

В.Л. Ривкин

Не только геморрой Точка зрения проктолога



СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА — ДЛЯ ВАС

Современная медицина – для вас

Владимир Ривкин

**Не только геморрой.
Точка зрения проктолога**

«Широков Евгений Алексеевич»

2010

Ривкин В. Л.

Не только геморрой. Точка зрения проктолога /
В. Л. Ривкин — «Широков Евгений Алексеевич»,
2010 — (Современная медицина – для вас)

ISBN 978-5-904750-01-5

Один из наиболее авторитетных специалистов в области проктологии – науки о болезнях прямой кишки – профессор В. Л. Ривкин знакомит читателей со своими взглядами на проблему геморроя и других заболеваний, которые протекают с подобными симптомами. Книга содержит современные представления о причинах и механизмах заболеваний толстого кишечника, их распространённости. Автор, на основании собственных многолетних наблюдений, настойчиво предлагает читателям наиболее эффективные методы диагностики и лечения самых распространённых болезней прямой кишки.

Особое внимание автор уделяет ранним симптомам заболеваний и современным методам диагностики. Сведения, содержащиеся в книге, помогут многим правильно оценить состояние своего здоровья, обратить внимание на важные признаки неблагополучия. Ведь проблема, о которой идет речь, считается столь «деликатной», что лишь небольшая часть огромного числа людей, страдающих от заболеваний прямой кишки, обращается к врачу. Книга, как и все издания серии «Современная медицина – для Вас», адресована широкому кругу читателей. Она будет интересна не только больным, страдающим от болезней кишечника, но и вполне здоровым людям, внимательно относящимся к своему здоровью. Книга поможет также врачам различных специальностей углубить свои знания в смежных областях медицины и будет полезна родителям, которые нередко сталкиваются с различными нарушениями работы желудочно-кишечного тракта у своих детей.

ББК 54.133

ISBN 978-5-904750-01-5

© Ривкин В. Л., 2010

© Широков Евгений
Алексеевич, 2010

Содержание

Введение	6
Глава 1	8
Глава 2	12
Глава 3	18
Наружный осмотр	19
Пальцевое ректальное исследование	20
Аноскопия	22
Колоноскопия	23
Ирригоскопия	29
Глава 4	31
Конец ознакомительного фрагмента.	33

Владимир Ривкин

Не только геморрой.

Точка зрения проктолога

Введение

– И зачем тебе этот геморрой?

Так обычно соболезнуют приятелю, ввязавшемуся в длительную, неприятную авантюру, которой не видно конца. В быту это слово стало символом неудачных дел, а в медицине им обозначают широко распространенное, хотя и доброкачественное, заболевание, плохо поддающееся лечению, длительно протекающее и нередко обостряющееся.

Действительно, геморрой – пожалуй, самое частое заболевание человека, резко ухудшающее качество жизни. От большинства других болезней геморрой отличается, по крайней мере, двумя важными обстоятельствами. Первое – любая или почти любая болезнь человека имеет причину. Это, как правило, – инфекция (микроб или вирус), травма, вредные привычки (например, курение). Таких вредных воздействий при определенных условиях можно избежать (мыть чаще руки, ходить через улицу через подземные переходы, не курить и т. д.). Теоретически геморроя избежать нельзя. Его анатомическая основа закладывается у всех людей в процессе нормального развития зародыша. Можно либо отсрочить появление геморроя, либо ослабить его проявления с помощью некоторых мер, которые будут подробно изложены в этой книге. Второе обстоятельство заключается в том, что типичные проявления геморроя, такие как кровотечения из прямой кишки и боли во время стула, – почти те же, что и при опухолях толстой кишки. Это до сих пор – одна из главных причин поздней диагностики рака прямой кишки. Многие больные, зная о своем геморрое и справляясь с ним домашними и народными средствами, долго не обращаются к врачу. Но еще хуже, когда врач, установив диагноз геморроя и не сделав обязательного в таких случаях обследования всей толстой кишки – колоноскопию (от латинского *colon* – толстая кишка), начинает длительное лечение, даже оперирует больного, у которого, кроме геморроя, в более высоких отделах толстой кишки может находиться опухоль, продолжающая расти. В медицине это называется ятрогенией (от греческого *ιατρο* – врач), т. е. вредом, причиненным неправильными или запоздалыми действиями врача.

С древних времен предлагаются тысячи лекарств и сотни оперативных пособий для лечения геморроя. Почти каждый день в средствах массовой информации рекламируются всё новые и новые свечи, мази, травы, из которых, может быть, лишь 10–20 % действительно помогают. Но и они не могут полностью излечить геморрой. Мало того, почти невозможно раз и навсегда излечить его и оперативным путем. При самой радикальной операции в прямой кишке остаются те врожденные элементы (анатомический субстрат геморроя), которые полностью удалить невозможно и которые будут продолжать развиваться, особенно если продолжится действие отрицательных факторов, таких, например, как запоры.

Но не следует отчаиваться. При соблюдении относительно простых рекомендаций по ограничению вредных факторов, прежде всего при борьбе с запорами, геморрой не будет очень уж портить вам жизнь. Главное – чтобы это был только геморрой, а не более серьезная болезнь, пропущенная из-за сходства с ним и по причине позднего обращения к специалисту-проктологу. Ныне, когда во всех бывших столицах республик СССР и в любом крупном городе России ведутся специализированные приёмы проктологических больных и когда почти везде есть возможность обследовать всю толстую кишку, необходимо сделать

это, даже без геморроя, просто по достижении 50 лет. С этого возраста опасность возникновения полипов толстой кишки прогрессивно возрастает, а их своевременное выявление и удаление на данном этапе есть главнейший способ предотвращения или хотя бы возможно более ранней диагностики рака толстой кишки.

Глава 1

Историческая справка

Конечно, история изучения и лечения геморроя – вовсе не история всей медицины, но этой болезнью в силу ее огромной распространённости занимались медики всех времен и народов. Изначально медицина разделилась на лечение внутренних болезней, при которых врач назначает лекарств внутрь (терапия), и на исправление наружных уродств и повреждений (хирургия). При многих болезнях, в том числе при геморрое, бывает необходимо комплексное лечение – в начальных проявлениях лекарственное, а затем, например, при выпадении из кишки узлов («шишек»), необходима хирургия. Если мы правы в предположении, что анатомические причины для развития геморроя закладываются в процессе нормального развития, то, может быть, геморрой – это норма? Каждый человек неповторим и то, что является болезнью для одного, может быть нормой для другого. Например, в одних этнических группах населения (скажем, в Европе) нормой считается стул 1 раз в день, тогда как в других группах (некоторые племена Африки) нормальная дефекация – 2–3 раза в день или наоборот (некоторые народы Севера) – 1 раз в 2–3 дня. Это связано, в основном, с особенностями пищевых режимов.

Понятие «нормы» в медицине вообще очень расплывчато. Недаром в последние годы термин «здоровье» все чаще заменяют термином «качество жизни», имея в виду не только физическое состояние пациента, но и связь его с бытом, семьёй, работой.



Ещё относительно недавно продолжались споры: «общепрактикующий» врач или узкий специалист? С развитием знаний, а больше всего – по требованиям практики, врачи-

специалисты стали необходимы, и ныне большинство больных знает, к кому обратиться при нервном расстройстве, при болезнях кожи, глаз, уха-горла-носа, при нарушениях мочеиспускания и т. д. Появились специалисты по сложным инструментальным методам диагностики, таким как эндоскопия, компьютерная томография, ультразвуковые методы и др. При этом важнейшая роль осталась за врачом общей практики, врачом первого контакта. Именно от него зависит во многом судьба больного, именно он решает, можно ли лечить больного самостоятельно или нужно направить его к специалисту. В небольших районных и участковых больницах и поликлиниках, особенно в сельских, которых в нашей стране большинство, терапевт и хирург – главные лица. Автор этой книги по окончании медицинского института проработал несколько лет хирургом сельской районной больницы, и эти годы были, пожалуй, самыми главными, самыми ответственными и самыми интересными.

Вернемся к истории медицины. Выделение из терапии науки о болезнях пищеварительного тракта, гастроэнтерологии, повлекло и обособление проктологии (от греческого «проктос» – прямая кишка). Ныне эта отрасль медицины включает в себя изучение и лечение болезней не только прямой, но всей толстой кишки – колитов, опухолей и др. Поэтому более правильное название этой медицинской отрасли – колопроктология.

Сотни лет геморрой и другие болезни прямой кишки лечили хирурги, и только в XIX веке, в 1835 году, в Лондоне открылась первая в мире клиника, госпиталь Св. Марка, построенная специально для лечения свищей прямой кишки, о чём на фронтоне этого старинного здания имеется соответствующая надпись. Этот госпиталь и сейчас является ведущим научно-лечебным центром в области проктологии. Основание такой клиники стало благодарственным актом богатого «спонсора», вылеченного от свища прямой кишки. Этот госпиталь сразу же оказался востребованным многочисленными страдальцами, которые обрели, наконец, своего врача.

Дело в том, что в течение многих лет результаты хирургического лечения болезней прямой кишки, в том числе геморроя и свищей прямой кишки, были неудовлетворительными. После самых радикальных операций геморроя почти у половины больных возникали рецидивы (новые признаки болезни), а после операций по поводу свищей во многих случаях развивалась слабость запирающего аппарата прямой кишки с недержанием газов и кала, что подчас было хуже, чем сам геморрой.

В России в 1946 году профессор А. Н. Рыжих открыл в Москве первое проктологическое отделение. В этой клинике было разработано много новых методов лечения болезней прямой кишки, в том числе и геморроя.

Изучение нормальной работы и заболеваний отдельных органов (органопатология) не противоречит неоспоримой концепции целостности организма. Анатомия толстой (прямой и ободочной) кишки изучена, подробно описана, и особых изменений в этой науке в последние годы нет. В то же время продолжается интенсивное изучение физиологии толстой кишки, её функций. Это стало возможным с появлением новейших методов – прямого визуального осмотра с помощью гибких оптических приборов, безболезненно вводимых через задний проход (трансанальная видеоэндоскопия), ультразвукового исследования толстой кишки (сонография), исследования кишечного транзита с помощью меченых атомов (сцинтиграфия) и др. Перед этими методами отступают ранее широко применявшиеся, но небезопасные для пациента, рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия) и болезненная жёсткая ректороманоскопия.

Давно оставлены в прошлом мнения некоторых учёных, утверждавших, будто толстая кишка лишь накапливает и продвигает почти переваренную в тонком кишечнике пищу и не принимает участия в пищеварении. Это не так. Толстая кишка – важный пищеварительный орган, удаление которого, как в эксперименте, так и в клинике, приводит к тяжелым расстройствам питания.



В толстую кишку, в основном – в слепую кишку (удачно названную «бродильным котлом»), из тонкой кишки попадает кишечный сок (выделения пищеварительных желез), состоящий из ферментов (секрета) поджелудочной железы, играющих важную роль в пищеварении. Через клапан между тонкой и толстой кишками (баугиниева заслонка) жидкое содержимое тонкого кишечника (химус), состоящее из непереваренных остатков пищи, воды и тонкокишечного сока, порциями поступает в слепую кишку, с которой и начинается тол-

стый кишечник. Здесь и в других отделах толстой кишки вода всасывается и поступает в кровь и в ткани организма, а содержимое кишки, полужидкое или твёрдое, превращается в каловые массы. Внутренняя, слизистая, оболочка толстой кишки облегчает прохождение кала и оберегает стенки кишки от разрушительного воздействия пищеварительных ферментов. Непрерывную работу по перемещению содержимого обеспечивают мышечные сокращения, перистальтика, причём в толстой кишке каловые массы продвигаются сравнительно медленно, а форсирование перистальтики происходит, когда в желудок попадает новая порция пищи. Такое усиление перистальтики и проталкивание каловых масс в прямую кишку происходят 3–4 раза в день, во время или сразу по окончании еды (после сытного обеда в связи с этим в животе раздаётся глухое урчание). Очень важную роль в пищеварении играют бактерии толстой кишки, расщепляющие остатки белков на более простые вещества, которые направляются в печень, где преобразуются в менее токсичные соединения и затем выводятся с мочой. Кроме того, бактерии синтезируют некоторые витамины (группу В и К), с помощью которых (особенно витамина К) печень вырабатывает вещества, необходимые для нормального свёртывания крови.

Важнейшая функция толстой кишки – регулярная эвакуация фекалий в течение, в среднем, 1 раз в 24–28 часов. Большинство, до 70 %, людей испражняются 1 раз в день, и нормальные колебания этого ритма довольно широки: у 1 % населения дефекация осуществляется менее трех раз в неделю, а у 1 % – свыше 3 раз в день. Это варианты нормы, не нуждающиеся ни в какой коррекции. В норме путь содержимого по слепой и ободочной кишке и его превращение в каловые массы в прямой кишке занимает до 24 часов. Чем дольше длится этот транзит, тем больше воды всасывается из каловых масс, и тем твёрже они становятся, вызывая затруднения при дефекации (освобождении кишечника). Этот акт сложен и очень важен в процессе пищеварения. Освобождение кишечника от каловых масс возбуждается двигательной, перистальтической активностью сигмовидной кишки, в которой собирается максимальный объём газов и каловых масс. При поступлении их в прямую кишку и её растяжении возбуждаются нервные окончания (рецепторы) в её стенках и в окружающих мышцах заднепроходного сфинктера, что вызывает позыв на стул. Если условия для дефекации неблагоприятны, то рефлекторно, по «приказу» центральной нервной системы, наступает произвольное сокращение сфинктера, вследствие чего каловые массы возвращаются в ампулу прямой кишки. Если же дефекация может совершаться, то действуют два механизма. Во-первых, сокращаются мышцы брюшной стенки, и опускается тазовая диафрагма, что увеличивает внутрибрюшное давление. Во-вторых, тормозится активность мышц тазового дна и наружного сфинктера (мышечного жома), что «отпирает» этот «замок». По завершении акта дефекации происходит быстрое возбуждение активности наружного сфинктера и тазового дна, что именуется рефлексом замыкания. При дефекации и вне её из кишечника выделяются газы, которые, в основном, образуются при взаимодействии соков поджелудочной железы с кислыми продуктами кишечного содержимого, а также являются результатом действия на каловые массы кишечной микрофлоры.

Приведенные краткие сведения о сложнейшем механизме пищеварения, может быть, для читателя необязательны, но нам кажется, что человек, внимательно относящийся к своему здоровью, должен понимать, как работает его пищеварительный аппарат, чтобы иметь возможность сравнивать эту работу с нормой и вовремя обратить внимание на какие-либо нарушения. Ниже, при обсуждении проблемы запоров, будет приведена средняя суточная масса фекалий у жителей разных стран, традиционно придерживающихся разных пищевых режимов. Предварительно скажем, что нормальный ритм питания и оптимальный состав диеты играют важнейшую роль в профилактике болезней кишечника.

Глава 2

Многие болезни толстой кишки начинаются в детстве

Есть несколько обстоятельств, учитывая которые, мы сочли полезным кратко осветить основные аспекты патологии кишечника у детей. Изучение особенностей функционирования кишечника у детей открывает некоторые причины заболеваний кишечника у взрослых.

Кишечник в брюшной полости «подвешен» на связках, в которых проходят сосуды и нервы, – брызжейке.

Анатомия толстой кишки у детей имеет определенные особенности. У новорожденных часть толстой кишки, сигмовидная кишка, может располагаться не строго слева, как у взрослых, а в разных отделах живота. В первые годы жизни она лежит высоко, а после 5 лет опускается ближе к малому тазу. Прямая кишка у новорожденных – относительно более длинная, её изгибы выражены слабо, ампула формируется на протяжении первого года жизни, из-за чего грудные младенцы не удерживают кала. Прямая кишка у детей фиксирована слабо, вследствие чего создаются предпосылки для её выпадения при сильном кашле и натуживании.



Боли в животе и расстройства стула у ребенка первых месяцев жизни обычно связаны с нарушениями питания, с кормлением ребёнка продуктами, не предназначенными для этого природой. Имеется в виду, прежде всего, отказ от грудного вскармливания, от материнского молока – оптимальной пищи для новорожденного. При этом у ребенка появляются признаки диатеза (раздражения кожи, срыгивание, рвота после еды и другие признаки неблагополучия), которые, как правило, носят преходящий характер и при строгом соблюдении ритма и объёма грудного кормления самостоятельно исчезают. Если же эти явления, особенно рвота, после каждого кормления повторяются и усиливаются, то ребенку и его родителям необходима врачебная консультация. При этом, прежде всего, следует исключить нередкое у детей стойкое сужение перехода пищевода в желудок – пилоростеноз или пилороспазм (судорожное сокращение), что часто требует хирургической коррекции,

Болезни зубов у детей, неправильный врожденный прикус, на что многие родители, к сожалению, не обращают внимания, приводят к нарушению жевания, к проглатыванию больших плотных пищевых комков, что часто становится причиной «немотивированных» болей в животе и нарушений стула, чаще всего – запоров. В педиатрии известен феномен «длительного положения детей для дефекации», когда в дошкольных учреждениях детей высаживают на горшки в одно и то же время и поднимают также одновременно.



У детей с разным темпераментом и, стало быть, разным временем кишечного транзита, опорожнение кишечника происходит с разными интервалами. Одни дети натуживаются, чтобы опорожнить кишечник, другие искусственно задерживают стул, что ведёт либо к запорам, либо к выпадению прямой кишки. Второе и очень важное обстоятельство: нередкие врожденные пороки и особенности развития кишечника, особенно прямой кишки и заднего прохода, неадекватно исправленные или незамеченные в детстве, у взрослых приводят к сужению заднего прохода или, наоборот, к анальной недостаточности.

Анальная недостаточность – слабость запирающего мышечного жема, которая сопровождается недержанием кала.

Наиболее частая врожденная аномалия толстой кишки у детей – недоразвитие нервных механизмов толстой кишки. В результате в детском возрасте формируются рубцовое сужение в области перехода сигмовидной кишки в прямую и компенсаторное расширение вышележащего отдела кишечника (болезнь Гиршпрунга). Это, как правило, сопровождается упорными запорами и задержкой общего развития ребенка. У взрослых варианты болезни Гиршпрунга, такие как мегаколон – гигантская кишка (см. ниже), довольно часты и требуют специального лечения. Наконец, полипы (разрастания слизистой оболочки) и, особенно, множественный (диффузный) полипоз толстой кишки у детей, зачастую семейный и наследственный, – достаточно частая и очень серьезная патология, которая впоследствии оказывает влияние на работу кишечника взрослого человека.

Ещё одна часто встречающаяся детская патология – диарея. Понос у детей возникает от самых разных причин – некачественного питания, быстрого введения в рацион нового

продукта, пищевого отравления, острой кишечной инфекции, в том числе специфической (дизентерия). Очень важно сразу отличить острую, как правило, кратковременную, диарею, связанную с названными выше причинами, от длительных поносов. Такие поносы обычно обусловлены патологией толстой кишки и требуют немедленного проктологического обследования. До сих пор педиатры первого контакта при длительных кровавых поносах у детей (особенно при неблагоприятной эпидемиологической обстановке) сразу, без специального исследования кишечника (колоноскопии), направляют больных в инфекционную клинику. Там дети, как правило, заражаются дизентерией, и лишь при неудаче стандартного лечения специальными препаратами им делают, наконец, необходимое исследование и выявляют язвенный колит или полипоз толстой кишки.



Наконец, причиной длительной детской диареи может быть тяжелая наследственная болезнь – целиакия – заболевание, связанное с недостаточной выработкой глютен – фермента, расщепляющего белок пшеницы, ржи и других пищевых злаков. С началом кормления ребёнка злаками (манная каша, геркулес) у таких детей появляются поносы, вздутие живота, отставание в развитии. В этих случаях простой перевод детей на другие каши (гречневую, например) устраняет проблему. Почти всегда поносам у детей (впрочем, и у взрослых) сопутствует выраженный кишечный дисбактериоз.

Дисбактериоз – нарушение соотношения колоний бактерий в кишечнике, определяющего состояние нормальной микрофлоры.

Что касается запоров, то частота освобождения кишечника у ребёнка варьируется в больших пределах. У новорожденного стул обычно наступает после кормлений и колеблется от 4 раз в день в течение первой недели жизни до 2 раз в двухлетнем возрасте. Дети, находя-

щиеся на грудном вскармливании, имеют более частый стул, но к 16 неделям разница исчезает. Если у грудного ребёнка стул – один раз в сутки, каловые массы – плотные или если первая их порция выделяется с трудом в форме мелких экскрементов («овечий кал»), то это надо считать запором.

Проктологическое обследование ребёнка предусматривает, прежде всего, подробный направленный расспрос родителей с выявлением болезней толстой кишки в семье. Очень важно выявить у родных братьев и сестер, у других кровных родственников запоры, длительные поносы (язвенный колит!), рак и полипы толстой кишки. Эти болезни очень часто имеют наследственный характер и в таких случаях протекают тяжелее. При наружном осмотре ребёнка надо обратить внимание на необычную пигментацию красной каймы губ или ладоней (это может быть признаком тяжелого заболевания – синдрома Пейтса-Егерса, который отмечается при полипозе толстой кишки). Следует также обратить внимание на появление множественных безболезненных «шишек» на голове или на челюстях (еще один признак – синдром Гарднера, также характерный для полипоза толстой кишки). Необходимо проверить анальный рефлекс – сокращение мышц наружного анального жома (втягивание ануса) при штриховом раздражении кожи в области заднего прохода. Отсутствие этого рефлекса может указывать на врожденный порок развития прямой кишки. По возможности, у детей с проктологическими жалобами должна быть выполнена и колоноскопия. Только это исследование, как и у взрослых, позволяет увидеть и подтвердить при взятии на микроскопическое исследование участка кишечной стенки (биопсии) поражение любого участка толстой кишки. Специальные исследования, такие как анальная манометрия, сфинктерометрия, миография (измерение давления, тонуса анального кольца, электрической активности мышц) и другие, проводящиеся в научно-лечебных педиатрических клиниках, очень важны для квалифицированного лечения тяжелых заболеваний детского возраста, таких как болезнь Гиршпрунга и, особенно, сложных пороков развития толстой кишки.

Лечение хронических запоров у детей состоит в соблюдении режима дня (питание, сон, физическая активность) и контроле консистенции и плотности кала. Ещё до обращения к врачу родители часто применяют слабительные средства. В педиатрической практике для длительной и безопасной терапии запоров часто используют лактулозу (Дюфалак). Она не расщепляется и не всасывается в тонкой кишке, а в толстом кишечнике под воздействием бактериальной флоры распадается на жирные кислоты, что приводит к повышению осмотического давления, увеличению объема жидкости в просвете кишки и увеличению общего объема биомассы. С этой целью безопасен и прост для применения в детской практике цитрусовый пектин (корпорация Вита-Лайн). Все это стимулирует кишечную моторику и ускоряет продвижение каловых масс.

При подготовке кишечника к исследованиям у детей старше 7 лет применяют (с хорошим эффектом) капли Гутталакс. При спастических запорах целесообразно применять лекарства, расслабляющие напряжение мышц кишечника, – спазмолитики (Бускопан). Отдельно рассматривается в лечении запоров у детей применение клизм. При длительных запорах с явлениями каловой интоксикации показано двойное применение клизм в течение 3–4 недель, тогда как при условно-рефлекторных запорах можно ограничиться минимальными объемами клизм в течение 5–10 дней.

При воспалительных поражениях нижних отделов толстой кишки показаны, как и у взрослых больных, масляные микроклизмы и прием внутрь, через рот, вазелинового масла. В общем, поносы у ребенка почти всегда имеют определенную причину и, соответственно, требуют более четких методов лечения. Запоры же у детей (равно как и у взрослых) представляют во многом еще не изученную проблему, и только с развитием более тонких методов исследования можно будет уточнять их механизмы развития и определять направления целенаправленного лечения.

Основная детская проктологическая патология, о чем сказано выше, – пороки и особенности развития прямой кишки. Различают атрезии – врождённые сужения, врождённые свищи при нормально функционирующем анусе, эктопии заднепроходного отверстия – нетипичное размещение и расщелины промежности. Аноректальные пороки развития у детей – особая глава детской колопроктологии. Лечение этой очень тягостной для детей и их родителей патологии требует сугубо индивидуального подхода. Соответствующие методики, как консервативные (бужирование свищей и узких отверстий, то есть расширение их с помощью специальных инструментов), так, в особенности, оперативные (сложная, иногда этапная пластика), квалифицированно применяются только в специальных проктологических детских клиниках. Детей с аноректальными пороками следует направлять в такие клиники после оказания необходимой неотложной помощи, например, раскрытия зарощённого заднего прохода для отведения испражнений. До сих пор анальная недостаточность после хирургической коррекции врождённых пороков развития прямой кишки у детей составляет больше 50 %, причем почти в 78 % этих случаев недержание кала той или иной степени связано именно с неадекватной хирургией.

Редкая, но очень серьёзная врождённая и наследственная патология детского возраста – полипы и полипоз пищеварительного тракта, в основном толстой кишки. Если у взрослых, особенно у пожилых и старых людей, одиночные или групповые (дискретные) полипы толстой кишки встречаются очень часто (к 70 годам – почти у половины населения), растут медленно и представляют собой доброкачественные бессимптомные образования, то у детей полипы и особенно множественный толстокишечный полипоз – тяжёлое и, как правило, наследственное поражение, проявляющееся в раннем детстве кровавыми поносами, отставанием в общем и физическом развитии. При поздней диагностике такие полипы покрывают всю толстую кишку и часто, почти обязательно, подвергаются злокачественному перерождению. При появлении у ребёнка любого возраста неясных и не связанных с дефекацией болей в животе, поносов с примесью крови необходима безотлагательная колоноскопия. С её помощью часто обнаруживают в разных, в том числе в правых, отделах ободочной кишки, недоступных для ректоскопии, одиночные или множественные полипы характерной формы – подвижные, на длинных, до 2–3 см, ножках образования, кровоточащие при любом прикосновении. Для таких полипов существует специальное обозначение – ювенальные (юношеские), они иногда самопроизвольно отрываются и выходят с калом, что сопровождается небольшими кишечными кровотечениями. При низком расположении ювенальных полипов их удаляют через ректоскоп, а раньше даже отрывали пальцем при ректальном исследовании (эта практика ныне не применяется). Ювенальные полипы считаются доброкачественными, но при тщательных гистологических исследованиях в них часто обнаруживают участки с изменёнными (атипическими) клетками, и, таким образом, эти полипы нельзя считать достоверно доброкачественными. Наследственный множественный (диффузный) полипоз толстой кишки – намного более опасное заболевание. При первой же колоноскопии в таких случаях обнаруживают огромное, до нескольких сотен, число полипов разной формы и величины во всех отделах толстой кишки. Такие больные в любом возрасте при первой же диагностике полипоза, особенно при выявлении наследственного характера болезни (полипы или рак толстой кишки у родителей или у кровных родственников), подлежат неотложной радикальной операции – удалению всей поражённой кишки. Никакие консервативные меры, в том числе широко рекламируемый Сулиндак, клизмы с чистотелом и тому подобные средства, не должны применяться. Они только задерживают операцию, что отягощает результаты лечения.

Глава 3

Как проходит обследование?

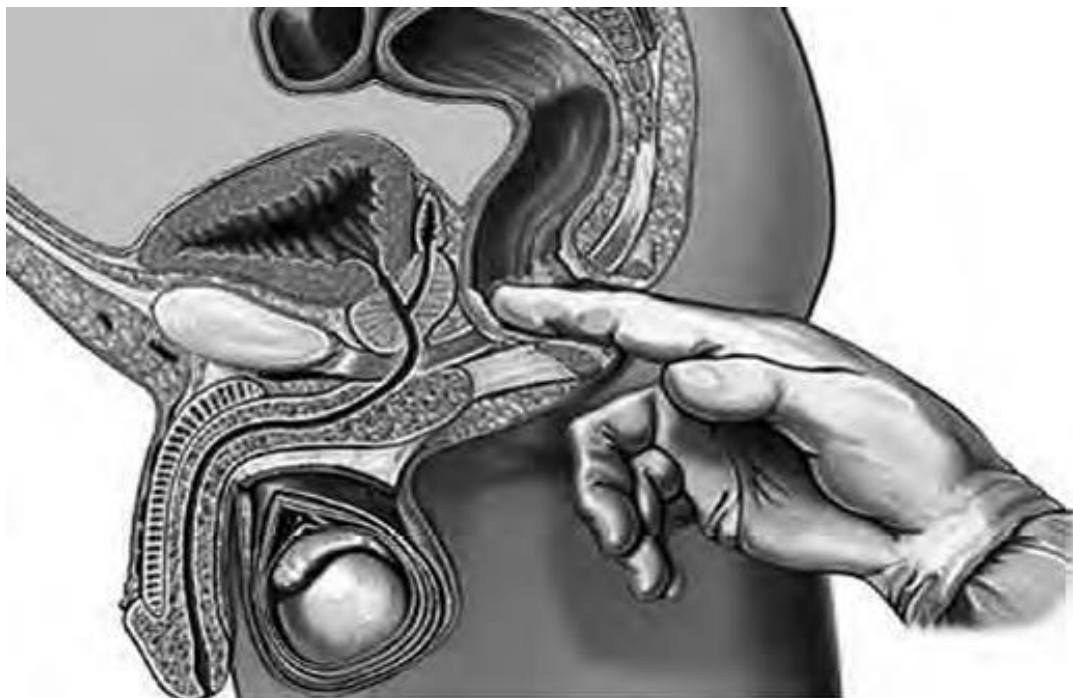
Специалист-колопроктолог не является врачом первого контакта. На его приём обычно приходят больные, направленные терапевтами, гастроэнтерологами или общими хирургами, т. е. уже элементарно обследованные или даже с готовым диагнозом. Тем не менее, для правильного диагноза очень важен **анализ жалоб и направленный опрос**. Естественное чувство стыдливости, особенно при профилактических осмотрах практически здоровых людей, часто мешает больному рассказать о каком-то, с его точки зрения незначительном и даже нормальном, дискомфорте. Например, о повторяющихся расстройствах стула (поносы-запоры по неизвестной причине), о необходимости постоянных сильных натуживаний при дефекации, о болях в заднем проходе, о чувстве неполного опорожнения, о периодических выделениях крови или слизи, о недержании газов. Бывает и недержание жидких выделений в стрессовых ситуациях, встречаются и другие симптомы, с которыми «неудобно» обращаться к врачу. Эти малые признаки важны для своевременной диагностики, они выясняются при спокойном, доверительном, целенаправленном опросе. Нужно выяснить не только всё о состоянии пациента, но и выявить болезни кровных родственников, особенно опухоли толстой кишки, которые, как известно, имеют явную наследственную тенденцию.

Наружный осмотр

Удобно проводить осмотр на кушетке, но лучше – на гинекологическом кресле. Не следует без необходимости сразу ставить больного (особенно, больную) в дискомфортное коленно-плечевое положение. Осматривают кожные покровы, пальпируют живот (край печени) и паховые области (увеличение лимфатических узлов). При осмотре анально-копчиковой области определяют форму заднего прохода (плоский, втянутый, зияющий), проверяют наличие и интенсивность анального рефлекса (втяжение ануса при легком штриховом раздражении кожи вблизи заднего прохода). Оценивают состояние кожи вокруг ануса – сухая, влажная, расчёсы, шелушение кожи, гиперемия, уплотнения, припухлости, свищи. Осторожно разводят ягодицы и осматривают доступные стенки анального канала, часто обнаруживая без всяких инструментов анальные полипы, трещины, геморроидальные узлы. В положении на боку осматривают область копчика и крестца (свищи, рубцы).

Пальцевое ректальное исследование

Это обязательное исследование сразу дает опытному врачу представление о состоянии запирающего аппарата прямой кишки, о наличии геморроидальных узлов, полипов и другой патологии прямой кишки. Хорошо смазанный вазелиновым маслом указательный палец вводят по задней стенке кишки, сначала на глубину не более 5 см, определяя охват пальца пациентом в спокойном состоянии (тонус сфинктера) и при волевом сокращении (сила анального жома).



Введение пальца неприятно, но должно быть безболезненно. В противном случае, например, при остром геморрое, анальной трещине, обнаруживается резкий спазм сфинктера, и исследование надо прекратить. Ни в коем случае не следует уговаривать больного потерпеть, это ничего не даёт, кроме потери доверия к врачу. Пальцем ощупывают по окружности стенки анального канала, определяя круговой ряд плотноватых зубчиков. Это – заслонки («кармашки»), нижние границы углублений, так называемых «морганиевых крипт» анального канала, в которых могут застаиваться частички кала, вызывая воспаление. Иногда на стенках анального канала пальцем определяют рубцы, болезненные участки. Продвигая палец выше, на высоте до 11–12 см можно определить плотные полипы и опухоли. Если больной не был подготовлен к осмотру клизмами и явился в первой половине дня после нормального утреннего стула, то ампула прямой кишки должна быть пуста. Наличие кала – свидетельство какой-то патологии. Ощупывая копчик, определяют его патологическую подвижность (баллотирование верхушки) или обнаруживают костную мозоль крестцово-копчикового сочленения, которая иногда остаётся после старых переломов. У женщин следует проводить двупальцевое (или двуручное) прямокишечно-влагалищное исследование для определения состояния ректовагинальной перегородки, в которой может быть обнаружена безболезненная эластическая опухоль, киста. При квалифицированном ректальном пальцевом исследовании можно и должно определить любую опухоль прямой кишки до уровня 12–15 см от заднего прохода, для чего предлагается специальный приём, когда боль-

ной слегка натуживается и в положении на корточках как бы насаживается на палец врача. Именно пальцем определяется плотность опухоли (или хотя бы её нижнего полюса), её подвижность, наличие ножки, кровоточивость при прикосновении. Пальцевое исследование было и остается важнейшим диагностическим приёмом. По извлечении пальца следует убедиться в отсутствии патологических выделений (кровь, гной, слизь). Хирург должен проводить это исследование обязательно. Терапевты и гастроэнтерологи чаще всего им пренебрегают, но в любом случае при проктологических жалобах направляют больного к хирургу или к проктологу

Аноскопия

Ранее широко применявшаяся диагностическая процедура, проводившаяся, как правило, без обезболивания, ныне должна быть оставлена; она болезненна и неинформативна. Обычное ректальное зеркало (металлическая изогнутая пластинка) не дает возможности увидеть детально патологию прямой кишки. Аноскопы со световодами используют, при наличии специальных условий, для оперативных манипуляций, о которых будет сказано ниже.

Жёсткая *ректороманоскопия* до сих пор является основной диагностической процедурой в практике многих проктологов. Введение в кишку металлического тубуса ректороманоскопа проводится также без обезболивания и всегда доставляет больным большие неудобства. Многие пациенты из-за этого отказываются от обследования. Мы намеренно не описываем давно известную технику этой манипуляции и считаем, что хирург не должен её делать вообще. Колопроктологов мы призываем перейти от этой процедуры к гибкой фиброволоконной колоноскопии, как это делается во всех цивилизованных странах и быстро внедряется в специализированных эндоскопических кабинетах и в клиниках России. Главным недостатком жёсткой ректороманоскопии остаётся её информативная неполноценность. Эта процедура оставляет необследованной почти всю ободочную кишку, в которой всё чаще обнаруживаются «немые» полипы и ранние, малосимптомные, стадии раковых опухолей.

Колоноскопия

Колоноскопия по эффективности превышает любые другие способы исследования всех отделов толстой кишки.

Вопрос о том, кто должен выполнять колоноскопию, сам проктолог или врач-эндоскопист, в нашей стране решен в пользу второго варианта. Специально подготовленный врач-эндоскопист выполняет и другие сложные диагностические и лечебные манипуляции – гастроскопию, бронхоскопию и пр. Широкое развитие в нашей стране сети эндоскопических кабинетов и возможность подготовки кишечника к исследованию без изнурительных клизм, а только приемом специально созданного для очищения кишки препарата Фортране, делают колоноскопию менее дискомфортной и, конечно, намного более информативной по сравнению с ректоскопией.



У всех проктологических больных осмотр всей толстой кишки колоноскопом обязателен.

Вообще, как неоднократно декларировано, колоноскопия показана всем людям, достигшим 50 лет, и это на данном этапе развития онкологии является единственным путём раннего выявления полипов и рака толстой кишки. Но этот вариант – идеальный, почти практически не применимый в России, с её огромной территорией и населением. В перспективе колоноскопия должна быть включена в объем всех профилактических

исследований. Больному с жалобами на кишечный дискомфорт это исследование совершенно необходимо.

В настоящее время широко дискутируются, по крайней мере, две представляющие интерес проблемы.

Первая – частое сочетание болезней пищеварительного тракта с другой патологией. Вторая – бессимптомное течение опухолей толстой кишки. Первая проблема вытекает из того, что у многих больных, особенно пожилого и старческого возраста, в клинической картине на первый план обычно выступают сердечно-сосудистые расстройства, нарушения движений из-за патологии костей (в основном, позвоночника) и сахарный диабет. На этом фоне к расстройствам стула как-то приспосабливаются, считая это неприятным, но терпимым злом. На самом деле, именно у пожилых людей с выраженными серьёзными заболеваниями других органов и систем, а также с клиническими признаками геморроя, очень часто в толстой кишке формируются полипы, которые долго никак себя не проявляют и обнаруживаются только при профилактической колоноскопии. Это – вторая важная проблема. Необходимо признать, что длительное, «немое», бессимптомное существование и развитие опухолей толстой кишки, в основном аденоматозных полипов, является предраковым состоянием. В абсолютном большинстве случаев рак толстой (прямой и ободочной) кишки растет из доброкачественных аденом (образований, связанных с железами кишечной стенки). Особенно часто злокачественное преобразование наступает при множественном полипозе. Основным профилактическим приёмом своевременной диагностики таких опухолей толстой кишки является, повторяем, только колоноскопия, на сегодня единственный действенный метод выявления бессимптомных полипов и ранних форм рака кишечника. Опыт показывает, что опухоли толстой кишки выявляются чаще у проктологических больных, составляющих группу риска. Что касается пациентов, находящихся под наблюдением терапевта, то доказательных специальных исследований по этой проблеме нет, ибо на профилактическую колоноскопию практически здоровые люди или больные без жалоб на дисфункцию кишечника соглашались редко. Онкологи настаивают на проведении этой процедуры всем, достигшим 50 лет. В этом и в старшем возрасте в толстой кишке достоверно чаще обнаруживаются изменения, которые при микроскопии показывают клетки, несущие реальную угрозу злокачественного роста. Только такая массовая профилактическая колоноскопия (а не дискомфортная и малоинформативная ректороманоскопия) может сдвинуть с мертвой точки печальное положение с поздней диагностикой рака толстой кишки, частота которого во всем мире растет, а запущенные формы этой болезни в нашей стране выявляются почти у половины больных. До массового обследования здоровых людей с помощью колоноскопии еще далеко, но плановое обследование кишечника в стационарах уже проводится во многих больницах.



Фантастическая возможность осмотреть весь кишечник изнутри должна быть обязательно использована врачами, как в лечебных, так и в профилактических целях.

В последние 2 года мы включили в плановое обследование больных терапевтического отделения эзофагогастродуоденоскопию (исследование пищевода, желудка и части тонкого кишечника) и колоноскопию. Получить согласие большинства больных на эти исследования оказалось совсем нетрудно: пациенты, как правило, хорошо информированы о росте во всем мире частоты опухолей пищеварительного тракта и об их длительном бессимптомном течении.

Комплексное профилактическое обследование, которое проводится в условиях кратковременного пребывания в стационаре, является чрезвычайно информативным. Такое обследование включает: анализы крови, обследование состояния сердечно-сосудистой системы, лёгких и желудочно-кишечного тракта. Отметим, прежде всего, что практически в 100 % случаев каждому нашему пациенту после обследования было выставлено минимум 2–3 клинических диагноза. Только один из большой группы обследованных пациентов оказался практически здоров. Как и следовало ожидать, первое место заняли больные с ведущей сердечно-сосудистой патологией (297 человек), на втором месте были пациенты с основными жалобами на дисфункцию желудка или кишечника (193) и третье место занимали онкологические пациенты (71 больной). На последующих местах находились больные с патологией

костно-мышечной системы (52), нервными болезнями (38), болезнями органов дыхания (29), сахарным диабетом (19) и с другими, более редкими, заболеваниями (20 больных).

Ориентируясь на основные жалобы при первичном осмотре и на поставленный после обследования ведущий диагноз, были сформированы 2 группы – больные с ведущей патологией пищеварительного тракта и остальные. Первая группа (193 чел) составила 22 %, что в общем, судя по литературе, соответствует статистическим данным. Из всех 737 госпитализированных больных у 427 (59,6 %) выполнена гастроскопия, а у 285 (29,8 %) – колоноскопия. У 171 больного оба исследования были выполнены за одну госпитализацию, чему способствовало специально разработанное обезболивание обеих процедур. Итак, две группы: первая с жалобами на работу желудочно-кишечного тракта, вторая – с другими заболеваниями, без жалоб на работу желудочно-кишечного тракта. Основные результаты эндоскопии у пациентов этих двух групп представлены в таблице:

Исследование	1-я группа	2-я группа
Гастроскопия:		
Варианты нормы	5,8%	36,8%
Воспаление	12,4%	50,0%
Опухоли	0,1%	0,1%
Другая патология	0,3%	0,2%
Колоноскопия:		
Варианты нормы	17,0%	30,9%
Воспаление	2,8%	0,9%
Опухоли	8,1%	20,4%
Другая патология	8,0%	13,8%

Полученные данные позволяют определить, по меньшей мере, две тенденции. Во-первых, варианты нормы при гастроскопии (осмотре желудка) в группе больных с жалобами на работу желудочно-кишечного тракта встретились почти в шесть раз реже, чем у других больных, что вполне понятно. С другой стороны, оказалось, что воспалительные поражения желудка обнаруживались чаще во второй группе, в основном у мужчин старших возрастных групп. Здесь, по-видимому, сказывается более выраженная основная патология, на фоне которой желудочная симптоматика субъективно не превалирует. И действительно, у больных этой подгруппы при направленном опросе очень часто выяснялись жалобы на изжогу, отрыжку, боли в области желудка после еды, но эти признаки при ведущей выраженности сердечно-сосудистой патологии отступали на задний план. Вторым важным фактом: в обеих группах очень редкими оказались опухоли желудка. Полипы желудка обнаружены только у 5 больных, а рак – у одного больного.

Данные колоноскопии свидетельствуют, прежде всего, о достоверно меньшей частоте в обеих группах выраженных воспалительных изменений слизистой оболочки толстой кишки по сравнению с воспалительными процессами в желудке и, наоборот, о резком увеличении частоты обнаружения в толстой кишке опухолей. Что касается вариантов нормы, то практически абсолютно нормальное строение слизистой оболочки желудка в группе с ведущими гастроэнтерологическими жалобами не встречалось, да и во второй группе было исключительно редким. С другой стороны, достаточно часто, в среднем у 12 %, пациентов первой группы и еще более часто – у половины больных второй группы – обнаруживались очаговые поверхностные изменения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки с признаками воспаления (гастрит, дуоденит), что при отсутствии характерных жалоб мы отнесли к вариантам нормы. Примерно в той же пропорции выявлены варианты нормы при колоноскопии. Отметим, что воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки стали встречаться значительно реже при очищении кишки не традиционными повторными

клизмами, а применением специального препарата для очищения кишечника (Фортранс) в виде раствора, через рот. В обеих группах разные формы и степени воспаления слизистой желудка достоверно почти в 10 раз превышали частоту воспалительных изменений в толстой кишке. Имеются в виду обычные, «банальные», воспалительные процессы типа гастрита или поверхностного (катарального) колита, исключая такие тяжёлые формы, как, например, желудочный синдром Мэллори-Вейса или неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки.

Наиболее важные находки при обследовании, конечно, касались онкологической патологии. Бессимптомные полипы желудка обнаружены только у 5 больных, а рак желудка только в одном случае, тогда как в толстой кишке бессимптомные полипы и раковые опухоли найдены достоверно чаще. «Опухоли опускаются вниз». Этот феномен, отмечаемый многими специалистами в последнее время, привлекает большое внимание и пока не получил удовлетворительного объяснения.

Итак, почти у 15 % терапевтических больных, в основном старших возрастных групп, при колоноскопии обнаружены клинически не проявлявшие себя опухоли, в том числе крупные злокачественные новообразования. Если рассуждать не о процентах, а о больных, то бессимптомные новообразования толстой кишки найдены у 82 пациентов обычного терапевтического стационара, в котором обследование желудка и кишечника включено в программу комплексного обследования. Приведем примеры:

Больной Е., 49 л. Жалобы на кашель, одышку при минимальной нагрузке, жжение за грудиной. При тщательном опросе выясняется, что 2 года назад лечился консервативно по поводу язвы желудка и в дальнейшем не наблюдался. При гастроскопии: в верхнем отделе желудка в зоне привратника обнаружены образование в виде полипа, изъязвлённое, с налётом фибрина, сужение просвета привратника до 1 см. Биопсия (микроскопическое исследование клеток): аденокарцинома. Обнаружены метастазы опухоли в поясничный отдел позвоночника. Больной связывал ухудшение состояния, в том числе резкое похудание за последние месяцы, с сердечными симптомами.

Больная С., 43 лет. Поступила в терапевтическое отделение для планового обследования с жалобами на головные боли, головокружения, сердцебиения, повышение кровяного давления. При гастроскопии: поверхностный гастрит, рефлюкс-эзофагит (воспаление нижних отделов пищевода). При колоноскопии: в ободочной кишке, в проекции печеночного угла – крупное, округлое, плоское, бугристое образование с изъязвлением в центре, диаметром до 2 см. Биопсия: аденокарцинома (злокачественная опухоль).

Больная Г., 70 л. Жалоб при поступлении не предъявляет, госпитализирована для проведения колоноскопии по совету лечащего врача. При исследовании: в слепой кишке, ближе к куполу – полип диаметром 0,3 см., в дистальном отделе сигмовидной кишки – второй полип диаметром 0,8 см, на короткой ножке. Биопсия обоих полипов – аденомы (доброкачественная опухоль).

Больная К., 80 лет Жалоб вообще нет, стул самостоятельный. Предварительное обследование обнаружило анемию (снижение гемоглобина в крови до 60 г/л при норме более 110). При колоноскопии обнаружена большая раковая опухоль нисходящей ободочной кишки, в проекции селезёночного угла, с метастазами в печень и в лёгкие.

Крупные аденокарциномы ободочной кишки очень долго не проявляются клиническими симптомами, поскольку в подвижной и широкой петле нисходящей и сигмовидной кишки много месяцев и даже лет не наступает опухолевая непроходимость.

Особенно характерен следующий пример:

Больной К., 46 лет, в течение 4 лет лечится консервативно по поводу кровоточащего геморроя, начавшегося острым тромбозом узлов. Кишечную эндоскопию не выполняли. При исследовании кишечника пальцем обнаружены большие внутренние кровоточащие и выпадающие геморроидальные узлы. При колоноскопии, в дистальном отделе сигмовидной кишки: крупное (2,5 на 3 см) бугристое образование на длинной толстой (0,5 см) ножке – злокачественная опухоль сигмовидной кишки.

Этот последний пример, к сожалению, типичен. Клиника хронического геморроидального синдрома почти аналогична раку дистальных отделов толстой кишки. Прибавляется только выпадение геморроидальных узлов. Элементарное пальцевое ректальное исследование сразу же определяет геморрой, и врач часто останавливается на этом, не выполняя обязательную колоноскопию. Предпринимается длительное, иногда оперативное, лечение геморроя, а выше расположенная опухоль продолжает расти. Это прискорбное обстоятельство, несмотря на все разъяснения онкологов и проктологов, продолжает быть одной из причин поздней диагностики рака толстой кишки.

Ирригоскопия

Контрастное рентгенологическое исследование толстой кишки (бариевая клизма) до широкого внедрения колоноскопии было основным методом изучения нормы и патологии толстой кишки.



Наполнение толстого кишечника контрастным веществом позволяет увидеть изменения разных отделов кишечника. Ныне это трудоёмкое и небезопасное для больных исследование выполняется намного реже и применяется по специальным показаниям, в основном при неудавшейся колоноскопии. Резкие воспалительные сужения (стриктуры) прямой или ободочной кишки – при болезни Крона, деформации кишки – при запущенных стадиях опухолей, свищевые формы пороков развития прямой кишки – у детей и другие, более редкие, патологические процессы в некоторых случаях не дают возможности выполнить полноценную тотальную колоноскопию, от анального канала до купола слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки. Не помогают даже более тонкие педиатрические модели кишечных эндоскопов. В этих случаях для уточнения диагноза применяют ирригоскопию. Кроме того, рентгенологическое исследование может оказаться полезным при определении границ поражения – например, при дивертикулезе толстой кишки (ответвлении кишечника), при язвенных колитах, при вариантных расположении и развитии у взрослых и у детей. Все эти показания к ирригоскопии в настоящее время составляют, по-видимому, не более 10 % всего объема необходимых исследований, тогда как колоноскопия должна быть выполнена всем проктологическим больным. В США в последние годы все шире внедряется новый массовый (скрининговый) метод исследования толстой кишки – виртуальная колонография, которая в нашей стране почти не применяется. Этот метод компьютерного моделирования

кишечника безопасен и безболезнен. Но *по информативности колоноскопия остается золотым стандартом.*

С развитием ультразвуковых методов исследования внутренних органов получает практическое применение *трансанальная сонография* толстого кишечника – ультразвуковое исследование толстой кишки ректальными датчиками. Метод позволяет обнаружить типичные изменения толстой кишки и тканей, прилежащих к ней. Эта совершенно безопасная и безболезненная методика исследования может в будущем применяться для профилактического обследования больших контингентов населения, хотя в настоящее время обычная колоноскопия более информативна.

Приведенный обзор специальных методов обследования проктологического больного еще раз свидетельствует о необходимости направлять всех таких больных к профессиональному проктологу. Однако практически почти во всех районных и участковых больницах, куда обращается абсолютное большинство населения, проктолога в штате нет, и его функции, в основном, выполняет хирург. Мнение о том, что любой хирург знает диагностику и лечение наиболее распространенных заболеваний прямой кишки, неверно. Мы видим множество ошибок в самых простых ситуациях, и эти ошибки связаны с недостаточным знанием общими хирургами современных взглядов на механизм развития даже таких, казалось бы, давно известных болезней, как геморрой, и на передовые методы их лечения. С другой стороны, любому опытному хирургу достаточно, на наш взгляд, двух-трех недель усовершенствования на одной из кафедр проктологии факультета усовершенствования врачей, чтобы ознакомиться с этими новшествами, которые, действительно, во многом меняют тактику отношения к проктологическим больным.

Глава 4

Итак, геморрой

Повторим некоторые основные положения. Геморрой – самое частое не только проктологическое заболевание, но вообще одна из самых частых неинфекционных болезней человека. Выше мы старались показать, что анатомический субстрат геморроя закладывается в процессе нормального развития человеческого эмбриона, так что теоретическая возможность развития этого заболевания есть у всех людей, а появление клинически выраженных симптомов напрямую связано с нашим образом жизни. Цивилизация с её рафинированной едой, вредными привычками, сидячей работой всё чаще приводит к расстройствам стула, а именно, к запорам, от которых один шаг до геморроя. Ниже мы расскажем о запорах подробнее, но уже здесь приведем основной постулат:

запоры надо лечить, также как любую другую болезнь.

Термин «геморрой» в переводе с латыни – кровотечение (Бето – кровь, гйое – течь, вытекать). Но развернутая картина болезни включает не только кровотечения из прямой кишки во время или после стула. Её дополняют боли при дефекации, выпадение и ущемление узлов («шишек»), увлажнение и упорный зуд кожи в области заднего прохода из-за нарушения герметичности запирающего аппарата прямой кишки и другие неприятные признаки, симптомы. Сочетание этих симптомов и, зачастую, безнадежность попыток полностью избавиться от них настолько отягощают больных, что у них меняется характер, они становятся раздражительными, угрюмыми. Изменяется даже внешний облик человека, страдающего от геморроя: углубляются носогубные складки, утолщается кожа лица, «тускнеет» взгляд, и эти изменения в старых классических учебниках и медицинских атласах имели специальное название – «лицо геморроидального больного».

Картина, казалось бы, типичная, но названные выше признаки геморроя характерны не только для него. Геморрой – очень частая маска других, более серьезных, болезней, в том числе опухолей прямой кишки. Установив диагноз геморроя, нельзя начинать его лечить без обследования всей толстой кишки, ибо нередко, особенно у людей старших возрастных групп, в верхних (проксимальных) отделах толстой кишки обнаруживаются и другие поражения, требующие подчас более неотложного и более интенсивного лечения.

Откуда же берутся геморроидальные узлы, из чего они состоят, у всех ли людей они имеются и можно ли эту болезнь избежать? Выше вкратце мы коснулись этих вопросов, но проблема не так ясна. Поначалу всё казалось просто: геморроидальные узлы – узловато расширенные (варикозные) вены прямой кишки по типу варикозной болезни вен нижних конечностей. Много лет к этому так и относились, но очень давно был известен и совершенно необъяснимый феномен... артериальных кровотечений из геморроидальных вен. Если это – вены, то почему из них течет алая артериальная кровь? То, что геморроидальная кровь именно такая, достоверно и неоднократно доказано исследованиями концентрации кислорода в крови из геморроидальных узлов: уровень кислорода в ней всегда составляет 92–96 %, что полностью соответствует составу артериальной крови. Для объяснения феномена выдвигалась теория сосудистых опухолей (гемангиом), говорили и писали о каких-то уродствах развития прямой кишки, но эти догадки были умозрительными. Было также ясно, что широко распространенный среди людей обоего пола и жителей всех регионов Земли геморрой не может быть уродством развития. Только в начале XX века (1937–1939 гг.) английским анатомам и хирургам удалось, наконец, всё объяснить. Анатомические исследования пока-

зали, что в процессе нормального развития человеческого зародыша, на стадии формирования его каудального (хвостового) конца, при разделении общей клоаки на мочеполовые органы и прямую кишку, на нижних участках этой кишки (в анальном канале) закладываются группы своеобразной сосудистой кавернозной ткани, названной так из-за наличия в этой ткани (и в самом деле – в венах!) полостей (каверн, пещер). Особенность формирующихся сосудов в том, что, в отличие от обычных вен, в них имеются прямые артерио-венозные соустья (анастомозы). Вот почему при травмах геморроидальных узлов во время дефекации из них может выделяться артериальная кровь. Эти группы сосудов (кавернозные тельца прямой кишки), как уже сказано выше, закладываются при развитии зародыша у всех людей. Это – нормальное строение прямой кишки, что и объясняет возможность возникновения геморроя у всех людей, ибо анатомический его субстрат присутствует у всех. Роль этих врожденных анатомических образований до сих пор полностью не ясна. По-видимому, прилив крови к этим структурам способствует более герметичному закрытию заднего прохода в покое, вне дефекации. Отметим, что кавернозные вены имеются и в других органах и тканях человека, например, из них состоит половой член. Здесь их роль более ясна – они способствуют эрекции. В большинстве случаев формируются три основных группы кавернозных сосудов прямой кишки – в зонах, соответствующих 3, 7 и 11 часам по условному циферблату (при положении тела на спине). Здесь, на левой боковой, правой передне-боковой и правой задне-боковой стенках нижней части прямой кишки, в анальном канале, и определяются эти три основные группы кавернозных вен – будущие геморроидальные узлы. При профилактических обследованиях практически здоровых людей во время квалифицированного пальцевого ректального исследования и кишечной эндоскопии в этих зонах нередко можно обнаружить мягкие, безболезненные, слегка подвижные образования слабого фиолетового цвета. Это – начальная стадия формирования внутренних геморроидальных узлов. На этой стадии никаких клинических проявлений геморроя еще нет, и лечения не требуется, но выделение такой бессимптомной стадии может быть полезно. Борьба с запорами у этих лиц, которых можно отнести к группам высокого риска (шофёры дальних перевозок, люди сидячего труда) может предупредить или хотя бы отсрочить проявления болезни.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.