

Глава 3

Геморрой

Геморрой — одно из самых распространенных заболеваний человека. По разным данным, клинически выраженным геморроем страдают около 10% взрослых, более 2/3 многорожавших женщин; геморрой составляет более 40% всей аноректальной патологии и является причиной или сопутствует многим другим болезням прямой кишки. Название «геморрой» (от лат. *hemo* — «кровь», *rrhoe* — «течь, вытекать») связано с самым частым, но отнюдь не единственным симптомом болезни — ректальным кровотечением во время дефекации, а из других патологических составляющих при геморрое очень часты боли при стуле, выпадение и ущемление геморроидальных узлов (острый геморрой), а также хронические запоры, связь которых с геморроем очевидна, но ясна не до конца. Геморрой — заболевание доброкачественное, узлы не озлокачиваются, но этот тягостный упорный синдром резко ухудшает качество жизни. Геморрой в сочетании с запорами (см. ниже) — самый частый и трудноизлечимый проктологический синдром.

Из многочисленных теорий возникновения геморроя наиболее обоснована и анатомически подтверждена патология особых, так называемых кавернозных вен прямой кишки. Убеждение автора книги в правильности этой теории основано во многом на счастливом случае. Будучи в командировке в Англии, он подробно ознакомился с работой лондонского проктологического госпиталя Св. Марка, о котором говорилось в начале книги. Наблюдая операцию

при геморрое, разработанную сотрудниками этой лондонской клиники Milligan и Morgan в 1930-х гг., и ознакомившись в библиотеке клиники с тогдашней литературой, он увидел, что патогенез геморроя, изученный этими хирургами более 50 лет назад, и разработанная ими радикальная геморроидэктомия признаны во всем мире, а в СССР об этом ничего не знают. Приведем основные положения по патогенезу геморроя. А.В. Старков еще в 1912 г. впервые обнаружил в венозных геморроидальных сосудистых сплетениях подслизистого слоя прямой кишки кровяные «озерца», связанные с регионарными *артериальными* сосудами (специально подчеркиваем это важное положение). Через 50 лет, не упоминая об этой работе, J. Staubesand и F. Stelzner также описали своеобразные сосудистые образования (тельца) в каудальной части прямой кишки (*corpus cavernosum recti*) (рис. 3.1) — клубочки своеобразных вен, тесно связанные с основными тремя ответвлениями верхней прямокишечной артерии, локализирующихся внутри стенок анального канала на 3, 7 и 11 ч условного циферблата (при положении

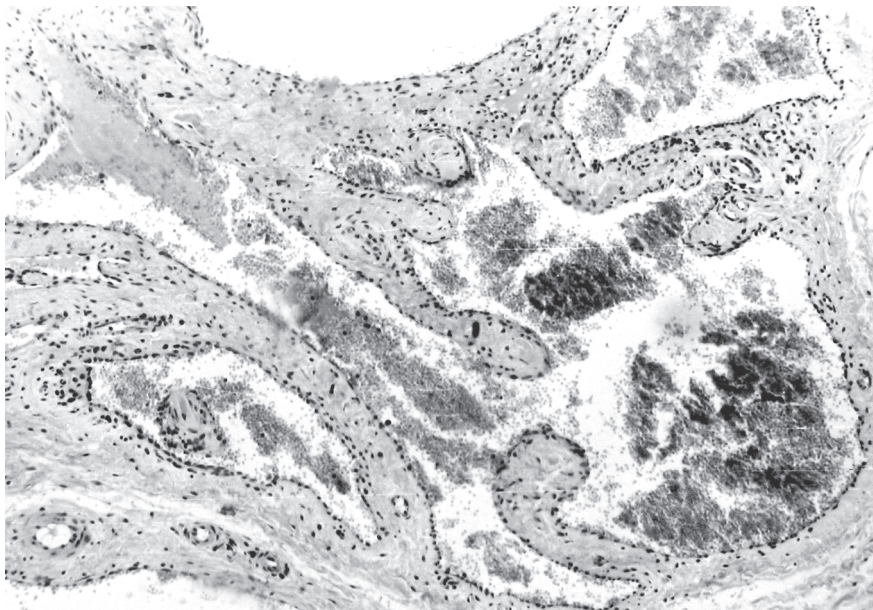


Рис. 3.1. Геморроидальный узел. Кавернозное тельце с утолщенными стенками и многочисленными внутристеночными артериями (окраска гематоксилин-эозином, $\times 30$)

тела лежа на спине), и предположили их ведущую роль в формировании будущих геморроидальных узлов.

Дальнейшие исследования провел Л.Л. Капуллер, который показал, что эти тельца являются особыми сосудами, кавернозными венами, имеющими внутривеночные («улитковые») анастомозы с артериальными сосудами прямой кишки (рис. 3.2). На препаратах удалось показать места впадения внутривеночных артерий кавернозной вены в просвет вены.

Такие кавернозные вены имеются и в других сосудистых зонах, например в уретре.

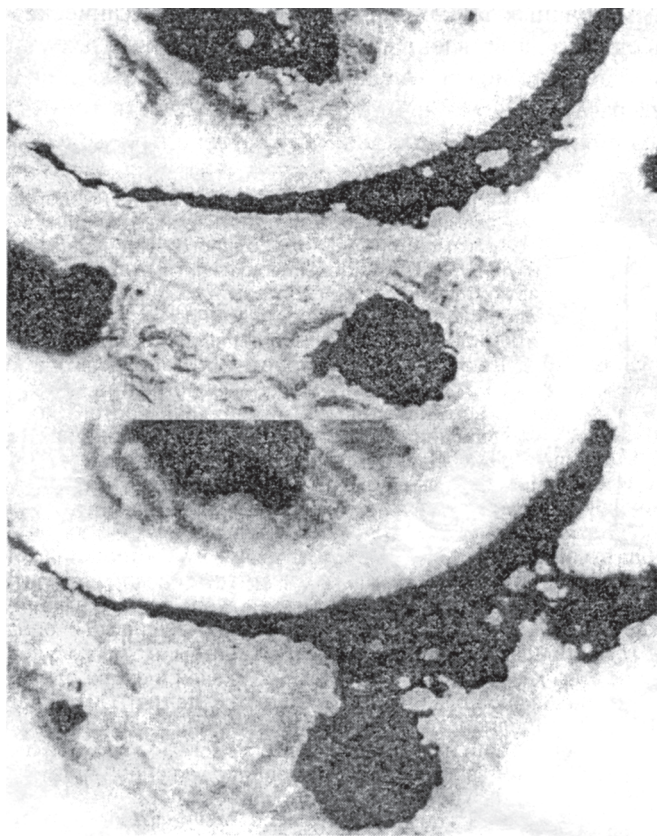


Рис. 3.2. Место впадения внутривеночной артерии кавернозной вены в просвет вены (препарат Л.Л. Капуллера)

Стали понятны артериальные кровотечения из геморроидальных вен (артериальный их характер подтвержден высоким содержанием в этой крови кислорода). Отток крови по венам из таких скоплений затруднен (прямохождение, натуживание при родах и запорах и др.), и постепенно образуются плотные конгломераты — геморроидальные узлы. Было показано, что более чем в 2/3 случаев такие кавернозные скопления формируются в три группы, располагающиеся на уровне морганиевых крипт анального канала соответственно трем концевым ветвям верхней прямокишечной артерии, — на 3, 7 и 11 ч условного циферблата (при положении тела лежа на спине). Эти три крупных внутренних геморроидальных узла на левой боковой, правой передне-боковой и правой задне-боковой стенках анального канала являются основной структурой геморроя, а остальные (наружные) узлы в большинстве случаев относятся к одному из этих трех внутренних, что привело впоследствии к разработке и широкому внедрению радикальной геморроидэктомии. Реже формируются отдельные мелкие узлы, не относящиеся точно к указанным зонам (рассыпной тип геморроя). Представленная выше анатомически обоснованная теория патогенеза геморроя должна войти в учебники по хирургии и проктологии. Когда автор книги привез все эти материалы из Лондона, руководитель московской проктологической клиники профессор А.Н. Рыжих сразу понял их важность, отменил свою модификацию геморроидэктомии, и новая техника быстро была внедрена в ежедневную практику. Через год наша клиника имела собственное подтверждение правильности патогенеза геморроя и опыт более 100 геморроидэктомий по этому методу, и стала возможной и необходимой публикация «новой» теории патогенеза и хирургии геморроя. Статья была представлена (Ривкин, Капуллер), и с огромным трудом, только с легкой руки тогдашнего главного редактора последнего издания Большой медицинской энциклопедии профессора В.С. Савельева, была помещена в этот справочник и в дальнейшем опубликована в журнале «Хирургия». Добро этим публикациям В.С. Савельев дал после выполнения автором этой книги показательных операций в его клинике. Вот таким образом советская проктология взяла на вооружение основную, выполняемую ныне всеми специалистами операцию при геморрое, спустя почти 30 лет после ее разработки и внедрения за рубежом. Этот наш провал в изучении мировой литературы до сих пор непонятен. По-видимому, помешала война, в начале и во время которой публиковались основные новые данные по патогенезу и хирургии геморроя.

Клинически различают хронический и острый геморрой. Первый вариант встречается наиболее часто, а второй возникает, как правило, на

его фоне, хотя изредка может быть самостоятельной патологией, о чем подробнее сказано ниже. В начальном периоде хронического геморроя, как правило, при запорах, возникают неприятные ощущения и боли в анусе во время и после стула, анальный зуд (АЗ), а затем во время дефекаций начинаются регулярные небольшие кровотечения, имеющие явно артериальный характер: напряженные алые капли или алая струйка. Артериальный характер геморроидальных кровотечений подтвержден, в частности, как сказано выше, высоким содержанием в этой крови кислорода. (А.Н. Рыжих указывал, что геморроидальные кровотечения у пожилых гипертоников могут оказывать демпфирующее действие, снижающее артериальное давление, и потому многие такие пациенты не борются с этими симптомами. Может быть, так оно и есть, но во всех случаях необходимы колоноскопия и регулярный анализ крови, чтобы не пропустить опухоль толстой кишки или начало анемии.) Постепенно внутренние геморроидальные узлы увеличиваются, при затрудненных дефекациях сдвигаются вниз и начинают выпадать из заднего прохода, сначала нерегулярно, а затем при каждой дефекации. Узлы долгое время вправляются самостоятельно, затем требуют ручного пособия и наконец остаются снаружи, вызывая зуд, увлажнение кожи и ослабление замыкающей функции анального сфинктера, словом, возникает печально известный тягостный синдром, который меняет даже внешний вид (в старых атласах приводилось «лицо геморроидального больного»). На этом фоне время от времени, опять же чаще всего при запоре, выпавшие узлы могут ущемляться спазмированным (из-за боли) анальным сфинктером, становятся резко болезненными, синюшными, возникает отек перианальных тканей — картина острого геморроя. Острый геморрой делят на четыре степени тяжести клинической картины, по степени возникновения и течения некроза узлов, но это деление чисто теоретическое, неограниченное, и на этом основываться не следует. Необходимо только следить за наружными проявлениями острого геморроя, чтобы не пропустить параректальную флегмону. Обычно в течение 1—2 нед острый приступ купируется местным лечением (разжижение стула, свечи, мази, параректальная новокаиновая блокада) либо, что намного реже, наоборот, усугубляется, осложняется ОП с переходом в тяжелый гнилостный или анаэробный процесс, что рассматривается отдельно (Болквадзе Э.). Как сказано выше, острый приступ геморроя обычно возникает на фоне хронического процесса, но может появиться и без выраженного анамнеза у молодых мужчин, резко нарушивших диету (слишком обильная острая еда со спиртными напитками) и не обративших внимание на запор в те-

чение 2–3 дней. Обычно геморроидальный тромбоз ограничен одним выпавшим узлом, почти безболезненным при пальпации. Таким образом, можно в синдроме острого геморроя выделить три клинические формы:

- 1) перианальный геморроидальный тромбоз;
- 2) ущемление выпавших узлов с некрозом различной степени;
- 3) профузное геморроидальное кровотечение.

Три эти формы достаточно четко различаются и требуют различного лечения, особенно кровотечение. Речь идет об острой кровопотере с анемией. Остановку таких кровотечений следует начинать в приемном покое с тугой тампонады прямой кишки гемостатическими губками, переливания гемодеза, то есть попыток остановить кровотечение, чтобы выполнить колоноскопию, установить характер именно геморроидальной геморрагии и, при наличии опыта, попытаться выполнить склеротерапию (см. ниже), а при отсутствии такого опыта — произвести радикальную геморроидэктомию под наркозом путем простой перевязки кровоточащих узлов. Женщины болеют геморроем не реже, чем мужчины, но реже обращаются к врачу (привычка к регулярным кровотечениям, менее часты запоры, меньшая тяга к спиртному). Частота геморроя у беременных почти в 7 раз выше, чем у нерожавших, но после нормальных родов явления геморроя, как правило, самостоятельно исчезают (Мун Н.В.).

Диагноз геморроя, как следует из приведенного описания его клинической картины, несложен: типичный анамнез, сопутствующие запоры сразу дают представление о болезни; при наружном осмотре определяются мацерация кожи по окружности ануса, следы расчесов и невооруженным глазом видны наружные узлы. При пальцевом ректальном исследовании при хроническом процессе часто определяется слабость анального жома (что должно подтверждаться сфинктерометрией) или, наоборот, резкий его спазм при остром геморрое. Ректальное исследование часто позволяет установить и локализацию основных внутренних узлов в типичных (см. выше) участках анального канала, их консистенцию и подвижность (степень тромбоза). Обязательна колоноскопия. Это современное исследование позволяет не столько идентифицировать геморрой, сколько убедиться в отсутствии других причин кровотечений из прямой кишки. Выпадение узлов при геморрое необходимо отличать от выпадения прямой кишки (ВПК). Лечение этих двух заболеваний совершенно разное, чему ниже посвящена специальная глава, а здесь скажем, что при самом выраженном выпадении геморроидальных узлов длина выпадающих участков не превышает 1,5–2 см, тогда как цилиндр

выпадающей прямой кишки может превышать 10–15 см и более. Кроме того, и это очень важный признак, при геморрое выпадающие участки представляются узлами, отделенными друг от друга выраженными углублениями, а при ВПК круговой выпадающий участок гладкий, и при внимательном осмотре видна вывернутая наружу зубчатая линия — граница анального канала. Еще раз повторим: ставить диагноз геморроя и тем более начинать его лечение, особенно хирургическое, без колоноскопии нельзя. Дифференцировать внутренний геморрой иногда приходится от ворсинчатой опухоли прямой кишки (биопсия), а его известные частые сочетания с АТ, анальными полипами, парапроктиты рассматриваются ниже отдельно, хотя следует специально еще раз сказать о роли спазма анального сфинктера как в обострении геморроя, так и в его сочетании с другой патологией анального канала. Спазм возникает как рефлекторный ответ на боль во время стула. При ежедневном возникновении такой рефлекс приводит не к однократному, а к стойкому сокращению сфинктера; порочный круг замыкается и разорвать его не помогают ни ручная дивульсия ануса, ни пролонгированная местная анестезия. И в этих случаях показана дозированная латеральная подкожная сфинктеротомия по Parcs, о чем говорится ниже. Лечение острого геморроя, о чем сказано выше, состоит в параректальных новокаиновых блокадах, применении свечей [с фенилэфрином («Релиф*»)], геля «Нифедипин*» (с лидокаином). Дополнительную эффективность в лечении острого геморроя в рекомендуемых дозах оказывает «Детралекс*» (4 дня по 1 таблетке 1000 мг 3 раза в день, 3 дня — по 1 таблетке 1000 мг 2 раза в день). Прием «Детралекса*» приводит к быстрому уменьшению как субъективных, так и объективных признаков острого геморроя. Необходимы, повторим, ежедневный осмотр и осторожная пальпация по окружности воспалительного инфильтрата, чтобы не пропустить парапроктит. В течение 7–10 дней воспаление снижается, становятся возможными ректальное пальцевое исследование и колоноскопия, и при переходе процесса в хроническую форму (частые рецидивы, выпадение узлов) решается вопрос о дальнейшем лечении.

Лечение хронического геморроя начинать следует с консервативных мер, а именно с борьбы с запорами, для чего необходим прежде всего учет профессии больного. Компьютерщики, телефонистки, парикмахеры, особенно шоферы — группы повышенного риска. Перевод (хотя бы временный) на другую работу, развитие на крупных предприятиях залов для спортивных игр, оборудование на дальних автотрассах хороших пунктов питания — все это трудно, но необходимо: это досто-

верно снижает частоту обострений болезни, при которых приходится освобождать людей от работы, иногда надолго. Консервативное лечение хронического геморроя включает диету, послабление стула, а местное — назначение свечей [лучшими препаратами, на наш взгляд, являются свечи с фенилэфрином («Релиф[®]»)] и в последнее время применение препаратов нитроглицерина (гель «Нифедипин[®]», разработанный в Израиле).

Положительное симптоматическое воздействие у пациентов с хроническими запорами и сопутствующим им хроническим геморроем, по нашему опыту, оказывает препарат «Детралекс[®]». «Детралекс[®]» обладает комплексным действием, купирует местную воспалительную реакцию, стимулирует отток лимфы и венозной крови, повышает тонус вен, поэтому предназначен для улучшения кровообращения в венах нижних конечностей. Он предназначен для улучшения кровообращения в венах нижних конечностей. Эти вены имеют так называемое варикозное, узловатое строение, что очень похоже на варикозные вены прямой кишки, которые формируют геморроидальные узлы. Применение препарата «Детралекс[®]» в рекомендуемых дозах (1000 мг 1 раз в день) оказывает положительное воздействие на больных хроническим геморроем, улучшая отток крови из варикозных вен прямой кишки. Понятно, что лечение препаратом должно проводиться комплексно, на фоне борьбы с запорами, щадящей диеты и занятий гимнастикой у людей, ведущих малоподвижный образ жизни. Лечение хронического геморроя следует проводить только после колоноскопии, чтобы не пропустить опухолей толстой кишки (полипы, рак), расположенных выше уровня внутренних геморроидальных узлов.

Выпадение невправимых узлов, частые обострения геморроя на фоне хронического процесса, упорные кровотечения являются показаниями к хирургическому лечению. Все больше специалистов-проктологов в последнее время склоняются к тому, что показания к радикальным операциям при геморрое слишком часты и что хороший эффект в очень большом числе случаев может быть достигнут с помощью амбулаторных, так называемых полухирургических методик, широко принятых проктологами-практиками за рубежом. Первая — лигирование узлов эластическими кольцами. В задний проход под местной анестезией через хирургический аноскоп с подсветом в ручке вводят специальный лигатор, с которого на ножку внутреннего узла набрасывают эластическое кольцо (шайбу) (рис. 3.3, а–г), передавливающее ножку узла выше зубчатой линии анального канала.

Затем верхушку узла освобождают от захватывающего крючка и инструмент извлекают из кишки. Через 3–4 дня передавленная упругим

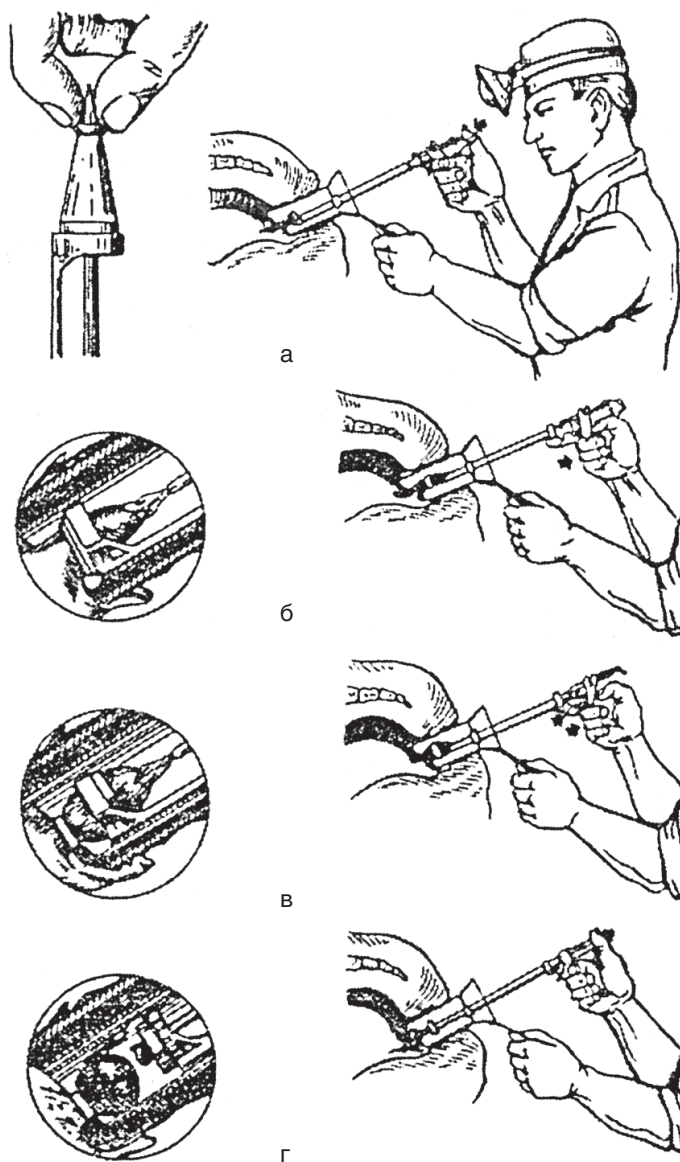


Рис. 3.3. Лигирование внутренних геморроидальных узлов (пояснения см. в тексте)

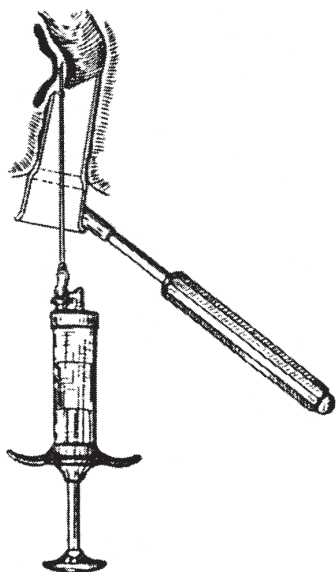


Рис. 3.4. Инъекционное лечение внутреннего геморроя. Правильное расположение иглы при введении склерозирующего препарата

кольцом ножка узла некротизируется и узел отпадает, а еще через 2–3 дня выделяется и сама шайба. За рубежом опубликованы уже тысячи таких манипуляций, как правило, успешных. Наш опыт также показал удовлетворительные результаты у 85,4% больных (прослеженных в течение минимум 3 мес после окончания сеансов лигирования). Второй метод — склеротерапия геморроя при кровоточащих, но невыпадающих внутренних узлах. Через аноскоп идентифицируют ножку внутреннего узла и через шприц с длинной иглой в верхушку узла (выше зубчатой линии анального канала) на глубину 1,5–2 см, до ощущения попадания иглы в пустоту (рис. 3.4), вводят склерозирующий раствор [натрия тетрадецилсульфат (Тромбовар[®]), лауромакрогол 400 (Этоксисклерол[®]), фенол с персиковым маслом].

Склерозирующее лечение применяют, как сказано выше, только при внутренних, невыпадающих узлах. Кровотечение во время дефекации как первый симптом геморроя выявляется у 40–50% больных, а вне стула — почти в 10 раз реже. При этом настоящая железодефицитная анемия констатируется очень редко, примерно в 1% случаев. По опыту проктологического госпиталя Св. Марка (Лондон), в среднем у одного из восьми больных с ректальными кровотечениями геморрагия была связана не с геморроем, а с более серьезной патологией, чаще всего с опухолью толстой кишки. Даже если при обследовании у больного выражены и явно кровоточат геморроидальные узлы, необходима колоноскопия, так как выше анального канала может, кроме геморроя, находиться опухоль, и такие совпадения геморроя и рака прямой кишки нередки, особенно у пожилых людей. Еще одним, очень редким источником ректального кровотечения, в том числе у больных геморроем, является так называемая солитарная язва прямой кишки. Это доброкачественная, невыясненной этиологии, плоская, кровоточащая при до-

трагивании колоноскопом язва диаметром 1–2 см, располагающаяся на уровне 1–13 см от ануса, чаще на передней стенке кишки. Необходимо брать биопсию с такой язвы, хотя случаев ее малигнизации не описано. Лечение солитарной язвы не требуется.

Две описанные полухирургические амбулаторные манипуляции очень популярны, особенно у зарубежных проктологов, и после несложного обучения их может и должен выполнять любой проктолог-практик. Что касается радикальной геморроидэктомии, то, на наш взгляд, лучшая методика — операция, разработанная Milligan и Morgan еще в 1937 г. (см. выше) и применяемая с успехом до сих пор с незначительными вариантами. После тщательного и полноценного растяжения ануса (под общим наркозом) идентифицируют локализацию внутренних узлов, которых, как говорилось выше, чаще всего три в определенных, также названных выше местах анального канала (рис. 3.5, а). Передавливают тонким зажимом ножку узла, перевязывают и прошивают ее ниже зажима. Затем очерчивают и иссекают снаружи внутрь этот узел до зажима вместе с относящимися к нему наружными узлами (рис. 3.5, б, в). При правильном прошивании ножки кровотечения нет, остается плоская перианальная рана (рис. 3.5, г). Также поступают с двумя другими внутренними узлами, и при классической методике Milligan–Morgan в конце операции остается открытая треугольная рана («резиновый вентилятор»), рубцевание которой, по мнению авторов, несколько суживает задний проход, предупреждая его временную недостаточность (рис. 3.5, д). В модификации А.Н. Рыжих в конце этой операции дно трех перианальных ран ушивают узловыми кетгутум без захвата краев слизистой оболочки и кожи, что ускоряет заживление.

Типичная операция выполняется в большинстве случаев, но все три узла выражены не всегда, и тогда удаляют один или два наибольших узла. Кроме того, в редких случаях определяют только наружные узлы (рассыпной тип геморроя), и тогда их просто перевязывают, обязательно оставляя между ними достаточно широкие полоски неповрежденной кожи (мостики тканей). Наиболее частое осложнение некачественной геморроидэктомии — стойкая рубцовая стриктура ануса, связанная с пренебрежением этой важной детали. Мы видели больного, которому хирург перевязал 22 (!) геморроидальных узла, возникла резкая, почти хрящевидная стриктура ануса, и дело закончилось сигмостомией. Напомним кратко историю геморроидэктомии в России. До 1950-х гг. операцию выполняли путем удаления отдельных крупных выпадающих узлов, которые поочередно захватывали

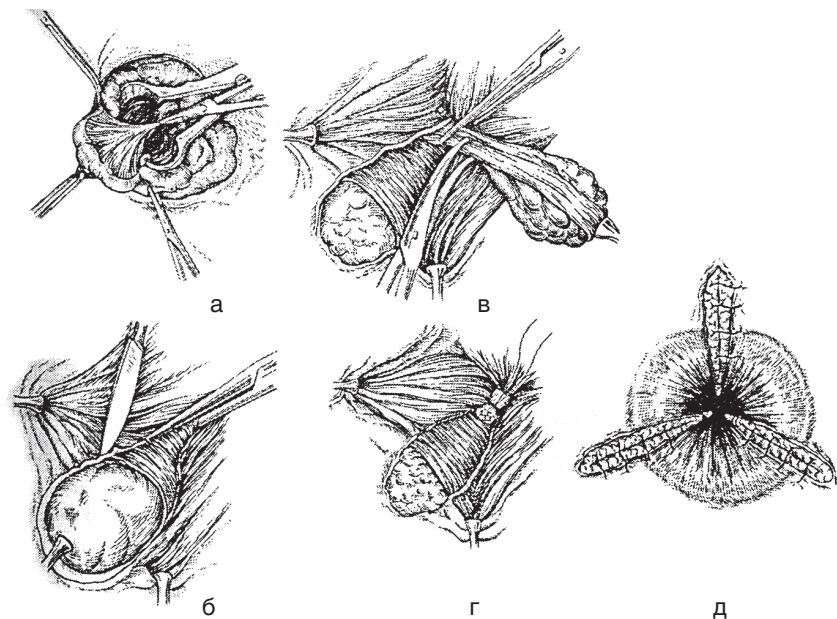


Рис. 3.5. Геморроидэктомия по Milligan—Morgan в модификации А.Н. Рыжих. Дно трех перианальных ран ушито узловыми швами (пояснения в тексте)

зажимом Люэра, перевязывали или прошивали их основания (ножки) и удаляли. Ни о каких других методиках речь и не шла, что было связано, как теперь ясно, с незнанием истинного патогенеза болезни. Выше уже описано, что, если бы не правильная оценка зарубежного опыта академиком В.С. Савельевым, еще много лет советские врачи имели бы давно устаревшие сведения об одной из самых распространенных болезней человека. Постоянное ознакомление и изучение зарубежной литературы обязательно. Этот процесс намного облегчен в наш компьютерный век, и обычно принятый в публикациях обзор литературы по любой теме должен быть не формальным, повторяющим известные классические работы (что, конечно, интересно и важно), а анализирующим данные последних 3—5 лет с обязательным обзором достижений ведущих профильных клиник. Ныне, с резким сокращением традиционных печатных научных публикаций, с превалированием интернет-данных, не требующих, как правило, рецензий ведущих специалистов, роль и научная совесть индивидуального ученого и тем более научного

коллектива, направляющих в печать свои разработки, резко повышена. Результаты лечения должны оцениваться не по их новизне (до сих пор почему-то необходимой при оценке, к примеру, диссертации), а по их реальной пользе для больного.

Из современных амбулаторных способов хирургии геморроя отметим применение аппарата EnSeal (Ethicon). Это биполярный коагулятор с обратной связью, что позволяет измерить импеданс (сопротивление) тканей и оказывает электротермическое воздействие, не превышающее 100 °С. Рабочий инструмент представлен в виде щипцов, имеющих биполярные контакты и оснащенных ножом. После сдавливания тканей и нажатия педали включения начинается коагуляция, а по окончании ее сжатием браншей активизируется нож, прорезая коагулированные ткани. Аппарат позволяет коагулировать без наложения лигатуры артерии диаметром до 7 мм. Техника вмешательства соответствует операции Milligan—Morgan, которая до сих пор является «золотым стандартом» геморроидэктомии.

Показания к радикальной операции при геморрое должны быть очень четко обоснованы, и ее должен выполнять проктолог, а не хирург, что до сих пор практикуется и из-за чего часты осложнения, о чем будет говориться специально. Наибольший опыт лечения геморроя всеми современными методами имеет московский ГНЦК (Благодарный Л.А., 1999).

В квалифицированной специальной литературе геморрой упоминается вместе с запорами. Бытует мнение специалистов, что если геморрой без запоров хотя редко, но встречается, то запоры без геморроя практически не описаны, особенно у пожилых больных. Наше собственное обследование проведено у 100 неотобранных больных геморроем в возрасте от 21 года до 79 лет (преобладали, как и предполагалось, мужчины — 72 больных). В большинстве это были люди, занятые сидячей работой (63%), а в группе женщин были в анамнезе роды (от 1 до 3). У 46 из 72 мужчин геморрой сочетался с запорами, но больные без запоров тем не менее составили значительное число — 38%, у них геморрой возник на фоне нормального регулярного стула (среди женщин таких было 6 из 22). Проведенное исследование подтверждает мнение о связи геморроя и запоров. При сильных натуживаниях уже имевшиеся крупные внутренние узлы («анальные подушки») сдвигаются вниз и пролабируют в задний проход. Если эти явления однократны и явно связаны с нарушениями диеты, то (особенно у молодых, физически сильных людей) выпавшие узлы ущемляются спастическим болевым сокращением сфинктера и возникает острый приступ геморроя, при

котором даже пальцевое ректальное исследование часто невозможно из-за резкой болезненности и спазма жома. Наоборот, при неоднократных выпадениях узлов у пожилых больных сфинктер «устаёт», и возникает та или иная степень анальной недостаточности. Литература по этой проблеме огромна (Ривкин, Капуллер, 2000). Изучение и лечение запоров — проблема отдельная и очень трудная, начиная с самого обозначения запоров, с их дефиниции. Толкование запора как функционального расстройства, особенно у маленьких детей, не имеющих органических поражений желудка или кишечника и просто не переваривающих какую-то пищу, переносится и на взрослых, у которых, действительно, подчас невозможно найти морфологическую причину этого хронического синдрома. В этом аспекте следует сказать, что если теоретики медицины (Дильман В.М., 1987) основывают взгляды на здоровье и болезнь адаптивным реагированием организма на экзо- и эндогенные факторы (Петленко В.П., Лисицын Ю.П., 2004) и признают так называемые функциональные заболевания, отдавая ведущую роль в патологии человека нервизму («стресс жизни», по Селье Г.), то патоморфологи (Давыдовский И.В., Саркисов Д.С.) утверждают, что причины функциональных болезней надо продолжать искать, определяя повреждающую роль определенных «материальных» факторов (микроорганизмы, травмы и др.). Наиболее наглядным подтверждением второго взгляда является недавнее открытие причин функционального гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки воздействием микроорганизма *Helicobacter pylori*. Мы придерживаемся именно этого взгляда, и многие исследователи ищут и все чаще находят возможные причины хронических запоров в тех или иных органических поражениях или аномалиях толстой кишки. С развитием и практическим внедрением диагностической и хирургической лапароскопии намного повысились возможности увидеть и анатомо-гистологически подтвердить многие патологические изменения в брюшной полости, которые могут быть причиной клинических синдромов. В. Salky и М. Edey выполнили первичную лапароскопию у 121 больного с острым животом и у 265 с хроническими периодическими болями в животе и нарушениями стула (диареей, запорами). В первой группе точный диагноз был точно установлен у 119, а во второй верифицирован у 201 (76%), и это были патология аппендикса (68 больных), спайки брюшной полости (тоже 68 случаев) и другая, более редкая, но органическая патология, подтвержденная гистологически (стертые формы болезни Гиршпрунга и др.). В наше время возможное и без-

опасное взятие биопсии с любого участка любого органа, в том числе при колоноскопии со слизистой оболочки толстой кишки, должно повысить точность диагностики функциональных запоров. В последние годы запоры небезосновательно вводят в ранг самостоятельного заболевания, хотя, повторим, во многих случаях они, вероятно, являются осложнениями, сопутствующей (?) патологией гастрита, холецистита, колита, различных анатомических аномалий толстой кишки (болезнь Гиршпрунга у детей, ее варианты у взрослых, дивертикулярная болезнь толстой кишки и т.д.).

Симптомокомплекс запора очень сложен, и древние медики [гениальный Авиценна (см. выше)] так описывали признаки запора: «задержание того, что должно быть извергнуто», «слабость изгоняющей и мощность удерживающей силы», «узость проходов и их закупорка», «плотность и вязкость вещества», «утрата ощущения необходимости изгнать, ибо опорожнению способствует и сила воли» В переводе на современный язык (Хаммад А., 1999) это задержка продвижения содержимого в узких сегментах кишечника, слабость мышц стенок толстой кишки при сопротивлении спазмированного анального жома, уплотненные каловые комки, утрата волевого позыва к дефекации. Из определений запора многие почему-то считают наиболее правильной дефиницию, предложенную более 40 лет назад Drossman: запор — это состояние, при котором дефекация проходит с натуживанием, и потуги занимают 25% ее времени, или если самостоятельный стул происходит реже 2 раз в неделю. Насколько нам известно, автор не проводил хронометраж длительности потуг при дефекации, а что касается частоты стула, то имеются достоверные старые данные (Аминев А.М.) о больших разбросах границ нормы стула — от 2 раз в сутки до 1 раза в неделю и более. Особенно интересна фундаментальная работа Burkitt и соавт. (1972). Авторы провели исследование дефекации и ежедневной массы выделяемого кала у жителей Европы и Африки и показали, что, к примеру, у сельских жителей Уганды масса кала в сутки составляет 467 г, а в США и Великобритании — 100–200 г. У жителей Уганды, питающихся в основном молоком и травами и потребляющих мясо 1 раз в месяц, запоров вообще не бывает (стул, как паста из тюбика), тогда как в США рафинированная, легкоусвояемая в желудке и тонкой кишке пища скапливается и сгущается в комки в толстой кишке, что и приводит к хроническим запорам (болезни цивилизации). В Энциклопедическом медицинском словаре (1988) сказано, что запор — это замедленное, затрудненное или систематически недостаточное

опорожнение кишечника. В Справочнике практического врача за 1994 г. сказано, что запор есть полиэтиологический синдром длительной задержки дефекации. Если эти два обозначения объединить, то, пожалуй, получится удовлетворительная дефиниция.

При очень частом сочетании запора с геморроем или реже с другими проктологическими болезнями (АТ, стриктурами ануса после неудачных операций по поводу парапроктита и т.д.) лечение запора следует начинать с оперативного лечения анальной патологии, с ликвидации болезненной дефекации, со снятия спазма анального сфинктера. Вторая важная мера — разжижение стула, применение слабительных средств, которых, как известно, множество и которые постоянно появляются и рекламируются. Эти средства применяют индивидуально, обязательно учитывая опыт самих больных. Борьба с запорами, особенно у больных геморроем, есть лечение (хотя паллиативное) самого геморроя, но оперировать геморрой радикально у больных хроническими запорами нецелесообразно из-за высокого риска рецидива.

Хронические запоры с тяжелой общей интоксикацией, не поддающиеся консервативному лечению, могут стать показанием к операции. D. Nyam и соавт. (1997) обследовали самыми современными методами 1000 больных запорами, и у 74 с диагнозом «атония толстой кишки» выполнена колэктомия с илеоректальным анастомозом. При средней длительности послеоперационного наблюдения 56 мес у 16 пациентов возникли осложнения (динамический илеус), излеченные консервативно, и у всех оперированных восстановился самостоятельный стул, 97% оперированных остались операцией довольны. В другой работе (Piccinillo et al., 1995) оперированы 54 из 416 больных с хроническими запорами (стул 1 раз в 7–8 дней), им выполнена колэктомия с подвздошно-прямокишечным анастомозом, и при наблюдении в течение 27 мес частота стула была в среднем 3 раза в сутки. К. Саламов, С. Ачкасов, С. Макоев (1998) наблюдали 446 больных, преимущественно молодых (средний возраст — 38,5 лет) с хроническим колостазом, ранее безуспешно лечившихся консервативно, и оперировали 74 из них: у шести сделана резекция прямой кишки и сигмы, у 16 — левосторонняя и у двух — правосторонняя гемиколэктомия, у 48 — субтотальная резекция ободочной кишки с асцендоректальным анастомозом и другие операции. Трое больных умерли, 58 прослежены в сроки от 6 мес до 18 лет. Нормальный самостоятельный кишечный транзит без болей в животе выявлен у 34, у 16 операции оказались неэффективными. Упорный запор, колостаз, даже при невыясненной или отсутствующей органической причине,

становится показанием к операции вплоть до колэктомии с илеоректальным или илеоанальным анастомозом, к которым, конечно, следует подходить очень осторожно и которые могут выполняться только после специального обследования в проктологических клиниках.

Геморрой постоянно обсуждается как в специальной, так и в популярной литературе, каждый год СМИ пестрят все новыми средствами для его лечения, больные, да и врачи не успевают оценить новые свечи, как появляется следующая реклама. А воз, как говорится, и ныне там: больных не становится меньше, операции по поводу геморроя по-прежнему выполняются общими хирургами, отчего не снижается частота типичных осложнений после сверхрадикальных вмешательств (стриктуры заднего прохода) или рецидивов болезни при неадекватной паллиативной перевязке отдельных узлов (см. «Опасности, осложнения и ошибки в проктологии»). Анализ серьезных профессиональных последних отечественных публикаций по геморрою проведен нами по докладам, представленным на Всероссийский съезд проктологов [Астрахань, журнал «Колопроктология», 2016, № 2 (56)]. Этой теме посвящено 23 доклада из 86 первого раздела работы съезда. В основном, как и следовало ожидать, специалисты предпочитают хирургию геморроя, почти не уделяя внимания консервативному лечению, которое, на наш взгляд, должно превалировать. Почти нет сообщений по амбулаторным методикам — инструментальной перевязке узлов латексными кольцами и по склеротерапии кровоточащего геморроя без выпадения узлов. Если правильно определять показания и владеть этими методиками, то частота радикальной геморроидэктомии будет и должна снижаться. Отметим правильные взгляды опытных проктологов Москвы (Болквадзе Э. и др.) о консервативном лечении кровоточащего геморроя, с чего, по нашему убеждению, надо начинать лечение всех этих больных, так же как надо лечить у всех больных геморроем почти всегда сопутствующие запоры. Что касается хирургии геморроя, то большинство специалистов предпочитают ту или иную модификацию операции Milligan—Morgan, что можно только приветствовать. С другой стороны, получает определенное распространение вариант дезартериализации геморроидальных узлов с их удалением (операция HAL—RAR), что, на наш взгляд, есть дань моде, как это в свое время было со сложной техникой эндоректальной слизисто-подслизистой резекции (операцией Лонго), которая, к сожалению, все еще применяется. Операции с достоверной оценкой степени тяжести болезни и результатов разных операций методом доплеровского сканирования представлены Elmer

и соавт. (2013). У 20 больных II и III стадией геморроя выполнена трансанальная дезартериализация геморроидальных сосудов с последующей анопексией (операция HAL–RAR), а у других 20 — открытая геморроидэктомия. Больных наблюдали ежедневно в течение 1 нед, а затем опрашивали через 2, 4 и 12 мес. В первой группе боли в области операции были меньше ($p < 0,05$), но затем их интенсивность сравнялась. Через год боли, кровотечения и необходимость ручного вправления узлов были в обеих группах одинаковы; перианальная влажность кожи, АЗ и некоторые другие признаки анальной недостаточности после открытой операции были достоверно меньше. Эта работа, давшая начало многим разработкам отечественных проктологов (Титов А.Ю. и др., В.П. Судаков и др., Погосян А.А. и др.), так же как и применение техники *Harmonic focus* (Данилов М.А. и др.), свидетельствуют о достаточной разработке проблемы в предыдущее время, когда были четко определены показания к операции (чаще всего это радикальная геморроидэктомия по Milligan–Morgan), внедрены полухирургические амбулаторные методы лечения, такие как склеротерапия и трансанальная перевязка ножек трех основных внутренних узлов латексными кольцами (шайбами). В этой и других многочисленных и постоянно публикуемых работах по геморрою все внимание по-прежнему отводится показаниям к операциям и их технике, тогда как, по нашему мнению, лечение хронического геморроя должно быть изначально консервативным, что дает возможность многим больным, особенно пожилым людям с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, много лет жить вполне удовлетворительно и не подвергаться опасностям и осложнениям операции, которые при радикальной геморроидэктомии все еще нередки. Главное, повторим, — лечение запоров, и еще главнее — обязательная колоноскопия перед началом лечения геморроя.