

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, которое является подслизистым, и наружное геморроидальное сплетение, являющееся подкожным. Геморроидальные узлы - это нормальные анатомо-физиологические структуры. Зачатки их закладываются в зародышевом возрасте в подслизистом слое прямой кишки перед аноректальной линией.

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 фиброэластической ткани, удерживающей внутренние геморроидальные узлы в анальном канале, что ведет к их выпадению.

Многие пациенты обращаются к врачу, уже самостоятельно поставив себе диагноз, поскольку с точки зрения обывателя любая аноректальная симптоматика означает геморрой. Однако жалоб пациента недостаточно для того, чтобы точно определить 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. Зачастую болевой синдром возникает вследствие тромбоза геморроидальных узлов; возможен с одновременным наличием анальной трещины.

3. Отек и выпадение узлов. Отек более характерен для острого геморроя. В свою очередь выпадение (пролапс) геморроидальных узлов говорит о выраженности и прогрессировании заболевания.

4. Выделения - могут быть водянистыми или слизистыми.

5. Перианальный зуд. Обычно он связан с выпадением геморроидальных узлов и выделениями, способствующими местной мацерации. Также он может возникнуть вследствие контактного дерматита при применении свечей и мазей, содержащих раздражающие компоненты. Данный симптом также может быть при самой различной патологии.

6. Недержание стула. Данный симптом не связан напрямую с геморроем. Его наличие указывает на необходимость строгих показаний к геморроидэктомии, так как после ее выполнения, особенно если имеются нарушения мышц тазового дна. Нарушения опорожнения прямой кишки. Необходимо тщательно выявить и проанализировать функцию толстой кишки. Коррекция ее функциональных нарушений (особенно запоров) или трудностей с опорожением прямой кишки - это первый этап

лечения геморроя.

В клиническом течении выделяют четыре степени хронического геморроя.

1 степень - беспокоят дискомфорт и выделения крови. Геморроидальные узлы не выпадают.

2 степень - к вышеуказанным симптомам присоединяются выделения и перианальный зуд. Отмечается выпадение узлов при натуживании, которые вправляются самостоятельно.

3 степень - выпадающие узлы требуют ручного вправления.

4 степень - усиливается болевой синдром. Геморроидальные узлы, даже при ручном пособии не вправляются.

Для острого геморроя (тромбоз геморроидальных узлов) характерно наличие трех степеней течения. В данном случае основной акцент придается наличию и распространению зоны перианального 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 составляющие. Это консервативные (медикаментозные) мероприятия и хирургическое лечение.

Всегда необходимо начинать с консервативных методов лечения.

- Нормализация функции кишечника и дефекации. В этом состоит основа лечения геморроя. Существует возможность воздействовать на объем и консистенцию стула. Возможно использование пшеничных отрубей, увеличение потребления растительной клетчатки, применение вазелинового масла, препаратов лактулозы.

- Общие рекомендации и диетотерапия. Основная цель - устранение запоров. Употребление не менее 1,5-2,0 литров жидкости в сутки, пища должна быть богата растительной клетчаткой, употребление чернослива и кураги, черного хлеба с отрубями. В рационе необходимо избегать стимуляторов перистальтики толстой кишки, таких как черный кофе и чай, исключить острую пищу и алкоголь. Указанные продукты не являются причиной возникновения геморроя, но могут способствовать его появлению.

-Производные флавоноидов - детралекс.

-Местная терапия. Сюда 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-ей, а чаще при 4 степени заболевания единственным методом лечения является операция.

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

Авторы:

Солдатов Д.В.

Алипов В.Ю

Сорокин А.Б.

2008г. ЯОКБ