**Геморрой. Диагностика. Лечение, общие сведения.**

Диагностика.

Диагностика геморроя не представляет труда. Большую роль играет изучение жалоб больного и анамнеза, особенно в первые стадии заболевания, когда при объективном обследовании расширение геморроидальных узлов выявить трудно. Жалобы больного на чувство влажности, тяжести в области заднего прохода и зуд должны заставить подумать врача о геморрое. Надо помнить и думать при дифферинциальной диагностике возможную связь этих симптомов с гельминтозом. При изучении анамнеза необходимо тщательно выявить наличие характерных для геморроя признаков. Тесная рефлекторная связь прямой кишки с другими органами пищеварения может обусловить при геморрое функциональные изменения со стороны желудка и вышележащих отделов кишечника: отрыжка, изжога, вздутие живота, изменение аппетита. Поэтому наличие этих симптомов не должно быть поводом к отказу от диагноза геморроя, но должно обязательно привести к необходимости исследования всего желудочно-кишечного тракта.

Исследование прямой кишки начинают с осмотра заднего прохода. Больного лучше поставить в коленно-локтевое положение. Раздвигая в различные стороны задний проход, пытаясь расскрыть его, осматривают прилежащую кожу и открывающиеся участки слизистой анального канала. Наружные геморроидальные узлы видны сразу же. Они представлены в виде узлов неправильной формы, часто с неровными краями, выпячивающих кожу нередко вместе со слизистой оболочкой. При натуживании они увеличиваются.

При осмотре можно увидеть и внутренние геморроидальные узлы, определить их число, величину, состояние слизистой, изъязвления, трещины. тромбоз и воспалениегеморроидальных узлов, как правило, сопровождаются выпадением их наружу и имеют весьма характерный вид-узлы багрово-красного цвета, отечны, выстоят из заднего прохода, занимая значительную площадь на промежности.

После осмотра проводят исследование пальцем прямой кишки-без этого нельзя ставить диагноз. В первые стадии болезни патологические изменения выявить не удается-узлы мягкие, спадаются под давлением и не ощущаются. Большие геморроидальные узлы определяются в виде тестоватых складок, а при наличии рассасывающегося тромба- в виде плотных овальных или круглых образований, смещающихся под пальцем. Исследование пальцем болезненно, а иногда просто невозможно при наличии трещины. Свежая трещина пальцем не определяется, а старая имеет плотные довольно толстые края. Пальцевое исследование при остром тромбозе и выпадении узлов проводить не следует. Его откладывают до стихания острых явлений.

Обязательным условием обследования больных с геморроем(при отсутствии острого воспалительного процесса) является ректороманоскопия, так как геморрой может быть связан с нарушением венозного оттока, вызванного опухолевым процессом.

Во время эндоскопии внимательно осматривают слизистую прямой кишки, доступные отделы сигмовидной и область анального канала. Если при изучении анамнеза выявляются хотя бы малейшие симптомы желудочно-кишечного дискомфорта, необходимо проводить подробное исследование желудка и кишечника. Лабораторное исследование необходимо для контроля за общим состоянием больного, выявления выраженности анемии и др.

**Лечение.Общие сведения.**

Неосложненные формы геморроя подлежат консертативному лечению. Ведущим элементами лечения должны быть:гимнастика, подвижный образ жизни, обеспечение жидкого стула, исключение из диеты раздражающих продуктов и отказ от спиртных напитков, а также туалет заднего прохода. В комплексное лечение включаются также медикаментозные препараты(различные обезболивающие свечи, лекарства улучшаюшие кровообращение и тонус кавернозных телец).

Неосложненные формы геморроя возможно лечить и инструментальными методами, такими как: склеротерапия, различные виды коагуляции узлов, криотерапия, лигирование узлов с применением латексных колец.

Хирургическому лечению подлежат пациенты с осложнеными формами геморроя.

Показанной к оперативному лечению может стать неосложненная форма геморроя третьей стадии, когда консервативное лечение не дает должного эффекта, заболевание прогрессирует или кровотечения становятся чаще и обильнее.

**Классификация.**

1.По локализации геморроидальных узлов различают-наружный, внутренний и комбинированный геморрой.

- Наружный-варикозное расширение подкожных кавернозных телец около заднего прохода, ниже зубчатой линии;

-Внутрений-варикозное расширение подслизистых кавернозных телец анального канала, выше зубчатой линии;

-Комбинированный-сочетание внутреннего и наружного геморроя.

2. По наличию осложнений- неосложненный и осложненный.

2.а. Неосложненный:

I стадия: тяжесть, зуд, влажность в области заднего прохода. Узлы не выпадают;

II стадия: выпадают узлы во время дефекации, самостоятельно исчезают.

Кровотечения небольшие, редкие;

III стадия: узлы сами не вправляются. Кровотечения небольшие, редкие.

2.б. Осложненный: кровотечение, тромбозы, воспаления узлов, проктит, парапроктит, анальная трещина, выпадение слизистой оболочки кишки.

**Клиника.**

Клиническая картина геморроя в полной мере зависит от патологоанатомический изменений, их выраженности, осложнений и вызываемых болезнью общих изменений со стороны организма больного.

Заболевание начинается исподволь, незаметно. Вначале появляются неприятные ощущения в области заднего прохода в виде тяжести, полноты, зуда, влажности. Эти проявления постепенно прогрессируют, больной во время дефекации, особенно в случаях сильного натуживания, замечает выхождение "шишек", которые тотчас же исчезают, иногда вызывая ощущение инородного тела. В последующем узлы выпадают и без сильного натуживания, потом перестают исчезать после дефекации, и больной вынужден их вправлять рукой во время туалета заднего прохода.

В различные периоды болезни возникает кровотечение. Провоцирует этот основной симптом заболевания прием спиртных напитков, острая и пряная пища, запоры и неподвижный сидячий образ жизни. Кровотечение бывает различной интенсивности. Во время или после акта дефекации выделяется несколько капель крови. Это всегда волнует пациента и заставляет обратиться к врачу. Кровотечения могут быть интенсивными(когда кровь выделяется струйкой) и частыми. Это вызывает постепенно нарастающую анемию. Этих больных беспокоит нарастающая слабость, головокружение, бледный цвет лица. Наблюдательные писатели(например Н.В.Гоголь), зная образ жизни многих чиновников и их частое страдание почечуем(геморроем), в своих произведениях нередко упоминали характкрный "геморроидальный" цвет лица.

Осложнение геморроя тромбозом узлов сопровождается сильными болями, резко усиливающимися при дефекации. Это приводит к спазму сфинктера, задержке стула, запорам, что способствует еще большему усилению болей, развитию воспалительных явлений и нередко делает состояние больного тяжелым, требующим немедленной госпитализации. Положение больного усугубляется, если тромбированные и воспаленные узлы выпадают наружу и в какой-то мере ущемляются сфинктером. Большинство больных с тромбозом геморроидальных узлов доставляются в стационары машинами скорой помощи.

Формирование трещины заднего прохода изменяет клиническое течение болезни и приносит при незначительных патологоанатомических изменениях(трещина может быть очень маленькой) тяжелые страдания. Ведущим симптомом является сильная режущая боль во время дефекации, которая может продолжаться несколько часов и изматывать больного. При трещинах заднего прохода создается своеобразный порочный круг. Боли вызывают спазм сфинктера, что усиливает боли и приводит к запорам. Плотный кал еще больше оказывает повреждение, трещина увеличивается в размерах, становится глубже, боли становятся еще интенсивнее и усиливается спазм сфинктера.

К тяжелым осложнениям относится гнойное воспаление параректальной клетчатки, с которым бок о бок идут свищи прямой кишки. Эти осложнения характеризуются длительным течением, интоксикацией.

Редко начало геморроя связано с поднятием чрезмерной тяжести, а у женщин с беременностью и родами. Бывают случаи, когда у женщины первые признаки геморроя появляются во время родов, а затем заболевание приобретает обычный характер и протекает соответственно индивидуальным особенностям заболевшего человека.

Лечение геморроя представляет непростую задачу. Требует к себе особого внимания при наличии осложненных форм. При правильной диагностике и выявлении четких показаний к консервативному или хирургическому лечению, удается радикально решить эту проблему.

Выделяют, условно, три группы лечебных мероприятий:

1. Консервативная терапия(оздоровительно-гигиенические мероприятия, медикаментозное лечение).

2. Инструментальные методы(склеротерапия, коагуляция,криотерапия, лигирование латексными кольцами).

3. Хирургическое лечение.

Консервативное лечение.

Неосложненные формы геморроя подлежат консервативному лечению.

Ведущим элементами лечения должны быть:

-гимнастика;

- подвижный образ жизни;

- обеспечение жидкого стула, исключение из диеты раздражающих продуктов;

- отказ от спиртных напитков,курения;

- туалет заднего прохода.

В комплексное лечение включаются также медикаментозные препараты(различные обезболивающие свечи, лекарства улучшающие кровообращение и тонус кавернозных телец).

Врачи нередко недооценивают значение гимнастики и лечебной физкультуры. Между тем с этого надо начинать лечение многих заболеваний. Заболевшему человеку надо коренным образом изменить образ жизни, резко увеличить подвижность, сделать обязательной утреннюю гимнастику, включающую упражнения для ног, и тазового пояса в лежачем положении, несколько раз в день занимать положение с приподнятым тазом, избегать длительного сидения(прерывать его ходьбой, разминкой, изменением положения тела).

Надо добиться устранения запоров. Для этого в рацион питания включают много свеклы, моркови, яблоки, простоквашу, кефир, чернослив и другие продукты, способствующие послаблению стула. При надобности назначают небольшие дозы слабительных средств(сеннаде, гутта лакс) или ставят клизмочки(с облепихой,шиповником). Устранению запоров, улучшению функции органов пищеварения и предупреждению обострений процесса способствует отказ от острых раздражающих продуктов.

Большое значение имеет ежедневный тщательный туалет заднего прохода. После каждой дефекации, а лучше 2-3 раза в день надо тщательно в течении нескольких минут обмывать область заднего прохода проточной водой. Периодически можно делать ванночки со слабым раствором перманганата калия. Повышают эффект лечения небольшие клизмы, способствующие промыванию заднепроходных пазух, где могут задерживаться кусочки кала.

Тщательное выполнение приведенных условий консервативного лечения у подавляющего большинства больных с неосложненными формами геморроя дает хороший эффект, останавливает развитие процесса и может привести к регрессу.

К этим мероприятиям по показаниям возможно дополнение различных медикаментозных средств, таких как мази(анестезиновая, бутадионовая, гепариновая и др.), постановка свечей(с ихтиолом, детралексом). Также системно можно применять средства улучшающие кровообращение и тонус кавернозных телец(детралекс), по показаниям анальгетики и противовоспалительные средства.

В стационаре возможно применение антикоагулянтов. Эффективна и гирудотерапия.

Инструментальные методы лечения.

К инструментальным методам относятся:

-склеротерапия геморроидальных узлов. Используют различные виды склерозантов(тромбовар и др.);

-различные виды коагуляции (электро-, лазеро-, диатермокоагуляция);

-криотерапия;

-лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами.

Стоит отметить, что данные методики применяют при геморрое 2-3 стадии, неосложненных формах и при наличии единичных узлов.

**Хирургическое лечение.**

Показаниями к хирургическому лечению являются осложненные формы геморроя, а также могут стать неосложненные формы геморроя 3 стадии, когда консервативное лечение не дает должного эффекта, заболевание прогрессирует или кровотечения становятся чаще и обильнее.

Перед операцией в течение двух дней пациент получает жидкую пищу, накануне операции очищают кишечник слабительными и повторными клизмами.

Предложено большое количество различных способов оперативного лечения геморроя- от простого лигирования узла до рассечения сфинктера прямой кишки(эта операция не применяется) и циркулярного иссечения слизистой оболочки вместе с геморроидальными узлами(операция Уайтхеда).Эта операция также не используется в связи с большим количеством осложнений(стриктуры заднего прохода, недержание кала, газов).

Как правило производят геморроидэктомию по Миллигану-Моргану(иссечение пакетов варикозно расширенных узлов на 3,7,11 часах условного циферблата). В последнее время пользуются бесшовным аппаратом LigaSure, что позволяет добиться хорошего гемостаза.

После операции назначают щадящую диету.

При правильно выставленных показаниях к хирургическому лечению, хорошей техники операции, послеоперационный период протекает благоприятно, без осложнений.

Общие сведения.Этиология.Патогенез.

Геморрой(греч.-varices haemorrhoidales, страревшее "почечуй")-варикозное расширение кавернозных телец в области заднего прохода.

Среди взрослых людей скорее можно говорить о числе людей, не имеющих хотя бы

начальных проявлений этого заболевания, чем высчитывать проценты болеющих. Обидно, что нет вполне полноценных нехирургических средств лечения и многих больных, страдающих геморроем, приходится оперировать. Геморрой-это проблема не только проктологии но и хирургии. Само по себе заболевание не представляет опасности для жизни больного, но возникающие осложнения болезни или операции могут привести больного к тяжелой инвалидности и стать угрозой для жизни. Поэтому к больным,страдающим геморроем, надо относится, как и к другим, с большим вниманием.

Этиология.

Коротко и выразительно сформулировал этиологию геморроя П.И.Тихонов(1916): "все то, что вызывает застой венозного кровообращения в брюшной полости, является и причиной развития геморроя " .

В происхождении геморроя надо различать предрасполагающие и производящие факторы.

К предрасполагающим относятся: наследственные, отсутствие клапанов в геморроидальных венах, сидячий образ жизни, беременность.

К производящим относятся все факторы, повышающие внутрибрюшное давление: тяжелый физичесикй труд, длительный кашель при бронхитах и туберкулезе, натуживание при мочеиспускании, натуживание при дефекации, опухоли малого таза и др.

Сочетание предрасполагающих и производящих факторов обуславливает возникновение и развитие геморроя. По-видимому, одним из важнейших условий развития геморроя являются врожденные факторы, и только ими можно объяснить развитие геморроя у детей и молодых людей, у которых не удается выявить влияния производящих факторов.

Патогенез.

Различают наружный и внутренний геморрой.

Наружный-варикозное расширение подкожных кавернозных телец около заднего прохода, ниже зубчатой линии.

Внутрений-варикозное расширение подслизистых кавернозных телец анального канала, выше зубчатой линии.

Бывает также комбинированный геморрой-сочетание внутреннего и наружного.

У подавляющего числа больных бывает внутренний геморрой.

В патогенезе определяющим является дисфункция артерио-венозных анастомозов кавернозных телец прямой кишки с усилением притока артериальной крови в полости кавернозных телец. Последние резко расширяются, набухают, а при хроническом действии отрицательных моментов кавернозные тельца гиперплазируются, и развертывается клинический симптомакомплекс геморроя, когда при аноскопии на стенках прямой кишки выше зубчатой линии, чаще всего в зонах 3,7,11 по условному циферблату, определяются небольшие слегка синюшные или красноватого цвета выбухания слизистой оболочки.

Геморроидальные узлы бывают одиночными и множественными.

Нередко развивается расширение кавернозных телец по всей окружности заднего прохода. Подслизистые геморроидальные узлы чаще располагаются в области основания заднепроходных столбиков по гребенчатой линии. При развитии геморроя, кавернозные тельца расширяются в виде узлов различной величины и формы. Чаще они имеют шарообразную и грушевидную формы. При значительном расширении узлов, они приобретают мешковидную, овальную, гантелеобразную формы. Геморроидальный узел в диаметре составляет 1-2см, но может занимать и половину окружности заднего прохода. В спокойном состоянии геморроидальные узлы находятся в спавшемся состоянии, а при напряжении и дефекации становятся напряженными и плотными. Слизистая над геморроидальным узлом становится красной с синеватым оттенком , а при напряжении приобретает багрово-синий цвет. С течением времени она постепенно истончается , под влиянием травмы каловыми массами и нарушения трофики и может изъязвлятся. В этом случае появляется такой клинический симптом как кровотечение. К тому же велика вероятность инфицирования и развития гнойных осложнений.

У многих людей варикозное расширение геморроидальных узлов развивается годами, иногда десятками лет, и беспокоит кровотечением и тромбозом после обильного приема спиртных напитков или долгого сидения, а затем вновь ничем себя не проявляет.

У других больных заболевание быстро прогрессирует, без заметных причин повторяются тромбозы или обильные кровотечения, которые быстро приводят больного на операционный стол.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicall.ru/>