

Содержание

Предисловие	6
Введение	8
Глава 1	
Общие вопросы	12
1.1. Анатомия толстой кишки, анального канала и промежности (Камаева Д. К.)	12
1.2. Физиология толстой кишки и анального канала (Камаева Д. К.)	38
1.3. Обследование больного с патологией толстой кишки, анального канала и промежности (Севостьянов С. И.)	44
1.4. Подготовка толстой кишки к исследованию и оперативным вмешательствам (Костенко Н. В.)	64
Глава 2	
Болезни анального канала и перианальной зоны	72
2.1. Геморрой (Воробьев Г. И., Благодарный Л. А.)	72
2.2. Анальная трещина (Благодарный Л. А.)	94
2.3. Криптит (Камаева Д. К.)	104
2.4. Анальные сосочки, папиллит (Камаева Д. К.)	108
2.5. Парапроктит (острый) (Камаева Д. К.)	110
2.6. Хронический парапроктит (свищи прямой кишки) (Камаева Д. К.)	135

2.7. Эпителиальный копчиковый ход (Камаева Д. К.)	153
2.8. Анокопчиковый болевой синдром (Титов А. Ю.)	162
2.9. Недостаточность анального жома (Воробьев Г. И., Благодарный Л. А.)	165
2.10. Заболевания перианальной кожи (Камаева Д. К.)	183

Глава 3

Заболевания прямой и ободочной кишки	193
3.1. Ректоцеле (Благодарный Л. А.)	193
3.2. Выпадение прямой кишки (Воробьев Г. И.)	209
3.3. Ректовагинальные свищи (Проценко В. М.)	222
3.4. Повреждения и инородные тела толстой кишки (Севостьянов С. И.)	229
3.5. Воспалительные заболевания толстой кишки (Михайлова Т. Л., Воробьев Г. И., Костенко Н. В.)	233
3.5.1. Язвенный колит	233
3.5.2. Болезнь Крона	261
3.6. Ишемический колит (Михайлова Т. Л.)	278
3.7. Дивертикулярная болезнь (Воробьев Г. И., Костенко Н. В.)	285
3.8. Синдром раздраженного кишечника (Халиф И. Л.)	298

Глава 4

Опухоли толстой кишки и анального канала	308
4.1. Полипы и полипозные синдромы	308
4.1.1. Неопластические полипы и ворсинчатые аденомы толстой кишки (Севостьянов С. И.)	308
4.1.2. Семейный аденоматоз (диффузный полипоз) (Кузьминов А. М., Камаева Д. К.)	318
4.1.3. Полипозные синдромы (Камаева Д. К.)	327
4.2. Рак толстой кишки (Воробьев Г. И., Одарюк Т. С.)	330
4.3. Рак анального канала (Одарюк Т. С.)	345
4.4. Неэпителиальные опухоли (Севостьянов С. И.)	349
4.5. Эндометриоз толстой кишки (Севостьянов С. И.)	356

Глава 5

Аномалии толстой кишки и аноректальной зоны

5.1. Аноректальные пороки у взрослых (Саламов К. Н., Ачкасов С. И.)	362
5.2. Аномалии ободочной кишки (Ачкасов С. И., Саламов К. Н.)	372
5.3. Болезнь Гиршпрунга у взрослых (Воробьев Г. И.)	382
5.4. Ангиодисплазии (Кузьминов А. М.)	390
5.5. Параректальные тератоидные кисты (Кузьминов А. М.)	397

Глава 6

Лапароскопические операции на толстой кишке

(Воробьев Г. И., Шелыгин Ю. А., Фролов С. А.)	407
---	-----

Список литературы

Глава 2

Болезни анального канала и перианальной зоны

2.1. ГЕМОРРОЙ

Определение. Геморрой — болезнь геморроидальных узлов (наружных узлов — наружный геморрой, внутренних узлов — внутренний геморрой). Комбинированный геморрой — заболевание наружных и внутренних узлов одновременно. Распространенность заболевания составляет 140–160 человек на 1000 взрослого населения.

Этиология и патогенез. Геморроидальные узлы в норме представляют собой сосудистые кавернозные образования, которые в процессе нормального эмбриогенеза закладываются в подслизистом слое дистального отдела прямой кишки перед аноректальной линией (внутренние узлы) и в анальном канале под кожей промежности (наружные узлы). Причиной увеличения геморроидальных узлов является нарушение кровообращения (застой крови) в кавернозных образованиях. Эти изменения происходят чаще всего под действием таких неблагоприятных факторов, как сидячий образ жизни, неправильное питание, запор, беременность, злоупотребление алкоголя. Увеличенные геморроидальные узлы постепенно смещаются в дистальном направлении. Этому способствуют нарастающие процессы дистрофии и ослабление их удерживающего связочного аппарата, поэтому геморроидальные узлы начинают выпадать из анального канала.

Работами многих авторов, в том числе Л. Л. Капуллера, В. Л. Ривкина (1976), И. Г. Дацун, Е. П. Мельман (1986), F. Stelzner (1972), Р. Наас и соавт. (1984) установлено, что основными причинами воз-

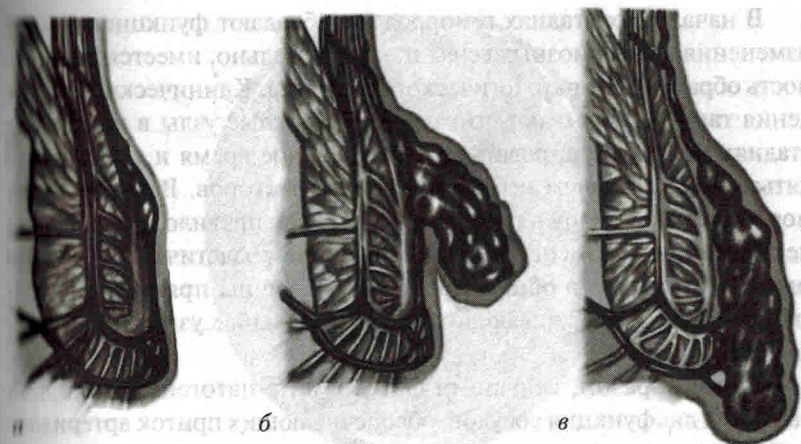


Рис. 16. Развитие геморроя:

а — нормальное расположение наружных и внутренних кавернозных образований; б — увеличенные внутренние геморроидальные узлы; в — комбинированный геморрой (отсутствие границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами)

никновения геморроя являются гемодинамический и дистрофический факторы (рис. 16).

Гемодинамический фактор заключается в дисфункции сосудов, обеспечивающих приток и отток крови в кавернозных образованиях, что приводит к их переполнению, способствуя тем самым патологическому увеличению геморроидальных узлов.

Развитие дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале приводит к постепенному и необратимому смещению (выпадению) геморроидальных узлов.

С увеличением длительности заболевания весьма характерными признаками геморроя становятся увеличение размеров геморроидальных узлов и постоянное их выпадение из анального канала. Мышечный и соединительнотканый каркас уже не удерживает их в анальном канале, отчего происходит выпадение геморроидальных узлов. Длительное выпадение узлов в свою очередь приводит к дистрофическим изменениям и атрофии мышц, окружающих подслизистые кавернозные тельца.

В начальных стадиях геморроя преобладают функциональные изменения в кавернозных венах и, следовательно, имеется возможность обратимости патологического процесса. Клинические наблюдения также показывают, что геморроидальные узлы в начальных стадиях могут редуцироваться на длительное время и снова появляться под действием неблагоприятных факторов. Выпадение геморроидальных узлов в поздних стадиях, как правило, обусловлено не сосудистыми изменениями, а нарушением эластических свойств мышечных структур общей продольной мышцы прямой кишки и связки Паркса, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале.

Таким образом, ведущими факторами в патогенезе геморроя являются дисфункция сосудов, обеспечивающих приток артериальной крови по улитковым артериям и отток по отводящим венам, что приводит к переполнению кавернозных полостей и развитию геморроя и дистрофических изменений в фиброзно-мышечном каркасе геморроидальных узлов. Развитие дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, расположенной в межсфинктерном пространстве анального канала, ведет к смещению геморроидальных узлов в дистальном направлении и их выпадению из анального канала. Эти процессы развиваются под действием неблагоприятных факторов, к которым относятся запор, натуживание при затрудненной дефекации, беременность, длительное вынужденное положение, малоподвижный образ жизни, прием алкоголя.

Патологическая анатомия. Внешне геморроидальный узел имеет вид компактного образования, но уже при простом осмотре со стороны его подслизистого слоя определяется множество мелких сосудистых клубочков диаметром от 1 до 6 мм. Клубочки залегают в рыхлой соединительной и мышечной ткани и анастомозируют между собой. На разрезе геморроидальные узлы имеют губчатое строение и расположены в анальном канале в виде 3 или 4 скоплений, которые некоторые авторы называют анальными «подушками» (рис. 17).

При микроскопическом исследовании видно, что внутренние геморроидальные узлы покрыты слизистой оболочкой, а наружные — многослойным плоским эпителием. Сосудистые образования в геморроидальных узлах представляют собой кавернозные

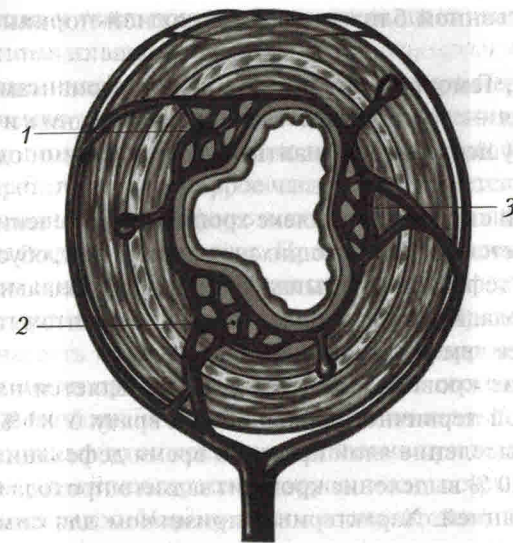


Рис. 17. Типичная локализация кавернозных геморроидальных образований:

1 — на задней боковой стенке (на 7 часах по циферблату); 2 — на передней боковой стенке (на 11 часах); 3 — на боковой стенке (на 3 часах)

тельца, состоящие из многочисленных полостей различной величины, разделенных тонкими мышечными и соединительнотканными перегородками, которые четко отграничивают их от окружающей ткани. Многие кавернозные клубочки имеют хорошо выраженную соединительнотканную капсулу, в которую вплетаются мышечные волокна. Наличие мышечных волокон свидетельствует, во-первых, о подвижности расположенных в них кавернозных образований, во-вторых, об определенном функциональном единстве сосудистых полостей, окруженных поддерживающим фиброзно-мышечным каркасом. При клинически выраженных выпадающих геморроидальных узлах в мышечных волокнах отмечаются дистрофические изменения, количество неизмененных мышечных волокон значительно уменьшается.

Наружные геморроидальные узлы состоят из мелких подкожных кавернозных сосудов, обеспечивающих отток крови из этой части анального канала. Эти сосудистые образования находятся

в непосредственной близости от подкожной порции наружного сфинктера.

Клиника. Геморрой проявляется двумя вариантами клинического течения — хроническое течение заболевания и острый геморрой. По существу эти варианты являются фазами одного и того же процесса.

Типичный симптомокомплекс хронического течения заболевания складывается из повторяющихся кровотечений, обусловленных, как правило, дефекацией и выпадением геморроидальных узлов из заднего прохода. Кровотечение как ведущий симптом геморроя отмечается более чем у 50 % пациентов.

Выделение крови из заднего прохода является наиболее частой причиной первичного обращения к врачу. У 80 % пациентов отмечается выделение алой крови во время дефекации или сразу после нее, у 20 % выделение крови из заднего прохода происходит между дефекацией. Характерным признаком для симптоматики геморроя является периодическое выделение крови из заднего прохода. У части пациентов постоянное выделение крови приводит к снижению гемоглобина и развитию анемии. Чаще всего у этих пациентов выделяется алая кровь без сгустков. Гораздо реже отмечено выделение темной крови со сгустками. Аноректальное кровотечение, помимо основного признака геморроя, является характерным симптомом и других заболеваний толстой кишки. Его появление возможно при дивертикулезе, язвенном и гранулематозном колите, а главное, при злокачественных опухолях толстой кишки. Под маской геморроя, особенно при выделении крови из прямой кишки, нередко протекают такие заболевания, как полипы и колоректальный рак. Поэтому при любых проявлениях кишечного дискомфорта и особенно при выделении крови из прямой кишки необходимо выполнять ее пальцевое исследование, ректо-, колоно- или ирригоскопию.

Вторым по частоте симптомом, характерным для геморроя, является выпадение геморроидальных узлов. Между увеличением длительности заболевания, его стадией и частотой выпадения геморроидальных узлов имеется прямая зависимость. Выпадение геморроидальных узлов как первый симптом отмечено при обращении к врачу у незначительной части пациентов. С увеличением длительности заболевания свыше 10 лет число больных с выпадением

геморроидальных узлов почти в 2 раза превышает число пациентов с кровотечением из заднего прохода.

Тупая постоянная боль в заднем проходе, характерная для длительного течения заболевания с частыми обострениями, — достаточно частая причина обращения к врачу. Основой болевого синдрома при хроническом геморрое чаще всего является хроническая анальная трещина. Дискомфорт и анальный зуд более характерны для поздних стадий заболевания. Практически у всех пациентов с выделениями слизи из анального канала отмечены сопутствующие заболевания прямой и ободочной кишки. В то же время эти симптомы нельзя назвать патогномоничными для геморроя, так как они могут иметь место при других патологических состояниях толстой кишки. Кровотечение и выпадение узлов из анального канала — наиболее типичные клинические проявления при геморрое.

В основе развития острого геморроя лежит острый тромбоз геморроидальных узлов. Наряду с этим воспалительный процесс, например проктосигмоидит, повреждение стенки геморроидального узла плотными каловыми массами, внезапный застой крови в кавернозных тельцах могут также быть причиной острого геморроя. Нередко возникающий отек окружающих тканей и их воспалительная инфильтрация создают впечатление ущемления геморроидальных узлов. В ряде случаев острое воспаление сопровождается отеком перианальной области и некрозом узлов. Тромбоз обычно начинается во внутренних узлах и распространяется в дальнейшем на наружные узлы. Реже встречается изолированный тромбоз наружных узлов, проявляющийся в виде тромбированного образования округлой формы и сохраняющийся на протяжении 2–3 мес.

Классификация. Острый геморрой по клиническому течению разделяют на три стадии. I стадия характеризуется тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса. Для II стадии характерно присоединение воспаления геморроидальных узлов. В III стадии на фоне тромбоза и воспаления геморроидальных узлов развивается воспаление подкожной клетчатки и перианальной кожи.

Хроническое течение заболевания следует подразделять на четыре стадии. Для I стадии характерным является только выделение алой крови из заднего прохода при дефекации без выпадения геморроидальных узлов. II стадия характеризуется выпадением геморро-

Глава 4

Опухоли толстой кишки и анального канала

Опухоль — это патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции роста и дифференцировки (Пальцев М. А., Аничков Н. М., 2001).

По характеру роста опухоли подразделяются на доброкачественные и злокачественные.

4.1. ПОЛИПЫ И ПОЛИПОЗНЫЕ СИНДРОМЫ

4.1.1. Неопластические полипы и ворсинчатые аденомы толстой кишки

Определение полипа не отличается четкостью. В настоящее время истинным полипом считают разрастание железистого эпителия, образующее возвышение над уровнем слизистой оболочки в виде широкого грибовидного, зачастую ветвистого образования, сидящего на более узкой ножке, а иногда на широком основании (Холдин С. А., 1977) (рис. 50).

Этиология и патогенез. Установить истинную частоту появления доброкачественных полипов толстой кишки очень трудно, поскольку они протекают практически бессимптомно, и обнаруживают их чаще всего случайно у больных, предъявляющих жалобы на дискомфорт, боль в области заднего прохода, дисфункцию кишечника, патологические выделения из заднего прохода и т. п., которые являются признаками других заболеваний (геморрой, парапроктит,

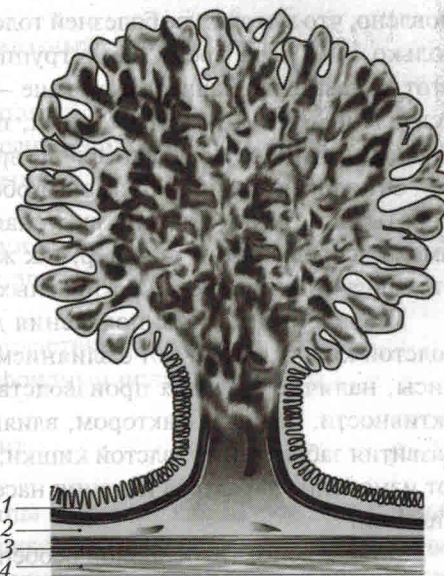


Рис. 50. Полип толстой кишки:

- 1 — слизистая оболочка; 2 — подслизистый слой; 3 — мышечный слой; 4 — сероза

анальная трещина, колит, рак прямой кишки и др.). В связи с этим близкую к истинной частоту полипов можно установить только в результате проведения целевых профилактических обследований населения или вскрытий. В результате работ российских и зарубежных ученых установлено, что частота выявления аденом толстой кишки (при использовании только ректороманоскопии) колеблется от 2,5 до 7,5 % общего количества обследованных. Однако истинная частота их возникновения, безусловно, выше, так как при обследовании авторы не осматривали другие отделы толстой кишки, в которых располагается около 50 % всех аденом толстой кишки.

Наиболее точным методом оценки состояния слизистой оболочки прямой и ободочной кишки можно считать их изучение во время патолого-анатомических вскрытий. По данным литературы, частота выявления полипов толстой кишки при аутопсиях для экономически развитых стран составляет в среднем около 30 %. По данным ГНЦК (1987), при изучении результатов профилактических осмотров (пальцевое исследование и ректороманоскопия) двух групп больных (15 000 человек) — практически здоровых и предъявляющих жалобы на дискомфорт в аноректальной области — уста-

новлено, что в структуре болезней толстой кишки полипы составляют только 16 %, в то время как в группе практически здоровых лиц этот показатель значительно выше — 40,6 %. Такое различие обусловлено тем, что часть больных, полипы у которых протекают бессимптомно, не попадают в поле зрения врачей.

Этиология полипов прямой и ободочной кишки не выяснена. Работы, в которых изучена вирусная природа этих заболеваний, имеют теоретический характер, так же как и создание модели толстокишечного полипоза на животных.

Увеличение частоты появления доброкачественных опухолей толстой кишки связывают с влиянием окружающей среды (мегаполисы, наличие крупных производств), уменьшением физической активности. Важным фактором, влияющим на увеличение частоты развития заболевания толстой кишки, многие исследователи считают изменение характера питания населения в условиях индустриализации.

Установлено, что основной особенностью питания жителей экономически развитых стран является преобладание в рационе высококалорийных продуктов с большим содержанием животных жиров при небольшом количестве клетчатки. Все это приводит к тому, что в толстую кишку попадает химус, содержащий мало клетчатки, что сказывается на снижении моторной активности кишки, и большое количество желчных кислот, которые, как установлено, в процессе пищеварения превращаются в вещества, оказывающие канцерогенное влияние на слизистую оболочку. Снижение скорости прохождения химуса по кишке создает более длительный контакт канцерогенов и слизистой. Все это вызывает нарушение и микробного пейзажа, что в свою очередь изменяет состав ферментов микробного происхождения.

Некоторые исследователи установили определенную зависимость между частотой обнаружения аденом и мужским полом умерших, а также такими заболеваниями, как атеросклероз, злокачественные опухоли, дивертикулез и другие заболевания желудочно-кишечного тракта, хронические неспецифические заболевания легких.

Патологическая анатомия. Согласно Международной гистологической классификации опухолей, доброкачественные новообразования толстой кишки представлены следующим образом.

1. Аденома:
 - а) тубулярная (аденоматозный полип),
 - б) ворсинчатая,
 - в) тубулярно-ворсинчатая.
2. Аденоматоз (аденоматозный полипоз кишечника). Опухолеподобные поражения.
 1. Гамартомы:
 - а) полип Пейтца—Еггерса и полипоз;
 - б) ювенильный полип и полипоз.
 - Гетеротопии.
 - Гиперпластический (метапластический) полип.
 - Доброкачественный лимфоидный полип и полипоз.
 - Воспалительный полип.
 - Глубокий кистозный колит.
 - Эндометриоз.

Гиперпластические полипы выглядят как мелкие (до 0,5 см в диаметре), слегка возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки образования мягкой консистенции и обычного цвета. Они характеризуются удлинением и кистозным расширением крипт. Эпителий в таких полипах пилообразно извитой, с уменьшенным количеством бокаловидных клеток.

Железистые и железисто-ворсинчатые (тубулярные аденомы) представляют собой более крупные образования (до 2—3 см в диаметре), имеющие, как правило, выраженную ножку или широкое основание. По окраске они близки к окружающей слизистой оболочке, но имеют более плотную консистенцию, смещаются вместе со слизистой оболочкой, редко кровоточат и изъязвляются. По степени морфологической дифференцировки эпителия различают три группы тубулярных аденом: со слабой, умеренной и значительной дисплазией. При слабой степени сохраняется архитектура желез и ворсин; уменьшается количество бокаловидных клеток, ядра их вытягиваются, несколько увеличиваются, но располагаются в один ряд; число митозов увеличено незначительно. При выраженной дисплазии нарушается строение желез и ворсин, ядра могут располагаться во всех отделах клетки, отмечается их увеличение, появляется много митозов, в том числе патологических; бокаловидные клетки исчезают. Умеренная дисплазия характеризуется промежуточными изменениями.

Ворсинчатые аденомы имеют слегка дольчатую поверхность, напоминая ягоду малины. По размеру, как правило, бывают больше тубулярной аденомы.

Ювенильные полипы нельзя относить к аденомам, потому что в них не бывает гиперплазии желез и атипических изменений железистого эпителия. Такое образование довольно крупное часто свисает в просвет кишки на длинной ножке, гладкое, более интенсивно окрашенное (ярко-красное, вишневого цвета). При микроскопии представляет собой кистозно-гранулирующий полип, расширенные железы которого выстланы типичным кишечным эпителием и содержат слизистый секрет.

Классификация. По клинической картине все доброкачественные опухоли толстой кишки можно разделить на две основные группы: эпителиальные опухоли, встречающиеся чаще всего (92 %) и представляющие наибольшую опасность роста и малигнизации, и редкие новообразования, частота отдельных форм которых колеблется в пределах 0,2–3,5 % (в целом 8 %), вероятность их малигнизации мала, кроме меланомы и карциноида.

Важное клиническое значение имеет подразделение эпителиальных опухолей по гистологическому строению, величине и фактору множественности.

По гистологическому строению полипы подразделяются на:

- гиперпластические (2 %);
- железистые (51,6 %);
- железисто-ворсинчатые (21,5 %);
- ворсинчатые (14,7 %).

От величины доброкачественного новообразования зависит вероятность его малигнизации: чем больше размер доброкачественной опухоли, тем выше вероятность ее малигнизации.

По фактору множественности эпителиальные опухоли делят на:

- 1) одиночные;
- 2) множественные:
 - групповые;
 - рассеянные.
- 3) диффузный (семейный) полипоз.

Фактор множественности имеет важное значение в прогнозе заболевания — одиночные полипы редко малигнизируются (1–4 %)

и имеют более благоприятный прогноз. Множественные полипы могут располагаться в одном из отделов толстой кишки компактно или обнаруживаются по 1–2 и более в каждом отделе (рассеянные), малигнизируются до 20 %. Рассеянные множественные полипы трудно дифференцировать от диффузного полипоза толстой кишки. Последний обычно характеризуется массивностью поражения (насчитываются сотни и тысячи полипов, а иногда вообще не остается участков непораженной слизистой оболочки), а главное — передается по наследству, т. е. носит семейный, генетически обусловленный характер и обладает значительной склонностью к малигнизации (80–100 %).

Среди эпителиальных полиповидных образований толстой кишки встречаются своеобразные, экзофитно растущие, стелющиеся по кишечной стенке, мягкие на ощупь образования мелкодольчатого строения. Гистологически это ворсинчатые аденомы, и к ним может быть применен клинический термин «ворсинчатая опухоль».

Выделяют две формы ворсинчатых аденом по микроскопической картине — стелющуюся и узловую. Узловая форма встречается чаще и располагается на одной из стенок кишки в виде компактного экзофитного узла с широким и коротким основанием или ножкой. При стелющейся форме ворсинчатые разрастания располагаются по поверхности слизистой оболочки плоско, почти циркулярно охватывая стенку кишки.

Макроскопически ворсинчатая опухоль окрашена в красноватый цвет из-за обилия кровеносных сосудов в их строении. Тонкие и нежные ворсинки легко травмируются и кровоточат, поэтому само по себе кровотечение не является свидетельством озлокачествления этих образований.

Злокачественная трансформация крупной аденомы толстой кишки может быть диагностирована с высокой степенью вероятности при наличии двух или более из следующих эндоскопических признаков малигнизации: плотная консистенция ворсинчатого образования, наличие участков уплотнения, бугристость поверхности, наложение фибрина, изъязвление поверхности и контактная кровоточивость.

Ворсинчатую опухоль толстой кишки целесообразно выделять как самостоятельную нозологическую единицу.

Большинство эпителиальных новообразований (полипов) проходит последовательные стадии развития от малых размеров к боль-