

Глава 1

ГЕМОРРОЙ

Геморрой, одно из самых распространенных заболеваний, встречается у 100–120 человек на тысячу взрослого населения. В колопроктологических отделениях эти больные составляют около 30–40% всех пациентов.

Ранее было принято считать, что причиной его является варикозное расширение вен дистального отдела прямой кишки. Современные теории трактуют геморрой как патологию артериовенозных кавернозных тел с их гиперплазией и разнообразными клиническими проявлениями, такими как кровотечение, выпадение внутренних узлов, тромбоз, некроз, воспаление, мацерация, зуд и т.д. Следует учитывать возможность вторичного геморроя, вследствие заболеваний других органов, протекающих с застоем крови в системе нижней полой и воротной вен (цирроз печени с портальной гипертензией, заболевания сердца, легких, опухоли забрюшинного пространства).

Геморрой может быть внутренним, наружным и комбинированным. Выделяют 4 стадии геморроя:

- 1-я стадия характеризуется кровотечениями, дискомфортом. При аноскопии видны геморроидальные узлы, но они не пролабируют;
- при 2-й стадии отмечается выпадение геморроидальных узлов из анального канала при натуживании, но они вправляются самостоятельно; присоединяется зуд;
- при 3-й стадии узлы выпадают и требуют ручного вправления, но после ручного вправления удерживаются в анальном канале, наблюдается загрязнение одежды;
- при 4-й стадии присоединяется боль. Отмечаются выпавшие невправимые геморроидальные узлы.

Наиболее частым симптомом геморроя являются кровотечения во время акта дефекации (чаще в конце), интенсивность которых может быть различной: от следов алой крови до массивных, это может приводить к тяжелым анемиям хронического характера.

Тромбофлебит — воспаление геморроидального узла может поражать как внутренние узлы, так и наружные, тромбоз встречается реже. Клиника тромбофлебита проявляется интенсивной болью в области узлов, которые становятся плотными, багрово-синюшными, резко болезненными. Может наступать некроз с перфорацией узла. Проведение пальцевого исследования невозможно из-за болей. В поздних случаях может развиваться парапроктит.

Геморрой следует дифференцировать с раком прямой кишки, полипом, анальной трещиной, парапроктитом. С целью дифференциальной диагностики обязательно проведение ректороманоскопии и колоноскопии для пациентов старше 50 лет.

Лечение геморроя зависит прежде всего от стадии. В начальных стадиях применяют консервативное лечение: проводится регуляция акта дефекации и консистенции кала путем диеты, богатой клетчаткой или препаратами, содержащими пищевые волокна. Не рекомендуется прием раздражающей (острой и соленой) пищи и алкоголя. В основу лечения заболевания положены флеботропные препараты, содержащие диосмин, которые повышают тонус вен и нормализуют кровоток и микроциркуляцию в кавернозных тельцах. Для местной терапии используют свечи и мази, содержащие гепарин, а также небольшие дозы глюкокортикоидов и анестетиков — это помогает уменьшить симптомы, снижает воспалительные явления и нормализует микроциркуляцию.

При неэффективности консервативной терапии можно прибегнуть к малоинвазивным методикам, например, латексному лигированию геморроидальных узлов, склеротерапии или трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой (операция HAL–RAR). Последнее вмешательство применимо и на поздних стадиях заболевания.

Оперативное лечение проводится у больных с 3-й и 4-й стадиями заболевания. Наиболее распространенным методом является операция Миллиган–Моргана, которая предполагает иссечение геморроидальных узлов. В настоящее время оптимальным для геморроидэктомии считается применение высокоэнергетических хирургических аппаратов (ультразвуковой скальпель Harmonic, биполярные коагуляторы LigaSure, ForceTriad), поскольку они позволяют произвести операцию практически бескровно, не предполагают дополнительного лигирования ножки узла, значительно уменьшают болевой синдром после операции.

В литературе ведутся дискуссии о степлерной геморроидэктомии по методу профессора Лонго. Суть операции заключается в циркулярном иссечении пролабирующей слизистой оболочки прямой кишки вместе с сосудами, питающими геморроидальные узлы с помощью циркулярного степлера. По мнению специалистов, данная операция требует очень большого тренинга из-за опасности развития осложнений.



Рис. 1.1. Комбинированный геморрой. Видны наружные и внутренние геморроидальные узлы

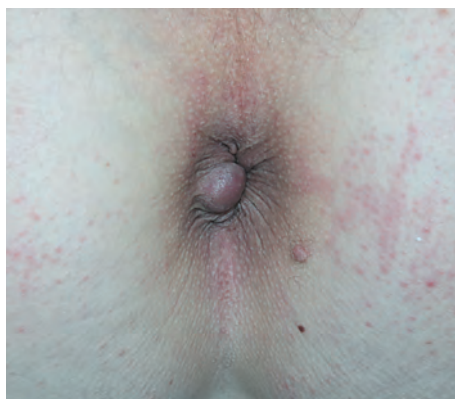


Рис. 1.2. Наружный геморрой. Виден тромбированный узел на 7 часах

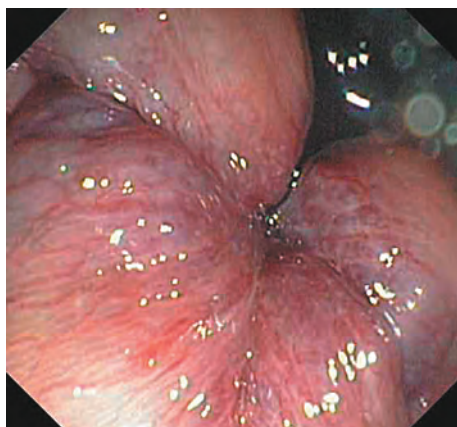


Рис. 1.3. Геморроидальные тельца, пролабирующие в просвет кишки. Вид при помощи колоноскопа

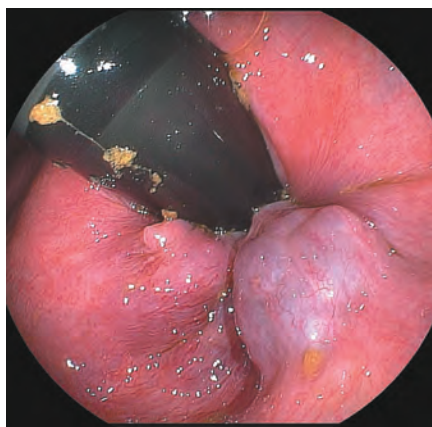


Рис. 1.4. Увеличенный внутренний геморроидальный узел при колоноскопии



Рис. 1.5. Внутренний геморрой 3-й стадии. Видны внутренние узлы, пролабирующие из анального канала



Рис. 1.6. Внутренний геморрой 2-й стадии. Пролабирующие внутренние геморроидальные узлы самостоятельно вправляются в анальный канал

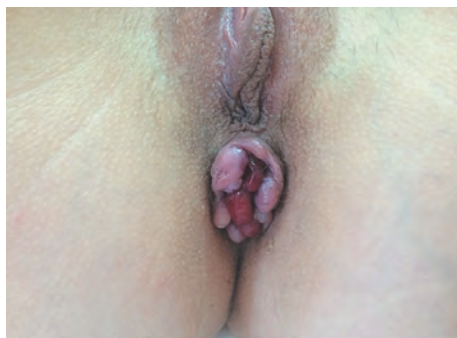


Рис. 1.7. Комбинированный геморрой. Видны увеличенные внутренние и наружные узлы на 3–7–11 часах



Рис. 1.8. Комбинированный геморрой. Геморроидальная ткань расположена циркулярно



Рис. 1.9. Тромбофлебит геморроидальных узлов на 3–7–11 часах



Рис. 1.10. Тромбофлебит внутреннего и наружного циркулярного геморроя. На 4 часах виден точечный некроз



Рис. 1.11. Комбинированный геморрой 3-й стадии



Рис. 1.12. Та же пациентка после геморроидэктомии

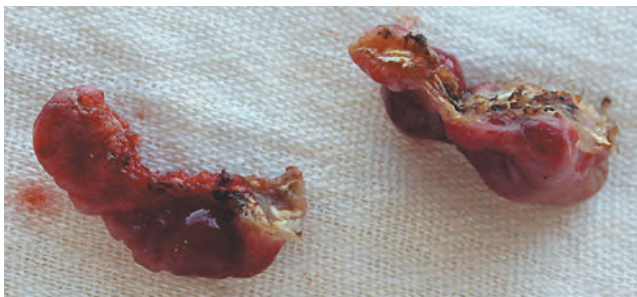


Рис. 1.13. Макропрепарат. Удаленные блоком внутренние и наружные узлы



Рис. 7.1. Выпадение прямой кишки у женщины



Рис. 7.2. Выпадение прямой кишки у мужчины



Рис.7.3. Выпадение прямой кишки с перфорацией ее стенки, эвентрацией подвздошной и сигмовидной кишки

Глава 8

ЗУД ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Главный симптом заболевания — зуд в области заднего прохода. Он мучителен для больных и может приводить к неврологическим и психическим расстройствам.

Самой распространенной причиной зуда в заднем проходе является недостаточная гигиена в данной области. Анальный зуд может быть симптомом таких заболеваний, как геморрой, анальная трещина, криптит, папиллит, свищи, язвы, кондиломы, недостаточность сфинктера заднего прохода, глистные инвазии, грибковые заболевания, атопическая экзема, псориаз и т.д. Бывают случаи, когда нет возможности выявить причину зуда в анальном отверстии, тогда говорят об идиопатическом, или первичном, зуде.

Проводится тщательное обследование больных с проведением специальных методов, в том числе колоноскопии, следует выявлять сексуальную ориентацию и возможные половые извращения. Исследуется кровь на сахар с толерантной нагрузкой (скрытые формы диабета), кал на дисбиоз, выполняется трехкратный анализ кала на яйца глист. Необходимо исключить воспалительные заболевания половых органов, хламидиоз, сахарный диабет, печеночную недостаточность, лимфогрануломатоз, нейродермит, аллергические реакции, лекарственную болезнь и т.д.

Лечение крайне сложно, особенно при невыясненной причине заболевания. При вторичном зуде лечение основного заболевания приводит к устранению зуда.

Хороший результат в лечении дает применение гормональных мазей (проктозан, ауробин и т.п.), а также микроклизм с 0,2–0,3% раствором колларгола. Лечение проводится на фоне щадящей диеты с исключением спиртного, ограничением курения. Назначается также десенсибилизирующая и седативная терапия, физиолечение, включая низкоинтенсивное лазерное излучение, коррекция дисбиоза. Обязательным условием лечения является строгое соблюдение личной гигиены.

При тяжелых формах идиопатического зуда и при безуспешности комплексной терапии известен метод внутрикожного обкалывания вокруг заднего прохода 0,2% раствором метиленовой сини на 0,5% растворе новокаина, что обуславливает потерю кожной чувствительности до 28 дней. Метод может применяться только при сухих формах зуда.