

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Институт последипломного образования

Кафедра общей хирургии имени профессора М.И.Гульмана

Реферат

Тема: «Геморрой. Пути решения проблемы»

Выполнил: клинический ординатор 1-го года Прохорчук Е.С.
Проверил: заведующий 2 хирургическим отделением Хлуд В. Х.

2021 год

Оглавление

1. Введение	3-3
2. Основная часть.....	3-12
3. Профилактика.....	13
4. Прогноз.....	13
5. Список используемой литературы.....	13

Введение

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу. Распространённость заболевания составляет 130-145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41 % (УД 5, СР Д [1]). Эта патология одинаково часто встречается у мужчин и женщин. Современный темп жизни сопровождается усилением гиподинамии. Вынужденное длительное сидение за компьютером, на работе и дома, за рулем автомобиля и т. п. сопровождается постоянным застоем кровообращения в органах малого таза, и в первую очередь в прямой кишке. Это, в свою очередь, приводит к росту заболеваемости геморроем, которым все чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

На стенках анального канала располагаются три основных сосудистых скопления, три основных внутренних геморроидальных узла, в зонах, проецирующихся на 3, 7, 11 час по условному циферблату при положении тела на спине (рис.4.1)

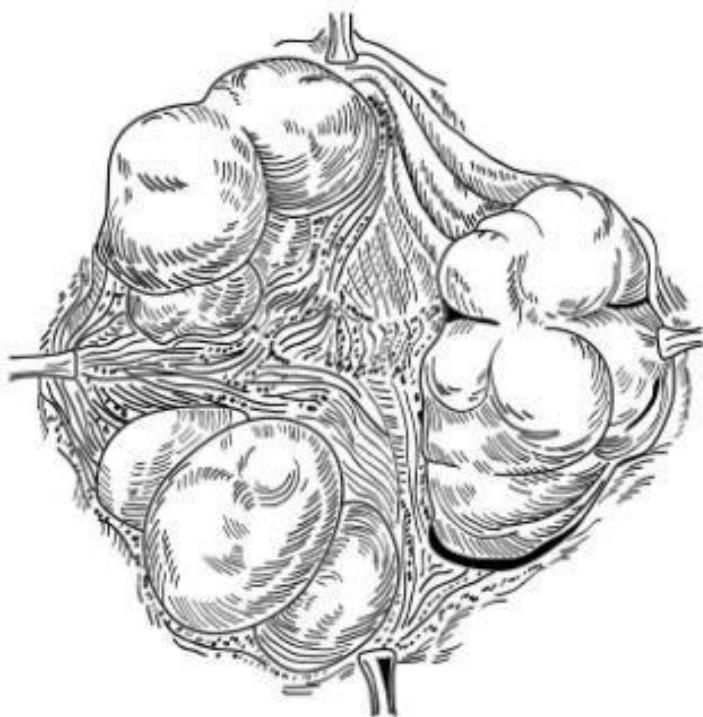


Рис. 4.1. Основные геморроидальные узлы на 3, 7 и 11 час

Классификация геморроя

Форма:

1. Внутренний
2. Наружный
3. Комбинированный

Течение:

1. Хроническое
2. Острое

Хроническое течение	Стадии	Симптоматика
	1	Кровотечение, без выпадения узлов
	2	Выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал, с/без кровотечения
	3	Выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с/без кровотечения
	4	Постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал, с/без кровотечения

Острое течение*	Степени	Симптоматика
	1	Тромбоз узлов без воспалительной реакции
	2	Тромбоз узлов с их воспалением
	3	Тромбоз узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки узлов

* Под острым течением заболевания также понимается профузное, обильное кровотечение из внутренних геморроидальных узлов, требующее срочной госпитализации пациента в стационар для остановки кровотечения и проведения корригирующей терапии

На самом деле их обычно только три, очень редко обнаруживают четвёртый узел на 13 час, и ещё реже, при «рассыпном» типе артерий прямой кишки, узлы не формируются в три крупных пучка, а представлены мелкими скоплениями по всей окружности заднепроходного отверстия. Кроме ректальных

кровотечений типичные жалобы при геморрое — боль во время дефекации и выпадение узлов. Боль связана с постоянным травмированием чувствительных нервных окончаний ниже зубчатой линии анального канала. Выпадающие узлы сначала вправляются самостоятельно, а впоследствии необходимо ручное пособие. При этом ослабляется замыкательная функция прямой кишки и нарушается герметизация заднего прохода, возникает анальный зуд. Весь этот симптомокомплекс вызывает тяжёлое страдание, меняющее характер и даже внешний вид пациента — так называемое лицо геморроидального больного.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика хронического геморроя достаточно проста — запоры, типичные жалобы, легко определяемые наружные узлы по окружности заднепроходного отверстия, следы расчесов на перианальной коже. При пальцевом исследовании прямой кишки на правой боковой, левой передне-боковой и левой задне-боковой стенке анального канала, т.е. на 3, 7 и 11 час условного часового циферблата, определяют подвижные плотноватые образования. При эндоскопии они имеют вид бледно-фиолетовых скоплений. При лёгком натуживании больного крупные узлы могут выпадать из прямой кишки, что свидетельствует о слабости тонуса сфинктера. Это типичная картина хронического геморроя вне обострения. Очень важно отличить выпадение геморроидальных узлов от первой стадии выпадения прямой кишки, при которой наружу выворачивается круговая кайма слизистой оболочки анального канала. Патогенез и лечение этих двух болезней различны, и необходима дифференциальная диагностика. Выпадение слизистой оболочки прямой кишки и всех её слоёв встречаются намного реже, чем выпадение геморроидальных узлов. Кайма слизистой оболочки не разделена на дольки, как выпавшие геморроидальные узлы, и ширина этой каймы не превышает 1 см, тогда как некоторые, давно выпадающие геморроидальные узлы достаточно чётко очерчены и могут достигать 2 см и более в длину. Выпавшая по всей окружности заднепроходного отверстия слизистая оболочка анального канала имеет равномерный розовый цвет. При этом снаружи, на перианальной коже, нет разрастаний, в то время как при хроническом геморрое очень часто узлы представляются наружно-внутренними и имеют кожные разрастания. Кроме того, при выпадении слизистой оболочки прямой кишки иногда можно видеть выворачивающуюся зубчатую линию анального канала, чего не бывает при геморрое. При выпадении всех слоёв прямой кишки выпадающий цилиндр может быть длиной 8–10 см и больше, и на нём со стороны слизистой видны поперечные кишечные складки. Внутренний геморрой (без выпадения узлов)

— нередкий вариант хронического течения геморроя почти без болей с постоянными небольшими неанемизирующими болезненными ректальными кровотечениями во время дефекации. Как правило, это начальный период болезни, диагностика которого важна для профилактики полного развертывания клинической картины геморроидального синдрома. Примерно так же часто образуются наружные геморроидальные узлы, представляющие больше косметическую, нежели хирургическую проблему. Совершенно другая картина при остром геморрое или обострении его хронического течения. Эти больные и составляют основной контингент больных хирурга поликлиники. Клиническая картина острого геморроя — резкие боли в заднем проходе во время дефекации и длительное время после него, выраженный перианальный отёк тканей с резкой болезненностью даже при легкой пальпации, спазм сфинктера, невозможность дифференцировать отдельные узлы. Второй, более частый вариант острого геморроя — выпадение и ущемление узлов, их тромбоз. Больной обычно лежит на спине с широко раздвинутыми ногами, каждое движение причиняет ему сильную боль. При этом часто боль носит постоянный характер. При осмотре виден конгломерат багрово-синих отёчных невправляющихся узлов. Кожа и подкожная клетчатка вокруг них иногда с выраженным воспалением. Из заднего прохода выделяется кровянистая слизь. Острый геморрой возникает, как правило, при сильном однократном натуживании, при тяжелой внезапной нагрузке у нетренированных спортсменов, у женщин во время трудных родов. Зачастую его диагностируют у молодых людей, в большинстве — это острый приступ болезни. В старших возрастных группах преобладают больные с хроническим геморроем. В практике проктолога нередок вариант острого геморроя, при котором внутренние узлы не дифференцируются, не выпадают, а развивается круговое воспаление в виде болезненного перианального инфильтрата. При наружном осмотре определяют круговую воспалительную гиперемию, при пальпации — уплотнение и болезненность без признаков локальных нагноений. Этот вариант клинического проявления острого геморроя обусловлен «рассыпным типом» кавернозной ткани прямой кишки, при котором отдельные геморроидальные узлы не формируются. Геморрой не малигнизируется, но в связи с широкой распространённостью его часто определяют у больных с другими заболеваниями толстой кишки, в том числе с опухолями, особенно у пожилых людей. Поэтому, диагностировав геморрой, не следует сразу начинать его лечение, и тем более оперировать без обследования всей толстой кишки, без колоноскопии. Раннее лечение, снимая во многих случаях манифестирующие признаки геморроя, задерживает выявление серьёзных заболеваний толстой кишки — полипов и рака.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение любых форм геморроя начинают с консервативных мероприятий. Первое — борьба с запорами, очень часто сочетающимися с геморроем. При остром геморрое необходима щадящая диета (исключение алкоголя, острых и соленых блюд), мягкий стул, обезболивание и санация анального канала. Мягкого, без натуживания, стула достигают приемом легких, предпочтительно растительных слабительных средств. Обезболиванию дефекации помогают жировые микроклизмы перед стулом с облепиховым или другим маслом. Для санации стенок анального канала необходим щадящий туалет после стула (теплые сидячие ванны с лечебными травами) и свечи, лучше всего масло печени акулы+фенилэфрин (релиф), аллантоин+гепарин натрия+декспантенол (гепатромбин), а также многочисленные другие препараты, часто и успешно подбираемые индивидуально самим больным. Следует напомнить больному, что кончик свечи следует смазать индифферентным жиром. Свечу надо вводить в положении тела на боку с приведенными к животу ногами. Ее вводят только в анальный канал на глубину до 2–3 см, придерживая основание снаружи в течение 1–2 мин. В течение первых суток острого периода к выпавшим ущемлённым узлам прикладывают холодные салфетки. Затем, со 2–3-х суток болезни применяют тёплые сидячие ванны со слабым раствором перманганата калия и прокладки с водорастворимыми антисептическими мазями, укрепляемые на марлевом поясе вокруг живота. При отсутствии осложнений антибиотики не применяют. При упорном течении болезни, не поддающемся лечению в течение в среднем 1 нед, показана госпитализация больного.

Хорошее впечатление производят свечи и мазь Ультрапрокт, которые оказывают противовоспалительный, противозудный и местно анестезирующий эффект. Ультрапрокт представляет собой комбинированный препарат для лечения геморроя, поверхностных анальных трещин и проктита. В его состав входят ГКС флуокортолон в виде двух солей, что обеспечивает быстрое начало действия и большую продолжительность, и анестетик цинхокаин, который создан специально для слизистой прямой кишки. Ультрапрокт применяют после дефекации, выполнив водный туалет заднего прохода. Мазь наносят дважды в день, причем в первый день острых болей можно наносить её до 4-х раз. Перед введением мази в прямую кишку можно воспользоваться прилагаемым аппликатором и ввести его в задний проход. Затем, слегка нажав на тубик, выдавить небольшое количество мази. Однако при наличии сильного, вызывающего острую боль воспаления, рекомендуется вначале наносить мазь при помощи пальца. Свечи вводят ежедневно, в первый

день два или три раза. Обычно наступает быстрое улучшение, но следует продолжать лечение ещё по крайней мере в течение одной недели, хотя с меньшей частотой (мазь — 1 раз в день или 1 суппозиторий через день). Общая продолжительность лечения не должна превышать 4 недель. Ультрапрокт нормализует микроциркуляцию, ускоряет заживление дефектов слизистой прямой кишки и кожи перианальной области, оказывает противовоспалительный, противозудный, антигистаминный и противоаллергический эффект. Флуокортолон предупреждает краевое скопление нейтрофилов, что приводит к уменьшению образования воспалительного экссудата, продукции лимфокинов, торможению миграции макрофагов и уменьшению процессов инфильтрации. Цинхокаин оказывает местное анестезирующее действие. В настоящее время широко применяют флеботропный препарат Детралекс (Дафлон), производства французской фармацевтической компании «Сервье» — единственный микронизированный препарат, представленный флавоноидными фракциями: диосмин — 450 мг и другие флавоноиды — 50 мг, в пересчете на гесперидин. Диаметр микрочастиц действующего вещества не превышает 2 мк, что обеспечивает всасывание флавоноидов из ЖКТ в 2 раза быстрее, чем немикронизированного диосмина. Детралекс начинает оказывать воздействие на лимфатическую и венозную системы уже через 4 часа после приема 1000 мг (2 таблеток), в то время как его немикронизированный аналог проявляет эффект лишь через 24–48 часов. Детралекс обладает также выраженным противовоспалительным действием, блокируя синтез простагландинов PGE2 и тромбоксана B2 — основных медиаторов воспаления. Показан и антиоксидантный эффект препарата. Для проктологов Детралекс имеет несколько практических положительных качеств: снижение интенсивности воспаления, стимуляция венозного кровотока и лимфодренажа, устранение микроциркуляторных расстройств. Детралекс быстро и значительно уменьшает проявления острого геморроя. Уже на второй день лечения 42% больных, получавших Детралекс, отмечают улучшение состояния — снижение интенсивности ректальных кровотечений, уменьшение болевого синдрома, в то время как в контрольной группе больных, получавших плацебо, таких пациентов только 6%. В последние годы при остром геморрое, острой анальной трещине и при других острых воспалительных болевых анальных синдромах с успехом применяют в качестве паллиативной меры нитромази. Это химическая временная сфинктеротомия с помощью местных аппликаций препаратов нитроглицерина. В одной из первых публикаций представлено исследование нейротрансмиттерного действия нифедипина (0,2% глицерин-тринитрата), который быстро снижал почти на 1/3 максимальное давление анального

сфинктера за счет релаксации гладких мышц внутреннего жома. Такая химическая сфинктеротомия применяется зарубежными проктологами для лечения острых болей в заднем проходе при геморрое и при анальной трещине. Позже выявлены отрицательные побочные эффекты — головная боль, снижение кровяного давления, тахикардия. Для использования метода определены относительные противопоказания — выраженные сердечнососудистые расстройства, отмечена паллиативность методики. Показано, что излечить таким методом органическую причину острого болевого анального синдрома не удастся. Однако нитромази вошли в лечебный арсенал амбулаторной проктологии, и во многих ситуациях, в частности при необходимости обследовать прямую кишку при острых болях, они полезны и даже необходимы. При остром геморрое необходимо контролировать состояние перианальных тканей, чтобы не допустить возникновения параректального абсцесса — острого парапроктита. Признак такого осложнения — локальная гиперемия кожи перианальной области и флюктуация в центре болезненного инфильтрата. При первом эпизоде или рецидиве острого геморроя, длящемся 1–2 нед, не следует выполнять никаких инструментальных манипуляций и обычного пальцевого исследования без обезболивания (например, с помощью нитромазей). Резкий спазм сфинктера и боли делают эти попытки мучительными для больного, который сразу теряет доверие к врачу, и успех лечения в дальнейшем сомнителен. Проблема ятрогении, в частности причинение пациенту боли, особенно во время первого обследования, очень актуальна. Любые диагностические манипуляции должны быть максимально безболезненными. Мнение о том, что боль — ценный признак заболевания (например, боль при прохождении колоноскопа по ободочной кишке), ошибочно. Борьба с любыми проявлениями боли — важнейшая задача врача. Особенно важно консервативное лечение острого геморроя у беременных и родильниц, которым противопоказаны любые инвазивные манипуляции. Здесь Детралекс может быть методом выбора. Препарат не оказывает неблагоприятного воздействия на течение беременности, на развитие плода, на вес новорожденного, а также на грудное вскармливание. При запущенных формах острого геморроя, часто при ущемлении узлов с начинающимся их некрозом и подозрении на анаэробную инфекцию, показана госпитализация. Попытки вправления таких узлов очень болезненны и неэффективны, они лишь травмируют слизистую оболочку выпавших узлов, вызывая кровотечения. У женщин при однократном выпадении узлов сразу после родов можно предпринять попытку их осторожного вправления в теплой сидячей ванне. В амбулаторных условиях можно через маленький кожный разрез удалить отдельный подкожный

тромбированный узел. Все остальные методы лечения запущенных форм острого геморроя проводят в стационаре. В современных проктологических клиниках специально разрабатывают urgentные методы лечения острого геморроя, в том числе хирургические. Лечение хронического геморроя начинают с консервативных мероприятий. При этом следует иметь в виду, что больные, страдающие много лет и испытавшие самые разнообразные, в том числе народные, методы лечения, часто приспособлены к своему состоянию и обращаются к врачу в основном при ухудшении состояния, когда самолечение уже неэффективно. Тем не менее начинать надо с известных мер — щадящей диеты, борьбы с запорами, флеботропной терапии (Детралекс, Флебодия 600), коррекции дисбактериоза, обезболивания дефекации. Такой первичный комплекс лечения в течение в среднем 2 нед может привести к успеху, даже потерявшего веру в лечение больного. Дальнейшее консервативное лечение может оказаться наиболее эффективным. При отсутствии успеха такой лечебный комплекс даёт возможность оценить степень тяжести болезни и разработать дальнейшую схему лечения. При хроническом геморрое длительный прием Детралекса по 2 таблетки в день (до 2 мес.) достоверно по сравнению с плацебо снижает частоту тромбозов геморроидальных узлов, тяжесть и длительность течения обострений (Godeberge P., 1992). Таким образом, Детралекс в последние годы занимает всё более важное место в консервативном лечении геморроя. Это средство патогенетически обосновано, хорошо переносится больными при длительном применении и не имеет побочных отрицательных эффектов. При внутреннем кровоточащем геморрое без выпадающих узлов в последние годы амбулаторно успешно применяют два полухирургических метода лечения, дающих, при точных к ним показаниях, хороший эффект. Первый метод — склеротерапия геморроидальных узлов. Метод вышел из практики флебологов, давно и с успехом применяющих амбулаторную склерооблитерацию варикозных вен нижних конечностей. Показание к склеротерапии — внутренний, без выпадения узлов, кровоточащий геморрой. Обычные постоянные кровотечения во время или после дефекации становятся обильными, в том числе при нормальном стуле, анемизируют больного и не поддаются местному гемостатическому лечению. Отбор кандидатов для лечения должен быть тщательным. Больные с длительным хроническим геморроем без тромбоза или ущемления узлов. При ректальном исследовании и эндоскопии следует чётко определять безболезненные, подвижные, контактно кровоточащие узлы, причем их основания (ножки) должны находиться выше зубчатой линии анального канала, где почти нет чувствительных нервных окончаний. Склеротерапию не следует проводить больным с часто сопутствующими

геморрою воспалениями — парапроктитом, проктитом, анальной трещиной. Этот метод лечения следует осторожно применять у пожилых больных, страдающих артериальной гипертензией. Замечено, что ректальные кровотечения у гипертоников совпадают с кризисной гипертензией. После такого кровотечения артериальное давление иногда снижается. Полезность лечебного кровопускания в определённых ситуациях пока не опровергнута.

Склеротерапия кровоточащего внутреннего геморроя — хороший метод лечения, который может быть использован в среднем у 10% больных. При необоснованно широких показаниях метод может быть дискредитирован. Методика склеротерапии геморроя проста и неоднократно описана автором. Из склерозирующих растворов чаще всего используют лауромакрогол 400 (Этоксисклерол). После очищения кишки клизмами под местной анестезией больному вводят в задний проход аноскоп с подсветкой или освещают операционное поле лобным рефлектором или другим источником света. Прямую кишку обрабатывают 1% спиртовым раствором йода или другим антисептиком. Толстой иглой прокалывают только слизистую оболочку и подслизистый слой верхнего полюса узла на глубину 1–1,5 см до ощущения попадания в пустоту и вводят 1,5–2 мл склерозирующего раствора (рис. 4.2). Для профилактики более глубокого проникновения иглы, попадания её в мышцы стенки кишки, на кончик иглы напавают на расстоянии 1,5–2 см от её края маленькую ограничительную шайбу. За один сеанс инъецируют все 3 узла, и при правильном выполнении манипуляции кровотечения из точек пункции нет. Специального режима после манипуляции не требуется. Клинический опыт свидетельствует о полезности внедрения этой методики в амбулаторную проктологическую практику. Другой современный метод лечения геморроя, возможный в амбулаторных условиях, — перевязка внутренних узлов эластичными кольцами-шайбами. Показания к этому методу лечения те же: не выпадающие, хорошо сформированные кровоточащие геморроидальные узлы. Техника метода более сложная. Положение больного при манипуляции — на левом боку с прижатыми к животу ногами или инвертное положение больного на животе с опущенными и согнутыми в коленях ногами, уложенными на подставку. В задний проход вводят аноскоп, через него — специальный инструмент — лигатор. С его помощью на основание (на ножку) каждого узла по очереди набрасывают кольцо-шайбу, после чего лигатор извлекают (рис. 4.3). Тугое эластичное кольцо сдавливает кровоснабжающую ножку узла, который через 3–4 сут некротизируется и отпадает. Ещё через 2–3 сут при дефекации выпадает из заднего прохода и само кольцошайба. Предложены и успешно применяются одноразовые

геморроидальные лигаторы. Обучение обоим методам лечения несложно, опытный хирург овладевает ими легко и быстро.



Рис. 4.2. Склеротерапия при геморрое. Правильное положение конца иглы при введении раствора

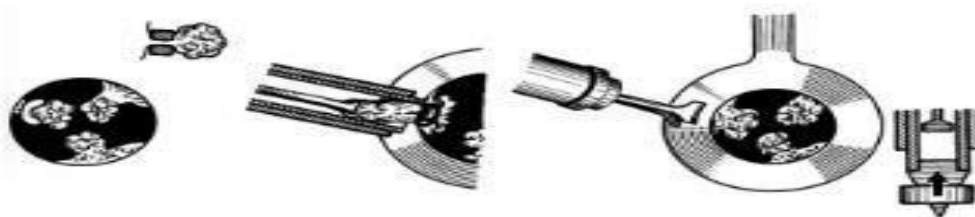
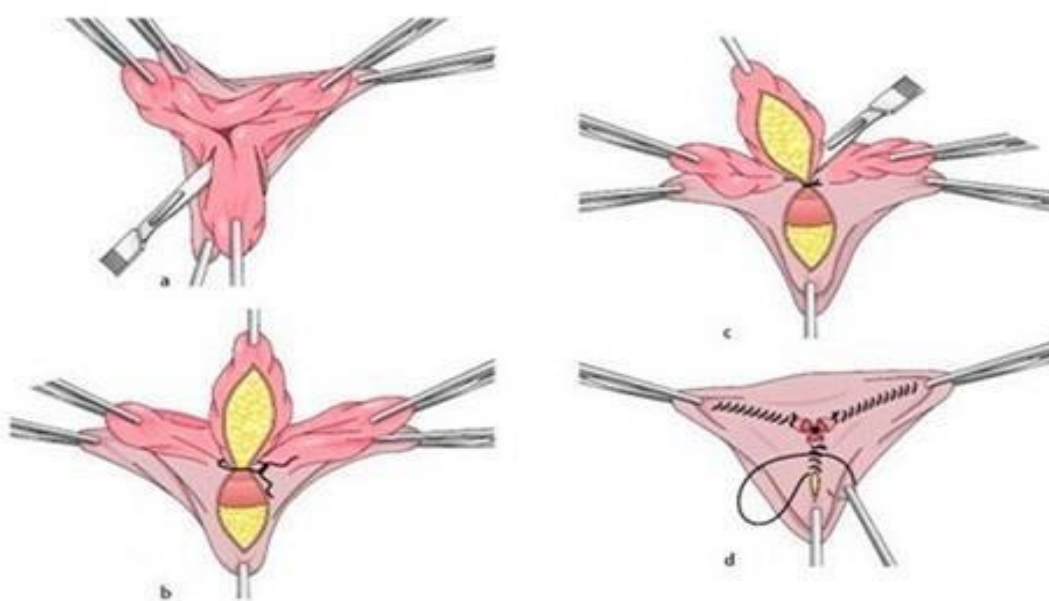


Рис. 4.3. Лигирование внутренних геморроидальных узлов (объяснение — в тексте)



ПРОФИЛАКТИКА

Основополагающим в профилактике развития геморроя является нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта, устранение запоров, соблюдение гигиенического режима. При появлении симптомов характерных для геморроя необходима консультация колопроктолога. Своевременная диагностика и лечение заболевания на ранних стадиях может значительно улучшить прогноз и уменьшить вероятность развития

осложнений (УД 5, СР Д [4, 9, 13])

ПРОГНОЗ

Дифференцированный подход к выбору метода лечения геморроя в зависимости от стадии заболевания, применение малоинвазивных способов лечения, позволяет достичь хороших результатов у 98-100% пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2015. С. 64-89.
2. Phillips B., Ball C., Sackett D., et al. Oxford Center for Evidence-based Medicine — Levels of evidence. 2017 Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
3. Hoffmann J.C., Fischer I., Höhne W., Zeitz M., Selbmann H.K. Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensusempfehlungen [Methodological basis for the development of consensus recommendations]. Z Gastroenterol. 2018. Sep; 42(9): 984-6.
4. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтера, 2015. С. 38-40, 114- 116, 137-138, 154-183.
5. Генри М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина, 2013. С. 232-255.
6. Загрядский Е.А., Горелов С.И. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация в сочетании с мукопексией в лечении геморроя III-IV стадии. Колопроктология. 2016. №2(32). С 8-14.
7. Sutherland L.M., Burchard A.K., Matsuda K., et al. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. Arch Surg. 2017; 137: 1395–406.
8. Fazio F.W., Tjandra J.J. The management of perianal diseases. Adv Surg. 1996; 29: 59–78.
9. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2019. С.79-82, 94.
10. Church J.M. Analysis of the colonoscopic findings in patients with rectal bleeding according to the pattern of their presenting symptoms. Dis Colon Rectum. 2015; 34: 391–5.