

Диагностика и лечение симптомов воспалительных заболеваний кишечника: анальный зуд

Воспалительные заболевания кишечника часто проявляются симптоматикой, которая часто не вызывает должного внимания у врачей-специалистов, и, как следствие, больному не назначается нужное эффективное лечение. Один из самых частых симптомов — зуд заднего прохода (анальный зуд, зуд аноректальной области) является грозным проявлением основного заболевания. Пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника обращаются к терапевту, гастроэнтерологу, хирургу или проктологу, которые должны уметь незамедлительно оказать пациенту помощь и назначить лечение.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, аноректальная область, кожа перианальной области, прямая кишка, зуд заднего прохода, Ультрафрокт

Аноректальная область имеет сложное строение (рис. 1). Просвет заднепроходного канала представляет собой щель. В верхней части заднепроходного канала на слизистой оболочке имеется от 6 до 12 продольных складок, известных под названием заднепроходных (анальных) столбов — органических колонок (рис. 2). Их дистальная граница расположена на уровне середины внутреннего сфинктера. Здесь соседние столбы соединяются со складками слизистой оболочки. Немного ниже этих заслонок слизистая оболочка переходит в кожу заднего прохода.

Мышечная оболочка заднепроходного канала состоит из внутреннего кругового и наружного продольного слоя мышц. Круговой слой участвует в образовании поперечных складок. Толщина циркулярного слоя увеличивается у промежностного изгиба и образует внутренний сфинктер.

В продольный мышечный слой прямой кишки на уровне диафрагмы таза вплетаются волокна мышцы, поднимающей задний проход. Выходной отдел прямой кишки кольцеобразно охватывает мышечный наружный сфинктер заднего прохода, состоящий из поперечно-полосатых мышечных волокон (произвольный сфинктер). На расстоянии 3—4 см от заднепроходного отверстия утолщенные круговые мышечные волокна образуют непроизвольный внутренний сфинктер. На расстоянии 10 см от заднепроходного отверстия круговые волокна образуют еще один непроизвольный сфинктер (Гепнера).

Русский анатом К.О.Гепнер в 1802 г. при исследовании трупов доказал наличие 3-й сжимающей задний проход мышцы, лежащей ниже ампулы и состоящей из двух петель,

которые, иногда слипаясь, образуют кольцевидную мышцу. Ученый считал, что эта мышца удерживает только твердый кал, а запирающую функцию может осуществить лишь при взаимодействии с наружным и внутренним анальными сфинктерами.

Держание кишечного содержимого представляет собой комплексный процесс, контролируемый как местным рефлекторным, так и сознательным волевым усилием, и зависит от взаимодействия ряда факторов. Главными среди них являются:

- координированная активность гладких и поперечно-полосатых мышц в области заднепроходного канала и тазового дна;
- анатомическая целостность этих образований и консистенция кишечного содержимого в прямой и ободочной кишке.

Гладкая мускулатура заднепроходного канала, прямой кишки и внутреннего сфинктера заднего прохода отвечает на местные раздражения и рефлексы, передаваемые автономной нервной системой. Поперечно-полосатая мускулатура произвольно управляемого сфинктерного аппарата контролируется центрами спинного и головного мозга посредством соматических центробежных и центростремительных пучков нервных волокон.

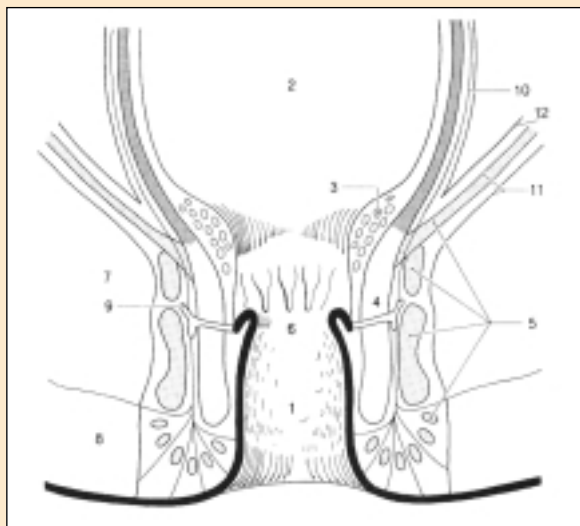
Замкнутое состояние заднепроходного канала поддерживает внутренний сфинктер, предотвращающий случайное прохождение газов и жидких фекалий. Наружный сфинктер заднего прохода за счет мощного сокращения сохраняет держание в случаях, если обычные механизмы с трудом справляются с обильными массами жидких фекалий. Функция держания в большой степени зависит от лобково-прямокишечной мышцы, поддерживающей необходимый аноректальный угол. При ее повреждении возникает тяжелое недержание кала.

Зуд заднего прохода, возникший вследствие нарушения анатомии и физиологии аноректальной области, является

■ Зуд заднего прохода является грозным симптомом воспалительных заболеваний кишечника.

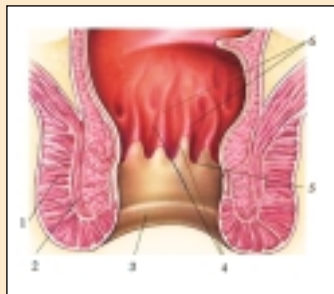
■ Во время эндоскопии следует обратить внимание на заднепроходные пазухи (крипты) и продольные складки (папиллы), где могут быть свищи и трещины.

Рисунок 1. Схематическое изображение аноректальной области



1 — анальный канал; 2 — прямая кишка; 3 — кавернозная сосудистая ткань прямой кишки; 4 — внутренний анальный сфинктер; 5 — наружный анальный сфинктер; 6 — анальные крипты (граница эктодермы); 7 — ишиоректальное пространство; 8 — подкожное перианальное пространство; 9 — рудиментарные железы прямой кишки; 10 — продольный мышечный слой прямой кишки; 11 — фасция тазового дна; 12 — брюшина.

Рисунок 2. Задний проход. Морганиевы колонки и крипты



1 — наружный сфинктер заднего прохода; 2 — мышца, поднимающая задний проход; 3 — кожа; 4 — морганиевы пазухи (крипты); 5 — зубчатая линия; 6 — морганиевы колонки (папиллы).

Рисунок 3. Аноскопия. Лихенизация и экзематизация перианальной кожи и слизистой заднепроходного отверстия у больного с зудом заднего прохода

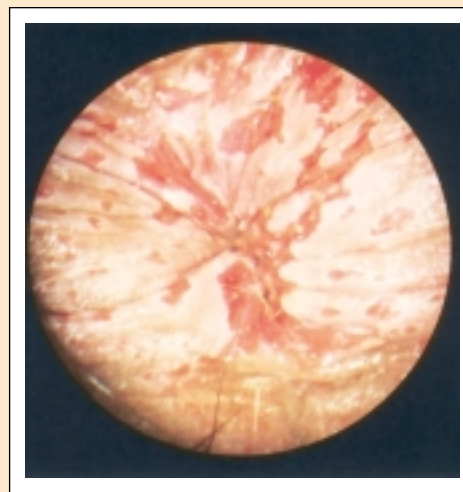


Рисунок 4. Аноскопия. Острый сфинктерит, криптит



упорным, мучительным симптомом и создает проблемы как социального, так и медицинского характера.

При воспалительных заболеваниях прямой кишки (сфинктериты, язвы, свищи, криптит, папиллит), геморрое и опухолях возникает так называемый вторичный зуд. Раздражение перианальной кожи ферментами и желчью, остающимися в фекалиях, может наблюдаться у больных с заболеваниями органов пищеварения и недостаточностью сфинктера заднего прохода. Зуд также часто возникает при кожных болезнях, сахарном диабете, глистной инвазии (острицы), хронических вагинитах, трихомонадном кольпите, а также после лечения антибиотиками.

Клинические проявления анального зуда могут варьировать от легкого раздражения кожи в области заднего прохода

до тяжелых хронических форм. Наблюдается цикличность заболевания. Стрессовые ситуации провоцируют обострения основного заболевания и его основных симптомов.

Для подтверждения диагноза назначают проктологическое исследование. Во время аноскопии или ректоскопии следует оценить состояние кожи вокруг заднего прохода. У больных, длительное время страдающих анальным зудом, кожа вокруг заднепроходного отверстия гиперемирована, с эрозиями и лихенизацией (рис. 3). Легко обнаруживаются и геморроидальные узлы. При пальцевом исследовании необходимо обратить внимание на тонус сфинктера заднего прохода, который может быть снижен, провоцируя воспаление перианальной зоны, или повышен. У больных с первичным зудом могут наблюдаться спазмы заднего прохода. В конце пальце-

вого исследования больного просят натужиться. В норме давление в заднем проходе снижается, а при нарушениях дефекации, обусловленных диссинергией мышечного аппарата, повышается. Во время эндоскопии следует обратить внимание на заднепроходные пазухи (крипты) и продольные складки (папиллы), где могут быть свищи и трещины (рис. 3). Помимо аноскопии следует провести и колоноскопию.

Анальный зуд — один из основных симптомов воспалительных заболеваний кишечника: сфинктерита, парапроктита, папиллита и криптиты.

При сфинктеритах во время аноскопии наблюдается более или менее равномерная гиперемия, эрозии и отек слизистой оболочки заднего прохода. На развитие криптиты указывает наличие локальной болезненности при пальпации в области расположения морганиевых крипт и колонок, а при аноскопии — увеличение их в размере за счет воспалительных изменений (рис. 4).

При папиллите анальные бахромки гиперемированы, отечны, приобретают полиповидную форму.

Кондиломы заднего прохода разрастаются на коже, окружающей задний проход, и представляют собой мелкие плотные бородавчатые узелки или остроконечные элементы типа папиллом. Больные обычно жалуются на анальный зуд, чувство инородного тела в области промежности, ощущение влажности кожи в этой области, боль в области заднего прохода во время дефекации.

Одной из распространенных причин периодического анального зуда являются острицы, наиболее часто встречающиеся среди детского населения. Диагноз устанавливают при микроскопии соскоба со слизистой оболочки заднего прохода. Иногда остриц можно увидеть при эндоскопии толстой кишки.

Анальный зуд может присутствовать и при других заболеваниях, поэтому дифференциальную диагностику следует проводить с каждым из них:

- лейкоплакией;
- предраковым дерматозом (болезнь Боуэна);
- кондиломами;
- опухолями аноректальной области.

Лейкоплакия заднепроходного канала — хроническое воспаление слизистой оболочки, сопровождающееся ее утолщением и ороговением. Появление на слизистой оболочке характерных для лейкоплакии белесых пятен обусловлено метаплазией плоского эпителия, проявляющейся гиперкератозом и акантозом. Вследствие этого развивается прогрессирующая дисплазия эпителия, часто приводящая к малигнизации. Зуд и ощущение дискомфорта в перианальной области и заднепроходном канале являются основными симптомами лейкоплакии. При осмотре этой области наблюдаются характерные белесые пятна различной величины. Точный диагноз устанавливают после проведения гистологического исследования биоптатов пораженных участков слизистой оболочки. При лейкоплакии показано хирургическое лечение.

Для предракового дерматоза (болезни Боуэна) характерен постепенный рост резко отграниченных красновато-коричневых шелушащихся зудящих экзематозных высыпаний. Точ-

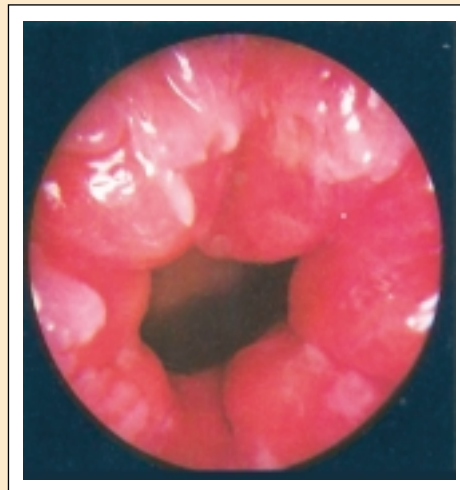
Рисунок 5. Аноскопия. Множественные кондиломы заднего прохода



Рисунок 6. Аноскопия. Плоскоклеточный рак заднего прохода



Рисунок 7. Аноскопия. Рак заднего прохода



ный диагноз устанавливают при проведении гистологического исследования пораженной кожи. Характерна гипертрофия покровного эпителия и наличие атипичных клеток в ростковом слое эпидермиса.

Кондиломы заднего прохода представляют собой мелкие плотные бородавчатые узелки или остроконечные элементы типа папиллом, разрастающиеся на окружающей задний проход коже. Они часто появляются в результате длительного раздражения кожи выделениями из прямой кишки. Остроконечную кондилому вызывает вирус папилломы человека. Кондиломы могут располагаться в виде отдельных островков вокруг заднего прохода или окружать его сплошным слоем, образуя разрастания серо-бурого цвета, по виду напоминающие цветную капусту (рис. 5). Обычно больные жалуются на чувство инородного тела в области промежности, ощущение влажности кожи в этой области, боль в области заднего прохода во время дефекации и анальный зуд.

Злокачественные опухоли заднепроходного канала и перианальной области (рак и меланома) встречаются редко. Возникающая в эпидермальной части раковая опухоль относится к плоскоклеточному раку кожи (*рис. 6*), а опухоль в слизистой оболочке заднего прохода имеет сходство с раком прямой кишки (*рис. 7*).

Ощущение дискомфорта, зуд в заднем проходе являются характерными клиническими симптомами плоскоклеточного рака, позднее к ним присоединяется боль, кровотечения и недержание кала. При инфильтративно-язвенном типе вначале появляется небольшое опухолевидное образование с гладкой поверхностью, которое быстро изъязвляется. При папиллярной форме развивается бородавчатоподобное образование с сосочковой поверхностью (рис. 5). Для постановки диагноза проводят anoscopy и гистологическое исследование биоптатов.

Около 3% всех меланом локализуется в аноректальной области, чаще — в заднепроходном канале, реже — в зоне переходной складки слизистой оболочки или в слизистой оболочке нижнего сегмента прямой кишки, что является ее характерной особенностью. Опухоль чаще плоская или полиповидная на широком основании, темной окраски и небольшого размера. Вначале клиническая картина полностью отсутствует, но затем опухоль начинает быстро расти и рано дает метастазы.

Хроническое воспаление перианальной зоны и заднего прохода, связанное с инфицированием вирусом папилломы, обычно передающимся половым путем, часто предшествуют раку заднего прохода. В связи с этим фактором риска рака заднего прохода являются гомосексуальные связи, хламидиозная и вирусная инфекции, особенно ВИЧ, гонорея и др. Раковую опухоль, возникающую в эпидермальной части, относят к раку кожи (*рис. 3*), а опухоль, развивающаяся в слизистой оболочке заднего прохода, имеет сходство с раком прямой кишки (*рис. 6*). Зуд и дискомфорт в заднем проходе являются наиболее ранним симптомом рака, позднее появляются кровотечения и боль. Примерно в 50% случаев в анамнезе имеются сведения о папилломах и гомосексуальных связях.

СУППОЗИТОРИИ И МАЗЬ Ультрапрокт

флуокортолон + цинхокаин

**Быстрое и эффективное
лечение геморроя и
воспалительных
заболеваний заднего прохода**

Краткая информация по препарату Ультрапрокт

Лекарственные формы: мазь ректальная, суппозитории ректальные.

Состав: В 100г мази: 0,0945г флуоркортолоне гексаноата, 0,0916г флуоркортолоне пивалата и 0,500г цинхокаина гидрохлорида. В 1 суппозитории: 0,0300г флуоркортолоне гексаноата, 0,012 мг флуоркортолоне пивалата и 1,0 мг цинхокаина гидрохлорида.

Показания

Геморрой, поверхностные анальные трещины, проктит.

Противопоказания

В области нанесения: туберкулезные или сифилистические процессы; вирусные заболевания (герпетическая роза), реакция на вакцинацию; лечение детей и подростков на режиме лечения; I триместр беременности; повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Побочное действие

Жжение, кожный зуд, сухость кожи. При длительном применении Ультрапрокта возможно появление местных суппуляторных симптомов: абсцессов, фурункул, телеангиоэктазий, гипопигментаций. В редких случаях возможны аллергические реакции.

Способ применения и дозы

Мазь: дважды в день, в первый день для максимального облегчения симптоматики – до 4-х раз. Суппозитории: один суппозиторий, вводят глубоко в прямую кишку. При тяжелой форме в первый день два раза в сутки вводят по 2 суппозитория.

После введения суппозитория по желанию можно принять душ.

Рег. №: - суппозитории: П №014591/01; мазь: П №014591/02.

Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

Выпуск завода «Медисон» ЗАО «Байер Фарма Россия»
Тел.: 8(800) 100 1000 Москва, ул. Рублевская, д. 18 стр. 2
E-mail: info@medison.ru
Сайты: www.medison.ru, www.bayer.ru

Пол. №: Ультрапрокт мазь ректальная П№014591/02, суппозитории ректальные П№014591/01

ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОГО ЗУДА

В первую очередь больному дают рекомендации по предупреждению запоров. С этой целью необходимо употреблять пищу, содержащую большое количество пищевых волокон (овощи, фрукты).

Для устранения воспаления в прямой кишке, заднем проходе и перианальной области назначают ванночки с настоем ромашки. После ванночки промежность насухо вытирают полотенцем, на область заднего прохода подкладывают вату с присыпкой из талька (3–5 раз в сутки), а в задний проход вводят свечу или мазь, обладающую противовоспалительными свойствами.

Одним из наиболее эффективных препаратов в данном случае является Ультрапрокт, в состав которого входят два мощных противовоспалительных компонента и анестетик. Ультрапрокт выпускается в двух лекарственных формах — мазь и свечи. Свечи Ультрапрокт оптимально применять при воспалении внутренних отделов слизистой оболочки прямой кишки, в то время как мазь удобна для лечения поражений наружных отделов. При этом в отличие от других препаратов, которые также могут применяться (Посте-

ризан, Натальсид, Проктоседил и Проктозан), Ультрапрокт обладает более выраженным противовоспалительным и противозудным действием за счет двух активных компонентов, один из которых оказывает быстрый эффект, а другой обеспечивает длительный контроль над воспалением.

Дополнительно назначают физиотерапевтическое лечение: электрофорез анестезирующих смесей, УФО, УВЧ-терапию.

Больному также показаны психотропные препараты, гипнотерапия и аутогенные тренировки, поэтому в лечении первичного зуда должен принимать участие психотерапевт.

При лечении вторичного анального зуда, помимо проведения местного лечения, необходимо добиться ремиссии или устранения основного заболевания.

При первичном зуде заднего прохода прогноз во многом зависит

от выраженности невротического синдрома, а при вторичном зуде прогноз благоприятный при условии правильной диагностики и лечения основного заболевания. Особенно это касается комплексного лечения воспалительных заболеваний кишечника.

■ **Свечи Ультрапрокт оптимально применять при воспалении внутренних отделов слизистой оболочки прямой кишки, в то время как мазь удобна для лечения поражений наружных отделов.**



"Не просто смотреть, но видеть"
А.М. Вейн

Вейновские
Чтения

8-я ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ
АКАДЕМИКА А.М.ВЕЙНА

13-4

ФЕВРАЛЯ
2012 г.

Г.МОСКВА, УЛ. ПРЕЧИСТЕНКА, 16
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ДОМ УЧЕНЫХ РАН

VEIN.PAININFO.RU