизистая оболочка при осмотре отекает, инфильтрирована, просвет сужен, определяются линейные дефекты. При множественных язвах слизистая имеет вид «булыжной мостовой».

Гистологические признаки болезни Крона включают трансмуральное поражение, выраженную лимфоидно-плазматическую клеточную инфильтрацию и, среди всего прочего, неказеозные саркоидные (эпителиоидно-клеточные) грануломы, состоящие из скопления эпителиоидных гистиоцитов и гигантских клеток типа Лангханса.

Дифференцировать болезнь Крона в первую очередь следует с язвенным колитом, туберкулезом кишечника, раком, амебиазом, дизентерией, псевдомембранозным и ишемическим колитом.

Лечение болезни Крона, как и других аутоиммунных заболеваний, сводится к применению глюкокортикоидов (в том числе топических), цитостатиков, антицитокиновой терапии, антибиотиков. Хирургические вмешательства производятся, как правило, при возникновении осложнений. В основном применяются ограниченные резекции пораженных участков кишечника.

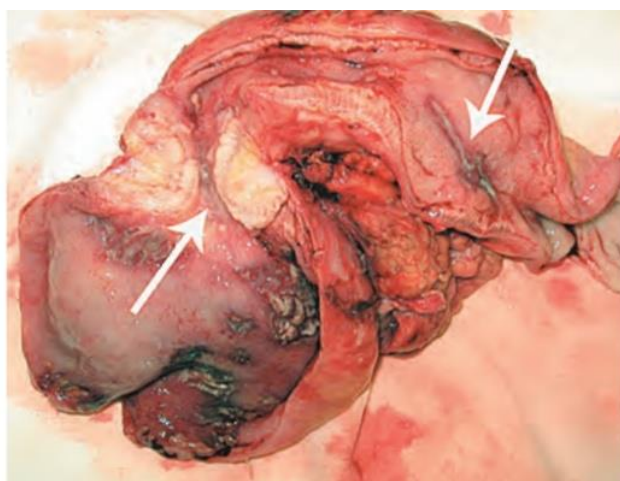


Рис. 10.1. Макропрепарат слепой и подвздошной кишки. Стрелками показаны стриктура илеоцекального перехода (слева) и линейная язва подвздошной кишки (справа)

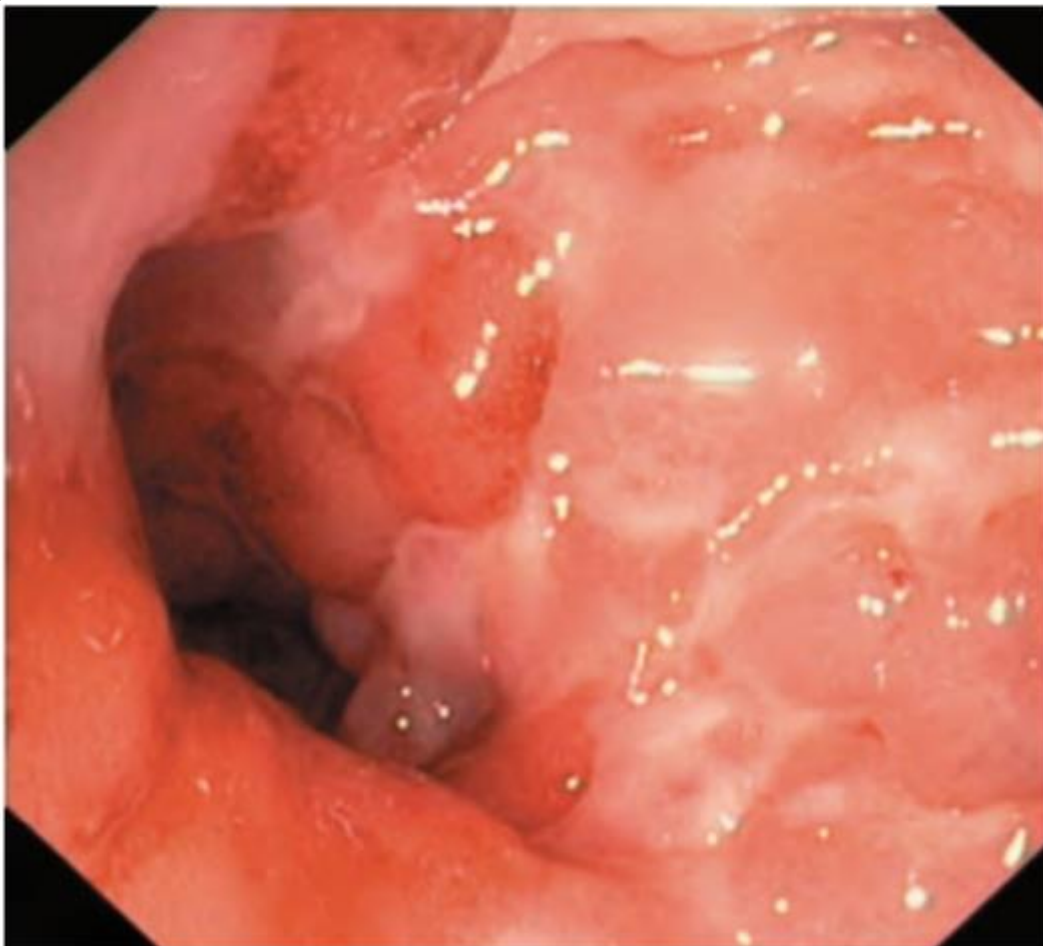


Рис. 10.2. Болезнь Крона ободочной кишки. Вид «булыжной мостовой»



Рис. 10.3. Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки. Наружный тонкокишечный свищ на передней брюшной стенке



Рис. 10.4. Болезнь Крона с перианальным поражением. Воспалительная инфильтрации и изъязвлений перианальной кожи



Рис. 10.5. Болезнь Крона с перианальным поражением. Линейная язва на коже и свищевые отверстия



Рис. 10.6. Болезнь Крона с перианальным поражением. Воспалительная инфильтрация с мацерацией кожи



Рис. 10.7. Болезнь Крона с перианальным поражением. Процесс переходит на кожу бедра и мошонку

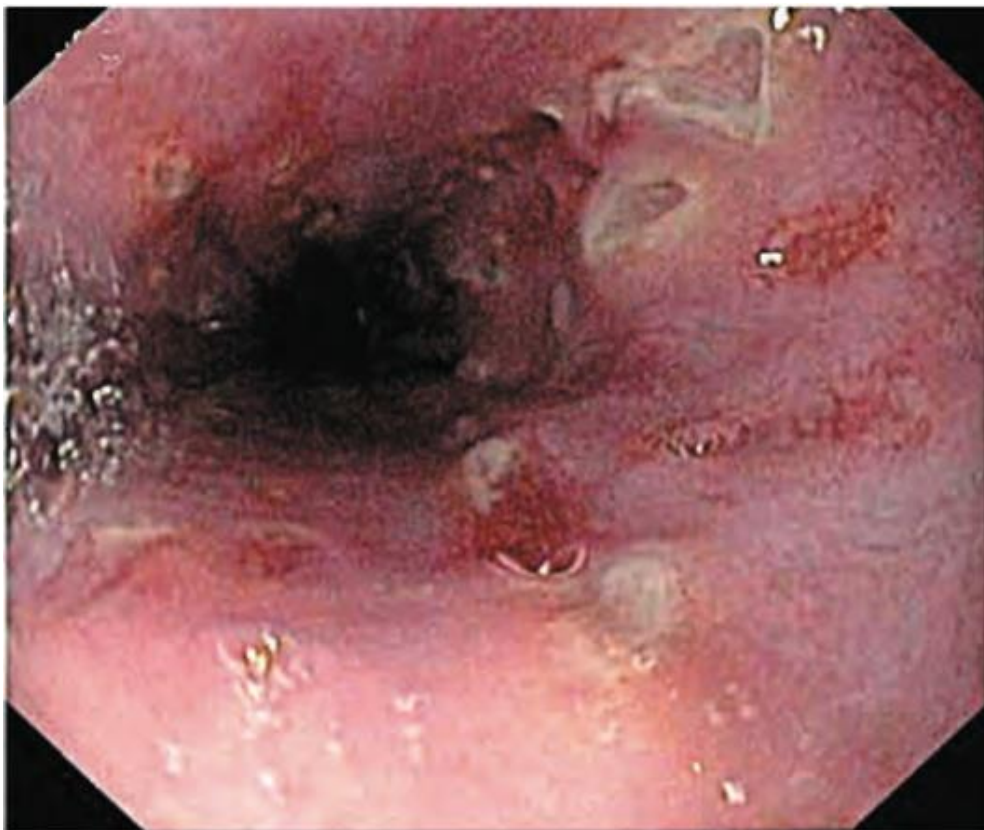


Рис. 10.8. Болезнь Крона с поражением пищевода. Слизистая отечна, инфильтрирована, видны язвы

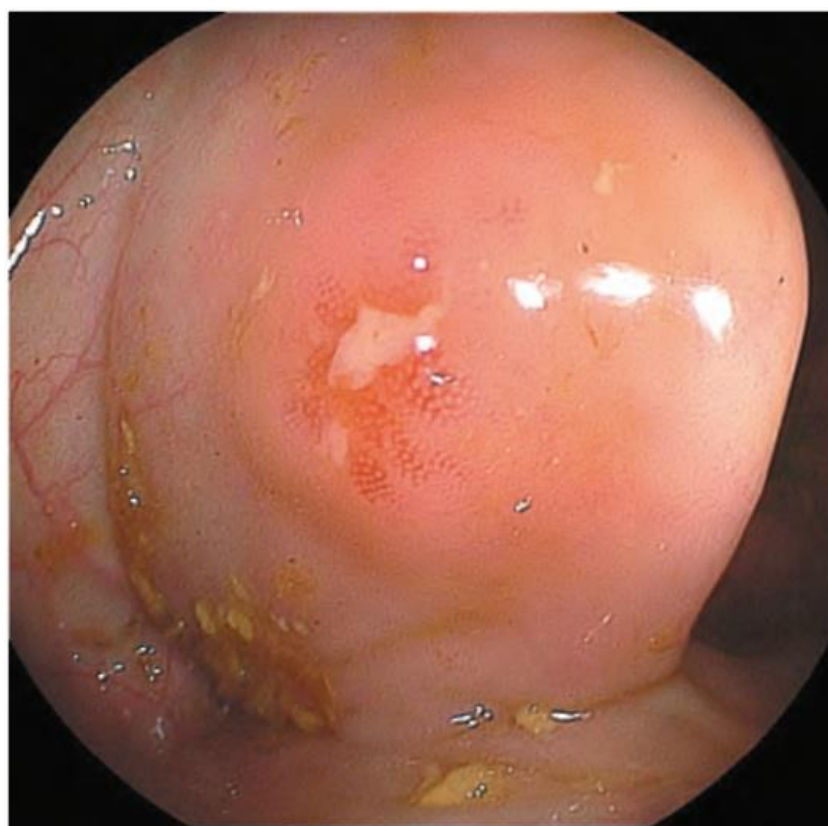


Рис. 10.9. Болезнь Крона с поражением подвздошной кишки. Видны линейные язвы, покрытые фибрином

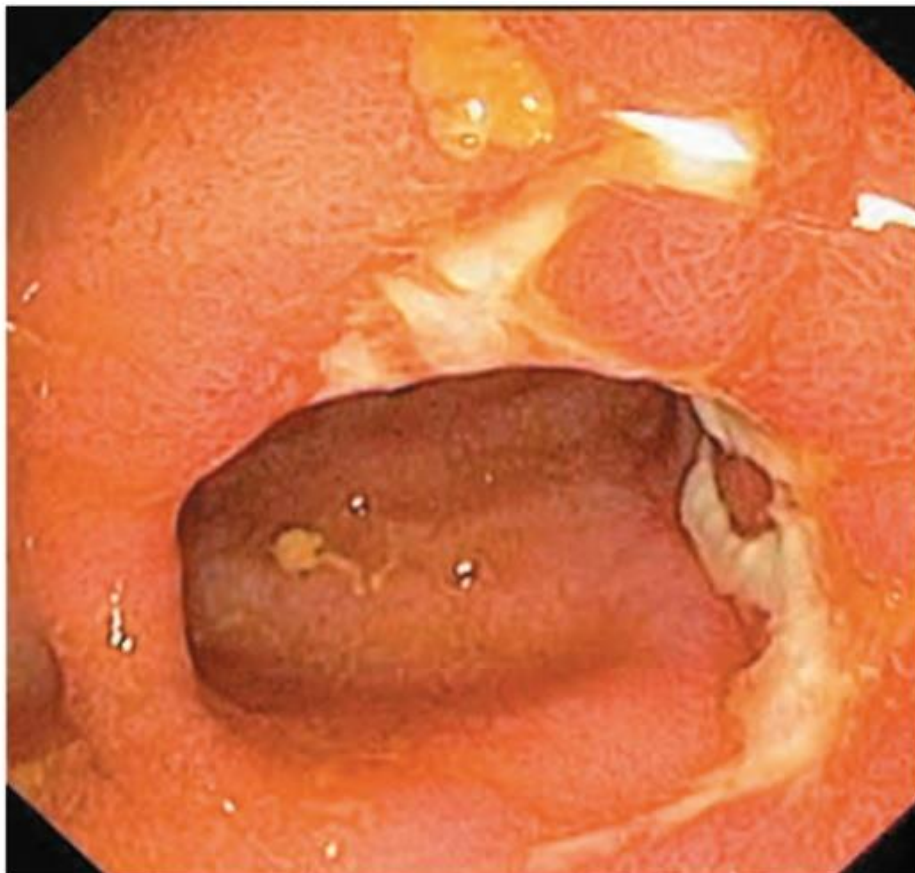


Рис. 10.10. Болезнь Крона с поражением ободочной кишки. Единичная язва с перифокальным воспалением

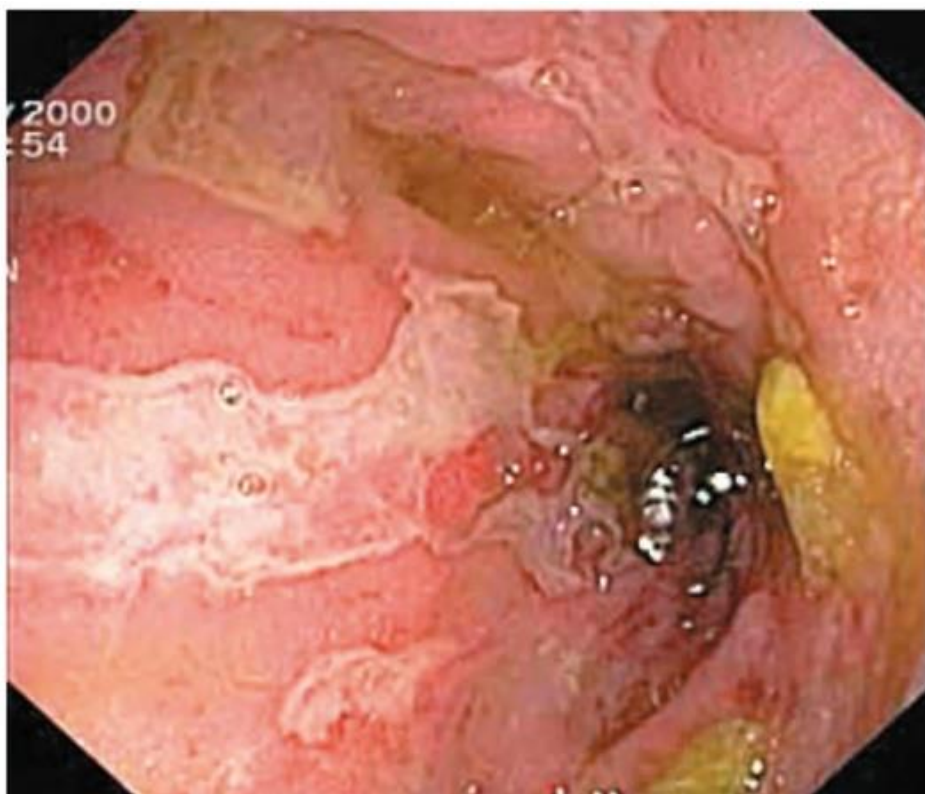


Рис. 10.11. Болезнь Крона с поражением сигмовидной кишки. Видны множественные линейные язвы, покрытые фибрином

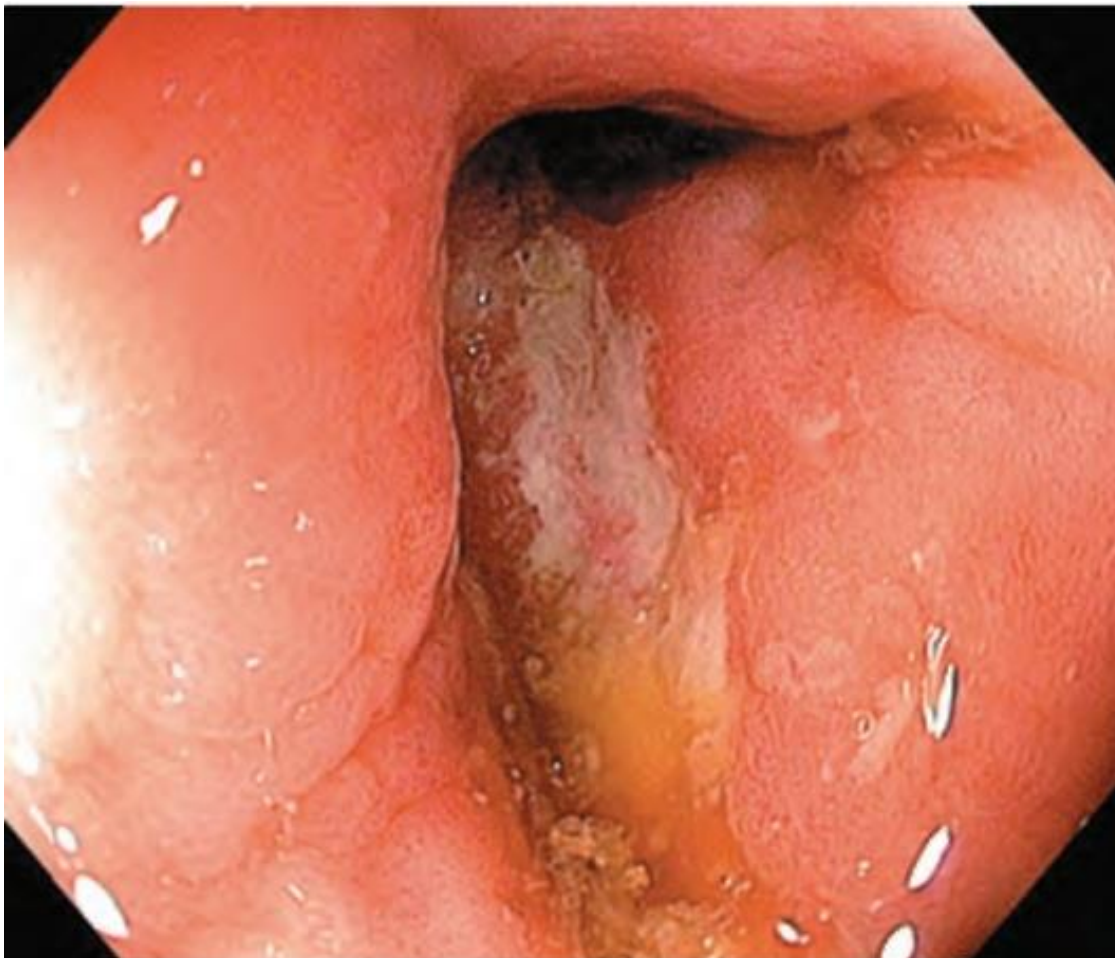


Рис. 10.12. Болезнь Крона с поражением прямой кишки. Стенка отечна, инфильтрирована, просвет сужен, линейная язва с фибрином

Глава 11. ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В настоящее время отмечается рост заболеваемости дивертикулезом толстой кишки, особенно в экономически развитых странах. У людей в возрасте 40 лет частота дивертикулеза составляет около 1%, увеличиваясь до 40% у лиц старше 70 лет. Дивертикулы толстой кишки представляют собой ограниченные единичные или множественные грыжеподобные выпячивания слизистой оболочки за пределы стенки кишки.

Дивертикулы чаще локализуются в левой половине толстой кишки (сигмовидная и нисходящая ободочная кишка). Гораздо реже дивертикулы определяются в правых отделах (восточный тип). Прямая кишка поражается крайне редко.

Из наиболее распространенных теорий возникновения дивертикулеза является грыжевая (пульсионная) теория. Большое значение в патогенезе придается спастическому сокращению мышечных слоев стенки ободочной кишки, которое приводит к утолщению циркулярного мышечного слоя и разволокнению его вертикальными щелями в области соединительнотканых прослоек. Определенную роль играют стресс и характер питания. Внутренние и внешние причины, усиливающие спазм и сокращения толстой кишки (кишечные дискинезии, запоры, заболевания кишечника и т.д.), признаются в качестве факторов риска развития заболевания. Существует также тракционная теория образования дивертикулов: фиксация и деформация стенки кишки в результате перипроцесса.

В современной классификации различают:

- дивертикулез без клинических проявлений;
- дивертикулез с клиническими проявлениями;
- дивертикулярная болезнь (наличие таких осложнений, как дивертикулит, перфорация, кровотечение, кишечная непроходимость, внутренние или наружные кишечные свищи).

Специфических симптомов неосложненного дивертикулеза нет. У больных периодически могут возникать боли в животе, чаще в левой половине, уменьшающиеся после дефекации, нарушение функции кишечника: чаще - в виде запоров, реже - диареи. Общее состояние больных при этом страдает мало.

Яркая клиника заболевания появляется при наличии осложнений. Наиболее частое осложнение - дивертикулит. Он возникает в результате обструкции шейки дивертикула, что приводит к ограниченному воспалению. Сопровождается повышением температуры, болями в животе, лейкоцитозом, сдвигом в лейкоцитарной формуле крови, повышением СОЭ. При осмотре больного пальпаторно отмечают болезненность живота, нередко мышечное напряжение брюшной стенки.

Инфильтраты. Паракишечные инфильтраты формируются вследствие дивертикулита с перифокальным воспалением. Определяются пальпаторно через брюшную стенку. При больших размерах они могут вызывать кишечную непроходимость.

Перфорация дивертикула. Это грозное осложнение, особенно при перфорации в свободную брюшную полость. Состояние больных резко ухудшается, развивается клиника калового перитонита.

Свищи ободочной кишки. Наиболее часто встречаются между сигмовидной кишкой и мочевым пузырем (коловезикальные свищи). Могут быть наружные кишечные свищи, в том числе открывающиеся в поясничную область. Диагноз свища подтверждается фистулографией с йодсодержащим контрастом.

Кровотечение. Одно из частых осложнений дивертикулярной болезни. У больного появляется клиника толстокишечного кровотечения, которое может быть обильным и протекать с анемией.

В диагностике дивертикулярной болезни ободочной кишки наряду с анамнестическими данными и данными общеклинического обследования используются ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия; при свищах - фистулография, УЗИ.

В настоящее время хирургическое лечение стало применяться чаще и при неосложненном дивертикулезе, если имеется выраженная клиника болезни, не поддающаяся консервативному лечению.

Предпочтение отдается резекции пораженной части кишки с первичным анастомозом, чаще всего это резекция сигмы или левосторонняя гемиколэк-томия, учитывая наиболее частую локализацию здесь дивертикулов.

У больных с осложненным дивертикулезом толстой кишки отдается предпочтение многоэтапным операциям. Цель операций при осложненном дивертикулезе состоит в устранении источника постоянного инфицирования брюшной полости и кровотечения. Проводится резекция пораженной кишки с колостомией. Восстановление непрерывности кишечника целесообразно проводить через 2-6 мес.

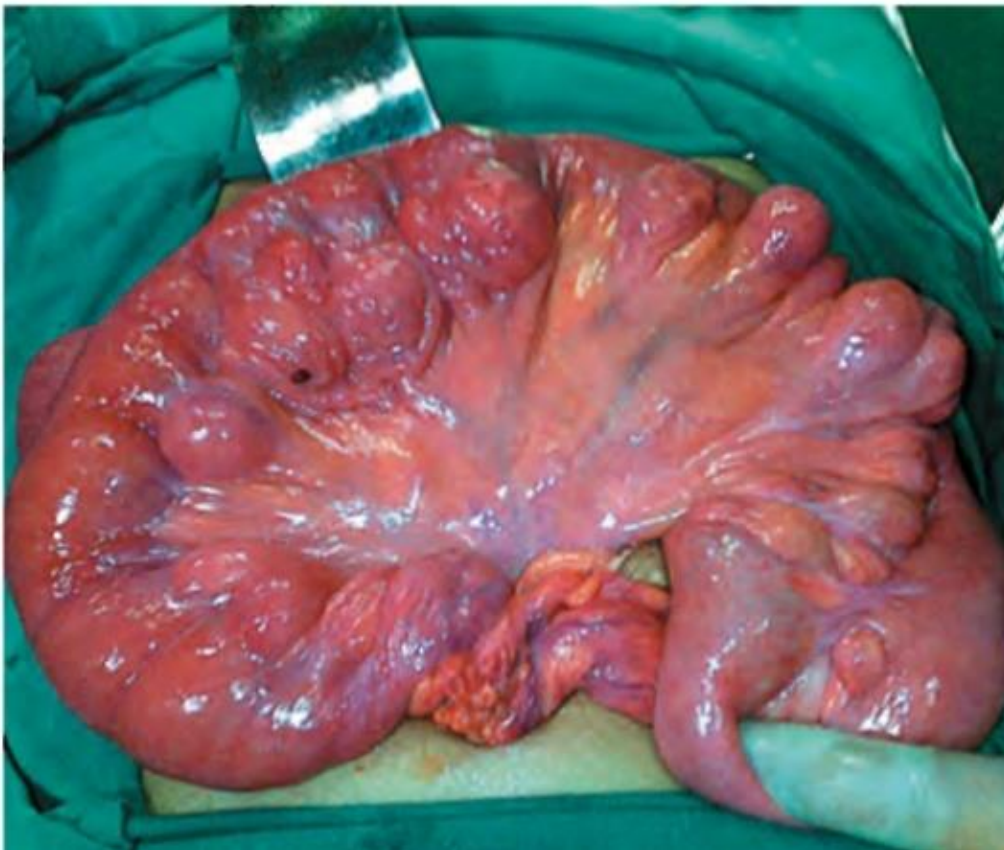


Рис. 11.1. Дивертикулез левого изгиба ободочной кишки



Рис. 11.2. Дивертикулез левого фланга ободочной кишки



Рис. 11.3. Дивертикулез сигмовидной кишки. Эндоскопическая картина

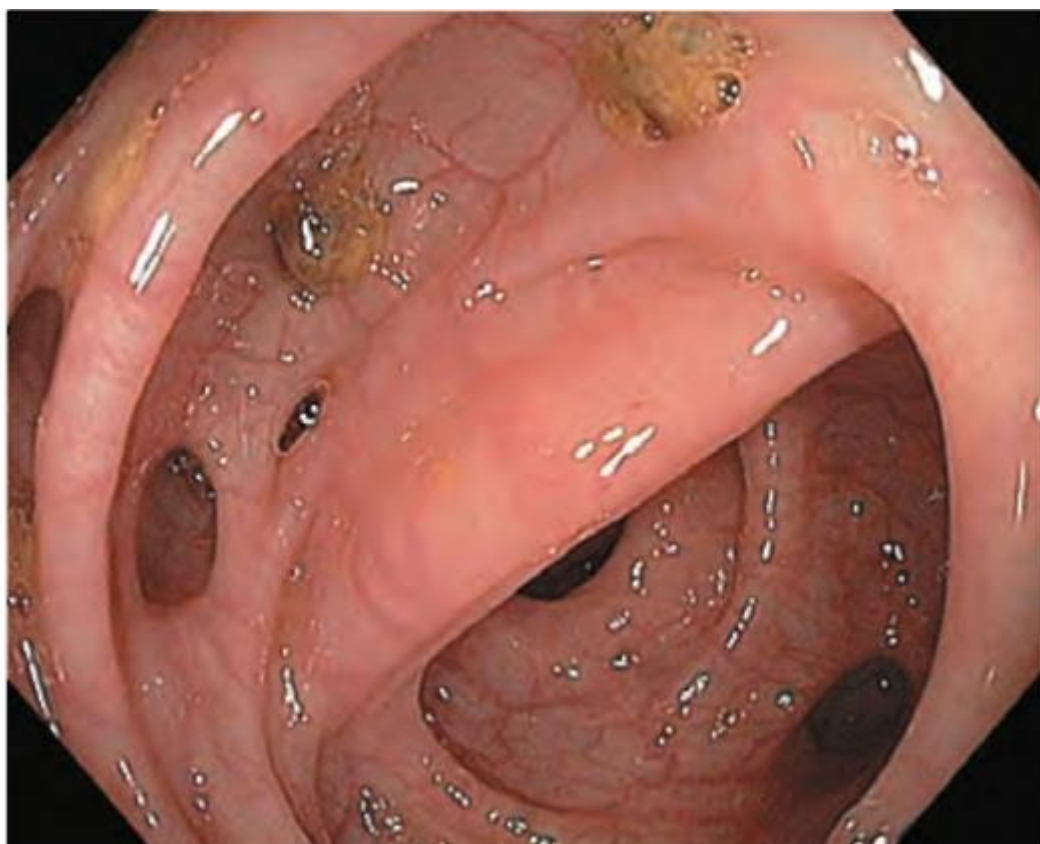


Рис. 11.4. Дивертикулез сигмы. Устья некоторых дивертикулов заполнены калом

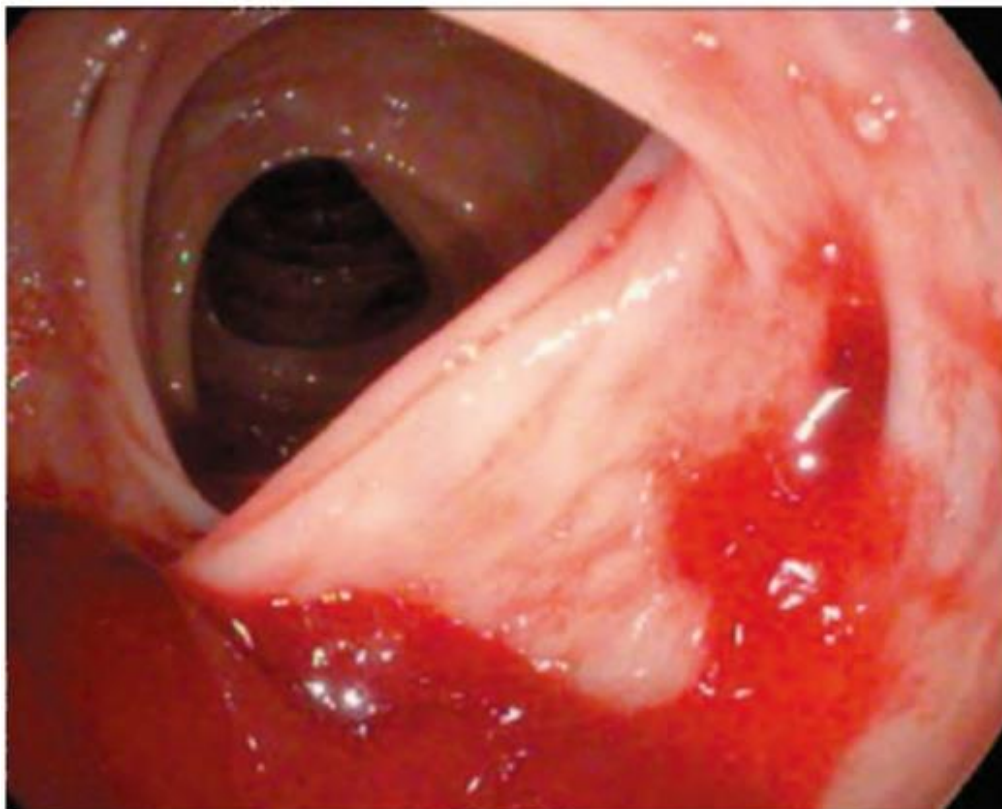


Рис. 11.5. Кровотечение из дивертикула



Рис. 11.6. Перфорация дивертикула. Макропрепарат

Глава 12. ТОЛСТОКИШЕЧНЫЕ СВИЩИ. КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ

Кишечным свищом называется отверстие в кишечной стенке, через которое просвет кишки сообщается либо с окружающей средой, либо с полым органом.

Чаще всего свищи образуются в результате некроза кишечной стенки, вследствие местных сосудистых расстройств. В мирное время наиболее частыми причинами являются рак, дивертикулез, острый аппендицит, болезнь Крона, актиномикоз, туберкулез, закрытые и открытые травмы кишечника, а также послеоперационные осложнения, такие, как перитонит, кишечная непроходимость, межкишечные абсцессы, несостоятельность швов анастомоза. Некоторые свищи являются врожденными, вследствие эмбриональных нарушений.

К кишечным свищам относятся также искусственно наложенные свищи (кишечные стомы) при опухолях, кишечной непроходимости, больших воспалительных инфильтратах, сдавливающих отводящий отдел кишки, прогрессирующем анаэробном парапроктите и т.п.

Толстокишечные свищи относятся к низким свищам. При них, в отличие от высоких кишечных свищей (тощая, двенадцатиперстная кишка), не происходит истощения организма с резко выраженными нарушениями всех видов обмена. Хотя могут быть, особенно в послеоперационном периоде, в той или иной степени метаболические нарушения, анемия, дисбаланс натрия и калия крови, дисбиоз и т.д.

Следует отметить отрицательное влияние стомы на психику больных, вплоть до депрессии. Кроме того, нередко случаи возникновения осложнений со стороны стомы. К ним относят выпадение стомы, стриктуры стомы, парастомальные грыжи, кожные осложнения и т.д.

Лечение пациентов с толстокишечными свищами является актуальной и трудной проблемой в абдоминальной хирургии и колопроктологии.

Больные нуждаются в комплексной медико-социальной реабилитации. Хирургическая реабилитация, при ее возможности, заключается в ликвидации колостомы и восстановлении естественного пассажа кишечного содержимого, а также в ликвидации осложнений колостом. Для этого на базе колопроктологических отделений создаются центры реабилитации, где больным проводится не только хирургическое лечение, они наблюдаются проктологом, стоматерапевтом, психологом и получают социальную поддержку.



Рис. 12.1. Функционирующая петлевая трансверзостома



Рис. 12.2. Цекостома. В настоящее время показания к цекостомии ограничены



Рис. 12.3. Илеостома. Состояние после колопроктэктомии



Рис. 12.4. Парастомальная грыжа



Рис. 12.5. Выпадение стомы и парастомальная грыжа

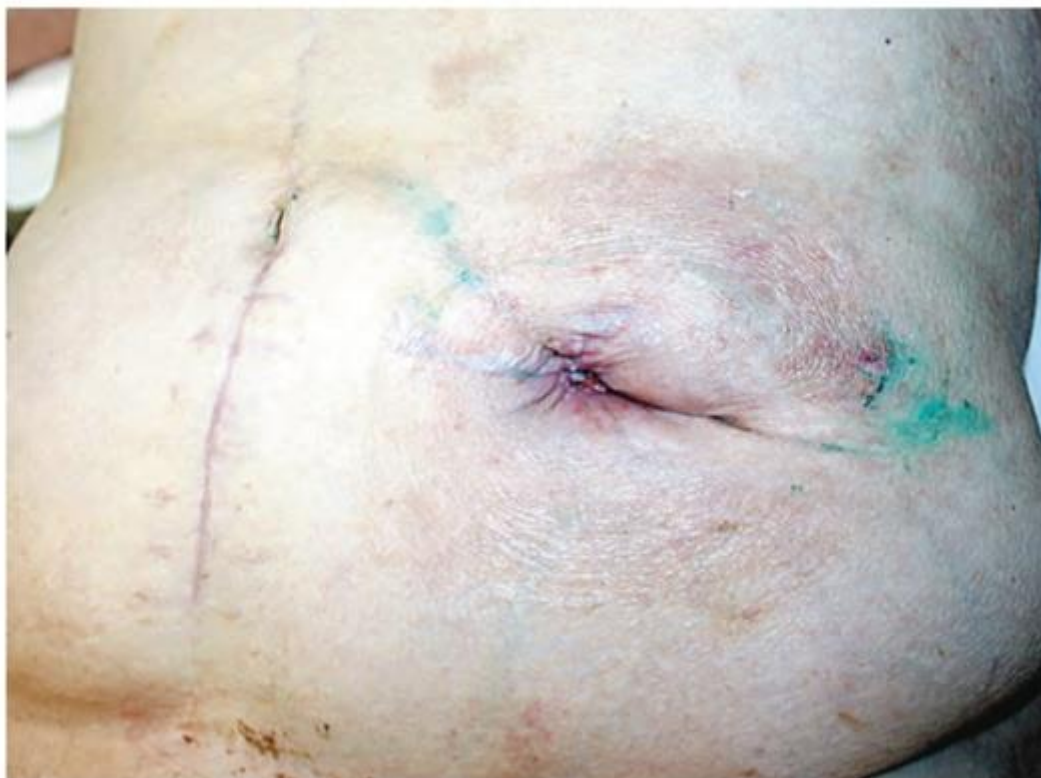


Рис. 12.6. Стриктура трансверзостомы

Глава 13. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

К доброкачественным опухолям толстой кишки относятся полипы, липомы, миомы, гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, невриномы и т.д.

Большая часть их бессимптомна, выявляются случайно при ректороманоскопии, колоноскопии. Частота заболеваемости населения полипами колеблется от 1,7 до 16,8%. Проблема социально значима, так как путем своевременного лечения полипов на доброкачественной стадии заложена возможность профилактики рака толстой кишки.

Полип - термин клинико-анатомический, обозначает опухоль, растущую на слизистой оболочке. Различают аденоматозные полипы (растут из железистого эпителия), аденопапиллому (аденома, покрытая нежными ворсинками-сосочками), ворсинчатую, или villous, аденому. Выделяют также гиперпластические полипы, которые предшествуют возникновению сначала железистых, а затем ворсинчатых полипов. Наиболее склонны к малигнизации ворсинчатые аденомы - от 5 до 50% больных.

Клинические симптомы появляются в большинстве случаев при достижении опухолей размерами 1,5-2,0 см в диаметре, особенно при ворсинчатых опухолях. Отмечаются тянущие боли в животе, при локализации полипа в ректосигмоидном отделе, тенезмы. Могут быть выделения крови и слизи с калом. При крупных доброкачественных опухолях могут возникнуть явления кишечной непроходимости.

В диагностике применяются пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия. Следует помнить, что почти в 50% случаев полипы расположены в прямой и сигмовидной кишке, т.е. доступны сигмоидоскопии. Эндоскопические методы позволяют выявлять опухоли до 96% случаев, в том числе и менее 0,5 см в диаметре.

Обязательна верификация заболевания, для нее проводят биопсию опухоли с последующим патогистологическим исследованием биоптата.

Лечение доброкачественных опухолей оперативное. Предпочтение отдается эндоскопической или трансанальной хирургии. При невозможности применения малоинвазивных технологий производится резекция участка кишки с опухолью.



Рис. 13.1. Ангиофиброма анального канала



Рис. 13.2. Ворсинчатая опухоль прямой кишки. Полип выпадает из просвета



Рис. 13.3. Ворсинчатый полип анального канала



Рис. 13.4. Фиброма анального канала

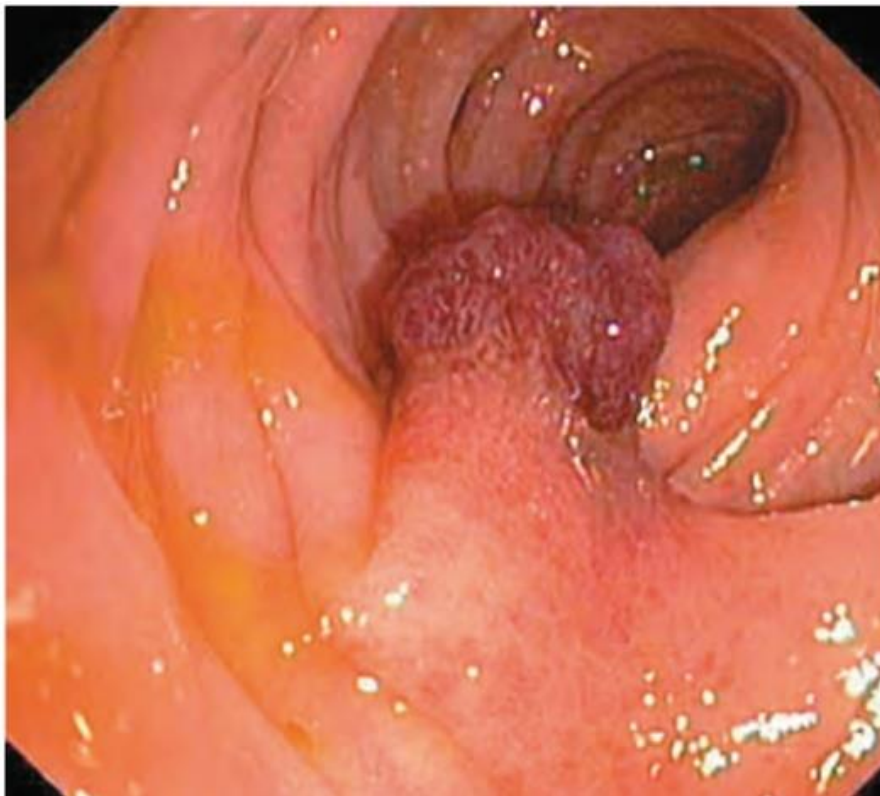


Рис. 13.5. Аденома сигмовидной кишки. Возможна эндоскопическая полипэктомия (наличие ножки)



Рис. 13.6. Аденома прямой кишки. Возможна трансанальная резекция



Рис. 13.7. Ворсинчатый полип ободочной кишки



Рис. 13.8. Ворсинчатый полип сигмовидной кишки



Рис. 13.9. Стелющийся ворсинчатый полип прямой кишки. Потребуется резекционное вмешательство



Рис. 13.10. Ворсинчатый полип прямой кишки. Возможна трансанальная операция

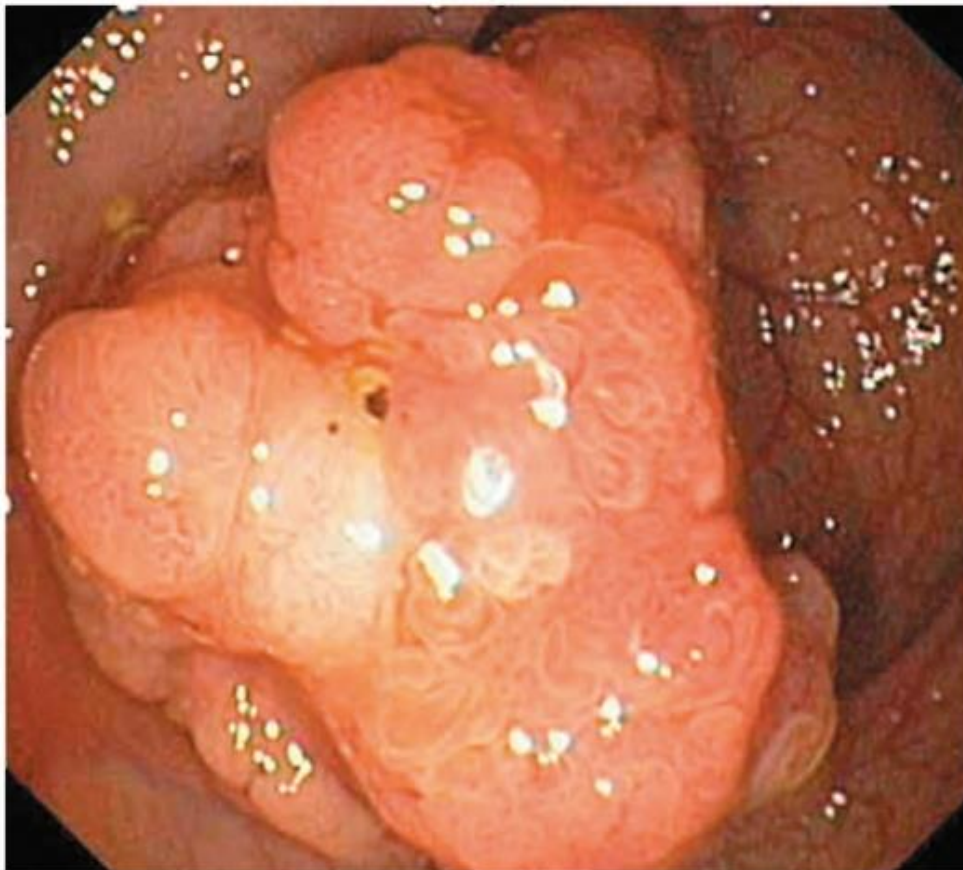


Рис. 13.11. Малигнизированный полип прямой кишки. Учитывая размеры, рекомендуется резекция прямой кишки

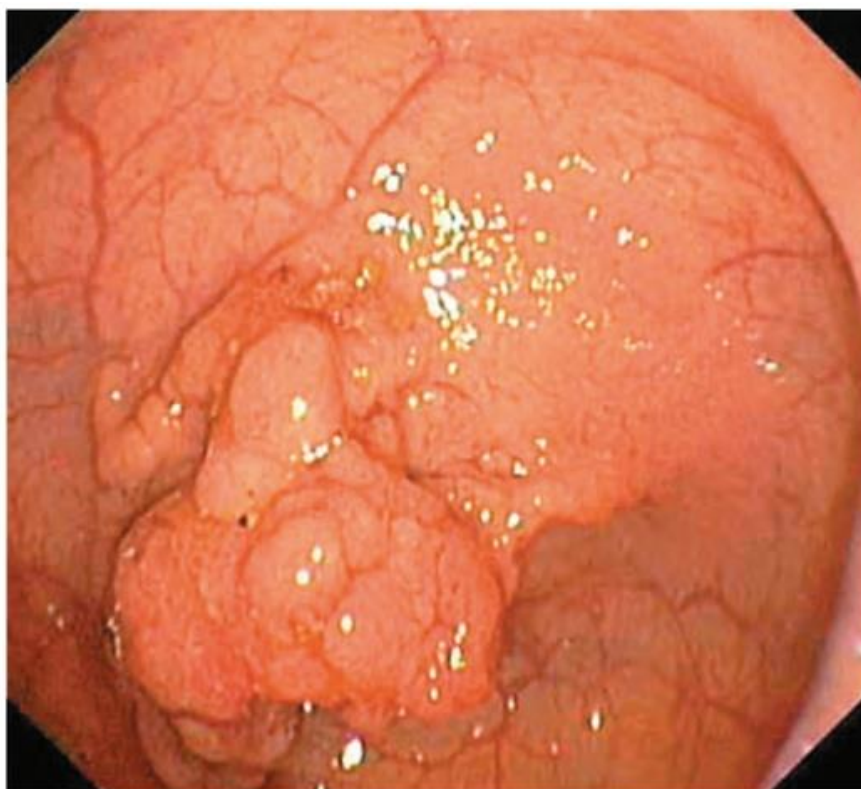


Рис. 13.12. Малигнизированный полип прямой кишки. Не исключается применение трансанальной эндоскопической микрохирургии

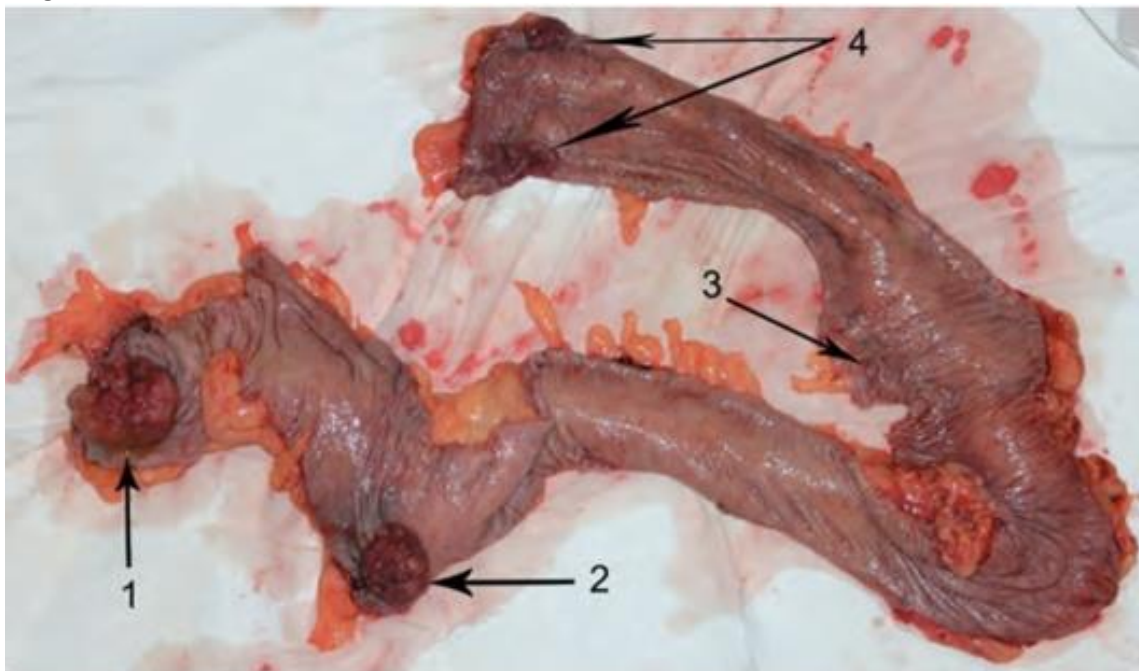


Рис. 13.13. Препарат после субтотальной колэктомии. **Обозначения:** 1 - аденокарцинома сигмы стадии T₁; 2 - ворсинчатая опухоль нисходящей кишки с дисплазией D₃; 3 - небольшой аденоматозный полип в области селезеночного изгиба; 4 - стелющийся аденоматозный полип ободочной кишки ближе к печеночному изгибу (рассечен при вскрытии препарата кишки)



Рис. 13.14. Макропрепарат сигмовидной кишки с аденоматозным полипом

Глава 14. СЕМЕЙНЫЙ АДЕНОМАТОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Семейный аденоматоз толстой кишки (*прежнее название* - диффузный по-липоз толстой кишки) характеризуется наличием множественных полипов на ее слизистой оболочке. Они могут быть различной величины и количественно достигать нескольких тысяч. Заболевание рассматривается как облигатный предрак, так как почти у всех больных через 10-15 лет происходит перерождение полипов в рак. Отличительным признаком этого заболевания является наследственный (семейный) характер.

В настоящее время применяется классификация семейного аденоматоза толстой кишки по клиническому течению, в которой различают ослабленную, классическую и тяжелую формы. Также выделяют полипозные синдромы, при которых определяются некоторые внекишечные явления: синдром Пейтца-Егерса - сочетание полипоза с характерной меланиновой пигментацией слизистой губ и кожи лица, малигнизация наблюдается очень редко; ювенильный полипоз - в полипах преобладает секреция эпителия желез; синдром Гарднера - сочетание полипоза с опухольми мягких тканей, остеомами костей черепа и другие.

Из специальных методов обследования применяются пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией и рентгеноконтрастные методы исследования.

Для гистологического анализа следует удалять несколько полипов. Определение гистологической структуры полипов принципиально необходимо для установления диагноза истинного семейного аденоматоза и проведения дифференциальной диагностики с псевдополипозом.

Существенным в диагностике семейного аденоматоза является подтверждение семейного и наследственного характера заболевания, что требует целенаправленного обследования ближайших родственников. Проведение молекулярно-генетических исследований показано всем членам семей больных аденоматозом толстой кишки.

Хирургическое лечение семейного аденоматоза толстой кишки пока остается единственным методом. Цель операции - удаление пораженной толстой кишки, предупреждение развития рака. Лишь у больных с синдромом Пейтца-Егерса, учитывая низкий риск малигнизации полипов толстой кишки, можно удалить их через эндоскоп с регулярным эндоскопическим контролем.



Рис. 14.1. Макропрепарат. Семейный полипоз



Рис. 14.2. Макропрепарат. Ювенильный полипоз



Рис. 14.3. Макропрепарат после колэктомии. Участки толстой кишки больного семейным аденоматозом



Рис. 14.4. Макропрепарат. Участок толстой кишки больного семейным аденоматозом под увеличением

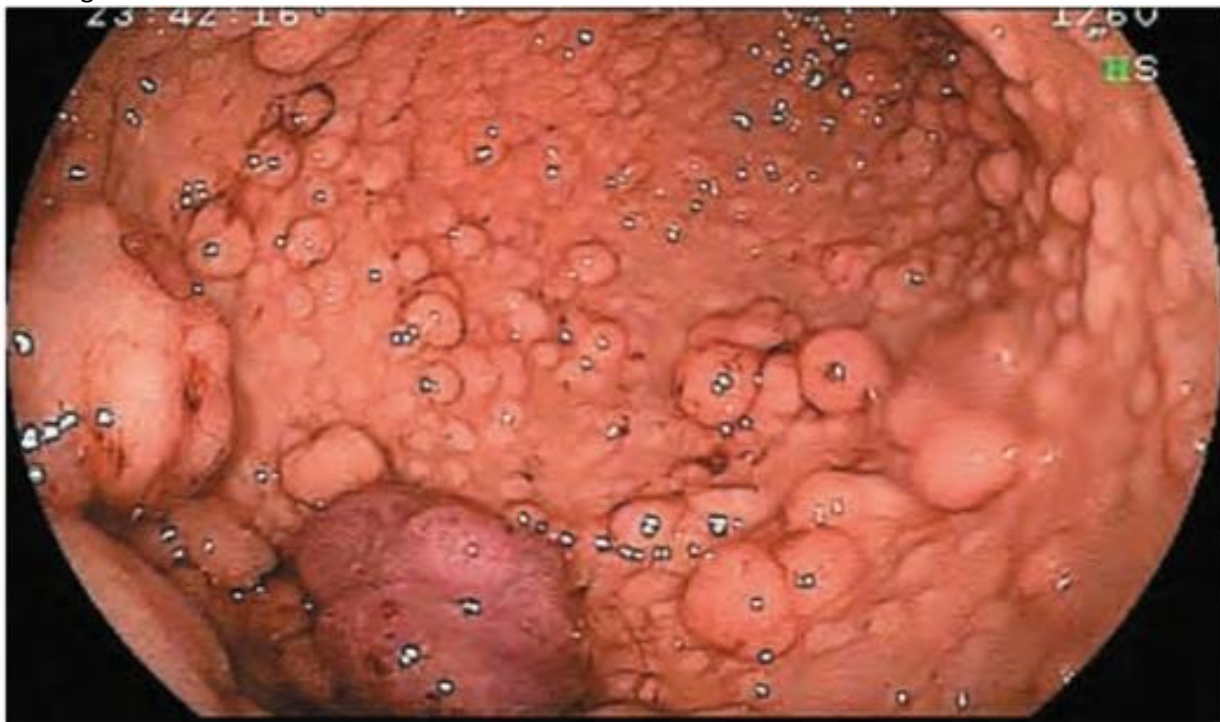


Рис. 14.5. Семейный полипоз толстой кишки

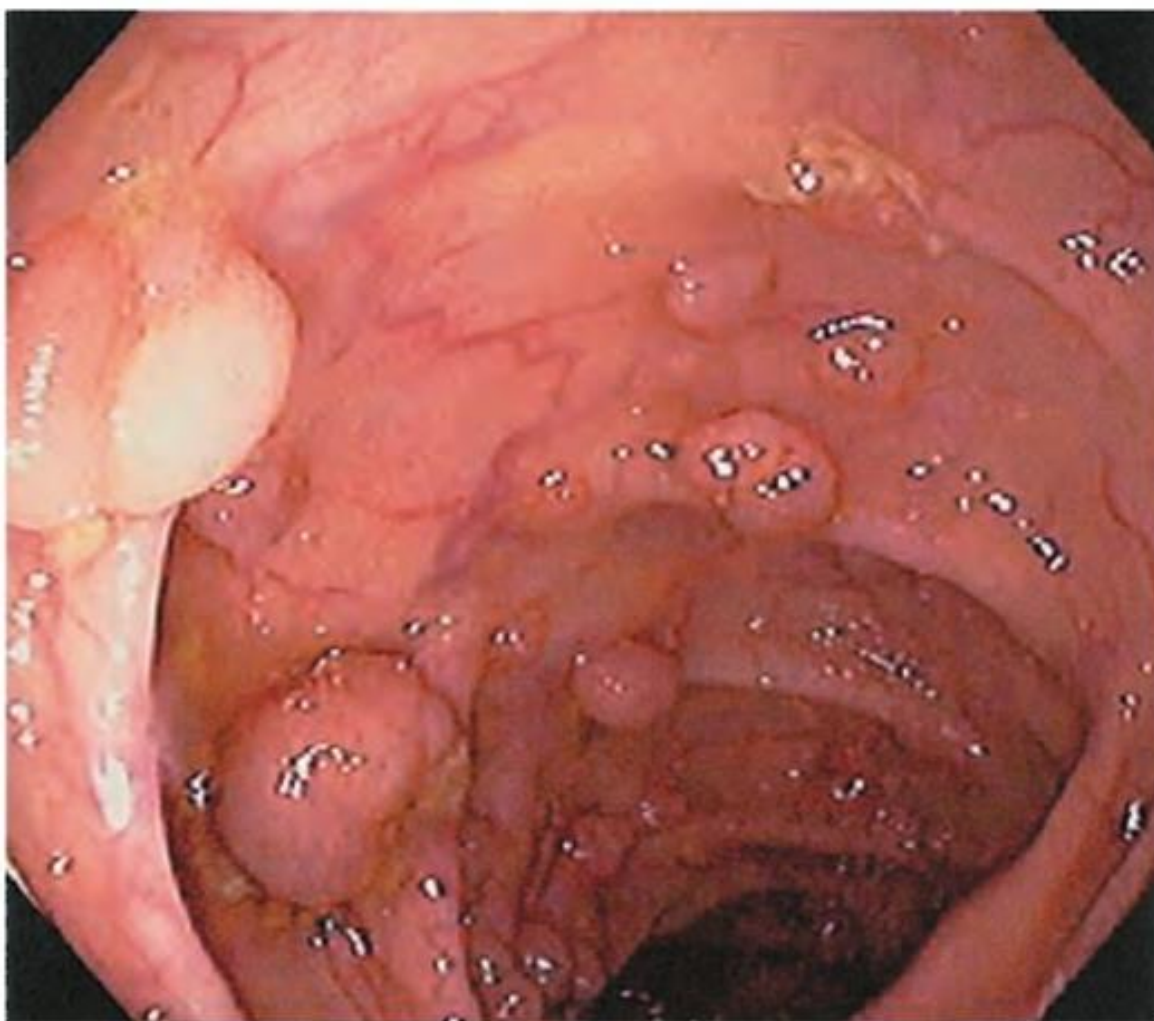


Рис. 14.6. Семейный полипоз толстой кишки. Ослабленная форма



Рис. 14.7. Больная синдромом Пейтца-Егерса



Рис. 14.8. Синдром Пейтца-Егерса. Отчетливо видна типичная пигментация кожи губ и лица

Глава 15. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

В настоящее время многие онкологи и колопроктологи не выделяют отдельно рак прямой и ободочной кишки, а в литературе в основном встречаются публикации по колоректальному раку. Хотя, без сомнения, рак прямой и ободочной кишки имеет свои особенности в клиническом течении, диагностике, лечении и т.д.

К сожалению, значительная часть больных сегодня поступает в специализированные стационары на поздних стадиях заболевания. По нашим данным, в среднем период времени от начала заболевания до первого обращения к врачу варьирует от 6 до 12 мес, а время от обращения к врачу до постановки правильного диагноза - 4-9 мес. Лишь у четверти больных раком прямой кишки и у пятой части пациентов раком ободочной кишки диагноз был поставлен в первые дни после обращения. Как правило, эти больные при первичном обращении были проконсультированы онкологом или колопроктологом. Практические врачи неоправданно пренебрегают на начальных этапах диагностики такими методами, как пальцевое исследование прямой кишки, колоноскопия, ирригография. При первичном обращении ставятся обычно диагнозы: спастический колит, кишечная колика, синдром раздраженной кишки, железодефицитная анемия или анемия неясного генеза, хронический гастрит, геморрой и т.д.

Ранными симптомами ректального рака являются кровянистые, а чаще кровянисто-слизистые выделения из прямой кишки, чувство неполного опорожнения кишечника, тупые боли в прямой кишке. В поздние стадии присоединяются слабость, потеря веса, анемия. При раке правых отделов ободочной кишки самым ранним симптомом может стать анемия. Поздними осложнениями колоректального рака являются кишечная непроходимость, кровотечение, перфорация опухоли с каловым перитонитом.

Наиболее часто колоректальный рак метастазирует в печень, значительно реже - в головной мозг, легкие, у женщин - в яичник. Отмечаются и редкие формы отдаленных метастазов, в частности в кожу.

Лечение является комплексным. Основной метод - хирургическое лечение. В зависимости от локализации и стадии применяются химиотерапия и лучевая терапия.

Однако следует помнить, что залогом успеха лечения рака являются своевременная диагностика и лечение в специализированных учреждениях на ранних стадиях.



Рис. 15.1. Рак анального канала



Рис. 15.2. Рак анального канала с парату-морозным абсцессом. На 4 и 10 часах видны признаки нагноения параректальной клетчатки за счет распада опухоли

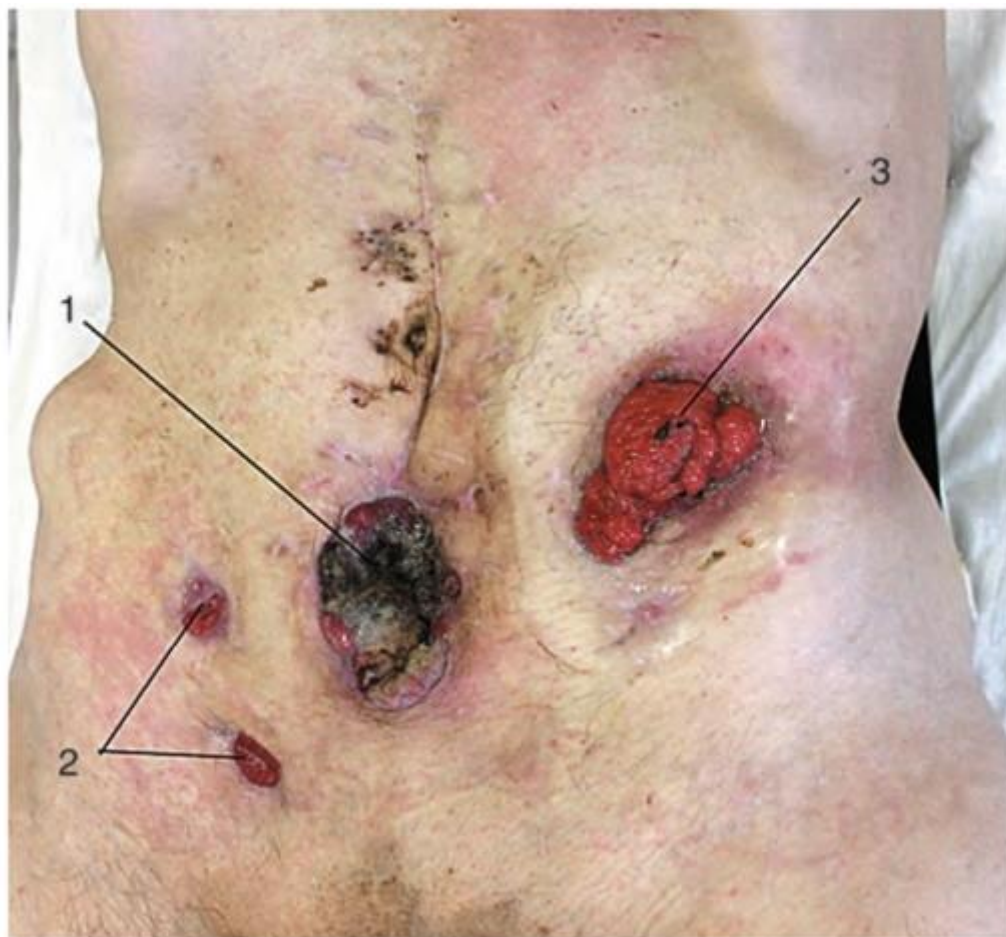


Рис. 15.3. Рак слепой кишки с прорастанием передней брюшной стенки. **Обозначения:**

1 - опухолевая ткань; 2 - кишечные свищи; 3 - илеостома (пациент перенес лапаротомию, илеостомию)



Рис. 15.4. Макропрепарат. Аденокарцинома прямой кишки



Рис. 15.5. Макропрепарат. Мультицентрический рост аденокарциномы в прямой и сигмовидной кишке у пациентки в возрасте 20 лет

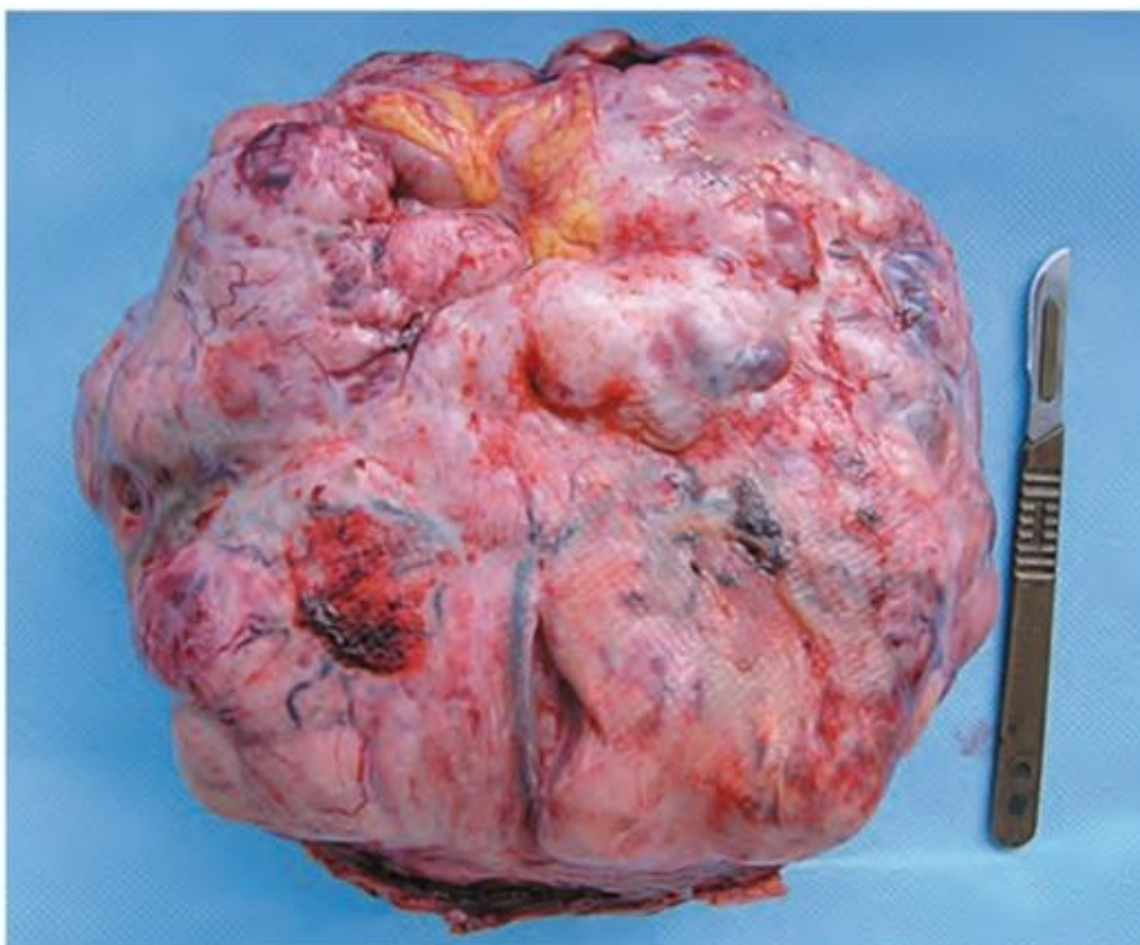


Рис. 15.6. Макропрепарат. Метастаз аденокарциномы прямой кишки в яичник

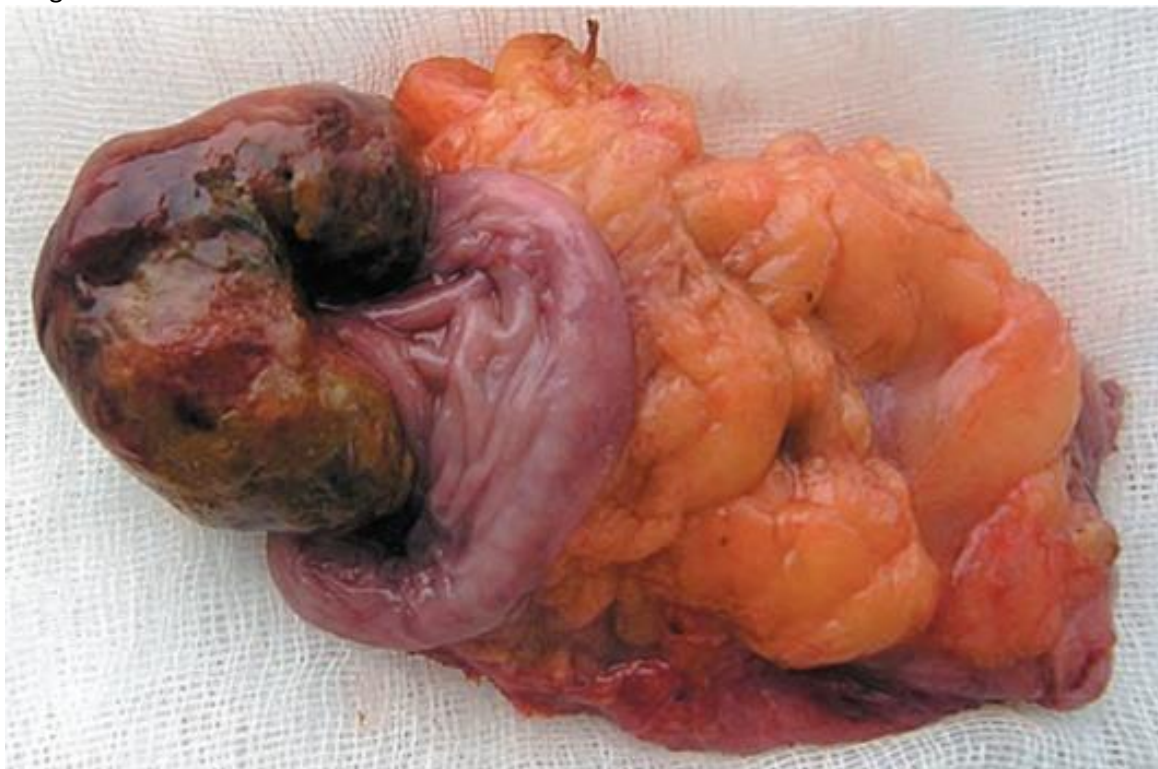


Рис. 15.7. Макропрепарат. Гастроинтестинальная стромальная опухоль поперечноободочной кишки



Рис. 15.8. Раздутая сигмовидная кишка вследствие непроходимости при раке ректосигмоидного перехода

Глава 16. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

К аномалиям относят отклонения в структуре или функции органа, возникающие в процессе развития.

В соответствии с классификацией Г.И. Воробьева и соавторов (1989) выделяют следующие формы аномалий развития толстой кишки:

- аномалии интрамуральной нервной системы;
- врожденная ангиодисплазия толстой кишки;
- врожденное удлинение толстой кишки;
- врожденное нарушение положения и фиксации толстой кишки;
- удвоение толстой кишки;
- сочетание различных аномалий.

К.Н. Саламов и Ю.В. Дульцев у взрослых, родившихся с аномалиями аноректальной области, различают:

- аномалии без выраженных клинических проявлений;
- пороки развития, нуждающиеся в коррекции в связи с вызванной им патологией;
- заболевания, обусловленные самим пороком и операциями, выполняемыми с целью их коррекции.

Атрезии толстой кишки наблюдаются при нарушении процесса ре-канализации кишечной трубки в процессе эмбриогенеза. Это приводит к острой кишечной непроходимости у новорожденного и требует экстренной хирургической коррекции. Атрезии прямой кишки составляют 70-85% общего числа больных с аноректальными пороками, характеризующимися отсутствием заднепроходного отверстия. По мнению К.Н. Саламова и Ю.В. Дульцева, оптимальной операцией у женщин с атрезией дистального отдела прямой кишки со свищем во влагалище считается модифицированная операция Стоуна. Суть операции состоит в мобилизации прямой кишки, рассечении ректовагинального свища с ушиванием дефекта преддверия влагалища, низведении прямой кишки с формированием ануса и передней леваторопластикой.

Удвоение толстой кишки может быть в любом отделе толстой кишки. Различают кистозные, дивертикулярные, трубчатые (тубулярные) формы удвоения. Образуется боковая, выстланная эпителием добавочная трубка или полость, имеющая все элементы определенной части пищеварительного тракта. Наиболее часто кишечные дубликатуры обнаруживаются в грудном или раннем детском возрасте. Лишь у трети

больных детей они выявляются в старшей возрастной группе, нередко - случайно при выполнении операций по поводу других заболеваний. Клиническая картина определяется положением, формой и величиной дубликатуры. Большие кистообразные дубликатуры приводят к сдавлению кишки с развитием клиники частичной или полной кишечной непроходимости с соответствующими симптомами. Могут также осложняться кровотечениями.

В диагностике используются клинические методы (в ряде случаев дубликатуры определяются в виде пальпируемой опухоли), рентгеновские методы с использованием контраста (ирригография) при сообщении дубликатур с полостью кишки, УЗИ. В лечении общепринятой считается тактика иссечения дубликатуры с прилежащим к ней участком кишки. При больших по протяженности тубулярных кишечных дубликатах ограничиваются созданием соустья между дубликатурой и полостью кишки.

Неправильное положение толстой кишки относится к аномалиям развития и связано с выпадением процессов фиксации толстой кишки (с сохранением общей брыжейки всего кишечника или общей брыжейки тонкой и начальной части толстой кишки) и с нарушением трех стадий поворота кишечника. Отсутствие ротации является редким, сочетающимся с тяжелыми аномалиями других органов и не совместимым с жизнью плода состоянием, поэтому больных с отсутствием ротации кишечника во взрослой клинической практике не встречается. При неполном повороте нижняя часть двенадцатиперстной кишки располагается под корнем брыжейки, слепая и восходящая ободочная - по средней линии. При повороте в обратном расположении поперечная ободочная кишка находится под верхней брыжеечной артерией, а двенадцатиперстная - над ней. В диагностике данной патологии большое значение придается рентгенологическому методу исследования. Аномалии положения толстой кишки у взрослых могут клинически длительное время не проявляться. При благоприятном течении, если не возникает осложнений, как правило, они не требуют хирургической коррекции.

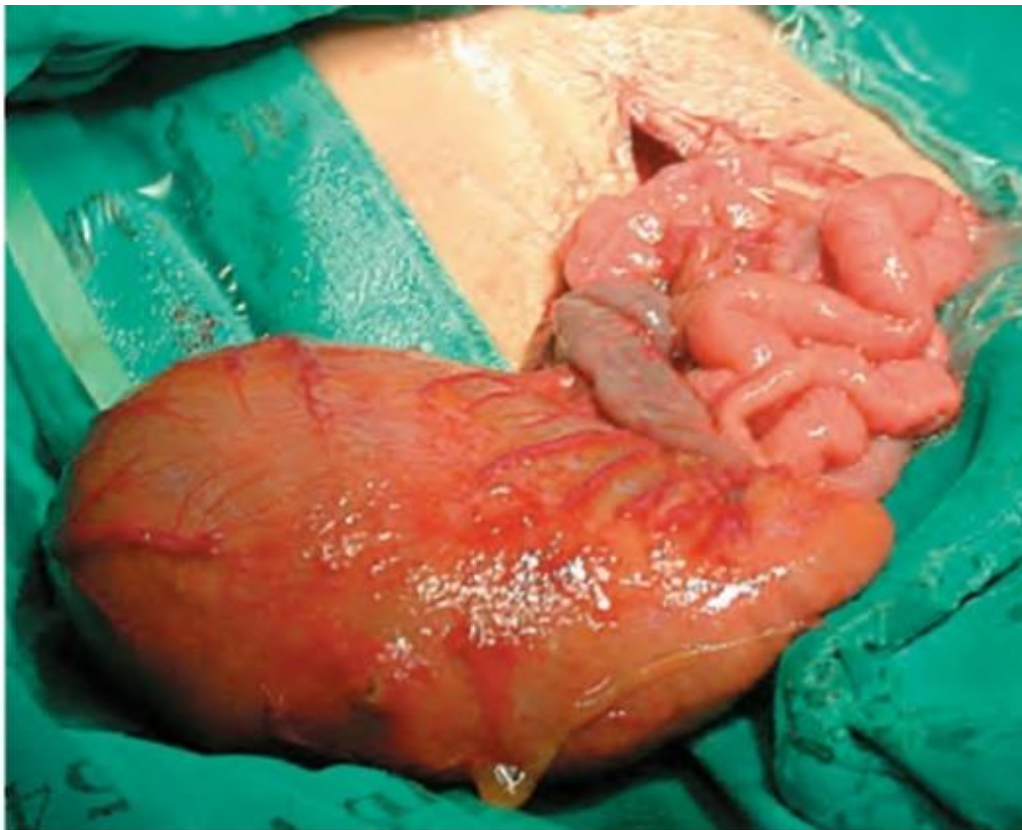


Рис. 16.1. Атрезия восходящей ободочной кишки. На переднем плане - расширенная слепая кишка



Рис. 16.2. Атрезия поперечноободочной кишки. Баллонообразное расширение перед стенозом

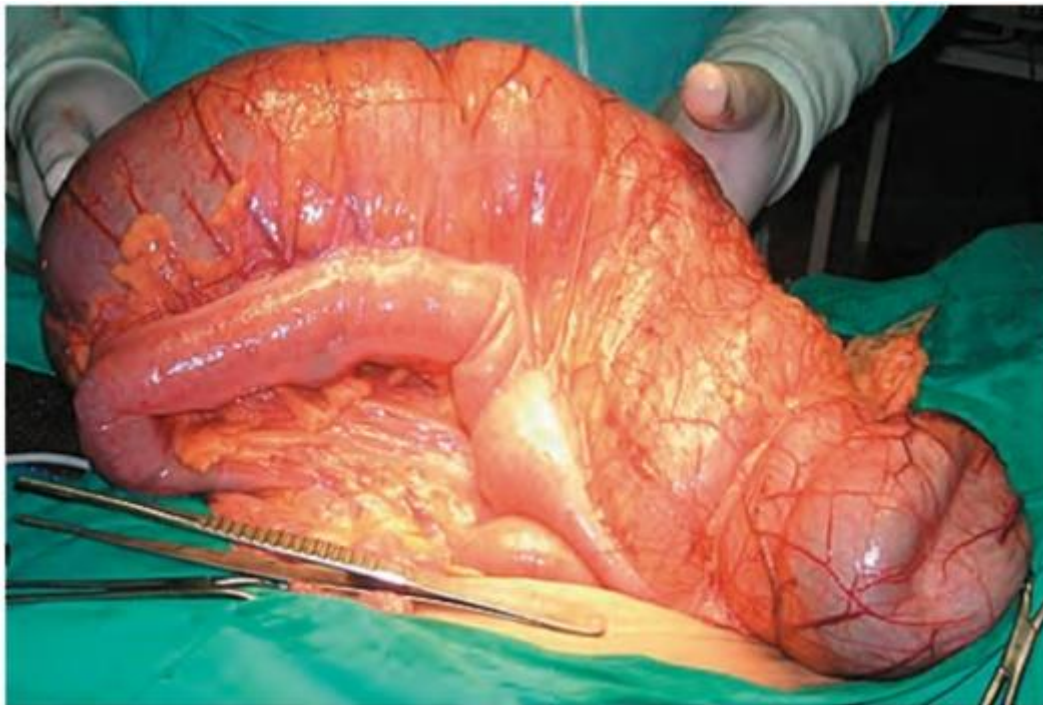


Рис. 16.3. Удвоение ободочной кишки

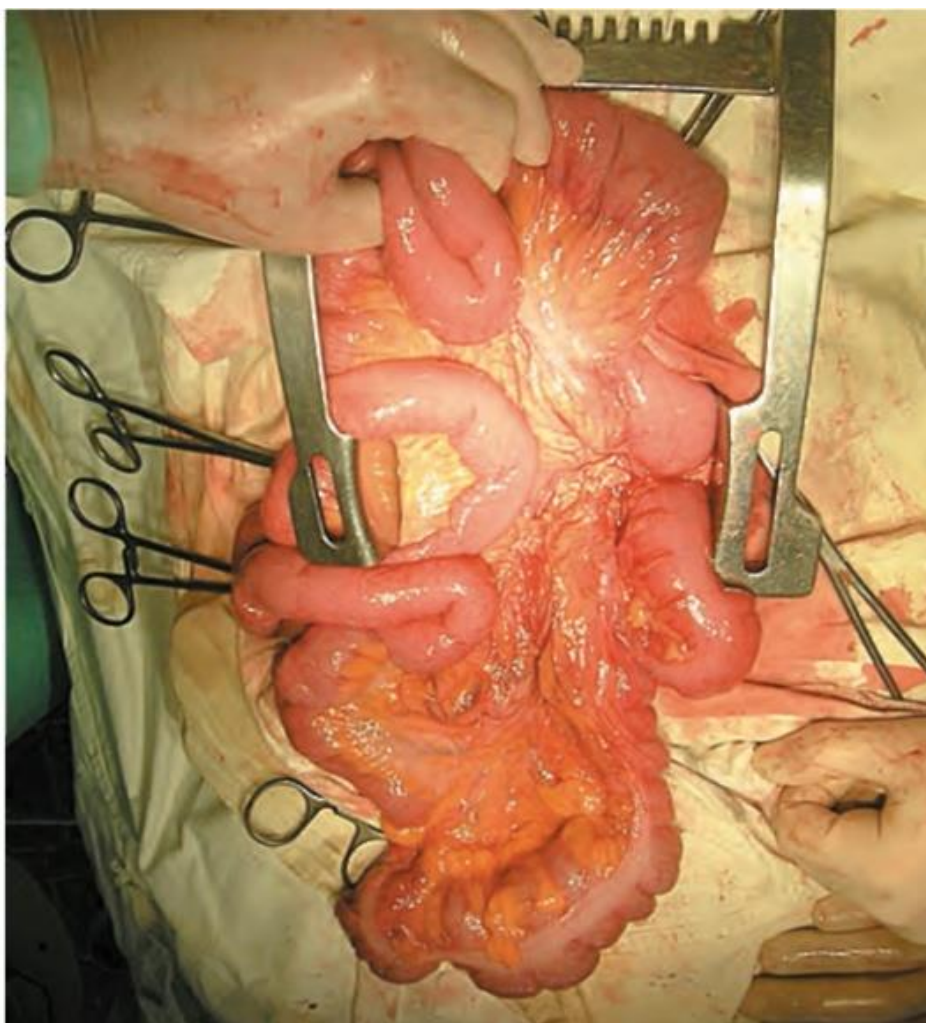


Рис. 16.4. Незавершенный поворот толстой кишки. Толстая кишка расположена в левой половине брюшной полости, тонкая кишка - в правой

Глава 17. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА

Болезнь Гиршпрунга относится к врожденной патологии толстой кишки. Чаще всего она проявляется в детском возрасте, но может быть и у взрослых.

Патогенез болезни сводится к атонии расширенных участков кишки на том или ином уровне вследствие врожденного отсутствия или уменьшения в мышечной оболочке кишки волокон ауэрбахова сплетения, а также симпатических ганглиев подслизистого нервного сплетения Мейснера. Это приводит к нарушению пропульсивной способности пораженного отдела кишки, резкому расширению и гипертрофии вышележащих отделов толстой кишки, затруднению опорожнения кишечника.

Аганглионарная зона у взрослых чаще всего расположена в прямой кишке (60-86%), достигая внутреннего сфинктера прямой кишки, но может быть в ректосигмоидном отделе и сигме.

Болезнь вследствие врожденного характера проявляется запорами с первых дней жизни ребенка. Живот становится вздутым, асимметричным, через истонченную брюшную стенку можно прощупать каловые массы. Стул удается вызывать только клизмами. Вследствие запоров и каловой интоксикации дети начинают отставать в развитии.

Обязательно проведение детального клинического обследования с выяснением психического статуса. Проводятся ирригоскопия, пассаж сульфата бария по желудочно-кишечному тракту, колоноскопия, проктография, электроко-логграфия, баллонография, сцинтиграфия, биопсия по Свенсону (Swenson). Характерным при рентгенологическом исследовании является наличие в зоне аганглиоза воронкообразного расширения кишки (воронкообразный переход). Исследование ректоанального рефлекса говорит о его снижении или отсутствии. Диагноз нельзя ставить без биопсии по Свенсону, которая является трансанальным вмешательством.

Гистологическое исследование выявляет гипоганглиоз или аганглиоз, при гистохимическом исследовании слизистой выявляется положительная реакция на ацетилхолинэстеразу.

Общепризнано оперативное лечение как у детей, так и у взрослых. Наиболее адекватным вмешательством у взрослых считается операция Дюамеля в различных модификациях. Целесообразна модификация НИИ проктологии, когда низводимая ободочная кишка с помощью специального проводника проводится через заднюю стенку прямой кишки.

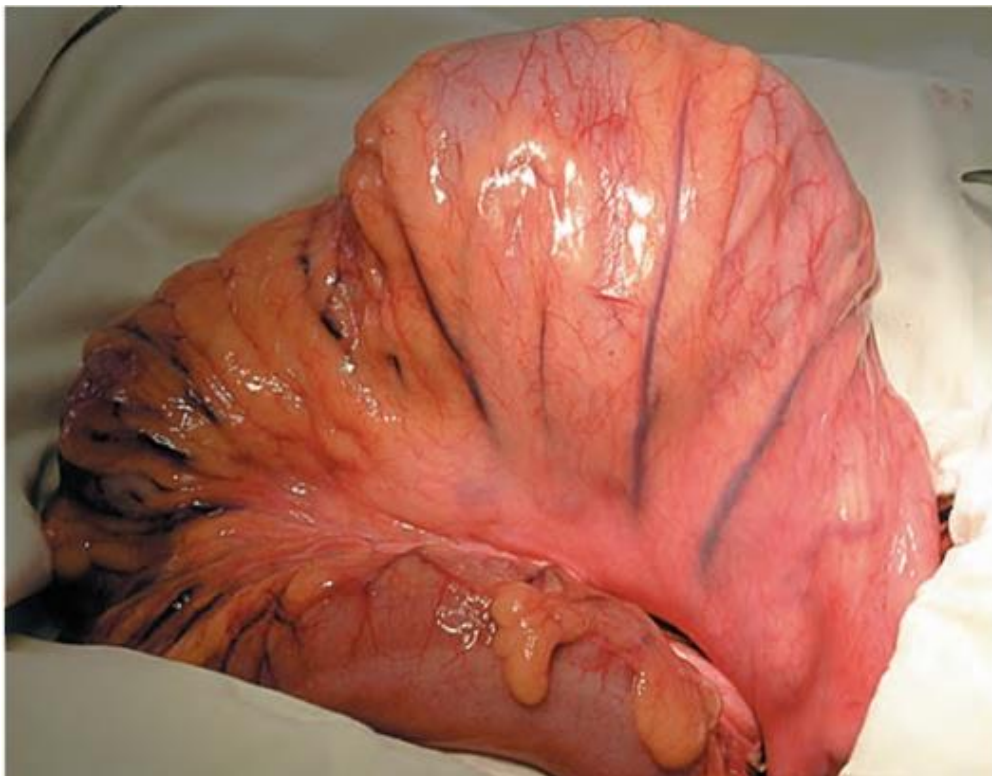


Рис. 17.1. Болезнь Гиршпрунга. Мегасигма



Рис. 17.2. Макропрепарат резецированного участка с каловым камнем

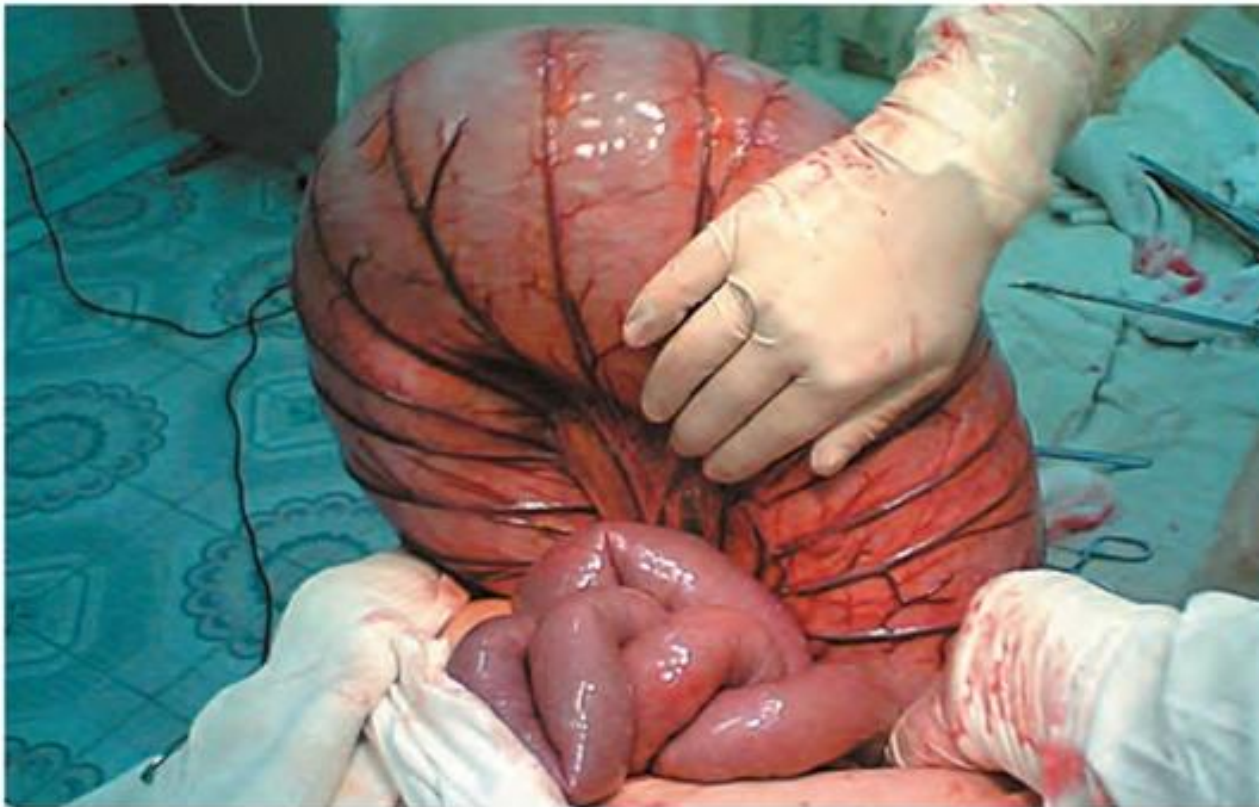


Рис. 17.3. Болезнь Гиршпрунга. Мегаколон

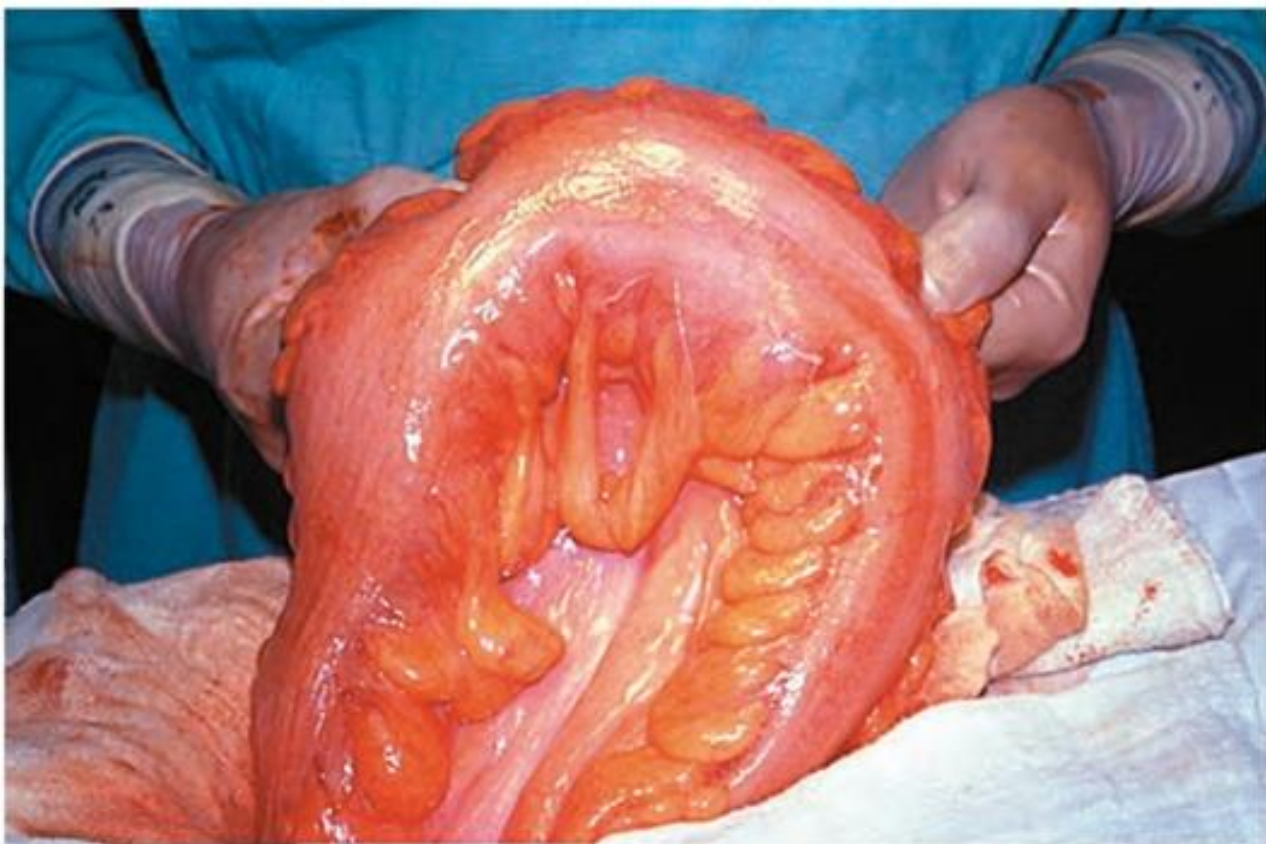


Рис. 17.4. Болезнь Гиршпрунга. Отчетливо видно воронкообразное расширение

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Визуальный осмотр - метод, с которого начинается обследование пациента. Первые подробные описания патологии аноректальной зоны известны из трудов Гиппократ, насчитывающих около 2400 лет. Изучению семиотики проктологических заболеваний уделяли внимание и Корнелий Цельс в Древнем Риме, и Авиценна, и другие исследователи во все времена. На сегодняшний день в нашем арсенале имеется широкий спектр инструментальных обследований, позволяющих с большой точностью идентифицировать изменения толстой и прямой кишки, оценить тяжесть ее поражения и установить возможные осложнения. Весь имеющийся арсенал используется в диагностике врачами-колопроктологами. Однако пациенты не всегда обращаются сразу к соответствующему специалисту, а подчас начинают обследование у хирурга, гастроэнтеролога или терапевта. Вот почему знание семиотики основных заболеваний толстой кишки и аноректальной зоны важно для врача любой специальности. Ведь ранняя диагностика и своевременное направление больного к соответствующему специалисту являются залогом успеха лечения любого заболевания.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Современная классификация геморроя.
2. Малоинвазивные методы лечения геморроя.
3. Визуальные признаки тромбоза геморроидального узла.
4. Визуальные признаки острой трещины анального канала.
5. Визуальные признаки хронической трещины анального канала.
6. Какое лечение показано больным с хронической анальной трещиной и спазмом сфинктера?
7. Визуальные признаки острого подкожного парапроктита.
8. Визуальные признаки свищей прямой кишки.
9. Формы анаэробного парапроктита. Какая форма его наиболее опасна.
10. Визуальные признаки анаэробного парапроктита.
11. Особенности хирургического лечения анаэробного парапроктита.
12. Визуальные признаки неосложненного эпителиального копчикового хода.
13. Визуальные признаки эпителиального копчикового хода, осложненного инфекцией.
14. Клинические и визуальные особенности болезни Бушке-Левенштейна.
15. Клинические и визуальные признаки выпадения прямой кишки.
16. Определение понятия «язвенный колит».
17. Патогенез язвенного колита.
18. Эндоскопическая картина при язвенном колите.
19. Местные осложнения язвенного колита.
20. Системные и сопутствующие осложнения язвенного колита.
21. Эндоскопическая картина при болезни Крона.
22. Внекишечные осложнения болезни Крона.
23. Гистологическая картина при болезни Крона.
24. Визуальные признаки синдрома Пейтца-Егерса.
25. Наименее злокачественная форма семейного аденоматоза.

26. Осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки.

27. Признаки рака прямой кишки.

28. Признаки рака ободочной кишки.

29. Условия для успешного лечения рака толстой кишки.

30. Осложнения кишечных стом.

ОТВЕТЫ НА КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Выделяют четыре стадии геморроя:

- первая стадия характеризуется кровотечениями, дискомфортом. При аноскопии видны геморроидальные узлы, но они не пролабируются;
- при второй стадии отмечается выпадение геморроидальных узлов из анального канала при натуживании, но они вправляются самостоятельно, присоединяется также зуд;
- при третьей стадии узлы выпадают и требуют ручного вправления;
- при четвертой стадии присоединяется также боль. Отмечаются выпавшие невправимые геморроидальные узлы.

Геморрой может быть внутренним, наружным и комбинированным.

2. К малоинвазивным методам лечения относятся инфракрасная фотокоагуляция узлов, различные варианты склеротерапии в сочетании с ультразвуковой кавитацией, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция, дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии.

3. Геморроидальные узлы становятся плотными, увеличенными, багрово-синюшными, резко болезненными. Может наступить некроз с перфорацией узла.

4. Анальная трещина представляет собой дефект стенки анального канала длиной 1-2 см щелевидной или треугольной формы, верхний конец которой доходит до гребешковой (зубчатой) линии. Свежая трещина имеет линейную или щелевидную форму, мягкие ровные края.

5. При хронической трещине наблюдаются плотные каллезные края, дно может быть с фибринозным налетом, по краям трещины появляются разрастания грануляционной ткани, которые называются пограничными, или сторожевыми, бугорками.

6. Хроническая анальная трещина в основном требует операции. При спазме сфинктера применяется иссечение трещины с боковой сфинктеротомией или

баллонной дозированной пневмодивульсией. Вместо сфинктеротомии возможно введение препаратов ботулинического токсина в сфинктер заднего прохода для снижения его тонуса.

7. Отмечается гиперемия кожи около заднего прохода, сглаживается радиальная складчатость у ануса, появляются припухлость, болезненность при пальпации.

8. На коже промежности определяется наружное отверстие свища, может быть рубцовая деформация кожи с втяжениями мягких тканей. При обострении отмечаются гнойные выделения из свищевого отверстия.

9. Различают три формы анаэробного парапроктита:

- гнилостный (менее злокачественный);
- прогрессирующий гангренозный;
- с анаэробным лимфангитом.

Наиболее опасен парапроктит с анаэробным лимфангитом.

10. При анаэробном парапроктите применяются широкие «опережающие» разрезы, широкая некрэктомия. При некрозе стенки прямой кишки и сфин-

ктерного аппарата проводится выведение колостомы для отключения прямой кишки от каловой струи.

11. В области промежности и половых органов имеется отек кожи с некрозом ее и подкожной клетчатки, который нередко захватывает всю седалищ-но-прямокишечную впадину, распространяется на кожу мошонки у мужчин и большие половые губы у женщин, переднюю стенку живота, бедра.

12. В глубине межъягодичной складки находятся характерные для эпителиального копчикового хода воронкообразные втяжения кожи. Количество их варьирует от 1 до 4-5, они могут быть почти незаметными, иногда из них торчит пучок волос.

13. При задержке выделений из хода продуктов жизнедеятельности эпителия через первичные отверстия появляется небольшой инфильтрат. При инфицировании содержимого инфильтрат увеличивается в размерах, появляется гиперемия кожи, формируется абсцесс, при самостоятельном вскрытии которого через кожу образуются свищи с гнойным отделяемым (вторичные отверстия).

14. Кондиломы носят доброкачественный характер, но при болезни Бушке-Левенштейна отмечается злокачественный рост с быстрым прогрессированием и обширными разрастаниями.

15. Основной жалобой больных является выход прямой кишки за пределы заднего прохода. Наступает ослабление сфинктера, может быть зияние его. Постоянная

травматизация слизистой выпадающей кишки ведет к проктиту, выделению экссудата, иногда крови.

16. Язвенный колит - некротизирующее диффузное воспаление слизистой оболочки прямой и ободочной кишки. Заболевание характеризуется тяжелым течением с местными и общими системными проявлениями.

17. Патогенез язвенного колита обусловлен аутоиммунными реакциями с образованием аутоантител к тканям толстой кишки. Об участии клеточного звена иммунитета свидетельствует местная реакция слизистой оболочки толстой кишки типа лимфоцитарной инфильтрации, плазмоцитарной, ма-крофагальной, гранулоцитарной реакции. При исследовании иммунного зеркала выявляются снижение Т-супрессорной системы, высокая активность Т-киллеров с клетками кишечного эпителия.

18. По эндоскопическим данным выделяют несколько степеней признаков язвенного колита:

- минимальная степень активности - отмечаются отек, гиперемия слизистой, ее контактная кровоточивость;
- умеренная - отмечаются множественные эрозии, язвы, слизь, фибрин на слизистой, отсутствие сосудистого рисунка;
- резко выраженная - отмечаются фибринозно-гнойные наложения на слизистой, ригидность стенки, сужение.

19. К местным осложнениям относятся острая токсическая дилатация (токсический мегаколон), массивные кишечные кровотечения, перфорация кишки, стриктуры, перерождение в рак.

20. К системным осложнениям относятся поражения суставов, глазные симптомы, поражения кожи, поражения слизистых, хронический гепатит,

пиелонефрит, гиповитаминоз, тромбозы, тромбозы, нефролитиаз и т.д. Сопутствующие осложнения - интеркуррентные заболевания.

21. Слизистая оболочка при осмотре имеет вид «булыжной мостовой». Среди выступающих бугорков в стенке кишки обнаруживаются множественные язвы и трещины щелевидной-линейной формы.

22. Внекишечные осложнения - это поражение кожи, костей, суставов, глаз, печени. Прежде всего они проявляются перианальными язвами, экземой, фурункулезом, пиодермией, артритом, склерозирующим колитом, холангитом и др.

23. Гистологические признаки болезни Крона включают трансмуральное поражение, выраженную лимфоидно-плазматическую клеточную инфильтрацию и, среди всего прочего, неказеозные саркоидные (эпителиоидно-клеточные) грануломы, состоящие из скопления эпителиоидных гистиоцитов и гигантских клеток типа Лангханса.

24. Гамартомная форма семейного аденоматоза. При синдроме Пейтца-Егерса одновременно с поражением полипами толстой кишки появляются темные пигментные пятна на коже вокруг рта, на слизистой оболочке щек, губ, кожи ладоней. Данный синдром проявляется уже с рождения ребенка.

25. Синдром Пейтца-Егерса. Малигнизация полипов при этом синдроме наблюдается редко.

26. Дивертикулит, инфильтраты, перфорация дивертикула, перитонит, свищи ободочной кишки.

27. Ранними симптомами рака прямой кишки являются кровянистые, чаще кровянисто-слизистые выделения из прямой кишки, чувство неполного опорожнения кишечника, тупые боли в прямой кишке. В поздние стадии присоединяются слабость, потеря веса, анемия.

28. При раке правых отделов ободочной кишки наиболее ранним симптомом может стать анемия. Поздними осложнениями колоректального рака являются кишечная непроходимость, кровотечение, перфорация опухоли с каловым перитонитом.

29. Залогом успеха лечения рака толстой кишки являются своевременная диагностика и комплексное лечение в специализированных отделениях, а также диспансеризация населения для выявления ранних форм.

30. Осложнениями колостом могут быть выпадение (пролапс) одного или обоих колен стомы, параколостомические грыжи, стриктуры стомы, рецидив опухоли в стоме.

ИСТОЧНИКИ ИЛЛЮСТРАЦИЙ (ФОТО)

ГЛАВА 1. Фото № 1.1-1.2: из архива авторов Фото № 1.3, 1.4: www.gastrolab.net Фото № 1.5-1.13: из архива авторов

ГЛАВА 2. Фото № 2.1-2.4: из архива авторов

ГЛАВА 3. Фото № 3.1-3.17: из архива авторов

ГЛАВА 4. Фото № 4.1-4.9: из архива авторов

ГЛАВА 5. Фото № 5.1-5.2: из архива авторов Фото № 5.3: www.dermline.ru Фото № 5.4: из архива авторов

ГЛАВА 6. Фото № 6.1-6.2: из архива авторов Фото № 6.3: www.drbratila.ro Фото № 6.4: www.ginecologiavhebron.com

ГЛАВА 7. Фото № 7.1-7.3: из архива авторов

ГЛАВА 8. Фото № 8.1-8.2: из архива авторов

ГЛАВА 9. Фото № 9.1: www.justrec.com

Фото № 9.2-9.7: www.gastrolab.net Фото № 9.8: из архива авторов

ГЛАВА 10. Фото № 10.1: из архива авторов Фото № 10.2: www.gastrolab.net Фото № 10.3: из архива авторов Фото № 10.4-10.5: www.dermaamin.com Фото № 10.6-10.7: www.endoatlas.sk Фото № 10.8-10.12: www.gastrolab.net

ГЛАВА 11. Фото № 11.1: www.drkeyurbhatt.blogspot.ru Фото № 11.2: www.zl.elsevier.es Фото № 11.3-11.4: www.gastrolab.net Фото № 11.5: www.endoatlas.org Фото № 11.6: из архива авторов

ГЛАВА 12. Фото № 12.1-12.2: из архива авторов Фото № 12.3: www.ostome.info Фото № 12.4-12.6: из архива авторов

ГЛАВА 13. Фото № 13.1-13.3: из архива авторов Фото № 13.4-13.12: www.gastrolab.net Фото № 13.13-13.14: из архива авторов

ГЛАВА 14. Фото № 14.1-14.2: www.atlasgeneticsoncology.org Фото № 14.3-14.4: www.humpath.com Фото № 14.5: www.skindermatologists.com Фото № 14.6: www.oncoportal.net Фото № 14.7-14.8: www.anatomybox.com

ГЛАВА 15. Фото № 15.1-15.8: из архива авторов

ГЛАВА 16. Фото № 16.1: www.medipptx.blogspot.ru

Фото № 16.2: www.bestpediatricsurgeon.com Фото № 16.3: www.wjgnet.com Фото № 16.4: из архива авторов

Источник KingMed.info

ГЛАВА 17. Фото № 17.1-17.2: из архива авторов Фото №
17.3: www.pocrovka.4bb.ru Фото № 17.4: www.dastyari.parsmedic.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. - М.: Литтерра, 2010. - 220 с.
2. Воробьев Г.И. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Под ред. Ю.Л. Халифа. - М.: Миклош, 2008. - 400 с.
3. Воробьев Г.И., Царьков В.П. Основы хирургии кишечных стом. - М.: Стольный град, 2002. - 160 с.
4. Кайзер А.М. Колоректальная хирургия / Пер. с англ.; под ред. Ю.А. Шелыгина, С.Е. Урядова. - М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 751 с.
5. Колоректальная хирургия / Пер. с англ.; под ред. Р.К.С. Филлипса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 352 с.
6. Основы колопроктологии / Под ред. акад. РАМН, проф. Г.И. Воробьева. - М.: Мед. информ. агентство, 2006. - 432 с.
7. Ривкин В.Л. и др. Руководство по колопроктологии. - 2-е изд., доп. - М.: ИД «Медпрактика». - М., 2004. - 488 с.
8. Семионкин Е.И. Руководство по колопроктологии: Учебное пособие. - М.: ФОРУМ; Инфра-М, 2014. - 271 с.
9. Справочник по колопроктологии / Под ред. Ю.А. Шелыгина, Л.А. Благодарного. - М.: Литтерра, 2014. - 596 с.
10. Яковлев Н.А. Атлас по проктологии. - М.: Медицина, 1976. - 88 с.
11. URL: <http://www.gnck.ru>.