

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю
Руководитель направления подготовки
31.08.67 «Хирургия»
Владимирова О.В.
«29» августа 2024 год

**Методические рекомендации к лекциям для ординаторов
по дисциплине**

31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Модуль 7 «Колопроктология»

Тема 1. Геморрой.

Лекция № 35 Геморрой. Этиология. Диагностика. Клиника. Методы лечения.

Методические рекомендации
обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной хирургии
(зав.кафедрой Айдемиров А.Н.), хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии
и ангиологии (зав.кафедрой Байчоров Э.Х.), факультетской хирургии (и.о. зав. кафедрой
Печенкин Е. В.), общей хирургии (зав. кафедрой Лаврешин П.М.)
«29 » августа 2024 год,
протокол № 1

Ставрополь, 2024

Модуль 7 «Колопроктология»

Тема 1 Геморрой.

Лекция № 35 Геморрой. Этиология. Диагностика. Клиника. Методы лечения.

Цели, задачи, компетенции

Цели и задачи – Подготовка квалифицированного врача-специалиста хирурга, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врача-хирурга.

Требования к результатам освоения дисциплины

формируемые компетенции:

универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профессиональными компетенциями:

Профессиональные компетенции:

- *профилактическая деятельность:*
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя проведение пропаганды здорового образа жизни при общении с родственниками и близкими пациентов, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний среди населения, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- *диагностическая деятельность:*
 - готовность к определению у пациентов транзиторных и патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- *лечебная деятельность:*
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- *реабилитационная деятельность:*
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- *психолого-педагогическая деятельность:*
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- *организационно-управленческая деятельность:*
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Вопросы, рассматриваемые на лекции:

1. Понятие о геморрое.
2. Современная классификация.
3. Основные клинические признаки.

4. Методы диагностики и лечения геморроя.

Основная литература:

Основная литература:

1. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425749.html>
2. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст]: учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко, Н.В.Ананьев, Э.Л. Латария, Г.А. Белый [идр.] ; под ред. В.В. Левановича. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с.
4. Хирургия печени [Текст]: рук. /Б. И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Хирургия: учебник/ Ковалев А.И. 2014-576 с.: ил
6. Военно-плевая хирургия: учебник/ под ред. Е. К. Гуманеко 2-е изд., испр. И доп. 2015. - 768 с. : ил.
7. Детская хирургия: учебник / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014-1040с.: ил.

Дополнительная литература:

1. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы Выездного пленума Проблемной комиссии "Неотложная хирургия" и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск 6-7 октября 2011 года [Текст] / под ред. А.С. Ермолова. - Пятигорск : РИА-КМВ, См. след. карт. 2 2011. - 324 с. :
2. Лапароскопическая хирургия [Текст] : атл. / под ред. Т. Н. Паппаса, А. Д. Приор, М. С. Харниша ; пер. с англ. под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с.
3. Эфферентная терапия в хирургической клинике [Текст] / А.Г. Рожков, В.И. Карандин. - М.: Миклош, 2010. - 256 с.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

Геморрой – заболевание, характеризующееся варикозным изменением вен заднего прохода и прямой кишки с образованием геморроидальных узлов. Симптоматически проявляется ощущением жжения, тяжести, зуда в заднем проходе, кровотечениями алой кровью из узлов. Может осложниться выпадением, ущемлением и тромбозом геморроидальных узлов. Воспаление узлов ведет к возникновению ректальных свищей и парапроктита. Длительные геморроидальные кровотечения приводят к развитию анемии.

Геморрой является одним из самых распространенных проктологических заболеваний. Геморрой представляет собой патологически увеличенные геморроидальные узлы, которые склонны к воспалению, кровоточивости и выпадению из заднего прохода. Название заболевания представляет собой греческий термин, обозначающий в переводе кровотечение. Кровотечения являются наиболее ярким, но не единственным симптомом при развитии геморроя.

Геморроидальные венозные сплетения у человека располагаются в подслизистом слое стенки анального канала, сходны по своему строению с кавернозными телами половых органов и, как предполагается, играют роль в обеспечении полного смыкания заднего прохода и удержании каловых масс. Различают внутренние и наружные геморроидальные узлы. У большинства людей рано или поздно обнаруживается разной степени увеличение этих венозных образований. Увеличение геморроидальных узлов, выявленное при осмотре и не сопровождающееся клинической симптоматикой, не считается заболеванием.

Клинически геморрой проявляется выпадением внутренних, тромбозом наружных геморроидальных узлов, кровотечениями, зудом и жжением в прямой кишке, болезненностью при дефекации. В настоящее время в России в 75% случаев прибегают к хирургическому удалению патологически увеличенных узлов (в сравнении в США и Европе этот показатель составляет около 20% случаев). Эффективности нехирургических методов лечения способствует раннее выявление заболевания и своевременное обращение к врачу.

Этиология и патогенез геморроя

Патогенетическим фактором развития геморроя является нарушенное кровообращение в геморроидальных венозных скоплениях, способствующие развитию дистрофических изменений в соединительнотканых и мышечных структурах, которые закрепляют узлы внутри анального канала. Способствуют развитию заболевания следующие факторы: склонность к расстройствам стула (частые запоры или поносы), сидячий образ жизни, злоупотребление острой пищей и алкоголем.

Среди профессиональных факторов стоит отметить профессии, требующие продолжительного нахождения в сидячем положении (водители, пилоты и др.). Кроме того, нарушению кровообращения в перианальной зоне могут способствовать некоторые виды спорта: конный, велосипедный, тяжелая атлетика. У женщин развитию геморроя может поспособствовать беременность и роды.

Классификация и симптомы геморроя

Выделяют острый и хронический геморрой, которые, по сути, являются стадиями одного заболевания. Также выделяют внутренний геморрой, наружный геморрой и комбинированный.

Классификация хронического геморроя:

Внутренний геморрой В клиническом течении геморроя выделяют четыре стадии. Первая стадия характеризуется периодическим выделением алой крови из анального отверстия. Выпадения геморроидальных узлов не отмечается.

На второй стадии происходит выпадение геморроидальных узлов и их самостоятельное вправление. Может, как сопровождаться кровоточивостью, так и протекать без нее.

На третьей стадии выпадающие геморроидальные узлы не вправляются самостоятельно, и необходимо возвращать их в анальный канал вручную. Кровотечение также может присутствовать или отсутствовать.

Геморрой четвертой стадии характеризуется невозможностью вправления постоянно выпадающих из анального канала геморроидальных узлов. Кроме того, различают острый и хронический геморрой.

Симптомы геморроя

Острый геморрой

Клинически острый геморрой проявляется тромбозом наружных геморроидальных узлов, либо выпадением из анального канала тромбированных внутренних узлов.

Тромбоз геморроидальных узлов характеризуется значительным их увеличением, уплотнением, узлы причиняют довольно интенсивную боль (прокталгия), в особенности при дефекации.

Хронический геморрой

Основные клинические признаки хронического геморроя: эпизоды кровотечений из заднего прохода, зуд и жжение в перианальной области, периодические выпадения внутренних геморроидальных узлов. Неплотное смыкание сфинктера заднего прохода и постоянное выпадение геморроидальных узлов может способствовать возникновению прозрачных слизистых выделений из заднего прохода.

Кровотечение – весьма распространенный признак геморроя и предполагается, что периодические эпизоды кровоточивости из заднего прохода бывают у 10% населения. В 70-80% случаев причиной этих кровотечений является геморрой. Однако, большая часть больных не обращаются за медицинской помощью, поскольку кровотечения скудные и редкие и им не придают особенного значения. Кроме того, многие стесняются обращаться к проктологу или бояться методов обследования.

Геморроидальное кровотечение появляется, как правило, во время дефекации, Это могут быть алые брызги в момент натуживания или следы крови на бумаге. Если кровь после дефекации осталась в прямой кишке, в следующий раз она выходит в виде темных сгустков.

Продолжительно существующий геморрой проявляется выпадением внутренних геморроидальных узлов. Первоначально узлы выпадают при натуживании во время дефекации. В дальнейшем при прогрессировании заболевания узлы выпадают все чаще, при кашле, чихании. Самостоятельно не вправляются, приходится осуществлять ручное вправление. Со временем, выпадение узлов становится постоянным, узлы не поддаются вправлению. Выпадающие наружу геморроидальные узлы могут доставлять значительный дискомфорт, кроме того они склонны к тромбированию.

Зачастую геморрой сопровождается анальным зудом, обусловленным постоянным раздражением кожи в области ануса выделениями.

Диагностика геморроя

Несмотря на довольно несложную диагностику данного заболевания, стоит подойти к ней серьезно, поскольку недостаточность обследования может привести к ошибочному диагнозу и невыявлению значимых осложнений или сопутствующих патологий.

Осмотр больных с подозрением на геморрой производят в гинекологическом кресле с максимальным приведением колен к животу, либо в коленно-локтевой позиции. Производят наружный осмотр заднего прохода и перианальной области, отмечая форму ануса, имеющиеся деформации, рубцовые изменения, свищи, зияние заднего прохода. Обращают внимание на цвет и состояние кожных покровов, оценивают выраженность наружных геморроидальных узлов, отмечают степень выпадения внутренних, а также возможность их вправления.

Проверка анального рефлекса осуществляется с помощью штрихового раздражения перианальной зоны зондом. Затем разводят края заднего прохода и производят осмотр стенок анального канала на наличие анальной трещины. После наружного осмотра производят пальцевое исследование прямой кишки, отмечая состояние наружного и внутреннего анальных сфинктеров, их тоническую напряженность, силу волевых сокращений, степень болезненности. Исследуют слизистую оболочку канала на присутствие дефектов, анальных полипов и рубцов.

Зачастую точное определение локализации и размеров геморроидальных узлов при пальцевом исследовании может представлять собой определенную трудность в связи с тем, что узлы при пальпации уменьшаются в размерах. Поэтому при исследовании пациенту предлагают натужиться для более четкого выявления и обследования узлов. Порядка 8-12 см анального канала можно детально рассмотреть при аноскопии. Данное исследование довольно хорошо переносится больными и позволяет осмотреть зону расположения внутренних геморроидальных узлов. При натуживании внутренние геморроидальные узлы могут выпадать в просвет аноскопа.

Ректороманоскопия назначается всем пациентам с подозрением на геморрой. Если возможности произвести ректороманоскопию до высоты 25 сантиметров нет, либо имеются предположения о патологиях верхних отделов толстого кишечника, производят ирригоскопию или колоноскопию. УЗИ органов брюшной полости позволяет исключить или выявить сопутствующие заболевания пищеварительного тракта. Для исключения кровотечения из верхних отделов пищеварительной системы назначают гастроскопию.

Практика показывает, что у трети больных, страдающих геморроем, обнаруживаются заболевания анального канала и толстого кишечника, некоторые из них могут также быть причиной кровотечения из заднего прохода. Нередко при осмотре и обследовании по поводу геморроя удается диагностировать рак прямой кишки.

Лечение геморроя

Тактику лечения геморроя выбирают исходя из стадии заболевания. При геморрое первой и второй стадии можно остановиться на консервативной терапии, либо предложить лечение с помощью электрокоагуляции или склеротерапии. Наложение лигатур (шовное лигирование или лигирование латексными кольцами) может быть эффективно на второй и третьей стадии.

Кроме того, при геморрое в третьей стадии может применяться методика геморроидэктомии по Лонго. Четвертая стадия геморроя требует хирургического иссечения геморроидальных узлов (геморроидэктомия).

В острый период геморроя все, кроме консервативной терапии, методики лечения противопоказаны. Кроме того, медикаментозным лечением зачастую ограничиваются на первой и второй стадии заболевания. При консервативном лечении назначают диету, способствующую нормализации стула при частых диареях и его размягчению при затрудненной дефекации. При необходимости назначают слабительные препараты. В качестве общей терапии также рекомендованы препараты, способствующие укреплению венозных стенок (флеботропные средства – диосмин). Местно применяют свечи и мази с противовоспалительными, заживляющими, обезболивающими, кровоостанавливающими и улучшающими местный кровоток средствами.

Назначение местных препаратов зависит от выраженности тех или иных симптомов. Чаще всего выбирают поликомпонентные средства, включающие противовоспалительные, анестезирующие и гемостатические элементы. Средства, содержащие противовоспалительные препараты (кортикостероиды и нестероидные препараты) назначают непродолжительными курсами во

избежание побочных эффектов. При выраженных кровотечениях применяют эффективный гемостатик натрия альгинат.

Консервативная терапия при геморрое направлена на облегчение клинических симптомов и затухание обострения. Следует помнить, что это симптоматическая терапия, не ведущая к излечению от заболевания и носящая временный характер. Склонность к сидячему образу жизни или избыточные физические нагрузки способствуют развитию новых обострений и прогрессированию геморроя.

Эффективными мерами излечения геморроя на ранних стадиях являются малоинвазивные методики удаления геморроидальных узлов (склеротерапия, инфракрасная коагуляция, лигирование). Зачастую в практике применяется комбинированное лечение. Несмотря на высокую степень безопасности и удобство для пациентов, малоинвазивные методики не всегда применимы.

Для удаления узлов на поздних стадиях заболевания проводят хирургическое вмешательство: геморроидэктомию. При этом кавернозные венозные сплетения иссекают целиком, исключая вероятность рецидивов заболевания. Современные техники выполнения операций позволяют сократить послеоперационный период и максимально исключить вероятные осложнения.

Поскольку геморрой не является заболеванием, представляющим угрозу для жизни, во всех случаях, кроме упорного кровотечения, приводящего к выраженной анемии, пациент сам решает вопрос о целесообразности хирургического вмешательства в зависимости от рекомендаций врача.

Поскольку за врачебной помощью обычно обращаются пациенты с частыми обострениями, геморрой доставляет им заметные неудобства и значительно ухудшает качество жизни, задачей проктолога является тщательное обследование и грамотная рекомендация оптимальной методики лечения.

Профилактика геморроя

Профилактика геморроя включает в себя предупреждение факторов, способствующих нарушению кровотока в сосудах прямой кишки и меры по нормализации работы пищеварительного тракта. Своевременное лечение заболеваний, проявляющихся запорами или диареей, правильное рациональное питание способствуют нормализации консистенции стула и регулярному комфортному опорожнению кишечника.

Профилактике геморроя способствуют гигиенические меры по уходу за областью заднего прохода: тщательное очищение после дефекации, использование мягких сортов бумаги (при необходимости отказ от туалетной бумаги в пользу обмывания прохладной водой), регулярное мытье, ношение белья из натуральных дышащих тканей, не стесняющего движений. При первых признаках геморроя желательно отказаться от видов деятельности, связанных с регулярной тяжелой физической нагрузкой. Людям, склонным к сидячему образу жизни, стоит заняться физкультурой, плаванием, осуществлять регулярные пешие прогулки.