Геморрой - одно из самых распространенных заболеваний человека. Геморроем страдают более 10% взрослого населения, а его удельный вес среди болезней прямой кишки составляет около 40%.

Термин геморрой встречается в рудах Гиппократа и в переводе с греческого означат «кровотечение», отражая тем самым лишь наиболее яркий признак болезни. С современных нозологических позиций к геморрою следует отнести все разнообразие клинических проявлений патологических изменений геморроидальных узлов (кровотечение, выпадение внутренних, тромбоз, и набухание наружных узлов, некроз и гнойное расплавление их, мацерацию, сопровождающуюся зудом).

Этиология.

существует целый ряд теорий развития геморроя:

1. теория врожденной недостаточности венозной системы
2. застой в венах прямой кишки, нарушение оттока по венозным стволам, проходящим через мышцы сфинктера заднего прохода
3. влияние механических факторов (запор), малоактивный образ жизни, характера трудовой деятельности, беременности и пр,
4. теория экзо- и эндогенных интоксикаций (злоупотребление алкоголем, острой пищей и пр), интоксикационных агентов
5. нейрогенная, эндокринная, аллергическая теории и т.д.

Все перечисленные теории пытаются объяснить развитие геморроя изменениями венозной системы. Однако, как известно, характерным признаком заболевания является выделение алой крови, которое с позиций патологии только венозной системы объяснить невозможно.

Следует обратить внимание на современное объяснение развития геморроя, в основе которого лежит нарушение оттока крови по венулам от кавернозных телец, располагающихся в стенке прямой кишки, которые являются субстратами геморроидального узла.

**Патологическая анатомия.**

Работами Капуллера (1969-1973) доказано, что геморроидальный узел представляет собой гиперпластическое изменение кавернозной ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тельца по улитковым артериям и затрудненным оттоком ее по отводящим венулам. Улитковые артерии, расположенные в стенках кавернозных вен и трабекулах кавернозных лакун, впадают в кавернозные тельца, не распадаясь на капилляры. Наличие кавернозной ткани прямой кишки является нормальным состоянием. Она закладывается на 7-8 недели эмбрионального развития в дистальном отделе прямой кишки в подслизистом слое на уровне столбов Моргани и под кожей в области заднепроходного отверстия. В 2\3 случаев кавернозные тельца образуют группы, локализующиеся на 3, 7 и 11 часов (положение на спине), соответственно расположению сосудов. В 1\3 случаев они располагаются диффузно. Внутренние геморроидальные узлы связаны с системой верхней прямокишечной артерии. Наружные геморроидальные узлы образуются из артериовенозного сплетения нижних геморроидальных сосудов, равномерно распределяющихся под перианальной кожей вокруг заднего прохода. В связи с этим, отсутствует четкая локализация наружных геморроидальных узлов. Между внутренними и наружными узлами находятся фиброзная перемычка, разделяющая их.

**этиология**

Рассматривая **этиологию** геморроя, следует различать первичное и вторичное расширение вен прямой кишки.

К вторичному относятся:

1. расширение вследствие недостаточности сердца и застоя
2. портальная гипертензия (при циррозах печени, тогда это портальный анастомоз)
3. при опухолях малого таза, когда сдавлены вены, отчасти при беременности

Главное, это лечить такой геморрой - бесполезное, а иногда и вредное мероприятие (нарушение портокавальных анастомозов).

Различают три **ФОРМЫ** геморроя:

1. наружный
2. внутренний
3. смешанный (комбинированный)

Геморрой начинается с **периода предвестников** (неприятные ощущения в области заднего прохода, легкий зуд, некоторое затруднения во время дефекации).

**Клиническими проявлениями** геморроя являются:

1. кровотечение
2. выпадение или выпячивание геморроидальных узлов (иногда с ущемлением)
3. боли в области заднего прохода

**Кровотечения** бывают чаще после акта дефекации, в виде капельных брызг или примеси алой крови. Иногда бывает 100-150 мл. Причина - разрыв узла в момент напряжения и прохождения каловых масс. Алый цвет - наличие артериовенозных анастомозов. Редко выраженная анемия. Исключить опухоль левой половины толстой кишки.

**Выпадают** чаще внутренние геморроидальные узлы, и тогда может наступить их ущемление. Различают три стадии выпадения.

1 стадия. Узлы пролабируют из заднего прохода во время акта дефекации и самостоятельно вправляются.

2 стадия. Необходимо вправлять выпадающие узлы

3 стадия. Узлы выпадают при малейшей физической нагрузке.

Причиной **болей** может быть ущемление узла, воспаление его, тромбоз. Местно: больших размеров, напряженный, покрытый слизистой болезненный узел - при ущемлении. Плотный , синюшный, болезненный при тромбозе. Гиперемия , иногда гнойное отделяемое, резкая болезненность, напряжение - при воспалении. Могут быть изъязвления.

**Диагноз** при наружном геморрое сравнительно прост. При внутреннем - важно пальцевое исследование (определяют болезненность его стенок, их патологическую подвижность, наличие каких-либо патологических изменений в области зубчатой линии, где обычно локализуются внутренние отверстия параректальных свещей, анальные трещины), осмотр ректо- и аноскопом. При тромбозе геморроидальных узлов ректороманоскопию выполняют после ликвидации острого процесса.

Геморрой следует **дифференцировать** от анальной трещины, полипа, парапроктита, ворсинчатой опухоли, рака прямой кишки.

Следует обратить особое внимание, что прежде чем лечить больного от кровоточащего геморроя нужно исключить рак прямой и толстой кишки.

**Консервативное лечение** при мягких нетромбированных узлах:

1. диетотерапия, предупреждающая запоры, исключающие острые, соленые продукты и алкоголь. Важен режим питания, особенно его ритм.
2. очистительные и лекарственные клизмы
3. лечебная физкультура (велосипед, плавание, бег)
4. физиотерапия (теплые сидячие ванны с KMnO4 2-3 раза в день)

При тромбозе и воспалении показаны:

постельный режим, диетотерапия, вяжущие, охлаждающие противовоспалительные примочки (свинцовая, буровская, с риванолем, марганцовая), свечи с белладонной, ихтиолом, анестезином, антибиотиками, микроклизмы с рыбьим жиром, вазелином, облепиховым маслом, маслом шиповника.

При тромбозе - назначение антикоагулян-тов.

При кровотечении - свечи с тромбином, адреналином.

Склерозирующая терапия - при хроническом геморрое, проявляющемся только кровотечения-ми без выпадения узлов (противопоказания: заболевания предстательной железы, гипер-тоническая болезнь, инфекционные и воспалительные заболевания прямой кишки):

1. введение новокаина этиловым спиртом в каждый узел по 5мл и 0,5% новокаина +1мл 70% спирта, за сеанс не больше трех узлов
2. ментол с карболовой кислотой, раствором новокаина или подсолнечным маслом.

**Хирургические методы.**

Абсолютные показания:

1. упорные кровотечения, не поддающиеся консервативному лечению
2. наличие больших узлов, нарушающих дефекацию, осложненных кровотечением, воспалением, ущемлением
3. изъязвление

Противопоказания:

1. гипертоническая болезнь
2. портальная гипертензия

В последнее время появились рекомендации оперировать и в остром периоде (после 5-6 дней в стационаре). Особенностями операции являются тщательное выделение тромбиро- ванного узла после обязательного прошивания и перевязки ножки и не полное , а частичное ушивание перианальных ран после удаления узлов. В послеоперационном периоде дву-кратные ежедневные перевязки с применением сидячих ванночек и наложением повязок с мазью Вишневского.

Если не считать отжигания гемор-роидальных узлов, известного еще со времен Гиппократа, все **способы хирургического лечения** можно разделить на 3 группы:

1. перевязка узлов
2. иссечение их
3. пластические операции (метод Уайтхеда), которые, однако, не получили широкого распространения из-за сложности техники выполнения.

*ПЕРЕВЯЗКА* геморроидальных узлов, впервые предложенная в 1829 году, получила широкое распространение среди зарубежных хирургов и стала одной из самых распространенных операций при геморрое в России. Метод не является радикальным, т.к. при нем кавернозная ткань, из которой развивается геморроидальный узел, удаляется не полностью. Рецидивы - у 20-30% больных,а также отек перианальных тканей и у 30% больных - задержка мочи (из-за боли - спазм гладкой мускулатуры уретры).

*ИССЕЧЕНИЕ* геморроидальных узлов - более прогрессивный метод оперативного лечения геморроя. Наиболее распространенная модификация иссечения узлов у нас - по Н,А,Рыжих, в основе которой лежит методика, предложенная Мартыновым (1907). Техника операции: узел оттягивается зажимом Люэра, вокруг его шейки надсекается слизистая, узел прошивают шелком, перевязывают и отсекают. Под культю каждого узла - 1 мл 2% раствора новокаина (профилактика послеоперационных болей и отека).

Геморроидэктомия по *Милигану - Моргану.*

В хирургии часто бывает, что врачи имперически , намного раньше теоретиков, разрабатывают и применяют операции, которые впоследствии находят патогенетическое обосноване. Так произошло и с геморроем. Еще в 1919 году W. Miles писал о трех геморроидальных узлах, а позже в 30-х годах E. Miligan и C. Morgan разработали «геморроидэктомию снаружи внутрь», направленную на иссечение этих трех узлов, расположенных на 3, 7 и 11 часах по циферблату (при положении тела на спине). Свое обоснование эта операция нашла более чем через полвека после ее эмпирической разработки. Эта операция Миллигана-Моргана продолжает модифицироваться.

В модификации НИИ проктологии: после ревизии стенок заднепроходного канала, которая может быть проведена с помощью ректального зеркала, внутренний узел на 3 часах по циферблату захватывают за верхушку окончатым зажимом Люэра. Геморроидальный узел подтягивают кнаружи. Обнажается ножка (шейка) узла, располагающаяся несколько выше зубчатой линии заднепроходного канала. На шейку узла накладывают зажим Бильрота таким образом, чтобы концы браншей зажима доходили до сосудистой ножки (рис 1). Затем скальпелем , непосредственно над зажимом, геморроидальный узел отсекают до сосудистой ножки (рис 2). Последнюю прошивают кетгутом 5 и завязывают вначале со стороны зажима, а затем с противоположной стороны так, чтобы узел лигатуры располагался на противоположной стороне от раны (рис3). Обычно этого бывает достаточно для обеспечения надежного гемостаза сосудистой ножки геморроидального узла. Однако для дополнительного гемостаза непосредственно у верхнего края раны под основании узла накладывают шов кетгутом 00, дважды прошивая слизистую оболочку с подслизистым слоем стенки прямой кошки (рис3). Затем отдельными узловыми кетгутовыми швами ушивают образовавшуюся рану. В шов захватывают края слизистой оболочки и дно раны (рис 4). После наложения швов на всю рану лигатуры срезают. Выше места перевязки ножки геморроидального узла его отсекают (рис 5), оставляя культю толщиной не более 0,5 см. Аналогично удаляют внутренние геморроидальные узлы на 7 и 11 часах по циферблату. После удаления трех внутренних геморроидальных узлов в заднепроходном канале остается при культи, от основания которых в радиальном направлении располагаются ушитые раны линейной формы (рис 6). Таким образом суть операции в иссечение узлов на 3, 7 и 11 часах с восстановлением слизистой оболочки заднепроходного канала (ложе узлов и кожную часть раны ушивают отдельно кетгутовыми швами) - что дает меньший процент послеоперационных кровотечений, но технически операция сложнее. После обработки ушитых ран 1% спиртовой настойкой йода в просвет прямой кишки вводят газоотводную трубку с внутренним диаметром 0,5 см, обернутую салфеткой с мазью Вишневского.

**Послеоперационный период.**

После операции на повязку накладывают резиновый пузырь со льдом. Обезболивающие средства - первые два дня. Ходить на следующий день после перевязки. Придерживаются более активного поведения больных в послеоперационном периоде. Палатный режим назначается на следующий день после операции.

Перевязка: туалет, обработка перианальной области раствором йодоната, через газоотводную трубку вводят 10 мл мази Вишневского и извлекают трубку вместе с салфеткой. В анус вводят свечу с обезболивающими препаратами. Перевязки - ежедневно. На 4-5 день и 7-й день - пальцевое исследование для контроля за состоянием стенок заднего прохода. Стул вызывают на 3 день, назначают 30 мл вазелинового масла накануне вечером и утром 3-го дня. При отсутствии самостоятельного стула на 4-й день ставят очистительную клизму ( врачебная манипуляция). После первого стула перед перевязкой и в дальнейшем ежедневно больным назначают общие ванны. В 1-й и 2-й день - бульон, яйца, каши, с 3 дня - отварное мясо, рыба, курица. В течение 1 месяца исключают острое, соленое, алкоголь. Наблюдение у в врача в течении 1 месяца после операции, в этот период 2-3 раза пальцевое исследование. Трудоспособность восстанавливается через 20-30 дней после операции.

**Послеоперационные осложнения.**

Ранние:

1. кровотечение (прорезывание или соскальзывание лигатуры)
2. перианальный отек (следствие неполного удаления наружных геморроидальных узлов отток от кавернозных образований, оставленных в перианальной области практически прекращается - стойкий отек, который может держаться до 1.5-2 месяцев)
3. острый воспалительный процесс в зоне операции в результате инфицирования ран.

Поздние:

1. рубцовые изменения в заднепроходном канале
2. сужение заднего прохода
3. недостаточность сфинктера
4. неполные внутренние свищи

Таким образом, в этиологии и патогенезе геморроя основное значение имеют гиперплазированные кавернозные тельца прямой кишки, которые подлежат удалению. Именно в этом заключается радикализм геморроидэктомии. После иссечения узлов наиболее оптимальные условия заживления ран создаются при полном ушивании раневых поверхностей. С паллиативной целью у больных высокого операционного риска можно прибегать к лигированию выпадающих узлов латексными шайбами.