

Что такое «парапроктит»

Термин «парапроктит» означает воспаление окологремо-кишечной жировой и соединительной ткани. Под этим подразумевают воспалительный процесс параректальной клетчатки, исходящий из прямой кишки.

Распространенность этого заболевания, по данным различных авторов, среди колопроктологических больных составляет до 22 %.

Парапроктит можно разделить на две большие группы – острый и хронический. Хронический парапроктит или свищ прямой кишки, возникающий в результате перенесенного ранее острого парапроктита.

Острый парапроктит встречается у людей любого возраста, наиболее часто от 20 до 60 лет. Этот недуг наблюдается в 2–3 раза чаще у мужчин, чем у женщин. Более частое распространение заболевания у мужчин объясняют различием строения мужского и женского таза. Ранее считалось, что чаще этой патологией страдают жители южных регионов, что, по-видимому, связано с климатическими условиями и характером питания. В настоящее время эта тенденция теряет свою актуальность.

Причиной заболевания может быть банальная инфекция (кишечная палочка, стафилококк, стрептококк, протей и др.). Это первичный парапроктит – самостоятельное заболевание. Также причиной может быть специфический возбудитель (туберкулезная палочка, возбудитель сифилиса, гонорея, актиномикоза). Здесь уже парапроктит является осложнением основного заболевания.

Существует основная криптоглангулярная теория развития болезни, исходя из которой входными воротами при банальном парапроктите является анатомическая структура анального канала прямой кишки – крипта с ее железисто-лимфоидным аппаратом.

Крипты – это углубления, локализующиеся между морганиевыми столбиками и грешковской линией в анальном канале. На дне их открываются выводные протоки анальных желез, тело которых в виде виноградных гроздьев локализуется в толще мускулатуры сфинктера, преимущественно в толще продольной мышцы. Выводные протоки желез окружены лимфоидной

тканью. Эти образования называются анальными миндалинами.

При различных неблагоприятных моментах стенки анальных желез легко травмируются плотными каловыми массами или расплавляются ферментами при диарее. Возможна механическая закупорка выводного протока кишечным содержимым. В замкнутой полости железы начинается воспалительный процесс с переходом на окружающие ткани. Таким образом, вначале воспаление носит локальный характер, а затем переходит на окружающие прямую кишку ткани. При широком выводном протоке анальной железы ее инфицированное содержимое может опорожняться в просвет прямой кишки, принося облегчение больному с возможным формированием неполных внутренних свищей прямой кишки.

Кроме анатомических особенностей выделяют ряд способствующих (нарушения стула: запоры или поносы, микротравмы) и предрасполагающих (заболевания желудочно-кишечного тракта: проктиты, проктосигмоидиты, анальные трещины, геморрой, стриктуры анального канала, характер питания, климатические условия, профессия) факторы.

Еще в 1938 году Л. А. Виуе писал: «Таким образом, надо понять, что никогда не бывает анальной фистулы (а следовательно, парапроктита) без первичного внутреннего отверстия; это отверстие всегда бывает в анальных криптах».

Однако нельзя полностью отрицать попадание инфекции в параректальные ткани и другими путями. Например, при анальном зуде, фурункулезе, остроконечных перианальных кистидомах, повреждениях слизистой прямой кишки и кожи промежности различной этиологии. Также инфекция может быть занесена гематогенным или лимфогенным путем, при воспалительных процессах предстательной железы, придатков матки и др. Зачастую причиной острых парапроктитов может быть геморрой. Геморрой сочетается с парапроктитом, по данным различных авторов, у мужчин до 75 %, а у женщин – в 25–30 % случаев.

У ослабленных людей, страдающих сахарным диабетом, авитаминозом, сердечно-сосудистыми заболеваниями характерно тяжелое течение заболевания.

Анализируя вышеизложенное, можно отметить, что для возникновения парапроктита имеют значение:

1. анатомические особенности (наличие морганиевых крипт, анальных желез, особенности параректальной клетчатки);
2. возраст и пол;
3. травмы (микротравма каловыми массами, повреждение инородными телами);
4. заболевания прямой кишки и анального канала (геморрой, трещины прямой кишки, проктиты и проктосигмоидиты, воспалительные заболевания периаанальной области);
5. воспалительные заболевания соседних органов;
6. нарушение акта дефекации (запоры, поносы);
7. общие заболевания (сахарный диабет, авитаминоз и др.).

Наиболее простой и удобной для использования в практической деятельности является классификация, разработанная в Государственном научном центре колопроктологии, г. Москва.

Различают: по этиологическому фактору: банальный, специфический, посттравматический парапроктит; по активности воспалительного процесса: острый, инфильтративный, хронический парапроктит (свищ прямой кишки); по локализации гнойников, инфильтратов и затеков: подкожный, подслизистый, ишеоректальный, пельвиоректальный, ретроаректальный парапроктит;

по локализации пораженной крипты, входных ворот – внутреннего отверстия свища: передний, боковой, задний; по отношению распространения инфекции (свищевого хода) к волокнам сфинктера: интрафинктерный (подкожно-подслизистый), трансфинктерный (чрессфинктерный), экстрафинктерный свищ (свищ высокого уровня).

В особую группу выделяют анаэробные парапроктиты в виду характера их возбудителя, тяжести течения, высокой летальности. При подозрении на анаэробный парапроктит необходима экстренная госпитализация и обязательная изоляция пациента от окружающих больных. Требуется экстренное хирургическое вмешательство и массивная терапия в послеоперационном периоде с применением современных специфических методов лечения. Летальность при анаэробных парапроктитах, несмотря на значительные успехи в лечении, остается очень высокой – до 15–17 %.

Острое воспаление параректальной клетчатки имеет 2 формы: ограниченную (абсцедирующую) и реже встречающуюся диффузную (флегмонозную – чаще после травм и ранений прямой кишки).

Абсцедирующая форма начинается всегда остро. В первые 2–3 дня, пока воспаление носит локальный характер (в крипте) или интрамуральный (в межсфинктерном клетчаточном пространстве), симптомы заболевания носят довольно неопределенный характер. Больные могут беспокоить недомогание, познабливание, чувство дискомфорта в анусе или прямой кишке, ноющие боли в промежности, отмечается субфебрильная температура, присоединяется головная боль. Позднее, с переходом воспалительного процесса на окологремокишечную клетчатку, появляется картина наиболее присущая данной форме острого парапроктита. При наружном осмотре можно определить наличие плотного инфильтрата, резко болезненного при пальпации. Температура тела повышается до 38–39 градусов.

Диффузная (флегмонозная) форма протекает гораздо быстрее абсцедирующей, зачастую молниеносно и представляет наибольшую опасность для жизни больного.

Все пациенты с подозрением на острый парапроктит должны быть госпитализированы в хирургический стационар, а в идеальном варианте в специализированное колопроктологическое отделение. При формировании параректального абсцесса (гнойника) первым этапом выполняется его вскрытие с последующей санацией и консервативной терапией.

В особую группу выделяют анаэробные парапроктиты в виду характера их возбудителя, тяжести течения, высокой летальности. При подозрении на анаэробный парапроктит необходима экстренная госпитализация и обязательная изоляция пациента от окружающих больных. Требуется экстренное хирургическое вмешательство и массивная терапия в послеоперационном периоде с применением современных специфических методов лечения. Летальность при анаэробных парапроктитах, несмотря на значительные успехи в лечении, остается очень высокой – до 15–17 %.

Результатом перенесенного острого парапроктита практически в 100 % случаев является формирование свища прямой кишки (хронический парапроктит). После вскрытия гнойного очага и заживления послеоперационной раны в ее зоне остается или появляется вновь дефект кожи – наружное свищевое отверстие до 2–3 мм в диаметре, через которое происходят выделения серозного характера или незначительное гнойное отделяемое. Это говорит о формировании свища прямой кишки, т. е. имеется связь между пораженной криптой (внутренним отверстием) и наружным свищевым отверстием, открывающимся на коже в области ануса. Появление свища прямой кишки является показанием для второго этапа оперативного лечения парапроктита. Операция заключается в установлении расположения свищевого хода по отношению к анальному сфинктеру, определении внутреннего отверстия и иссечении свищевого хода.

Хочется отметить, что первый этап хирургического лечения (вскрытие острого парапроктита), в экстренных ситуациях, с учетом анатомических особенностей локализации очага и теоретической подготовки хирурга возможен в хирургическом стационаре общего профиля. Но выполнение второго этапа лечения хронического парапроктита – ликвидации свища прямой кишки, возможен лишь в специализированном отделении колопроктологии!!!

Профилактика острого парапроктита заключается в предупреждении и устранении любых заболеваний прямой кишки, анального канала и периаанальной области. Необходима регуляция стула, рациональное питание, соблюдение тщательной личной гигиены. Следует исключить также возможность переохлаждения, травм, и т.д.

А. Б. Сорогин, врач-хирург высшей квалификационной категории, врач-колопроктолог высшей квалификационной категории, врач-онколог высшей квалификационной категории; Д. В. Солдатов, врач-хирург первой квалификационной категории, врач-колопроктолог



Есть темы, при одном упоминании о которых большинство людей, независимо от возраста и статуса, стыдливо опускают глаза. Заболевания толстой кишки, анального канала и промежности – из их числа. Рассказать об истинном источнике своих мучений страдающие этим недугами пациенты не решаются порой даже доктору.

У специалистов такое положение дел ничего, кроме возмущения, не вызывает, ведь по степени грозных осложнений колопроктологические заболевания не уступают таким болезням, как рак легких, инфаркты и инсульты. На самом деле они, при своевременном выявлении, успешно лечатся, но, испытывая неловкость, люди могут терпеть годами, усугубляя проблему, и упускать время. На сегодняшний день рак толстой кишки вышел на второе место среди онкологических заболеваний, в Ярославской области за последние 10 лет заболеваемость раком прямой кишки выросла на 20 процентов.

Настоятельно советуем при любом малейшем дискомфорте в области прямой кишки незамедлительно обращаться к специалисту!

Учитывая неутешительную статистику, колопроктологи уже давно предлагают пойти по примеру некоторых европейских стран, так, в Германии, если человек уклонился от колопроктологического обследования, а потом заболел, ему никто не будет оплачивать страховку. Это очень эффективная мера, поэтому как терапия за границей – дорогостоящее удовольствие.

Правильно было бы отправлять людей проходить осмотр у колопроктолога при трудоустройстве так же, как сейчас – флюорографию. А лучше – внести осмотр у данного врача в программу профилактических медосмотров. Речь об этом сей-

час активно ведётся на самом высоком уровне, только включив программу раннего выявления рака толстой кишки в национальные проекты, мы сможем своевременно помочь нашим гражданам.

Необходимо обращаться к колопроктологу:
– в любом возрасте при малейшем дискомфорте в области прямой кишки;
– после 50-ти лет – ежегодно! обследовать толстую кишку,
– если в семье наследственный рак или полипы!

В колопроктологическом отделении ЯОКБ ежегодно проходят лечение в плановом и экстренном порядке более 1000 человек с различными колопроктологическими заболеваниями. Примерно **четырем из пяти** делают хирургические операции, в том числе реконструктивные и восстановительные, а также связанные с онкологическими заболеваниями, в том числе с отдаленными метастазами.

Отделение колопроктологии открыто в 2008 году на базе отделения экстренной и гнойной хирургии. А вот своими высококвалифицированными хирургами уже давно славится на всю область и даже соседние регионы – лечиться сюда приезжают из Москвы, Иваново, Костромы, Вологды. Инициатором открытия отделения колопроктологии был ныне покойный В. Ю. Алипов, внесший большой вклад в развитие колопроктологии. Опорой в научных и практических вопросах и духовным примером был долгие годы для отделения О. В. Андреев, доцент кафедры хирургии ЯГМА. В отделе сложились коллектив, работающий с большой самоотдачей, профессионализмом и желанием помочь. Мы не отказываем здесь никому, даже



самым сложным больным. Каждый работающий в этом отделении врач, а их всего четыре человека, имеет опыт проведения разных видов хирургических вмешательств. Сложные операции, длящиеся по 14–16 часов, выполняет хирург Константин Иванович Осмоков. Денис Вадимович Солдатов, Егор Евгеньевич Чулков, имеющие сертификаты по хирургии и колопроктологии, стремятся к наивысшим достижениям в колопроктологии. Все они выполняют свою работу ответственно и качественно, каждый сотрудник постоянно совершенствуется в теории и практике, занимаясь не только лечением больных, но и научной работой. В отделении работает квалифицированный и дружный коллектив медицинских сестер, выполняющих свою работу на высоком профессиональном уровне.

К каждому пациенту отделения существует индивидуальный подход с учетом его возраста, перенесенных ранее заболеваний, данных обследований, ведь нужно не только правильно и быстро поставить диагноз, но и довести пациента до полного выздоровления.

В отделении есть условия для оказания высококвалифицированного обследования и комплексного лечения пациентов с заболеваниями толстой кишки. Здесь применяются самые современные методы диагностики: спиральная компьютерная томография, ядерно-магниторезонансная томография, ангиография, УЗИ, видео-колоноскопия, клинические лабораторные и мор-

фологические исследования. **В отделении выполняются все виды колопроктологических операций, в том числе по восстановлению кишечной непрерывности у больных с колостомами, пластические операции у больных с синдромом опущения тазового дна, разрывами промежности и недостаточностью анального сфинктера. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается с применением современной электрохирургической и эндоскопической техники, швиевых аппаратов, используются современные методики и аппаратура.**

В 2012 году в рамках программы модернизации здравоохранения в отделении прошел большой и качественный капитальный ремонт с использованием современных строительных материалов и дизайна, создана новая операционная, открыт смотровой специализированный кабинет, комната гигиены для больных.

Несмотря на то, что в поликлинике ЯОКБ ведется интенсивный прием врача-колопроктолога, этого недостаточно для такого большого города и области.

Врачи-колопроктолог высшей квалификационной категории в Ярославле очень немногие, а в районных поликлиниках их и вообще нет. Чтобы улучшить эту ситуацию, главный врач ЯОКБ Олег Павлович Белокопытов вышел с конструктивным предложением к руководству департамента здравоохранения и фармации области – организовать амбулаторные приемы врачей-колопроктологов в ряде

городских и районных поликлиник. Эта проблема требует большой организационной работы – речь идет и о выделении площадей для кабинетов, и о подготовке к работе этих кабинетов, и о дополнительных ставках для специалистов.

В настоящее время в Ярославской областной консультативной поликлинике нашей больницы консультация врача-колопроктолога может получить любой житель Ярославля и Ярославской области. Если по показаниям пациент будет нуждаться в лечении в условиях стационара, ему будет дано направление на госпитализацию в колопроктологическое отделение больницы.

Запись на консультацию к специалисту осуществляется по телефонам регистратуры поликлиники (4852) 58-93-13, 74-33-23 или в регистратуре. При себе необходимо иметь паспорт и полис обязательного медицинского страхования.

Со всеми вопросами можно обращаться непосредственно к заведующему колопроктологическим отделением ЯОКБ по телефону (4852) 58-91-44.

Заведующий колопроктологическим отделением Ярославской областной клинической больницы, врач-колопроктолог высшей квалификационной категории, главный колопроктолог департамента здравоохранения и фармации Ярославской области А. Б. Сорогин



В нашей больнице работает справочно-информационная служба

Телефон: 24-84-61

По телефону Вы можете узнать порядок записи на консультацию к специалистам в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.

Газета «Здоровья Вам!» зарегистрирована в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Ярославской области, Россия, 150000, г. Ярославль, ул. Кирова, д. 7. Регистрационный номер ПИ № ТУ76 00270 от 20 ноября 2012 г. Распространяется бесплатно

Полную информацию о нашей больнице смотрите на сайте

www.yrh.yar.ru

Руководители О. П. Белокопытов, Г. В. Костина. Редактор, администратор В. А. Радовская. Фото В. А. Радовская. Техническая поддержка В. Ю. Маслов. Дизайн Г. И. Радовский.

Учредитель: Государственное бюджетное учреждение Ярославской области «Областная клиническая больница», 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, д. 7, тел./факс: (4852) 58-23-17. Главный редактор – главный врач ЯОКБ О. П. Белокопытов. Ответственный редактор В. А. Радовская, фото В. А. Радовская

Читайте рубрику «Женская страничка»



Отпечатано в типографии «Printex» ООО «Рико Экспресс» Тираж 6000

Болезнь века – Геморрой

Геморрой остается одним из наиболее частых заболеваний человека. Его распространенность достигает 130–145 случаев на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%.

Под термином «геморроидальные узлы» понимают две разных сосудистых структуры: внутреннее геморроидальное сплетение и наружное геморроидальное сплетение. Геморроидальные узлы – это нормальные анатомо-физиологические структуры.

Среди предрасполагающих факторов выделяют следующие: запоры, малоподвижный образ жизни, вредные привычки (острая пища, курение, алкоголь).

Выделяют острое и хроническое течение болезни.

В патогенезе заболевания ведущая роль принадлежит двум теориям – гемодинамической и мышечнодистрофической. При гемодинамической происходит увеличение геморроидальных узлов в размере за счет усиления притока артериальной крови и нарушения ее оттока по венам. При мышечнодистрофической возникает дегенерация фиброзной ткани, что ведет к их выпадению.

Многие пациенты обращаются к врачу, уже самостоятельно поставив диагноз, поскольку с точки зрения обывателя любая анарктальная симптоматика означает «геморрой». Однако жалоб пациента недостаточно

для того, чтобы точно поставить диагноз. Всегда необходим полный медицинский, семейный, лекарственный и акушерский анамнез. На практике число симптомов, на которые может жаловаться пациент, достаточно ограничено. В клинической картине выделяют следующие:

1. Кровотечение – наиболее частый симптом. Как правило, происходит при дефекации или сразу после стула. Представлено алой кровью, реже кровь бывает в виде сгустков или темно-красного цвета. Объем кровопотери также может быть различным, от мажущих выделений до обильных, приводящих к выраженной хронической анемии. Важно отметить, что под маской геморроя может скрываться РАК!

2. Боль. Болевой синдром возникает вследствие тромбоза геморроидальных узлов, с одновременным наличием анальной трещины.

3. Отек и выпадение узлов. Отек характерен для острого геморроя, выпадение (пролапс) геморроидальных узлов говорит о выраженности и прогрессировании заболевания.

4. Выделения – могут быть водянистыми или слизистыми.

5. Периаанальный зуд. Обычно он связан с выпадением геморроидальных узлов и выделениями, способствующими местному раздражению. Данный симптом также может быть при самой различной патологии.

6. Недержание стула. При существуют строгие показания к

операции геморроидэктомии, которая может усугубить эту симптоматику.

7. Нарушения опорожнения прямой кишки. Коррекция ее функциональных нарушений (особенно запоров) или трудностей с опорожением прямой кишки – это первый этап лечения геморроя.

В клиническом течении существуют четыре степени хронического геморроя:

1 степень – беспокоят дискомфорт и выделения крови.

2 степень – присоединяются выделения и периаанальный зуд, выпадение узлов при натуживании, которые вправляются самостоятельно.

3 степень – выпадающие узлы требуют ручного вправления.

4 степень – усиливается болевой синдром. Геморроидальные узлы не вправляются.

Для острого геморроя характерны зоны периаанального отека и местной воспалительной реакции.

В клиническом обследовании особое внимание уделяется осмотру, пальцевому исследованию прямой кишки и ректороманоскопии. При подозрении и для исключения онкопатологии ободочной кишки необходимо выполнение колоноскопии либо ирригоскопии.

Лечение данной патологии можно разделить на две составные – это консервативные мероприятия и хирургическое лечение.

Необходимо начинать с консервативных методов лечения.



Это:

– Нормализация функции кишечника и дефекации. В этом состоит основа лечения геморроя это – диетотерапия. Основная цель – устранение запоров. Употребление 1,5–2 литров жидкости в сутки, пища должна быть богата растительной клетчаткой, кашами из цельных зерен, употребление чернослива и кураги, черного хлеба с отрубями. **В рациионе следует избегать стимуляторов перистальтики толстой кишки, таких, как черный кофе и чай, исключить острую пищу и алкоголь.**

Местная терапия. К ней относятся противовоспалительные средства, местные обезболивающие, различные мази и свечи.

Хирургическое лечение. В настоящее время большое внимание уделяется применению современных малоинвазивных

методик. В зависимости от стадии заболевания возможно использование склеротерапии, инфракрасной фотокоагуляции, лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами. Преимущество данных способов лечения состоит в хорошем эффекте от их применения, возможности выполнения амбулаторно, отсутствии потери трудоспособности. При 3-й, а чаще при 4-й степени заболевания единственным методом лечения является операция.

При своевременной и правильной постановке диагноза, проведении полного комплекса лечения врачом-колопроктологом прогноз благоприятный!

Е. Е. Чулков, врач-колопроктолог



А. Б. Сорогин

Рак толстой кишки

Проблема рака толстой кишки в связи с высокой заболеваемостью и смертностью остается очень актуальной. В структуре всех злокачественных новообразований она прочно занимает третье место.

Ежегодно в мире регистрируется около 600 000 тысяч новых случаев заболевания раком толстой кишки, в России эта цифра составляет примерно 40 000 тысяч. С каждым годом неуклонно растет смертность от этого грозного заболевания.

Толстая кишка состоит из ободочной и прямой кишки. Рак ободочной кишки встречается примерно в 2 раза чаще. Мужчины и женщины в процентном отношении страдают этим заболеванием приблизительно одинаково.

К факторам данной патологии можно отнести повышенное потребление животных белков и жиров, рафинированных углеводов, что, в свою очередь, влияет на состав микрофлоры толстой кишки и приводит к замедлению транзита кишечного содержимого. В связи с этим пища должна быть богата растительной клетчаткой. Немаловажную роль играют различные воспалительные заболевания ободочной и прямой кишки, наследственная предрасположенность.

Главными признаками болезни являются нарушения

нормального функционирования толстой кишки и кишечные кровотечения. В первом случае пациенты отмечают наличие запоров или поносов, либо их чередование. Выделение крови с калом могут быть как массивными, так и мажущими, приводящими к возникновению анемии. Алая кровь характерна для рака прямой кишки. При этом под маской хронического геморроя может скрываться именно рак! Возможны ложные позывы к дефекации. Беспокоят снижение массы тела, аппетита, нарастающая слабость. Это уже говорит о распространенной стадии болезни. В тяжелых случаях, при возникновении картины кишечной непроходимости, наблюдается вздутие живота, схваткообразные боли, задержка отхождения стула и газов, рвота.

Для успеха в лечении этого грозного заболевания необходима своевременная и как можно более ранняя постановка диагноза. **На начальных стадиях, при появлении первых признаков болезни, пациенту без промедления необходимо обратиться к специалисту, будь то терапевт, гастроэнтеролог, хирург-поликлиника, а в идеале – колопроктолог.** Стеснение больных своих жалоб зачастую приводит к слишком позднему обращению за медицинской помощью, когда помочь человеку в полном объеме уже не представляется возможным.



Основным способом лечения рака толстой кишки является хирургическая операция, как правило, в комплексе с химио- и лучевой терапией.

К. И. Осмокецу, врач-хирург высшей квалификационной категории, врач-онколог высшей квалификационной категории, врач-колопроктолог



Снова о наболевшем ... Анальная трещина

Одним из самых распространенных заболеваний заднего прохода является анальная трещина. Оно может быть острым, а может приобретать и хроническое течение. Частота данной патологии составляет до 15% среди всех пациентов с заболеваниями ободочной кишки и достигает 20–23 случаев на 1000 взрослого населения. Чаще всего данная патология встречается у женщин молодого и среднего возраста. Это полиэтиологическое заболевание. Среди причин, ведущих к его возникновению, выделяют механический, сосудистый, нейрогенный факторы. При механическом происходит травма слизистой оболочки анального канала во время прохождения твердых каловых масс. Кроме того, примерно в 60% случаев анальная трещина сочетается с геморроем. При этом нарушения кровообращения (застой крови, тромбоз) в данной области могут приводить к обра-

зованиям линейных язв, трещин. Нейрогенные расстройства, сопровождающиеся длительным спазмом как внутреннего, так и наружного сфинктера, также являются причиной возникновения этого недуга.

Не будем вдаваться в подробности, а остановимся на клинических проявлениях заболевания.

Для анальной трещины характерным является наличие триады симптомов. Это, в первую очередь, боль в заднем проходе во время дефекации. Боль приводит к спазму сфинктера (второй симптом), что только еще усиливает болевые ощущения. Образуется замкнутый круг. Третья ее составляющая – кровотечение, возникающее во время и сразу после акта дефекации.

Лечение всегда нужно начинать с консервативных мероприятий. Во-первых, это нормализация стула. Стул должен быть регулярным, оформ-

ленным. **Из рациона питания исключают острые, жирные, кислые блюда, алкоголь.** Далее необходимо использовать теплые сидячие ванны, мази и свечи с местными анестетиками. Эффективность консервативной терапии отмечается в половине случаев.

Хирургический метод применяют при хроническом течении заболевания, не поддающемся консервативной терапии. Операция заключается в иссечении трещины и сфинктеротомии (контролируемом расщеплении анального сфинктера). **Оперативное лечение обязательно должно выполняться в специализированных учреждениях и только врачом-колопроктологом!**

Прогноз при правильной постановке диагноза и квалифицированно выполненной операции благоприятный.

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки

Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) – широко распространенное заболевание в индустриально развитых странах. В течение последних 30 лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости дивертикулезом: у лиц до 50 лет она достигает 5%, а старше 60 лет – до 65%. Осложненное течение заболевания отмечается у 10–25% больных. Осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки, как причина перитонита, в настоящее время находятся на четвертом месте после острого аппендицита, прободной язвы желудка и кишечной непроходимости. Неспецифическая клиническая картина и тяжелые осложнения ставят перед хирургами сложные задачи в диагностике и выборе тактики лечения.

Что такое дивертикулез? Дивертикулярная болезнь толстой кишки – морфофункциональный патологический процесс, характерным отличительным признаком которого является наличие мешковидных выпячиваний кишечной стенки (дивертикулов).

Факторы, способствующие развитию заболевания. Повышенное газообразование при бродильных и гнилостных процессах; недостаточное содержание грубой пищи, дефицит пищевых волокон в рационе питания; воспалительные заболевания кишечника; малоподвижный образ жизни; наследственная предрасположенность и др.

От чего возникает это заболевание? Распространенность дивертикулеза объясняется тем, что мы мало едим черного хлеба, предпочитая ему белый, а также овощей, фруктов. К тому же мы мало двигаемся. И то, и другое способствует развитию запоров, при которых нарушается перистальтика кишки, резко повышается внутрикишечное давление, а это является одним из главных условий появления выпячиваний в кишечной стенке. Недостаток балластных веществ в пище вызывает изменение бактериальной и химической среды толстой кишки, отчего возникают ее спазмы, затрудняющие эвакуаторную функцию, что еще

более повышает внутрикишечное давление. Немаловажную роль играет и прогрессирующее с возрастом ослабление мышц кишечной стенки. У некоторых людей на протяжении долгих лет жизни дивертикулы толстой кишки ничем себя не проявляют и могут случайно обнаружиться при рентгенологическом обследовании, проведенном по поводу другого заболевания.

Клиническая картина дивертикулеза: первую группу составляют больные с отсутствием кишечной симптоматики, дивертикулы обнаруживают у них при поиске других заболеваний;

клинически выраженный дивертикулез если больной продолжит есть пищу, содержащую мало балластных веществ, не принимает никаких мер для борьбы с запорами, в дивертикулах толстой кишки могут застаиваться каловые массы, усиливаются процессы гниения и брожения. Развивается обострение дивертикулеза, и оно заявляет о себе вздутием живота, урчанием в кишечнике, может

появиться и боль в животе. Стул становится частым, скудным, твердым, отходит много зловонных газов;

– с осложнениями дивертикулеза приходится, в основном, сталкиваться практически хирургам при оказании экстренной помощи.

Как предупредить обострения дивертикулеза? Самое главное – систематически, ежедневно следить за работой кишечника. Надо приучить себя опорожнять кишечник всегда в один и тот же час утром или вечером.

Чтобы не было запоров, обязательно ешьте сырые овощи, вареную свеклу, хлеб ржаной и из муки грубого помола. Полезно выпивать натощак стакан холодной воды или полстакана овощного сока, съедать размоченный с вечера чернослив. Больше двигайтесь, обязательно делайте утреннюю зарядку, включая в комплекс и специальные упражнения для борьбы с запорами.

Если вовремя не принять меры... Тяжелые осложнения дивертикулеза занимают одно

из первых мест среди всех заболеваний толстой кишки, требующих срочного хирургического вмешательства. Как правило, они возникают, если больной во время обострения не обращается к врачу или не выполняет его рекомендаций. Может произойти прободение истонченной стенки толстой кишки, развиваться кишечная непроходимость, образоваться свищ или околокишечный абсцесс. В любом из этих случаев требуется неотложная хирургическая операция.

Таким образом, учитывая неуклонный рост данной патологии среди взрослого населения, увеличение количества осложнений, при болях в животе, запорах, неустойчивом стуле необходимо своевременное обращение к врачу-хирургу, в оптимальном варианте – колопроктологу.

Е. Е. Чулков, врач-колопроктолог