**Содержание**

1. Геморрой
2. Анальная трещина
3. Парапроктит
4. Эпителиальный копчиковый ход и дермоидные кисты
5. Анальный зуд
6. Перианальные кондиломы
7. Криптит, папиллит, сфинктерит
8. Выпадение прямой кишки

**1)** **Геморрой**

Термин «геморрой» переводится как кровотечение (hemo rrhoe), так как основной признак болезни - ректальные кровотечения. Это одна из самых распространенных болезней человека. В 60-х годах XX века F. Stelzner показал связь верхней прямокишечной артерии с кавернозными сосудистыми тельцами прямой кишки. Подходя непосредственно к прямой кишке, верхняя прямокишечная артерия делится на 3 ветви, идущие по линиям, проецирующимся на 3, 7, и 11 часах по условному циферблату при положении тела на спине. Именно в этих участках в подслизистом слое прямой кишки формируются 3 группы кавернозных телец. Эти тельца - не патология, а нормальные кавернозные (пещеристые) сосудистые образования, закладывающиеся в процессе нормального эмбриогенеза (Л.Л. Капуллер) и имеющиеся у людей любого возраста, в том числе, у эмбрионов и детей. Но у детей они развиты плохо, а с возрастом они увеличиваются, и это есть субстрат для будущих основных внутренних геморроидальных узлов. Мелкие артерии, не распадаясь на капилляры, открываются прямо в просвет кавернозных вен, т. е. мы имеем дело с артериовенозными анастомозами, по которым артериальная кровь поступает в просвет кавернозных вен. Поэтому геморроидальное кровотечение является, по существу, артериальным. Впечатление о большем числе узлов создается из-за разветвлений дистальных участков этих трех основных узлов. Очень редко формируется 4-й внутренний узел на 13 часах. К основанию каждого из трех узлов подходит питающий артериальный сосуд, пульсацию которого можно определить пальцем при полной релаксации мышц сфинктера под наркозом.

Функция кавернозных структур состоит, вероятно, в том, что это своеобразный гидравлический механизм: заполняясь кровью, эти образования сдавливают складки слизистой оболочки прямой кишки и герметизируют ее просвет, участвуя тем самым в анальном держании.

Классифицируют геморрой по анатомическому принципу (наружный и внутренний), по клиническому течению (острый и хронический), по степени тяжести (3 или 4 степени). В.Л. Ривкин и соавт. выделяют 5 групп этих больных, по отношению к которым лечебная тактика различна.

**1) Бессимптомный геморрой.**

При пальцевом исследовании или при ректоскопии обнаруживаются типичные узлы в типичных зонах, но «хозяин» о них не подозревает, никакой клиники нет. Поэтому каждый человек старше 40-45 лет должен обследоваться проктологом. Выявляемый при таких профилактических осмотрах геморрой лечения не требует, эти пациенты должны входить в «группу риска», они нуждаются в правильных рекомендациях (режим питания, характер труда, виды спорта, борьба с запорами, специальная ЛФК для тренировки сфинктера). Этим удается если не предупредить, то значительно отсрочить появление геморроидального синдрома и снизить его интенсивность.

2) **Острый геморрой.** Синонимы - ущемленный геморрой, острый геморроидальный тромбоз. Его следует отличать от криптита, сфинктерита, папиллита, при которых настоящего ущемления геморроидальных узлов может не быть. Выпавшие внутренние узлы ущемляются за счет спазма сфинктера, становятся набухшими, резко болезненными и перестают самостоятельно вправляться.

В клинике острого геморроя выделяют 4 степени тяжести:

1) I степень - Небольшие п/к слегка болезненные образования с легкой гиперемией кожи над ними. Жалобы на жжение, зуд, усиливающиеся после дефекации, а также при обильном употреблении спиртного и острой пищи.

При осторожном пальцевом ректальном исследовании отдельные узлы могут не определяться, ибо часто воспаляются их разветвленные на доли наружные дистальные участки.

2) II степень - Перианальная область резко болезненна, гиперемирована. Пальцевое исследование почти невозможно, да и не нужно. Никакие исследования в этот момент не рекомендуются! Вправление выпавших узлов запрещено! Но это состояние следует срочно дифференцировать с острым парапроктитом! В отличие от геморроя, когда болезненность и гиперемия носят диффузный характер, при парапроктите участок воспаления ограничен, локализован, часто флюктуирует. При парапроктите «заинтересована» только одна стенка прямой кишки, ректальное исследование возможно, при этом нетрудно определить сторону парапроктита.

3) III степень - Вся окружность заднего прохода представляет собой резко болезненный плотный инфильтрат. Пальцевое исследование и ректоскопия невозможны и не нужны. Ущемленные узлы не вправляются, напряжены, у мужчин часто возникает дизурия вплоть до анурии из-за сдавления мочеиспускательного канала воспалительным инфильтратом. Резкие постоянные боли, не обязательно связанные с дефекацией. Общее состояние страдает незначительно - температура тела, анализы крови могут оставаться нормальными. Доказано, что при остром геморрое всегда первичен тромбоз узла, а воспаление вторично. Поэтому если лечение не проводится или запаздывает, может развиться тяжелое осложнение -гангренозный или гнилостный процесс **(IV степень)** с расплавлением тканей промежности, нагноением параректальной клетчатки с выраженной интоксикацией, вплоть до сепсиса.

Лечение острого геморроя начинается с консервативных мер.

Постельный режим, щадящая диета, разжижение стула послабляющими средствами, холодные местные аппликации в первые сутки, теплые сидячие ванны со вторых суток, свечи, мази - стандартный перечень достаточных мер, возможных даже в домашних условиях.

Современными средствами являются свечи «Гепатромбин Г», «Релиф» и «Релиф-Адванс», применение которых оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие. В их состав входят масло какао, масло печени акулы, местный анестетик, сосудосуживающие вещества, антиоксиданты. Сначала рекомендуется вводить свечу «Релиф-Адванс», после чего боли уменьшаются, а затем вводится свеча «Релиф». Свечи вводят в положении на боку, удерживая их в анальном канале 1-2 мин.

Из пероральных средств лучшим в настоящее время считают «Детралекс». 1 табл. его содержит 450 мг диосмина и 50 мг гесперидина. За счет микронизации (ультраизмельчения) частиц сверхзвуковой струей воздуха, детралекс всасывается в 2 раза быстрее обычного диосмина и начинает действовать через 4 ч после приема 2-х таблеток (1000 мг) Детралекс оказывает флеботоническое, противовоспалительное и антиоксидантное действие, подавляет адгезию лейкоцитов к эндотелию, блокирует выброс из них цитокинов, свободных радикалов кислорода и протеолитических энзимов, обладающих токсическими свойствами.

В период обострения геморроя детралекс назначают по 6 табл. в сутки в течение 4 дней, затем - по 4 табл. 3 дня.

Антибиотики при остром геморрое нецелесообразны.

Описанное лечение острого геморроя паллиативно, эффективно только во время его проведения. Затем геморрой начинает рецидивировать обострениями. Они вызывают запоры, а запоры усугубляют и пролонгируют обострение (порочный круг).

1) Его можно разорвать только с помощью **дозированной сфинктеротомии - трансанальной или закрытой внутренней латеральной.**

В первом случае рассекают слизистую оболочку и внутренний сфинктер заднего прохода строго по *задней линии* анального канала на глубину до 1 см (А.Н.Рыжих), где толщина волокон сфинктера максимальная. На дно раны на сутки укладывают узкую ленту с мазью Вишневского или с мазью на водорастворимой основе (Левосин, Левомеколь). Чаще выполняется именно такая сфинктеротомия. Она минимально травмирует сфинктер, надежно и быстро снимает боль и отек выпавших узлов. Эта операция является сама по себе **паллиативной,** так как не удаляется субстрат заболевания.

Конечно, сфинктеротомия показана далеко не всем больным с острым геморроем, так как при нерезко выраженном спазме консервативной терапии достаточно. С другой стороны, у тяжелых больных старческого возраста, при гнилостном или гангренозном воспалении сфинктеротомия противопоказана.

2) При выпадении и ущемлении узлов, при неэффективности консервативной терапии, в запущенных стадиях рекомендуется **радикальная** операция по Миллигану-Моргану, разработанная еще в 40-х годах XX века. На узлы не накладывают никаких раздавливающих зажимов, прошивают их
ножки (шейки), бескровно иссекают узлы поочередно снаружи внутрь, оставляя открытыми 3 перианальные раны или частично или наглухо ушивая их дно.

В целом, к оперативному лечению прибегают гораздо реже, чем к консервативному. Оно показано лишь при явной неэффективности консервативного лечения, выраженном спазме сфинктера, частых обострениях геморроя.

**3) Геморрой с обильными и упорными кровотечениями.**

На первый план выходят обильные, частые, порой безболезненные геморроидальные кровотечения, что характерно для молодых, физически крепких мужчин. Они быстро приводят к анемизации. Кровотечения могут случаться внезапно, без видимых провоцирующих причин, на работе,в машине и т. д.

Следует иметь в виду, что, кроме геморроя, есть немало других, более серьезных органических причин прямокишечного кровотечения, поэтому всегда необходимы ректальное исследование, ректороманоскопия и даже колоноскопия для исключения рака прямой и толстой кишок, а также других заболеваний.

Лечение в острой стадии профузного кровотечения заключается в следующем. Прямая кишка тампонируется кровоостанавливающими губками (Спонгостан), проводится общая гемостатическая терапия (хлорид кальция, викасол, аминокапроновая кислота, дицинон и пр.

После первичной остановки кровотечения эффективна склерозирующая терапия. **Оптимальной ситуацией для нее являются внутренние невыпадающие узлы.** Этой терапии не подлежат 3 группы пациентов:

1. Больные с наружным геморроем и геморроем с выпадением узлов;
2. При остром геморрое в сочетании с анальной трещиной, криптитом, папиллитом, упорной диареей;
3. У пожилых больных, страдающих стойкой артериальной гипертензией.

Подготовка к склерозированию включает клизмы вечером и утром в день манипуляции или с помощью современных пероральных препаратов (фортранс). Склерозирующих растворов предложено много: тромбовар, этоксисклерол, карболовая кислота и др. Вводят 1,5-2 мл склерозанта за сеанс, можно ввести сразу в 3 узла. Инъекция должна проводиться строго выше зубчатой линии! *Выполнять подобную манипуляция должен опытный проктолог.*

Если кровотечение продолжается более 1 сут., несмотря на консервативную терапию, а склеротерапия не показана (или больной отказывается от нее), можно выполнить простую операцию - перевязку геморроидальных узлов (по Куперу): узлы поочередно захватывают зажимом Люэра, перевязывают шелком их ножки, не иссекая сами узлы. Узлы затем некротизируются и сами отпадают.

**4) Геморрой у беременных.**

Кроме эмбриональных факторов риска, у беременных возникают и другие патологические факторы: частые запоры, сдавление тазовых органов беременной маткой, а в родах - головкой плода, сильные потуги и пр. Поэтому геморрой очень часто возникает до родов и еще чаще - после них. Многие поэтому считают геморрой у беременных не патологией, а вариантом нормы.

Еще одна особенность - геморрой у беременных часто сочетается с варикозным расширением вен нижних конечностей.

Лечение геморроя при беременности должно быть консервативным. Оно включает: диету, легкие физические упражнения, осторожный водный туалет после стула, слабительные; при появлении зуда, болей, кровотечений, назначают свечи, мази, сидячие ванны, бутадион.

При профузном кровотечении можно выполнить склерозирующие инъекции, при выпадении больших узлов в данном случае можно попытаться их осторожно вправить в теплой сидячей ванне, но лучше этих ситуацией не допускать и интенсивно лечить геморрой при беременности консервативно, При остром геморрое показаны примочки с фурацилином, риванолем, новокаином, теплые сидячие ванны с перманганатом калия, компрессы с мазью Вишневского, а при тромбофлебите или флеботромбозе - свечи и мази с гепарином и ферментами (химотрипсин). В упорных случаях показана параректальная новокаиновая блокада с добавлением канамицина. Учитывая нередкое развитие у родильниц при остром геморрое гиперкоагуляции, рекомендуются антикоагулянты в течение 5-7 дней. Благоприятно действует место УВЧ-терапия. При выпадении узлов сразу после отделения последа (обычно через 15-30 мин.) следует осторожно попытаться их вправить после теплой сидячей ванны. *Следует обратить внимание, что вправление выпавших узлов разрешается только у беременных и родильниц как временная мера, облегчающая состояние*

**5) Хронический геморрой.**

Имеется в виду классический геморрой с периодическими ремиссиями и обострениями, типичной клиникой: небольшие боли, зуд, жжение, склонность к запорам, периодические небольшие кровотечения, иногда -выпадения узлов.

Геморрой может быть клинически только наружным, но и в этих ситуациях, при тщательном осмотре можно обнаружить в типичных местах внутренние узлы.

Диагностика хронического геморроя элементарна; достаточно наружного осмотра и ректального пальцевого исследования.

**Должно быть аксиомой: обнаружив геморрой впервые, следует осмотреть всю прямую (а то и всю толстую!) кишку.** Геморрой очень часто бывает «маской» рака, кроме того, эти 2 заболевания нередко сочетаются. Кроме того, геморрой следует дифференцировать с выпадением участка прямой кишки.

Лечение хр. геморроя в основном - консервативное, оно может продолжаться всю жизнь. Щадящая диета, отказ от больших доз алкоголя и острой пищи, слабительные, свечи, мази, ванночки, тщательная гигиена бывают вполне достаточными для нормального самочувствия. Операциям подлежат не более 30% таких пациентов.

*Виды операций:*

1. Лигирование выпавших внутренних узлов латексными кольцами - может выполняться даже амбулаторно (E.Barron, 60-е годы XX века).
2. Инфракрасная и лазерная коагуляция узлов (в начальных стадиях);
3. Биполярная диатермия;
4. Криохирургия;
5. Склеротерапия.

«Золотым стандартом» в проктологии большинство проктологов считает операцию Миллигана-Моргана (Англия). Анус растягивают, начинают обычно с узла на 7 часах. На него накладывается зажим Люэра, узел натягивается, на его ножку выше зубчатой линии накладывается изогнутый зажим Бильрота. Слизистая надсекается вокруг узла грушевидным разрезом, узел отсекается снаружи внутрь от п/к клетчатки и подслизистого слоя анального канала до наложенного зажима, перевязывается или прошивается ножка узла, и он отсекается. Точно также отсекаются еще 2 узла. Остается трехлопастная открытая рана. Типичная операция Миллигана-Моргана на этом заканчивается. Рана должна заживать самостоятельно.

Но в настоящее время большинство проктологов эту рану ушивают тонким кетгутом или другим рассасывающимся материалом, что ускоряет заживление и улучшает герметизацию анального канала.

Осложнениями хирургического лечения геморроя могут быть недержание кала и газов, а также стриктура прямой кишки. Их частота может быть сведена к минимуму при условии выполнения всех манипуляций в профессиональных руках проктологов, а не общих хирургов.

**2. Анальная трещина**

Типичная клиническая *триада:.* 1) болезненная продольная язва на границе перехода кожи в слизистую оболочку заднепроходного канала; 2) выраженный спазм анального сфинктера; 3) небольшие кровотечения во время стула.

Основными причинами образования трещины являются выраженные запоры, консистенция экскрементов (прямая травма слизистой), реже -потуги при родах, болезнь Крона, СПИД. Трещина чаще бывает в области задней, реже - передней комиссур (у женщин). Некоторые авторы придают значение в патогенезе трещины локальной ишемии слизистой оболочки.

Вследствие хронического воспаления, присутствия локальной инфекции, задержки секрета в криптах, на проксимальном и дистальном концах трещины могут формироваться полиповидные уплотнения, фиброзные узелки («сторожевой бугорок»).

Диагностика трещины в острой стадии и выраженном спазме сфинктера ограничивается прямым осмотром трещины после осторожного раздвигания ягодиц больного. Без анестезии не следует проводить пальцевое исследование, аноскопию или колоноскопию. Прежде всего надо снять боль. При хронической трещине пальцевое исследование возможно, палец нужно вводить по стенке, противоположной поражению. При прощупывании определяется плотное болезненное линейное образование, расположенное по оси кишки, иногда с гребешковидной верхней частью и явно выраженный спазм сфинктера.

Дифференцировать анальную трещину следует с неполным внутренним анальным свищом. При свище не должно быть такого спазма сфинктера, инструментальное исследование возможно, из отверстия свища обычно выделяется гной. Трещину часто сопровождает упорный анальный зуд, воспаление соседних морганиевых крипт (сфинктерит) или слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки (проктосигмоидит). Дифференцировать трещину следует также с язвами прямой кишки (язвенный проктит, очень редко - сифилитическая гумма), с простой язвой прямой кишки, поражением ануса при СПИДе. В последнем случае подозрителен анамнез (сексуальная ориентация), отсутствие спазма сфинктера (часто, наоборот, его недостаточность), имеются нехарактерные для анальной трещины слизистые выделения.

Лечение трещины всегда начинают с консервативной терапии. Разжижение стула, свечи, мази, теплые сидячие ванны (с ромашкой), исключение спиртного и острой пищи, включение грубых продуктов, богатых клетчаткой, нередко приводят к ремиссии. Часто трещина становится хронической и начинает рецидивировать. Обострения чаще всего вызываются запорами, реже - поносами. Обычно трещина соседствует с геморроем, гораздо реже она возникает без него.

Лечение должно быть строго индивидуализированных, нет универсальных средств. Рекомендуются, в частности, свечи «Анузол» (содержат цинк), «Проктокорт» (гидрокортизон) (США), Проктофоам, жидкие препараты с глицерином (специальная емкость с наконечником и с баллончиком-резервуаром, содержащим препарат).

Перед стулом полезно ввести в прямую кишку 30-40 г жидкого масла (вазелинового, подсолнечного, облепихового), что способствует разжижению первых порций кала, а после дефекации показаны теплая ванна и свечи.

После достижения ремиссии рекомендуется в течение 1-2 мес. соблюдать диету, избегать спиртного, бороться с запорами, делать масляные микроклизмы.

При хронической трещине и безуспешности консервативного лечения, частых рецидивах показана **операция -** *иссечение трещины в пределах здоровых тканей в сочетании с дозированной боковой подкожной сфинктеротомией.*

**3. Парапроктит**

Источником парапроктита всегда является воспаление анальных желез, расположенных на дне морганиевых крипт. Первично воспаляется одна из наиболее глубоких морганиевых крипт, располагающихся а 2/3 случаев на задней стенке анального канала, поэтому сначала возникает криптогландулярный абсцесс, который самопроизвольно вскрывается наружу или в просвет прямой кишки. Инфицированию и воспалению заднепроходных желез способствуют: геморрой, анальная трещина, запоры, поносы, болезнь Крона. Поэтому простое вскрытие острого парапроктита без поиска и санации воспаленного участка анального канала обычно не приводит к стойкому выздоровлению. В абсцессе всегда есть внутреннее отверстие, которое можно обнаружить на зубчатой линии анального канал, оно достижимо пальцем, определяется в идее болезненной точки с выделением капель гноя или в виде болезненной припухлости, если абсцесс еще не вскрылся. Если же внутреннее отверстие расположено выше зубчатой линии, то речь идет не о банальном, неспецифическом воспалении, а о травме кишки или о свище при болезни Крона, при язвенном колите, свищевой форме кишечного туберкулеза. Если же внутреннего отверстия вообще нет, то нагноение параректальной клетчатки возникло в результате воспаления «снаружи» - фурункул, карбункул, флегмона, актиномикоз, венерическая лимфогранулома (болезнь Никола-Фавра) и т. п.

**Острый парапроктит.**

По локализации выделяют подкожный, подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный парапроктит. Внутреннее отверстие гнойника всегда одно, а наружных гнойников может быть два и более, причем они могут локализоваться по обе стороны от ануса (подковообразный парапроктит). «Дуга» такого абсцесса может проходить или сзади (чаще), или спереди. С одной стороны абсцесс может быть подкожным, с другой - ишиоректальным и т. п. Чаще всего (более 50%) он бывает подкожно-подслизистым, на границе кожи и слизистой.

Клиника острого парапроктита довольно типичная. Появляются резкие постоянные боли, постепенно нарастающие, усиливающиеся при ходьбе, сидении, кашле, иногда - при дефекации. Ухудшается общее состояние (интоксикация), появляются озноб, высокая температура тела. **Чем глубже абсцесс, тем больше страдает общее состояние. Местная симптоматика при глубоких абсцессах неяркая: почти нет гиперемии и флюктуации, только глубокая пальпация может выявить болезненность.** Поэтому при глубоких парапроктитах часты диагностические ошибки, диагностика бывает весьма затруднительной, если не возникло подозрения о парапроктите.

Местная клиника поверхностных гнойников более яркая: припухлость, болезненность, флюктуация, гиперемия.

Обнаружить на высоте воспаления внутреннее отверстие очень, непросто, при пальцевом исследовании определяется только болезненная («заинтересованная») стенка анального канала, чаще всего - задняя.

Для идентификации внутреннего отверстия абсцесса рекомендуют пунктировать абсцесс, эвакуировать часть гноя и ввести в него витальную краску с перекисью водорода, пятно красителя можно обнаружить на маленьком марлевом тупфере, введенном на зажиме в прямую кишку по стенке, противоположной абсцессу. Некоторые авторы рекомендуют абсцессографию - но исследование болезненное и часто ничего не дающее.

Поиск внутреннего отверстия гнойника целесообразен, независимо от того, будет или не будет оно санировано одновременно со вскрытием абсцесса. Нужно в любом случае знать его локализацию, чтобы впоследствии, если сформируется свищ, было легче выполнить радикальную операцию.

**Лечение.**

При подкожных и подкожно-подслизистых парапроктитах абсцесс вскрывают в просвет прямой кишки с одновременным иссечением его внутреннего отверстия. В положении на гинекологическом кресле абсцесс вскрывают небольшим разрезом, эвакуируют гной, обследуют его полость пальцем, определяют толщину тканей между этим пальцем и пальцем второй руки, введенной в прямую кишку. Помогает также зондирование абсцесса, при этом важно не сделать ложный ход. При обнаружении внутреннего отверстия абсцесса, рассекают по зонду переднюю стенку абсцесса в просвет прямой кишки, срезают ножницами узкие края раны, придавая ей правильную треугольную форму и не ушивая рану.

Если внутреннее отверстие локализуется выше **(транссфинктерный ход),** образовавшаяся более глубокая рана может частично ушиваться (для профилактики недержания) или не ушиваться - существуют разные подходы.

При подозрении на **экстрасфинктерное расположение** абсцесса, в экстренных ситуациях общему хирургу следует воздержаться от радикального рассечения тканей во избежание развития недержания кала, ограничившись простым вскрытием и дренированием абсцесса.

**Хронический парапроктит (свищи прямой кишки).**

При простом вскрытии параректального гнойника при остром парапроктите, без ликвидации его внутреннего отверстия в прямой кишке, у большинства больных остается незаживающий свищ, требующий хирургического лечения, или абсцесс рецидивирует. Определение внутреннего отверстия параректального свища, возникшего на почве острого парапроктита, необходимо, и у большинства больных это возможно с помощью пальцевого ректального исследования, зондирования свищевого хода, пробы с витальным красителем и фистулографии.

В последние годы для уточняющей диагностики хода свища применяют УЗИ, ЯМР.

Свищи разделяют на *интрасфинктерные* - подкожные, подкожно-подслизистые, *чрессфинктерные* (все они - наиболее простые) и сложное (высокие, *экстрасфинктерные)* свищи ишиоректальные, пельвиоректальные, ретроректальные, подковообразные.

Свищевые ходы могут быть короткими и длинными, прямыми и извитыми, чаще всего Т- или Г-образной формы. Внутренне отверстие у свища обычно одно, наружных может быть несколько.

Свищи бывают чаще полными (имеют наружное и внутреннее отверстия) и неполными (с одним отверстием).

При любой локализации дистальных разветвлений параректального свища основной гнойный ход, идущий в прямую кишку, располагается кнутри от наружного сфинктера на зубчатой линии и, вероятно, может быть рассечен в просвет кишки.

Лечение свищей представляет собой непростую задачу и должно проводиться в проктологическом отделении. Часть пациентов со свищами вообще могут не оперироваться, так как обострение хр. парапроктита не является фатальностью.

Оперативная тактика зависит от хода свища.

A) При *интрасфинктерных* свищах (подслизистых, подкожно-подслизистых) операция довольно простая. В наружное отверстие свища вводят желобоватый зонд, проводят его в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие фистулы и по желобу зонда рассекают переднюю стенку свища в просвет прямой кишки (операция Габриеля). Это возможно при прямом и коротком ходе свища. Второй вариант подобной операции —иссечение свища на зонде «как на вертеле». Свищ прокрашивают, вводят в него по возможности зонд через оба отверстия, затем не рассекают ткани, а
иссекают свищ целиком, ориентируясь на зонд, держась как можно ближе к зонду, стремясь удалить все прокрашенные ткани.

Б) При *чрессфинктерных* свищах операция выполняется аналогично, но после иссечения свищевого хода, во избежание недостаточности анального жома, ушивается дно перианальной раны. Реже применяется лигатурный метод лечения.

B) При *экстрасфинктерных* свищах обязательно выполняют фистулографию для изучения детального хода свища. Здесь чаще применяется лигатурный метод (особенно в США и во Франции).
Применяется также иссечение свища со стороны наружного отверстия до прямой кишки, ушивание его культи в ране промежности плюс дозированная трансанальная сфинктеротомия через внутреннее отверстие свища (А.Н.Рыжих). Второй вариант этой операции - культю свищевого хода ушивают и со стороны раны, и со стороны просвета прямой кишки лоскутом ее слизистой оболочки.

**4. Эпителиальный копчиковый ход и дермоидные кисты**

Эпителиальный копчиковый ход - это врожденная аномалия кожи, в основе которой лежит неполная редукция атавистической мышцы хвоста, причем в половине случаев копчиковый ход сочетается с еще одной врожденной аномалией - spina bifida, незаращением дужек нижних крестцовых и копчиковых позвонков. У мужчин встречается в 3 раза чаще, чем у женщин. Многие больные, обычно молодые люди, не подозревают о своей аномалии, хотя при тщательном расспросе могут вспомнить, что бывали гнойные выделения в области заднего прохода, влажность кожи между ягодицами, анальный зуд.

Клиника развертывается обычно после травмы - возникает абсцесс в области копчика, после вскрытия которого остается незаживающий свищ. При осмотре обнаруживается один или несколько свищей с одной или с обеих сторон от средней линии копчика, а по самой средней линии, в межягодичной складке - точечные отверстия, одно за другим, из которых часто торчат тонкие пучки волос. Самое нижнее отверстие хода обычно располагается вблизи ануса, в 1-2 см от него, и при неадекватном туалете после дефекации или при травме возникает упорно текущее рецидивирующее нагноение со свищами и кожно-подкожными инфильтратами. Часто эпителиальный ход встречается у людей с избыточным оволосением других участков тела, в частности, с густыми, сросшимися над переносицей бровями, что также можно отнести к атавистическим признакам.

При введение в один из свищей метиленового синего краска выходит из всех остальных ходов и вторичных свищей и не проходит в прямую кишку. Лечение - только оперативное. Перед операцией ткани прокрашивают витальной краской через один из свищей через шприц без иглы. Следует экономно иссечь свищи и ходы, особенно тщательно удалив участок с самым нижним ходом. После тщательного гемостаза рану ушивают наглухо вертикальными матрасными швами, либо подшивают кожные края раны к ее дну кетгутовыми швами, накладываемыми в шахматном порядке. Главная цель операции - удаление основного хода с расположенным над анусом последним точечным отверстием, а остальные гнойные свищи рассечь и выскоблить острой ложкой. В погоне за «радикализмом» можно получить глубокую и широкую рану с плотными краями и плотным дном, которую будет трудно закрыть местными тканями, может потребоваться кожная или кожно-мышечная пластика.

**Дермоидные кисты** встречаются в каудальной части тела гораздо чаще, чем в других местах. Эти врожденные опухоли могут достигать размеров до 10 см и более, иметь кистозное или солидное строение. В их разнообразном содержимом обнаруживают фрагменты костей и хрящей, рудиментарные волосы и т. д. Они могут долгое время протекать бессимптомно или проявляться болями в области заднего прохода и промежности, частыми нагноениями, после которых остаются упорно текущие свищи, не связанные с прямой кишкой. В редких случаях, при больших тератомах, может развиться непроходимость прямой кишки из-за сдавления ее извне.

Диагноз ставится на основании клиники, УЗИ, КТ, пункционной кистографии, фистулографии и биопсии.

Лечение - только хирургическое. Доступ определяется локализацией, размерами опухоли.

**5. Анальный зуд**

Анальный зуд как симптом может быть при ряде заболеваний прямой кишки: геморрое трещине глистной инвазии хроническом проктите проктосигмоидите поносах запорах грибковом поражении и др. Здесь имеется в виду первичный (идиопатический суигенный эссенциальный, истинный, криптогенный, нейрогенный) анальный зуд.

Только перечисление терминов говорит о недостатке наших знаний относительно этиологии и патогенеза этого заболевания.

Диагноз анального зуда прост: типичные жалобы следы расчесов и экскориаций на перианальной коже, отсутствие каких-либо объективных (перечисленных выше) причин, нормальная картина ректороманоскопии, данных сфинктерометрии, колоноскопии, отрицательном посеве на яйца глистов.

**Лечение.**

Прежде всего, надо постараться выяснить, с чем все-таки связан анальный зуд. Если он связан с дефекацией, необходимо тщательное многоплановое исследование функции анального держания с изучением анального рефлекса, баллонографией, сфинктерометрией, миографией. Если зуд связан с приемом спиртных напитков и острой пищи, запрещают спиртное, назначают щадящую диету, резко ограничивают курение. Исключается вредное влияние профессиональных факторов: работа в запыленных помещениях в прорезиненной рабочей одежде, контакты с вредными химическими веществами, работа в условиях высокой температуры и т. д. Нет ли постоянных контактов с домашними животными (редкие формы глистных инвазий, непереносимость запахов шерсти и пр.). Необходимо выяснить наличие у больного и его близких родственников скрытой формы сахарного диабета, глистов, немотивированных поносов. У мужчин нужно исключить хронический простатит, у женщин - вагинальный зуд. При неустойчивом стуле необходим квалифицированный анализ кала на микрофлору, при выявлении дисбактериоза необходима его соответствующая коррекция. Все перечисленное во многих случаях приводит к успеху, однако, только при упорном и длительном лечении. Эти больные обычно психически неустойчивы, не верят врачу, теряют надежду на выздоровление, нуждаются в общеукрепляющей терапии, налаживании сна, иногда - в лечении с помощью плацебо, в крайних случаях - в консультации психиатра.

В последнее время появились сообщения об упорном перианальном зуде как проявлении вируса герпеса, в том числе, у ВИЧ-инфицированных больных.

Итак, назначается щадящая диета, санация слизистой оболочки прямой кишки - 25-30 микроклизм с колларголом (100 г 0,3% р-ра на ночь), местно -мази с салициловой кислотой и димедролом. При выявлении дисбактериоза, а также ex juvantibus проводится курс лечения бификолом (по 10 сухих доз в течение 1 мес), затем в тех же дозах колибактерин и бифидумбактерин. Рекомендуется тщательнейшее соблюдение местной гигиены. Надо стараться прекратить расчесывание. После каждой дефекации необходим душ, не следует пользоваться туалетной бумагой, необходимо обмывать область заднего прохода и промокать влажной хлопковой тканью (не вытирать!). Не пользоваться для мытья промежности мылом, а только специальными шампунями (Бальнеол и др.). Местно рекомендуется длительная анестезия перианальной кожи - обкалывание ее 0,2% водным р-ром метиленового синего с добавлением 5 мл 0,5% р-ра новокаина в 100 мл дистиллированной воды. Эта манипуляция приводит к потере кожной чувствительности на 25-30 дней, в течение которых можно проводить интенсивную санацию перианальной кожи. Иногда помогают грязелечение, субаквальные ванны, орошение толстой кишки минеральными водами, акупунктура, электроакупунктура. В крайнем случае, при неэффективности перечисленных выше средств и методов, проводят операцию пересечения нервных окончаний в коже - двумя полукруглыми разрезами кожу вокруг ануса рассекают, не замыкая круговой разрез по передней и задней комиссурам (операция Болла). Эта операция считается операцией отчаяния, поскольку, если она не поможет, то других средств нет.

**6. Перианальные кондиломы**

В области ануса могут появляться плотные бородавчатые остроконечные коричневые узелки, которые, сливаясь друг с другом, закрывают задний проход. Появляются зуд, увлажнение кожи, мацерация, кровотечения из-за постоянного травмирования этих «бородавок».

Этиология остроконечных кондилом до конца не изучена, вероятно, в основе его - вирус, обитающий в толстой кишке. Эти больные считаются незаразными, хотя считается, что заболевание передается половым путем. Кондиломы диагностируют у 50% гомосексуалистов, они обнаруживаются не только на промежности, но и в самом анальном канале, на половом члене, во влагалище и окружающих тканях.

Кондиломы следует дифференцировать с сифилитическими кондиломами; они более крупные, *плоские,* белесоватые, более влажные и ворсинчатые, но во всех случаях необходимо исследование крови на реакция Вассермана и на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Очень редко встречается болезнь Бушке-Левенштейна гигантские кондиломы, занимающие всю промежность, осложняющиеся свищами, т. е. протекающие как злокачественная опухоль, хотя при гистологическом исследовании это доброкачественное образование.

Лечение начинают с санации визуально не определяемого возможного воспаления слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки, как при проктосигмоидите (см. ниже).

Назначаются щадящая диета, курс протарголовых клизм, затем под местной анестезией кондиломы иссекают, лучше многоэтапно, оставляя обязательно между ранами достаточной ширины «кожные мостики» для предупреждения стеноза ануса. Удаление можно проводить электрокоагуляцией или с помощью лазера. Местно применяют подофилин, противовирусный препарат бонафтон.

Можно выделить два современных метода лечения остроконечных перианальных кондилом.

Первый - обработка пораженных участков кожи растворами Bichloracetic acid и 25% р-ром подофилина. Обработка проводится скрупулезно- и поэтапно - специальной тонкой палочкой обрабатывают каждое образование, в том числе, в анальном канале под контролем аноскопа, избегая попадания первого р-ра на здоровую кожу и руки врача (во избежание ожога). Сеансы повторяют через 1-2 нед.

Второй метод - применение аутоиммунной вакцины, которая предложена бала еще в 1944 г. и которая не применялась до 70-х годов XX века, когда Н. Abcarian сообщил о выздоровлении 92% больных. Аутовакцины готовят из 100-500 мг тканей кондилом и после специальной обработки, 0,1 мг этого раствора вводят в мышцу плеча 3 раза в неделю в течение 10-12 нед. До этого кондиломы по возможности иссекают.

Многие проктологи считают все-таки наиболее радикальным и эффективным методом лечения - только хирургический.

**7. Криптит, папиллит, сфинктерит**

При хроническом геморрое, хронической анальной трещине воспалительный процесс захватывает часто всю внутреннюю поверхность анального канала. Трудно точно решить - что первично, а что вторично, но у многих больных диагностируется криптит или папиллит без геморроя или трещины.

**Криптит** - это воспаление дистальных, углубленных частей («кармашков») заднепроходных морганиевых крипт, на дне которых залегают анальные железы, открывающиеся своими устьями в просвет прямой кишки. Наиболее глубокие и широкие крипты расположены на задней стенке анального канала - на 6 часах по условному циферблату в положении пациента на спине. Именно здесь чаще всего возникает воспаление, именно здесь чаще всего образуется анальная трещина или внутреннее отверстие парапроктита, о чем говорилось выше. Если воспалительный процесс остается локальным, то возникает криптит, при аноскопии можно видеть воспаленную (отечную и гиперемированную) глубокую крипту, из которой выделяются капли гноя. При зондировании изогнутый конец крючковатого зонда углубляется к дну крипты, как при неполном внутреннем свище прямой кишки.

Обычно воспаление захватывает и фиброзные разрастания (сосочки, папиллы) у дистальных концов морганиевых крипт, и возникает **папиллит.** Протекая чаще всего сочетано, эти процессы объединяются термином проктит **(сфинктерит,** анусит).

Жалобы при этом типичны: зуд, чувство жжения, увлажнение кожи, что объясняется утратой полноценной герметизации заднего прохода и вытеканием на перианальную кожу едкой слизи из прямой кишки. Важным симптомом при криптите являются боли. Они могут быть острыми и, в отличие от болей при анальной трещине, появляться не только во время или после дефекации.

При ректоскопии (аноскопии) можно увидеть воспаленные гиперемированные анальные крипты. При длительных и рецидивирующих воспалительных процессах крипты замещаются фиброзной тканью, что и является субстратом фиброзных анальных сосочков (папилл). Последние могут увеличиваться до 2-3 см, приобретать выраженную ножку и симулировать истинные полипы. Таким образом, папиллит - это воспаление гипертрофических анальных сосочков, ограничивающих дистальные углубления крипт Морганьи. В таких случаях папиллит трудно отличить от выпадающих полипов прямой кишки, но это необходимо, так как диагноз «полип» обычно пугает больных.

Лечение клинически манифестирующего криптита и папиллита состоит в назначении щадящей диеты с исключением спиртного, острой пищи, курения; применяют свечи с димедролом и салициловой кислотой, различные мази, присыпки. Очень важен правильный туалет после дефекации - обмывание прохладной водой, осторожное промокание, а не растирание, дезинфекционные прокладки на белье. При обнаружении дисбактериоза, проводится его лечение.

Иногда прибегают к рассечению пораженной крипты (криптотомия), которое выполняется как при анальной трещине, но без сфинктеротомии.

Чаще заболевание успешно лечится, но иногда встречаются больные с тяжелыми язвенными формами проктита и сигмоидита (проктосигмоидита). Если верхняя граница такого проктосигмоидита при колоноскопии перестает определяться, их следует рассматривать как неспецифический язвенный колит.

Лечение выраженных и мешающих акту дефекации гипертрофических анальных сосочков хирургическое - в амбулаторных условиях под местной анестезией эти образования иссекают, иногда вместе с воспаленной криптой (криптэктомия).

**8. Выпадение прямой кишки**

Под этим заболеванием подразумевают выпадение всех слоев стенки прямой кишки через анальное кольцо.

Этиология и механизм развития до конца не изучены. Несколько факторов способствуют выпадению прямой кишки: глубокое дугласово пространство, диастаз мышц-леваторов, удлиненный ректосигмовидный участок толстой кишки, слабая фиксация прямой кишки к крестцу, удлиненная брыжейка поперечной ободочной кишки. Способствующими факторами являются родовые травмы сфинктера заднего прохода и неудачные повторные операции по поводу сложных форм острого и хронического парапроктита.

Известны 2 основные теории патогенеза этого состояния.

A.Moschcowitz (1912) считал это заболевание формой *грыжи дугласова пространства:* при повышении внутрибрюшного давления передняя стенка прямой кишки инвагинируется в ее просвет и впоследствии, при продолжении действия этого фактора, стенка кишки и окружающие ее ткани таза пролабируют через мышцы-подниматели заднего прохода.

Вторая теория (B.Broden, B.Snellman, 1968) трактует выпадение прямой кишки как первичную ее *инвагинацию.*

Полное выпадение прямой кишки есть сочетание атонии тазового дна с зияющим анусом, но причины и значимость обоих этих факторов до сих пор до конца не выяснены.

Клиника болезни складывается из упорных запоров, часто начинающихся в детском возрасте и других затруднений при дефекации, выделений кала на белье (каломазание), тянущих болей в тазу и наличия самого выпадающего участка кишки разной длины. Выпячивание из заднего прохода появляется сначала при дефекации, а потом - при кашле и ходьбе. Все это сочетается с разной степенью анальной недостаточности. Постепенно кишка перестает вправляться ни самостоятельно, ни рукой, появляется постоянное ощущение влажности, выделяется слизь, кровь, появляется анальный зуд.

Различают **4 вида** (степени, стадии, формы) **выпадения** прямой кишки:

1. частичное, т. е. выпадение только слизистой оболочки;
2. полное с выворачиванием наружу кожно-слизистой границы (зубчатой линии) заднепроходного канала;
3. полное без выворачивания этой линии;
4. скрытое (внутреннее) выпадение - инвагинация прямой кишки в задний проход.

**В.Д. Федоров и соавт.** выделяют **3 стадии выпадения кишки:**

I стадия - выпадение прямой кишки только при дефекации;

II стадия - при физической нагрузке;

III стадия - при ходьбе и перемещении тела в вертикальное положение.

Они же выделяют **3 степени** имеющейся **слабости запирательного аппарата:**

I степень - недержание газов;

II степень - недержание газов и жидкого кала;

III степень - недержание твердого кала.

Колоноскопия выявляет отек и подвижность стенок кишки выше уровня 6-8 см от ануса. При ирригоскопии и кинорадиографии можно выявить инвагинацию сигмы в прямую кишку.

Дифференциальная диагностика проводится главным образом с выпадением внутренних геморроидальных узлов. Отличия заключаются в том, что при выпадении кишки длина выпадающего столбика может быть до 15 см и более, в то время как при геморрое выпадающий участок не может быть длиннее 2-3 см; при выпадении кишки видна вся структура ее внутренней стенки (поперечные складки), а при геморрое «букет» выпадающих узлов разделен на доли, зубчатая линия никогда не выворачивается наружу.

Кроме того, надо исключать выпадение опухолей, больших полипов из прямой кишки. Во всех случаях необходимы пальцевое исследование и колоноскопия для исключения выпадающих полипов.

Лечение начальных форм выпадения прямой кишки может быть консервативным, но опыт показывает, что все меры, в том числе, параректальные инъекции склерозирующих препаратов, стимуляция мышц сфинктеров и тазового дна, физиотерапия и др., успеха не гарантируют. Нужно оперировать, и чем раньше, тем лучше!

Исключение составляют дети, у которых торопиться с операцией не следует. Детям назначается диета с большим количеством клетчатки (отруби), необходимо терпеливое обучение ребенка иметь стул в одно и то же время, правильный водный туалет после дефекации. При внезапном первом эпизоде выпадения кишки у ребенка рекомендуется осторожно попытаться вправить ее, не прикладывая особых усилий во избежание травмы слизистой.

Плановое хирургическое лечение возможно только после нормализации стула и лечения выявленных заболеваний ЖКТ. В нашей стране наиболее распространенной операцией является **ректопексия по Кюммелю-Зеренину** (фиксация мобилизованной прямой кишки за заднюю ее стенку к крестцу с захватом надкостницы).

В литературе можно найти от 30 до 50 операций при выпадении прямой кишки, которые считаются их авторами самыми адекватными. Назовем некоторые:

а) сужение анального кольца по Тиршу;

б) рукавное иссечение выпадающей слизистой оболочки по Делорму;

в) промежностное иссечение выпадающей части прямой кишки по
Микуличу;

г) 26 разных операций, предложенных Москович;

д) ректосигмоидэктомия по Майлсу;

е) подшивание передней стенки прямой кишки к крестцу по типу ремня (операция Рипштейна) - широко выполняется в США.

**Литература**

1) В.Л. Ривкин, С.Н. Файн, А.С. Бронштейн. В.К. Ан. Руководство по колопроктологии. Изд. 2-е, дополненное. - М.: ИД Медпрактика - М. - 2004, 488 с.

1. В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. Проктология. - М.: Медицина, 1984, 384 с.
2. В.К. Ан, В.Л. Ривкин. Неотложная проктология. М., Медпрактика, 2002.
3. В.Л. Ривкин, Ю.В. Дульцев, Л.Л. Капуллер, Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М., Медицина, 1994, 240 с.
4. В.Л. Ривкин, Бронштейн А.С., С.Н. Файн Руководство по колопроктологии. М., 2001, 300 с.