

А.И.ПАРФЕНОВ, д.м.н., профессор, Центральный НИИ гастроэнтерологии, Москва

Воспалительные заболевания прямой кишки

Проктиты, парапроктиты, солитарная язва прямой кишки и воспалительные болезни заднепроходного канала и перианальной области являются воспалительными заболеваниями прямой кишки. Проктит — это воспаление слизистой оболочки прямой кишки. Воспалительный процесс может в той или иной мере распространяться и на дистальный отдел ободочной кишки (проктосигмоидит) или ограничиваться дистальной частью прямой кишки и задним проходом. При воспалении слизистой оболочки заднего прохода обычно поражаются морганиевы крипты (крипитит) и анальные сосочки (папиллит).

Ключевые слова: прямая кишка, проктит, парапроктит, свищи, солитарная язва

Воспаление прямой кишки является одним из проявлений заболеваний толстой кишки: язвенного колита, болезни Крона или дизентерии. Проктит может развиваться у больных, перенесших операции на прямой кишке, например по поводу геморроя, трещин заднего прохода, парапроктита и пр., а также возникать у больных с острой кишечной инфекцией, вызываемой кампилобактером, хламидиями, вирусами герпеса или цитомегаловирусом. Возбудители венерических болезней — гонореи и сифилиса также могут быть причиной проктита. Иногда воспаление слизистой оболочки прямой кишки вызывают прием антибиотиков, лучевая терапия и клизмы с раздражающими веществами.

По клиническому течению проктит подразделяют на острый и хронический.

Острый проктит начинается внезапно: на фоне запора появляется сильное жжение и ощущение тяжести в прямой кишке, тенезмы. Повышается температура тела, может быть озноб. Острый проктит встречается не часто, но для него характерно тяжелое течение, обусловленное выраженными субъективными местными ощущениями.

Хронический проктит, в отличие от острого, достаточно распространен. Заболевание развивается незаметно, общие симптомы практически отсутствуют. Местные симптомы выражены не ярко: больных может беспокоить зуд в анальной области, мокнутие, жжение, иногда эти симптомы наблюдаются одновременно. Постепенно происходит развитие

воспалительного процесса: жжение в прямой кишке усиливается при употреблении острой пищи, появляются поносы или запоры, слизистые или слизисто-гнойные выделения, иногда ведущим симптомом является зуд в области заднего прохода. Появляются боли в нижних отделах. При этом функция кишечника обычно не нарушается.

Язвенный проктит характеризуется наличием множественных эрозий или язв слизистой оболочки прямой кишки. Данное заболевание является одной из форм язвенного колита, но отличается от него особенностями клинического течения и методами лечения. При язвенном проктите процесс, захвативший часть или всю

прямую кишку, может не распространяться выше.

Характерны клинические проявления заболевания. На поверхности кала появляется кровь в виде капель, которая может быть яркой или темной, в виде незначительных сгустков. Позднее перед дефекацией

или при ложном позыве появляются кровянистые или кровянисто-слизистые выделения. Нарушения функции аноректальной области проявляются недержанием стула, ощущением жжения и зуда в заднем проходе.

Через несколько месяцев после проведения курса рентгенотерапии по поводу опухоли предстательной железы или женских половых органов может развиваться лучевой язвенный проктит. У больных появляются кровянистые выделения из прямой кишки, чувство тяжести, давления в кишке, частые ложные позывы.

Диагноз проктит устанавливают после проведения ректоскопии, гистологического исследования

■ При остром проктите следует провести дифференциальную диагностику с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, неопределенным (недифференцируемым) колитом, полипами заднепроходного канала и раком прямой кишки.

биоптатов слизистой оболочки прямой кишки и бактериологического исследования мазка из стенки прямой кишки.

Диагностика острого проктита несколько затруднена, что обусловлено спазмом сфинктера заднего прохода. Однако он (в отличие от спазма, возникающего при трещине заднего прохода) легко преодолевается введением в прямую кишку пальца, обильно смазанного вазелиновым маслом. Характерным при проктите симптомом является выраженная отечность, а иногда и инфильтрация слизистой оболочки; при извлечении пальца на перчатке нередко остается кровянистая слизь.

Во время ректороманоскопии слизистая оболочка гиперемирована, имеет ярко-красный или малиновый цвет, сосудистый рисунок значительно усилен. Наблюдается отек, даже инфильтрация слизистой оболочки прямой кишки, заднепроходных морганиевых крипт и пазух (рис. 1), иногда — множественные точечные геморрагии и поверхностные эрозии.

Проктит бывает распространенным, ограниченным, захватывающим только самый нижний отрезок прямой кишки на протяжении 5—7 см от заднего прохода, но иногда в процесс вовлечена вся прямая кишка. Чаще всего одновременно поражается также перианальная кожа.

Гипертрофия кожных складок, изменение окраски кожи, мокнутие и другие экзематозные явления вокруг заднего прохода наблюдаются при хроническом проктите. При пальцевом исследовании прямой кишки в заднепроходном канале, как правило, обнаруживают небольшие полиповидные образования — гипертрофированные анальные столбы (морганиевы колонки), образующиеся в результате хронического воспалительного процесса, которые нередко ошибочно считают полипами заднепроходного канала.

При ректороманоскопии выявляют незначительные изменения слизистой оболочки: инъекция сосудов или, наоборот, сглаженность сосудистого рисунка, отдельные точечные кровоизлияния, слизистые налеты. Воспалительный процесс может захватывать не только слизистую оболочку прямой кишки, но и распространяться на сигмовидную ободочную кишку. В этом случае ставят диагноз проктосигмоидит.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечебная тактика зависит от этиологии проктита. Для лечения инфекционных (специфических) проктитов, вызываемых возбудителями кишечных инфекций, применяют антибактериальные препараты. Для лечения неспецифического язвенного проктита и болезни Крона прямой кишки используют клизмы с 5-аминосалициловой кислотой и глюкокортикостероидами. Этиотропная и патогенетическая терапия этих болезней прямой кишки рассматривается при описании соответствующих нозологических форм коли-

тов (проктитов). В настоящей статье приводятся сведения, касающиеся симптоматической терапии острых и хронических проктитов.

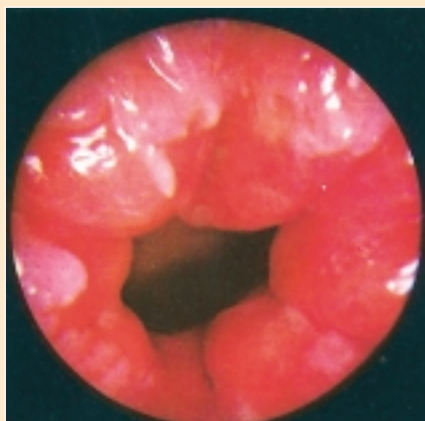
При остром проктите прежде всего необходимо назначать механически и химически щадящую диету, исключая острые, кислые, соленые блюда, алкогольные напитки, а также растительную пищу. Из фруктов разрешены лишь печеные яблоки. В течение дня необходи-

мо употреблять большое количество жидкости (не менее 5—6 стаканов).

В течение первой недели следует ежедневно вызывать стул с помощью клизмы с настоем ромашки (употреблять слабительные не рекомендуется). Для этого 8 ч.л. ромашки заливают 4 стаканами крутого кипятка, настой нагревают на небольшом огне в течение 10—15 мин, затем в плотно закрытой посуде выдерживают еще в течение часа и процеживают через марлю, температура раствора должна быть не выше 25—27 °С. Очистительную клизму назначают утром. Наконечник перед введением в прямую кишку необходимо обильно смазать вазелиновым или теплым рафинированным подсолнечным маслом. Клизму ставят в положении больного на левом боку, поступление раствора в кишку должно происходить постепенно, плавно. Через 5—10 мин больной может пойти в туалет. После освобождения кишечника на 1 час ставится теплая микроклизма из того же ромашкового настоя (36—37 °С, 100 мл). На ночь в прямую кишку с помощью микроклизмы на 1 час вводят 50—100 мл рафинированного подсолнечного масла, подогретого до 36—37 °С.

Начиная со второй недели лечебные ромашковые клизмы заменяют клизмами (100 мл) с 0,35—

Рисунок 1. Аноскопия.
Острый проктит (крипит)



0,5% раствором колларгола. Масляные микроклизмы необходимо продолжать. Хороший эффект дают общие ванны с температурой 36–38°C. Курс лечения составляет 2 недели. После 10-дневного перерыва (даже если проявления проктита полностью исчезли), курс лечения необходимо повторить.

Расширять диету нужно очень осторожно. Как минимум еще в течение 3 месяцев после окончания лечения не следует употреблять острую, соленую, кислую пищу, консервированные продукты и алкогольные напитки. Нарушение диеты может привести к рецидиву заболевания.

При хроническом проктите диета такая же, как и при остром. Можно лишь увеличить количество белковых продуктов — мяса, рыбы, яиц, творога с добавлением кефира и сметаны. Разрешается употреблять в умеренном количестве картофель, морковь, капусту, клубнику, яблоки, сливы, причем из ягод и фруктов желательно делать кисели и компоты.

У больных хроническим проктитом часто могут появляться боли в нижних отделах живота, объясняемые дискинезией кишечника. В этих случаях хороший эффект оказывает миотропный спазмолитик мебеверин (дюспаталин). Дюспаталин быстро устраняет спазмы толстой кишки, не оказывая влияния на ее эвакуаторную функцию. Препарат назначают

по 1 капсуле (200 мг) 1–2 раза в день за 20 мин до еды.

Сопутствующие симптомы диспепсии (метеоризм, чувство тяжести в животе) устраняют прием внутрь итоприда (ганатон) по 50 мг 3 раза в сутки внутрь до еды.

Местное лечение хронического проктита такое же, как и острого. В течение первых 2 недель терапии после очистительных клизм назначают лекарственные клизмы. При повторных курсах (после 10-дневных перерывов), а их может быть 5, 6 и более, очистительные клизмы не назначают, а лекарственную вводят сразу после стула. При лечении хронического проктита особенно эффективны клизмы с раствором колларгола.

Местно применяют ректальные суппозитории: монокомпонентные (натальсид, постеризан и др.) и комбинированного состава (ультрапрокт, проктозан). Активным компонентом проктозана с противовоспалительными свойствами, не обладающего побочными эффектами ГКС (флуокортолон), выступает НПВС (буфексамак). Буфексамак — производное арилуксусной кислоты, ингибитор ЦОГ, не оказывает системного ulcerогенного действия. Лидокаина гидрохлорид, содержащийся в комбинированных препаратах, снимает боль, раздражение и зуд.

**уверенная победа над
Геморроем**

без гормонов

**способствует
устранению
боли и воспаления**

**оказывает
заживляющее
и подсушивающее действие**

**выпускается в форме
суппозиторий
и мази**

Проктозан®
Верните себе комфорт

НИЖФАРМ www.stada.ru STADA

П №014392/02-2003 П №014392/01-2003
Реклама. Произведено STADA AG, маркетинг и дистрибуция ОАО «Нижфарм»



При кровянистых выделениях из прямой кишки применяют суппозитории, содержащие натрия альгинат (натальсид) — природный полисахарид, получаемый из бурых морских водорослей (например, натальсид). Гемостатический эффект натрия альгината обусловлен сокращением времени полимеризации фибрин-мономера — заключительного этапа свертывания крови, благодаря наличию в полимерной молекуле альгиновой кислоты карбоксильных групп. Натальсид назначают по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, по возможности после опорожнения кишечника.

Лечение с применением ректальных свечей продолжают в течение двух и более недель.

Парапроктит — воспаление клетчатки, окружающей прямую кишку (параректальной клетчатки). Воспаление часто вызывают эшерихии коли, протей, стрептококки и стафилококки.

В ближайшем окружении прямой кишки различают три фасциально-клетчаточных пространства: подкожное, ишиоректальное и тазово-прямокишечное. Соответственно, различают парапроктиты подкожные, ишиоректальные и тазово-прямокишечные. Парапроктит может быть острым или хроническим.

Острый парапроктит — это абсцесс параректальной клетчатки. Особенности клинического течения острого парапроктита зависят от того, какое из фасциально-клетчаточных пространств поражено. Из прямой кишки в клетчатку проникает инфекция. Это происходит, когда в прямой кишке (обычно в одной из заднепроходных пазух) образуется дефект, например, небольшой, точечный надрыв слизистой оболочки, вызванный травмой, маленьким разрывом внутреннего геморроидального узла, трещиной заднего прохода и т.д. Также травмировать слизистую оболочку заднепроходного канала может случайно проглоченная рыба кость, острая косточка от фруктов, плохо пережеванная и непережеванная кожа фруктов, овощей.

Запор, сопровождающийся прохождением через заднепроходный канал твердого «овечьего» кала, повреждающего слизистую оболочку, способствует возникновению парапроктита. Раздражающее действие жидкого кала, наличие в нем непережеванной пищи могут привести к небольшим травмам. Надрыв слизистой оболочки геморроидального узла, трещины заднего прохода, воспаление слизистой оболочки заднепроходного канала при проктите могут привести к развитию острого парапроктита.

Через заднепроходные пазухи инфекция проникает в анальные железы. При закупорке протока железы развивается воспаление железы и абсцесс (острый парапроктит). В дальнейшем он может перейти в хроническую форму, чему способствует образование внутреннего свища.

Заболевание сопровождается острой болью пульсирующего характера в области заднего прохода, лихорадкой с ознобами. При подкожном парапроктите абсцесс образуется в подкожной жировой клетчатке, появляется гиперемия кожи и воспалительная инфильтрация в перианальной зоне. Рядом с задним проходом наблюдается уплотнение и болезненность, а при пальпации абсцесса отмечается флюктуация.

Покраснение и инфильтрация кожи отсутствуют при более глубоком расположении абсцесса. Температура тела обычно повышается до 37,5—38°C (может быть и выше, когда абсцесс уже сформирован). Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ наблюдается при любой форме острого парапроктита.

Для ишиоректального парапроктита характерна тупая боль в области заднего прохода, повышение температуры тела до 38 °С, общее недомогание. Рядом с задним проходом может определяться довольно обширное уплотнение (покраснения кожи, как правило, не бывает). Чаще уплотнение обнаруживают при пальцевом исследовании

прямой кишки. Оно выбухает в ее просвет, исследование причиняет резкую боль.

Самой тяжелой формой заболевания является тазово-прямокишечный парапроктит. Абсцесс в этом случае располагается высоко, под тазовой брюшиной. Состояние больных тяжелое, температура тела повышается до 40°C, характерны явления выраженной интоксикации. Лейкоцитоз может достигать 20×10^9 /л и более, появляется токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ повышается до 50 мм/ч. Местные признаки на таком фоне уходят на второй план. Врач может предположить какую-либо инфекционную болезнь.

Острый парапроктит протекает тяжело, если гнойник располагается позади прямой кишки (реторектальный парапроктит).

Основным методом диагностики острого парапроктита является пальцевое исследование прямой кишки. В случае тяжелого состояния больного осмотр можно осуществить в положении лежа на спине (ноги согнуты в коленях и тазобедренных суста-

■ Дифференциальную диагностику солитарной язвы необходимо провести с изъязвившимся раком прямой и ободочной кишки, болезнью Крона, язвенным, лучевым и ишемическим колитом, амебиазом, сифилисом, гонореей и лимфогранулематозом.

вах). При наличии гнойника, расположенного высоко в тазово-прямокишечной клетчатке, вздутие в просвет кишки может отсутствовать, но при пальцевом исследовании обязательно возникает острая боль, отдающая в область таза. Хирург может установить наличие свища, вводя в полость абсцесса раствор метиленового синего.

Лечение острого парапроктита — хирургическое. Необходимо провести вскрытие абсцесса и его дренирование.

Хронический парапроктит (свищ прямой кишки) — параректальный свищ, оставшийся после самопроизвольно вскрывшегося абсцесса или после вскрытия острого парапроктита оперативным путем.

Как правило, свищ открывается в промежность рядом с задним проходом. Низкая сопротивляемость инфекции, нарушения дренажной функции свища, постоянное инфицирование свищевых ходов и эпителизация выводного

отверстия длительно существующего свищевого хода способствуют хронизации. Причинами анарктальных свищей могут быть болезнь Крона, язвенный колит, туберкулез.

Свищи делят на полные, открывающиеся одним концом на слизистой оболочке прямой кишки, а другим — на коже, и неполные, открывающиеся только на слизистой оболочке кишки.

Для свища прямой кишки характерно наличие рядом с задним проходом одного или нескольких наружных отверстий, из которых выделяется густой гной, реже — каловые массы и газы. При длительном существовании такого свища наблюдается мацерация кожи и раздражение вокруг заднего прохода.

В зависимости от расположения свищевого хода по отношению к сфинктеру различают свищи четырех видов:

- подкожно-подслизистые (или интрасфинктерные) свищи — свищевой ход располагается сразу же под слизистой оболочкой или в подкожной клетчатке, внутри от сфинктера;
- чрессфинктерные свищи — свищевой ход направляется из кишки наружу, прямо через сфинктер;
- сложные (или экстрасфинктерные) свищи — свищевой канал из прямой кишки огибает сфинктер с

наружной стороны, внутреннее отверстие располагается обычно у верхнего полюса сфинктера;

- неполные свищи имеют только внутреннее отверстие в прямой кишке; свищевой ход при этом направляется в подслизистую основу или сфинктер, иногда ход заканчивается в клетчатке, расположенной позади прямой кишки; неполные свищи не имеют наружного отверстия на промежности.

Неполные свищи трудно найти в связи с отсутствием наружного отверстия. Признаками такого свища могут быть небольшие гнойные выделения из заднего прохода, а иногда только зуд в этой области.

Детальное исследование свища осуществляет хирург, который проводит зондирование свища с целью обнаружения внутреннего отверстия. При очень сложных свищах (имеющих несколько ходов) проводят рентгенологическое исследование — фистулографию.

Консервативное лечение включает тепло-

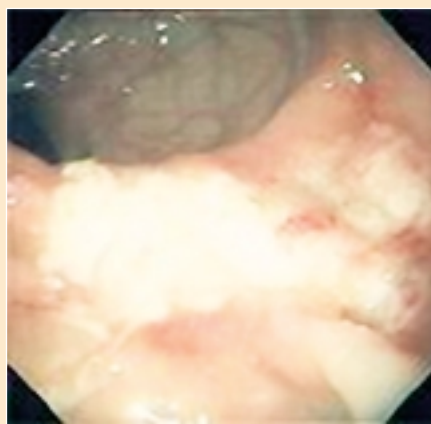
вые процедуры, сидячие ванны, компрессы, УВЧ-терапию, промывание свища растворами антибиотиков, перекиси водорода и др.

Хирургическое лечение прямокишечных свищей является сложным оперативным вмешательством. Свищ рассекают, иссекают, ушивают или подшивают лоскуты кожи к дну раны и др.

Солидарная (одиночная) язва является редким проктологическим заболеванием, возникает в прямой кишке, может развиваться в любом возрасте независимо от пола. Солидарная язва доброкачественная, но резистентная к терапии и может рецидивировать в течение многих лет. Возникновение солидарной язвы может быть связано с внутренним выпадением прямой кишки. В этом случае язва находится на расстоянии 10–12 см от заднего прохода. Одиночная язва может развиться после лучевой терапии злокачественных опухолей органов малого таза и прямой кишки. Также причиной язвы может служить травма, в частности нанесенная при попытке освободить прямую кишку пальцами, что нередко наблюдается у лиц с психическими отклонениями. В большинстве случаев причина возникновения солидарной язвы остается неизвестной.

Клинические симптомы зависят от локализации язвы. Если она находится в прямой кишке, больных беспокоят дискомфорт, чувство непол-

Рисунок 2. Ректоскопия.
Солидарная язва прямой кишки



ного опорожнения, кровянистые выделения из прямой кишки, боль в заднем проходе или внизу живота. Когда язва осложняется рецидивирующими кровотечениями или сужением кишки, клинические симптомы становятся более выраженными.

Язву прямой кишки устанавливают при пальцевом исследовании прямой кишки и проведении ректоскопии. Язва чаще располагается на глубине 4–12 см от заднего прохода на передней стенке, преимущественно на поперечной складке прямой кишки. Язва имеет размер от 1 до 2–3 см. Обычно она плоская, дно сероватого цвета, без налета, легко кровоточит при контакте с эндоскопом (рис. 2). Окружающая слизистая оболочка отечна и гиперемирована. Язву ободочной кишки выявляют при сигмо- или колоноскопии. Диагноз необходимо подтвердить гистологическим исследованием, исключая злокачественный процесс, далее в ходе лечения с помощью повторных множественных биопсий также исключают злокачественный процесс.

Солитарную язву прямой и дистальных отделов сигмовидной ободочной кишки можно лечить консервативными методами. Лечение такое же, как при хроническом проктите. При осложнении язвы кровотечением, перфорацией или кишечной непроходимостью решается вопрос о хирургическом лечении.

К воспалительным болезням заднепроходного канала относятся сфинктерит — воспаление слизистой оболочки заднего прохода, криптит — воспаление заднепроходных морганиевых пазух (крипт) и папиллит — воспаление анальных бахромок и трещина заднего прохода.

Причиной этих заболеваний служат другие воспалительные болезни ободочной и прямой кишки, особенно сопровождающиеся запором и поносом. В этих случаях имеют значение повреждения стенки заднего прохода твердым калом или компонентами жидких фекалий (ферментами, желчью и т.д.). При распространении воспаления на анальные железы, открывающиеся в дистальные отделы крипт, развивается парапроктит.

Сначала больные жалуются на боль в заднем проходе, жжение и зуд в нем, усиливающиеся при дефекации. В дальнейшем появляются ложные позывы к дефекации, тенезмы и гнойно-экссудативные выделения из заднего прохода. При осложнении заболевания острым парапроктитом боль в заднем проходе приобретает пульсирующий характер, температура тела повышается.

При осмотре больного отмечается покраснение и отечность кожи, окружающей задний проход, боль при пальцевом исследовании. При сфинктерите во время аноскопии наблюдаются более или менее равномерная гиперемия, эрозии и отек слизистой оболочки заднего прохода. На развитие криптита указывает наличие локальной болезненности при пальпации в области расположения морганиевых крипт и колонок, а при аноскопии — увеличение их в размере за счет воспалительных изменений. Если при надавливании на очаг воспаления появляется гной, следует предположить парапроктит.

Диагноз папиллит устанавливают на основании изменения формы и размера анальных бахромок: они приобретают полиповидную форму, гиперемированы и отечны (рис. 3).

Необходимо провести дифференциальную диагностику криптита с острым и хроническим парапроктитом, а при расположении его в области задней стенки (преимущественной локализации криптита) — с трещиной заднего прохода. Папиллит следует отличать от аденоматозного полипа. Полип располагается выше зубчатой линии, покрыт однослойным цилиндрическим эпителием, а папиллит находится ниже и покрыт многослойным плоским эпителием. Иногда могут возникать трудности дифференциальной диагностики папиллита со «сторожевым бугорком», формирующимся у больного с хронической трещиной прямой кишки.

Лечение сфинктерита, криптита и воспаления анального сосочка аналогична терапии при неосложненном проктите. При осложнении криптита острым парапроктитом или значительном увеличении одного или нескольких анальных сосочков при папиллите проводят хирургическое лечение.

Рисунок 3. Аноскопия. Папиллит

