

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ  
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ**

**«Геморрой. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, осложнения. Консервативное и хирургическое лечение. Показания к оперативному лечению, предоперационное подготовка, методы операций, послеоперационное ведение»**

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ  
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*

Андижан - 2005 г.

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
*Заведующий кафедрой хирургических  
 болезней 6-7 курса и урологии,*  
 проф: \_\_\_\_\_ *Нишанов Ф.Н.*

**РЕГЛАМЕНТ**  
 учебного времени кафедры  
 хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	<b>продолжитель- ность, мин</b>	<b>время</b>
1. Переключка.	5	8 <sup>00</sup> - 8 <sup>05</sup>
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 <sup>05</sup> - 10 <sup>35</sup>
3. Перерыв.	10	8 <sup>50</sup> - 9 <sup>00</sup>
	10	9 <sup>45</sup> - 9 <sup>55</sup>
	10	10 <sup>25</sup> - 10 <sup>35</sup>
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 <sup>35</sup> - 11 <sup>20</sup>
5. Обеденный перерыв.	40	11 <sup>20</sup> - 12 <sup>00</sup>
6. Семинарское занятие. Разбор теоретических вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>30</sup>
7. Перерыв	10	12 <sup>45</sup> - 12 <sup>55</sup>
	10	13 <sup>30</sup> - 13 <sup>40</sup>
8. Разбор практических навыков.	55	13 <sup>40</sup> - 14 <sup>35</sup>

**ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

**ОЦЕНКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяют преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	удовлетворительный т.е. выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления.
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления .
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

## КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ

(самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корригирует физикальное обследование больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

## ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ

Каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболеваний, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корригировать вопросы и

ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

### **РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

### **НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ**

Таблицы, схемы, слайды, цветные рисунки, компьютерные программы, научные статьи, рентгенограммы.

## **ТЕМА ЗАНЯТИЕ**

**«Геморрой. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, осложнения.**

**Консервативное и хирургическое лечение.**

**Показания к оперативному лечению, предоперационное подготовка, методы операций, послеоперационное ведение»**

### ***Цель занятия:***

1. Особенности клинического проявления геморроя: признаки осложнений, предрасполагающие и производящие причины.
2. результаты осмотра и характеристику варикозных узлов (внутренние; наружные); наличие осложнение: тромбоз и отек узлов, кровотечение и др.
3. план обследования, методы специального исследования.
4. выбор лечения (объем консервативного лечения, выбор хирургического вмешательства).
5. необходимость своевременной диагностики и своевременного лечения как профилактика осложнений.
6. установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

### ***Контрольные вопросы:***

1. Хирургическая анатомия и патофизиология прямокишечных вен.
2. Стадии клинического течения геморроя.
3. Осложнения геморроя.
4. Консервативное лечения геморроя.
5. Показания к хирургическому лечению.
6. Методы оперативного лечения.
7. Ведения больных в послеоперационном периоде.
8. Лечение осложненных форм геморроя.
9. профилактика геморроя.
10. Дифференциальная диагностика при кровотечениях из прямой кишки.

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**ГЕМОРРОЙ** - гипертрофия кавернозных тел прямокишечного сплетения прямой кишки, проявляется болями, кровотечениями из прямой кишки. Является наиболее частым проктологическим заболеванием.

Термин «геморрой» обозначает кровотечение. Это название издревле дано заболеванию прямокишечных вен, наиболее типичным проявлением которого является варикозное расширение вен прямокишечного сплетения и истечение крови из прямой кишки. Примерно 50% людей в возрасте 40-50 лет имеют геморроидальные узлы, которые, однако, не причиняют каких-либо неприятностей, так что эти состояния не могут рассматриваться как заболевания.

Геморрой встречается одинаково часто у мужчин и женщин среднего и пожилого возраста.

Вследствие вертикального положения тела человека гидростатическое давление в лишенном клапанов внутреннем венозном сплетении прямой кишки увеличивается. Увеличивается и объем вен, повреждаются эластические части сосудистой стенки. Taylor и Egbert на основании манометрических исследований доказали, что давление во внутреннем венозном сплетении прямой кишки в горизонтальном положении тела исследуемого равно только 20-25 см вод. ст., тогда как в сидячем положении исследуемого оно повышается до 60-75 см вод. ст. Это обстоятельство объясняет, почему у детей геморрой бывает крайне редко.

Однако в настоящее время еще сравнительно нередко случается, что истинный источник кровотечения находят через несколько недель или месяцев после операции по поводу геморроя. Им оказывается высоко расположенная в прямой кишке раковая опухоль, которая за это время могла распространиться и стать иноперабельной.

**Этиология и патогенез.** К заболеванию предрасполагают малоподвижный образ жизни, беременность и роды, длительные запоры, тяжелая физическая работа, связанная с поднятием тяжестей, привычка к острой и пряной пище, забо-

левания органов малого таза, обуславливающие сдавление отводящих вен, а также отсутствие клапанов у отводящих вен прямокишечного сплетения.

*Геморрой может быть первичным и вторичным. Причина первичного геморроя не установлена, несомненно значение имеет врожденная предрасположенность. Вторичный геморрой является следствием нарушения оттока крови из прямокишечных венозных сплетений при портальной гипертензии, застое в нижней полой вене, сердечной недостаточности, длительных запорах, сидячем образе жизни, тяжелой физической работе.*

Различают наружный и внутренний геморрой. При наружном геморрое наблюдается расширение вен наружного прямокишечного сплетения, которое лежит под кожей вокруг заднего прохода. В результате образуются геморроидальные узлы, которые в виде кожных складок (бахромки) свисают снаружи по краю анального кольца. Иногда такие узлы достигают значительных размеров и приобретают форму крупных лепестков. Набухая, они создают неудобства при ходьбе, могут вызывать раздражение кожи заднего прохода, мацерацию и зуд. Кроме того, наружные геморроидальные узлы (в особенности, если они располагаются по задней полуокружности заднего прохода) часто способствуют образованию трещин. Обычно трещина начинается в основании узла и, как правило, не поддается консервативному лечению.

При наружном геморрое может развиваться острый тромбоз геморроидального узла: в области заднего прохода появляется округлое плотное образование в форме лесного ореха. Острые боли держатся 7-10 дней, затем постепенно стихают. Однако уплотнение (тромб) иногда остается на долгое время.

При внутреннем геморрое происходит варикозное расширение вен прямокишечного сплетения, которое располагается под слизистой оболочкой самого нижнего отдела прямой кишки выше заднепроходно-кожной линии.

Внутренние геморроидальные узлы, если они не выпадают из заднепроходного отверстия, могут быть обнаружены лишь при специальном осмотре прямой кишки. Они имеют, как правило, округлую или веретенообразную форму и чаще всего широкое основание. Обычно они покрыты гладкой слизистой оболочкой и при сдавлении пальцем опорожняются.

Лишь в сравнительно редких (запущенных) случаях геморроидальные узлы имеют мелкобугристую поверхность, напоминая по виду тутовую ягоду или малину. Внутренние геморроидальные узлы даже при выраженном расширении безболезненны, боли появляются только при их ущемлении и инфицировании. Наружные геморроидальные узлы чаще болезненны, так как в зоне их формирования имеются нервные окончания.

У людей в пожилом возрасте вены внутреннего прямокишечного сплетения почти всегда варикозно расширены. Однако такая возрастная особенность еще не является заболеванием, именуемым геморроем. Это лишь явное предрасположение к его развитию.

**Клиника.** Характерными симптомами геморроя являются: кровотечения из прямой кишки при дефекации, выпадение узлов наружу через задний проход, боли и периодически возникающие воспаления с отеком узлов, их тромбозом, а иногда и гангреной.

Кровотечение при дефекации - наиболее типичный и частый признак геморроя. Оно происходит преимущественно из внутренних геморроидальных узлов. Количество крови, выделяемой во время дефекации, может варьировать в больших пределах - от скудного окрашивания туалетной бумаги до обильных кровопотерь, требующих подчас неотложного переливания крови. Обычно кровь имеет ярко-красный цвет, однако изредка она может иметь фиолетовый и даже темный оттенок (в тех случаях, когда кровь скапливается в кишке до начала дефекации).

Выделение темной крови в виде сгустков может происходить в самом начале дефекации. Некоторые больные отмечают, что кровотечение при дефекации происходит у них в виде брызжущей струи (это характерно для внутреннего геморроя).

При обострении геморроя первично поражаются внутренние узлы, наружные вовлекаются в процесс вследствие распространения воспалительной инфильтрации в область заднего прохода. Гораздо реже встречается изолированное воспаление отдельных наружных геморроидальных узлов. У таких

больных можно наблюдать образование в области одного из наружных узлов округлого или овального тромба, весьма болезненного при давлении.

Клинические приступы обострения геморроя характеризуются резкой болью, особенно при дефекации, ходьбе, а иногда при незначительных движениях даже в постели. Некоторые больные настолько страдают от боли, что им приходится назначать болеутоляющие средства. Резкие боли в заднем проходе свидетельствуют об ущемлении, осложнении тромбозом геморроидальных узлов или о появлении анальной трещины.

Воспаление внутренних геморроидальных узлов протекает обычно тяжело. Выпавшие геморроидальные узлы набухают, увеличиваются, в связи с чем заднепроходный канал расширяется, задний проход зияет. Все это сопровождается резкой болезненностью, пульсацией. Может повыситься температура тела и появиться озноб. Наружные геморроидальные узлы сами по себе воспаляются редко, но они почти всегда вовлекаются в процесс при воспалении внутренних узлов.

Выпадение внутренних узлов наблюдается довольно часто. Узлы выпадают во время испражнения и вправляются или самостоятельно, или больным с помощью пальцев. В дальнейшем выпадение узлов происходит уже при простом легком натуживании. Следует отметить, что выпадение узлов сопровождается нередко расслаблением тонуса наружного сфинктера. Затем расслабление его является уже непосредственной причиной выпадения узлов. При последующем нарушении тонуса наружного жома узлы начинают выпадать при малейшем физическом напряжении, даже при ходьбе.

При внутреннем геморрое с кровотечением жалобы на боли во время дефекации и после нее могут указывать и на возникновение трещины заднего прохода.

У большинства больных отмечается весьма продолжительное течение заболевания - до 20 лет и более. Пациентов, осведомленных о характере своего недуга, сравнительно мало беспокоят периодически возникающие кро-

вотечения. Лишь в случаях обильной кровопотери или частых приступов обострения заболевания они выражают согласие на операцию.

В зависимости от степени увеличения узлов и симптомов можно выделить три стадии геморроя.

При I с т а д и и узлы слегка возвышаются над слизистой оболочкой прямой кишки, исчезают при надавливании. При дефекации узел может выпадать из заднего прохода, но самопроизвольно вправляется. Боли, как правило, отсутствуют, но кровотечения возможны.

Во II с т а д и и геморроидальные узлы выпадают после каждого акта дефекации и их приходится вправлять руками. Узлы часто травмируются, воспаляются, иногда некротизируются. В этой стадии наиболее характерны рецидивирующие боли, ослабление силы сфинктера заднего прохода.

III с т а д и я геморроя отличается большими размерами узлов и неспособностью к их самостоятельному вправлению при выпадении. Они появляются при кашле, натуживании, чиханье. Узлы постепенно подвергаются фиброзным изменениям, часто кровоточат.

**Диагноз.** Диагноз устанавливают на основании проктологического обследования с использованием ректального зеркала и ректоскопа. Одного пальцевого исследования недостаточно, так как не осложненные внутренние геморроидальные узлы не пальпируются. Необходимо выяснить возможную связь геморроя с основным заболеванием, обратив внимание на сердечно-сосудистую систему и печень.

Кровотечения из заднего прохода - характерный симптом не только геморроя, но и такого грозного заболевания, как рак. Однако для рака прямой и сигмовидной ободочной кишок более типичным является выделение грязной кровянистой слизи или темных сгустков как до начала дефекации, так и смешанных с калом.

Учитывая значительную частоту рака прямой и ободочной кишок, во всех случаях кровотечений из прямой кишки следует обязательно провести детальное пальцевое исследование, колоноскопию или рентгенологическое исследо-

вание толстой кишки (ирригоскопию). Только после исключения онкологических заболеваний допустимо причину перенесенного ректального кровотечения связать с геморроем.

**Лечение.** Лечение при остром воспалении геморроидальных узлов заключается в следующем. Необходим строгий постельный режим в течение 7-14 дней. Стул желательно задержать на 4-5 дней. С этой целью при склонности к запору достаточно назначить бесшлаковую диету: белковый омлет, мясной говяжий бульон, отварное мясо, провернутое через мясорубку, слизистую рисовую или протертую кашу (на воде с небольшим куском масла), белые сухари (3-4 сухаря в день) и обильное питье (4-6 стаканов едва подслащенного чая).

В первые 2 дня к месту воспаленных узлов прикладывают холодные примочки из слабого раствора перманганата калия. Ватные тампоны, смоченные в этом растворе, прикладывают к воспаленным узлам через каждые 15 мин в течение 1,5-2 ч (3-4 сеанса в день). Через 2 дня рекомендуют новокаиновую блокаду в толщу сфинктера заднего прохода (40 мл 0,25 % раствора новокаина с добавлением антибиотиков - 200 000 ЕД пенициллина и 200 000 ЕД стрептомицина). После блокады на область заднего прохода и воспаленных узлов накладывают широкий компресс с мазью Вишневского, который оставляют на 2 дня. Начиная с 4-5-го дня назначают ежедневные ванночки с перманганатом калия (34 °С), свечи и компрессы с мазью Вишневского.

Тяжелое воспаление с явлениями тромбоза протекает длительно, иногда 3-4 нед.

Внутрь назначают сбор лекарственных трав: листьев сенны, травы тысячелистника, коры крушины, плодов кориандра, плодов солодки. Травы нужно смешать в равных количествах. Настой готовят из расчета на 1 столовую ложку стакан кипятка, настаивают 30 мин, пьют по 1 стакану на ночь.

Чрезвычайно важно следить за работой кишечника. Если акт дефекации сопровождается некоторым натуживанием, имеет смысл рекомендовать

больному перед сном принять чайную ложку нормазе, вазелинового масла или выпить полстакана настоя из указанных выше трав.

В случаях упорных запоров следует прибегать к очистительной клизме. Надо помнить, что обильно смазанный вазелином наконечник клизмы должен быть проведен в заднепроходный канал по здоровой стенке заднепроходного отверстия, чтобы не задеть плотный болезненный узел. Очистительная клизма в этих случаях имеет определенные преимущества перед слабительными средствами - она способствует в известной степени расслаблению сфинктера и лучшему очищению кишечника.

**Лечение геморроидальных кровотечений.** Местное лечение, направленное на остановку кровотечения из прямокишечных вен, обычно обеспечивается назначением свечей. Свечи вводят 2 раза в день (на ночь и после стула). Кроме того, внутрь назначают 10 % раствор хлорида кальция (по 1 столовой ложке 4-5 раз в день).

Оперативное лечение при кровоточащем внутреннем геморрое показано в тех случаях, когда кровотечения повторные и сопровождаются развитием анемии. При значительных потерях крови, сопровождающихся резким падением гемоглобина, проводят тампонаду прямой кишки с одновременным переливанием крови и затем - операцию.

Существует еще один метод остановки кровотечения. Он заключается в введении во внутренние геморроидальные узлы так называемых склерозирующих растворов, которые вызывают свертывание крови в узле с последующим его рубцовым сморщиванием. В качестве таких средств предлагают 5 % раствор фенола в миндальном масле, 20 % раствор хлорида натрия и т.д. Хороший результат дает склероз и рубящий раствор следующего состава: 100 мл 5 % раствора новокаина в персиковом масле, 5 г кристаллического фенола и 0,5 г ментола. В каждый геморроидальный узел вводят 2 мл такого раствора. Как правило, достаточно двух сеансов с разрывом между ними в 10-14 дней.

Метод склерозирующих инъекций весьма эффективен при лечении кровоточащего внутреннего геморроя, но только при условии, если внутренние

геморроидальные узлы не выпадают из заднего прохода (иначе возможны тяжелые осложнения). Инъекции варикоцида, этаксисклерона и других растворов производят после очистительной клизмы через аноскоп с помощью длинной иглы. За один сеанс инъецируют один узел.

Кровоточащий внутренний геморрой без выпадения узлов и частых обострений далеко не всегда требует оперативного вмешательства. Если кровотечения не приводят к развитию анемии, не вызывают головных болей и общего недомогания, лечение такого геморроя может быть консервативным.

Большое влияние на возникновение геморроидальных кровотечений оказывает пища. Хорошо известно, что и небольшие дозы алкоголя (даже пиво) способны вызывать обильные геморроидальные кровотечения. Это касается также острых, соленых и других раздражающих блюд. Поэтому прежде всего из еды должны быть полностью исключены алкогольные напитки, острые и соленые блюда.

Огромное значение при лечении геморроидальных кровотечений имеет работа кишечника. Если больной страдает запорами, то рекомендуют растительную пищу, богатую клетчаткой. Хороший эффект дают отварная красная свекла, залитая сметаной или подсолнечным маслом, настой из чернослива вместе с ягодами, тертые яблоки, морковный сок, однодневный кефир. Любое из этих блюд, съеденное перед сном, способствует размягчению стула.

Благотворное влияние оказывают вазелиновое масло, 1 столовую ложку которого назначают перед сном, и пшеничные отруби.

**Лечение острого тромбоза геморроидальных вен.** Лечебные мероприятия при остром тромбозе геморроидального узла направлены на рассасывание тромба. Первые 3-4 дня требуется постельный режим. Пища должна быть не раздражающей. Полностью исключают алкоголь.

Местно для рассасывания тромба назначают сидячие теплые (34-35 °С) ванночки с перманганатом калия по 10-15 мин. Кроме того, 2 раза в день вводят свечи (экстракт белладонны 0,015 г, новокаин 0,12 г, ксероформ 0,1 г,

стрептоцид 0,08 г, основа - масло какао - до 2 г) и накладывают компресс с мазью: дегтярное масло с ксероформом по 6 г, анестезин 2 г, касторовое масло до 200 г.

Если через 10 дней после начала заболевания плотный тромб не начинает рассасываться, то больному показано удаление тромба оперативным путем.

Выпадение внутренних геморроидальных узлов является прямым показанием к операции. Операция тем более показана, когда выпадающие геморроидальные узлы периодически воспаляются, отекают и имеют склонность к тромбозу.

Наиболее распространенная методика оперативного вмешательства при внутреннем геморрое состоит в прошивании у основания каждого узла шелковой лигатурой, перевязке и отсечении его.

Хирургическое лечение при выпадении внутренних геморроидальных узлов не всегда может быть осуществлено. Следует с особой осторожностью подходить к решению вопроса об оперативном лечении больных, перенесших инфаркт миокарда, а также страдающих приступами стенокардии. В этих случаях рекомендуют консервативные мероприятия, направленные на предупреждение возможных осложнений (выпадение заднепроходного канала, воспаление и тромбофлебит узлов).

К таким лечебно-профилактическим мероприятиям относится прежде всего регулирование стула с помощью диеты и слабительных средств. Ни в коем случае нельзя допускать задержки стула даже на 2-3 дня. При отсутствии эффекта от применения слабительных препаратов не следует пренебрегать очистительными клизмами, которые должны назначаться утром в часы естественной дефекации. Клизму ставят из кипяченой воды комнатной температуры в объеме 1 л. К мероприятиям, предупреждающим осложнения, относятся также ежедневные (после стула) сидячие ванночки с перманганатом калия (35-36 °С) и свечи указанного выше состава. Перед введением свечу следует обильно смазать вазелиновой мазью.

Наружный геморрой (если он не вызывает мацерации, зуда, мокнутия и не сопровождается воспалением и тромбозом) не требует специального лечения. Для предотвращения осложнений рекомендуют обычные мероприятия - особенно тщательный туалет после стула, ванночки с перманганатом калия.

В том случае, если узлы достигают больших размеров, часто воспаляются или вызывают зуд и мацерацию, целесообразно рекомендовать удаление их оперативным путем. Операция также показана, если геморрой осложняется трещиной заднего прохода. Оперативное лечение больших наружных геморроидальных узлов заключается в их иссечении.

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Наличие геморроидальных узлов не является еще показанием к операции. Вопрос об операции возникает, когда узлы причиняют частые боли, значительно кровоточат или их выпадение причиняет беспокойство. Врача с трудом удастся уговорить на эту операцию даже в случае достаточных клинических показаний. Этот факт сам по себе уже в определенном смысле служит критикой этого вмешательства.

Различают два вида геморроидальных узлов. Наружные геморроидальные узлы, расположенные на уровне анального отверстия, и внутренние геморроидальные узлы, которые находятся внутреннее аноректальной линии (рис 1). Нередко наружные и внутренние узлы переходят одни в другие и образуют, расширенное венозное сплетение на протяжении всего анального канала.

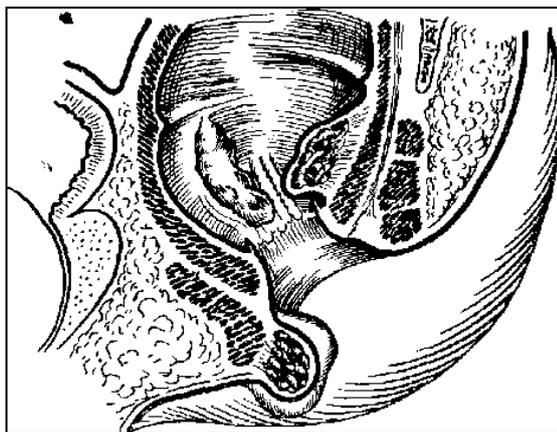


Рис. 1. Наружные и внутренние геморроидальные узлы.

Внутренние геморроидальные узлы причиняют, в общем, большие неприятности: чаще кровоточат, повторно выпадают, ущемляются. В случае выпадения узлов пальцы резиновой перчатки густо смазываются вазелином, небольшим надавливанием выпавшие узлы вправляются за сфинктер.

Операцию можно производить только тогда, когда окружность геморроидальных узлов не воспалена и нет отеков. Исключение могут составить остро затромбированные, выпавшие и причиняющие сильные боли геморроидальные узлы. В этих случаях рекомендуется под местным обезболиванием произвести разрез слизистой над узлами и удалить тромбированный сосудистый конгломерат. Кровотечение останавливают в течение нескольких минут придавливая кровоточащее место тупфером. Эта маленькая операция освобождает больного от частых, иногда продолжающихся неделями, сильных болей и обеспечивает быстрое восстановление работоспособности.

При небольших, не выпадающих, кровоточащих, но не воспаленных внутренних геморроидальных узлах может возникнуть необходимость в проведении терапии склерозирующими средствами, инъецируемыми в область узлов. Такая терапия проводится следующим образом: под местным обезболиванием заводится ректальное зеркало, и в область узлов вводят склерозирующие вещества. Одним из лучших склерозирующих веществ является 1 % раствор софрадекола, который вводят в количестве 0,1-0,5 мл в каждое место инъекции. Не следует вводить склерозирующее вещество непосредственно в подслизистую, так как в этих случаях может возникнуть обширный некроз. Результаты лечения склерозирующими веществами недостаточно определенные. При остром воспалении, свище, трещине, остром тромбозе или наружных узлах эта терапия противопоказана.

Радикальным способом лечения является геморроидэктомия. После специальной подготовки больной укладывается на операционный стол в гинекологическом положении. Под местным обезболиванием в прямую кишку вводят сначала 1, затем 2, 3 и наконец 4 пальца, расширяя таким образом кольцо сфинктера (расширение сфинктера по Resamier). Чтобы не повредить мышцы

сфинктера, необходимо производить расширение очень осторожно. Теперь становится видным анальный канал и внутренние геморроидальные узлы.

Каждый хирург использует наиболее удобную для него методику проведения геморроидэктомии. Любая из этих методик достигает цели, если соответствует следующим требованиям: а) расширенные венозные синусы должны быть радикально удалены, б) после операции должно остаться только минимальное количество рубцов, в) просвет кишки не должен быть сужен, г) в послеоперационный период должен быть обеспечен хороший отток раневого секрета.

**Метод операции:** После растяжения сфинктера в прямую кишку вводят ректальное зеркало, через которое в кишку анатомическим пинцетом заводят сухой марлевый тампон, плотно заполняя им ампулу прямой кишки. Удерживая марлевый тампон пинцетом, ректальное зеркало удаляют. Закручивая марлевый тампон по часовой стрелке, его постепенно вытаскивают из прямой кишки, при этом вслед за тампоном извлекаются и внутренние геморроидальные узлы. Таким образом, мы получаем возможность ориентироваться относительно того, как расположены внутренние узлы, каковы их размеры, какова протяженность растянутой и избыточной слизистой (Рис.2).

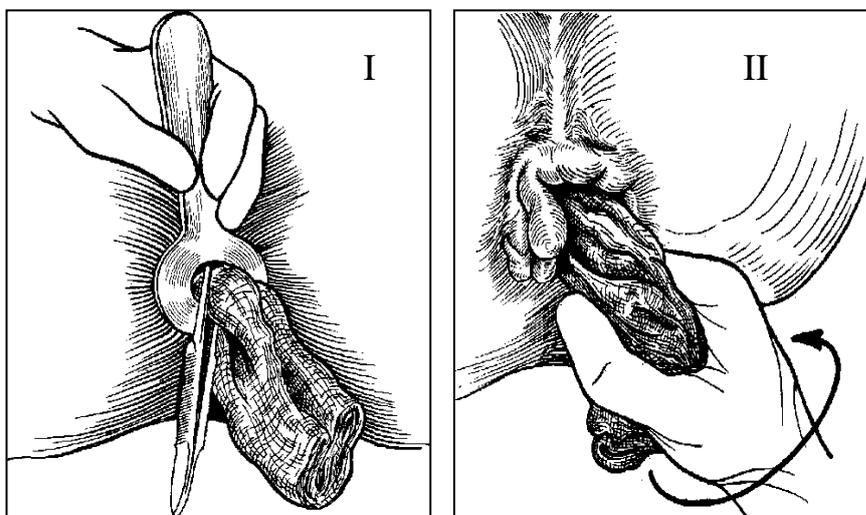


Рис. 3. Экстирпация геморроидальных узлов.

*I - через аноскоп в ампулу прямой кишки заводят сухой марлевый тампон. II - если тампон закручивать и одновременно вытаскивать, то вместе с ним извлекаются приставшие геморроидальные узлы.*

Удаление узлов надо производить таким образом, чтобы «мостики» слизистой кожи после радикальной экстирпации остались неповрежденными. Эти «мостики» надо щадить и не препарировать под ними, так как здесь легко возникает некроз и рубцевание.

На удаляемый геморроидальный узел накладывают три инструмента. Первым инструментом захватывают кожу кнаружи от наружного узла, вторым инструментом - по аноректальной линии, на границе между слизистой и кожей и, наконец, третьим зажимом фиксируют слизистую над внутренним узлом (рис. 4). Между двумя первыми зажимами скальпелем или ножницами рассекают кожу и слизистую (рис. 5). Затем шариком выделяют наружные, а затем и внутренние геморроидальные венозные сплетения (рис. 6). Препарировать надо очень поверхностно, чтобы не повредить расположенные под венозным сплетением мышечные волокна сфинктера. Покрытый кожей и слизистой геморроидальный узел, отделенный таким образом от своего основания, висит теперь только на полоске слизистой, которую у основания захватывают поперечно крепким инструментом. После этого узел отсекается (рис. 7).

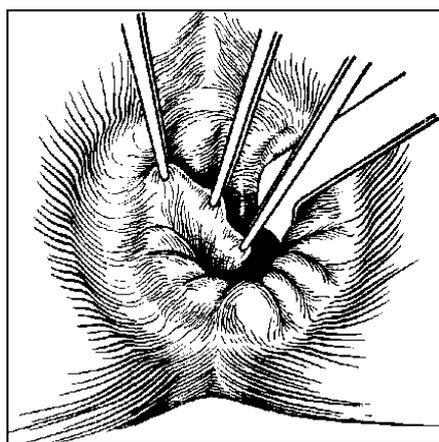


Рис. 4. Экстирпация геморроидальных узлов (III). На геморроидальный узел накладываются три зажима.

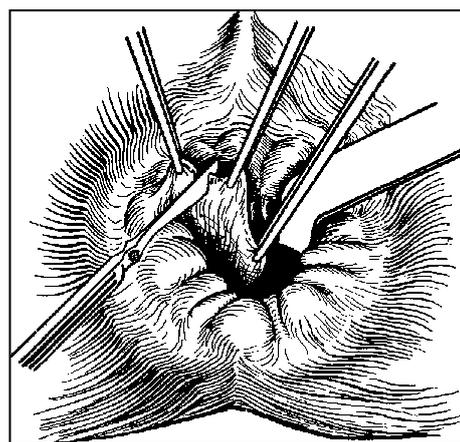


Рис. 5. Экстирпация геморроидальных узлов (IV). Разрез кожи и слизистой между двумя зажимами по обе стороны узла.

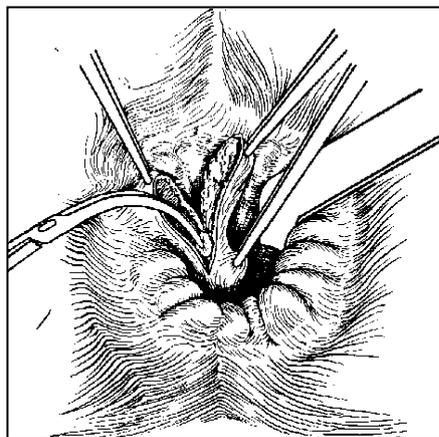


Рис. 6. Экстирпация геморроидальных узлов (V). Геморроидальное сплетение отпрепаровывается тупфером от своего основания.

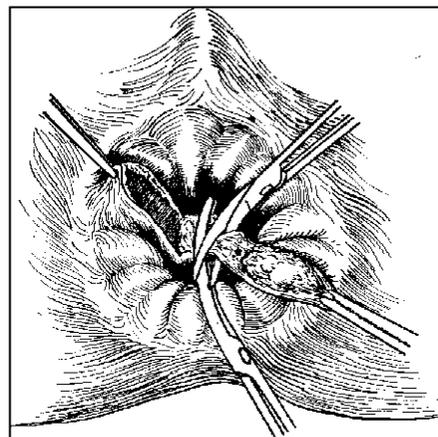


Рис. 7. Экстирпация геморроидальных узлов (VI). Ножка слизистой геморроидального сплетения пережигается в поперечном направлении; над зажимом отсекают узел.

Основание лоскута слизистой после снятия зажима захватывают по краям и в середине зажимами Kocher-а (рис. 8). Затем этот лоскут перемещают за зажимы книзу и пришивают топким кетгутом к основанию мышцы внутреннего сфинктера. Эти швы накладывают на слизистую подобно швам Lembert а, чтобы получалось вворачивание края раны (рис. 9). Такой шов является гемостатическим, и кроме того, благодаря ему край слизистой помещается опять на уровне аноректальной линии (рис. 10). Слизистую нельзя фиксировать наружнее, так как иначе в послеоперационный период возникает выпадение (эктопия) ее. Кнаружи от восстановленной аноректальной линии остается незашитым ложе удаленных узлов, выступающее за анальное отверстие, что обеспечивает хороший отток раневого секрета наружу.

Свисающие над раневой поверхностью края кожи при необходимости срезают ножницами (рис. 11). Это мероприятие облегчает, с одной стороны, отток раневого секрета в послеоперационный период и, с другой стороны, способствует предупреждению возникновения карупкулы. После иссечения геморроидальных узлов в радиальном направлении в 3-4 х местах остается узкая продолговатая полоска раневой поверхности (рис. 12).

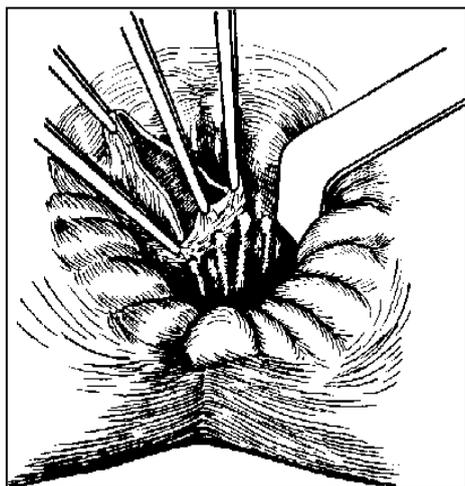


Рис. 8. Экстирпация геморроидальных узлов (VII). Край слизистой ножки захватывается тремя зажимами. Зажим, наложенный поперек, снимается.

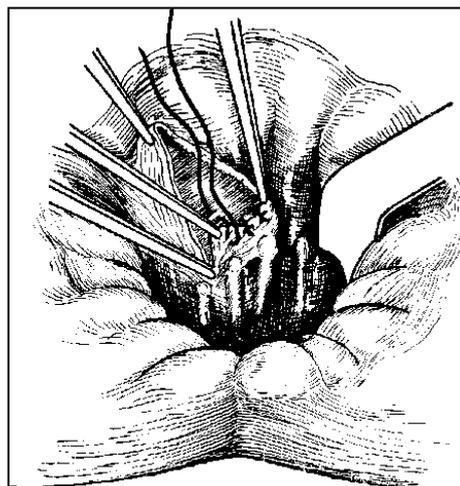


Рис. 9. Экстирпация геморроидальных узлов (VIII). Край разреза слизистой оттягивается зажимами кнаружи и в этом положении пришивается швами по Lembert-у к основанию: к мышце внутреннего сфинктера

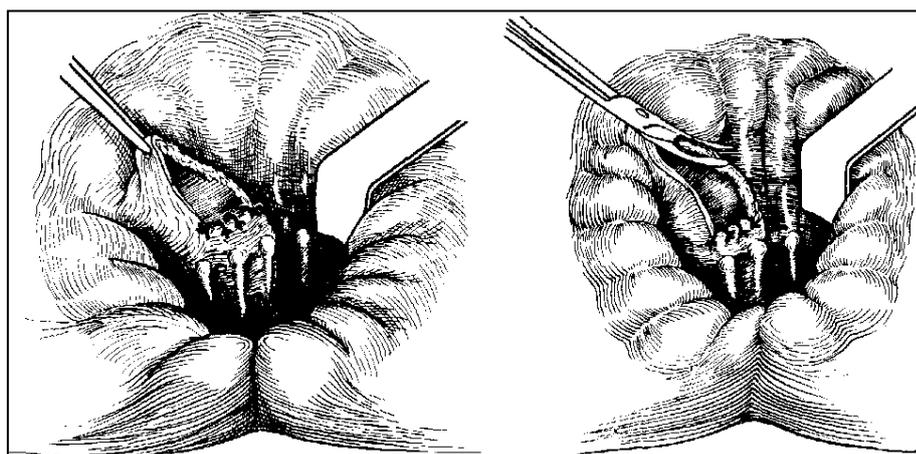


Рис. 10. Экстирпация геморроидальных узлов (IX). После наложения швов слизистая вновь заканчивается на высоте аноректальной линии.

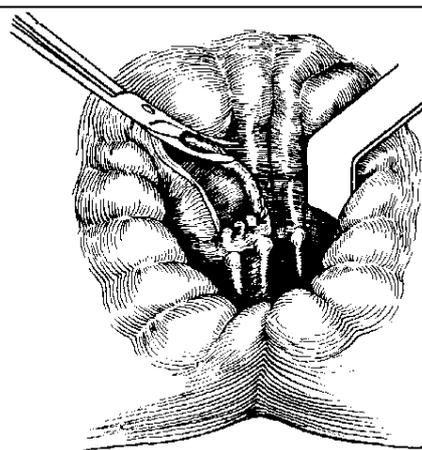


Рис. 11. Экстирпация геморроидальных узлов (X). Край кожи над поверхностью раны срезается плоско наложенными ножницами.

При плотном смыкании сфинктера может быть затруднен отток крови и раневого секрета. Чтобы это предотвратить, готовят толстую резиновую трубку (Bourdonnier) длиной около 10 см, обернутую марлевым тампоном и смазанную со всех сторон густым слоем стерильного вазелина. По-

сле операции эта трубка вводится в прямую кишку, выступающий наружный конец ее прокалывается большой английской булавкой в поперечном направлении, чтобы воспрепятствовать ускользанию всей трубки в кишку.

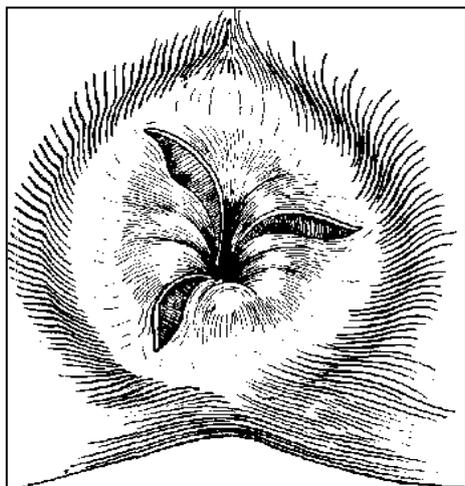


Рис. 12. Экстирпация геморроидальных узлов (XI). Вместо удаленных узлов остается раневая поверхность в форме трилистника.

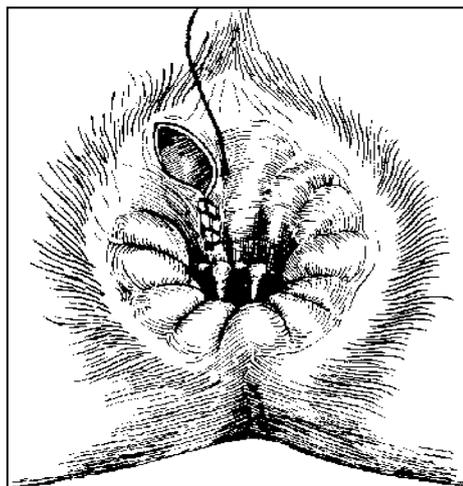


Рис. 13. Экстирпация геморроидальных узлов (XII). Оставившаяся после удаления геморроидальных узлов раневую поверхность можно защитить непрерывным кетгутовым швом.

Мы считаем применение трубки Bourdonnier методом устаревшим. Когда действие местной анестезии проходит, эта толстая трубка причиняет очень неприятные ощущения инородного тела, так что через 24 часа после вмешательства при любых обстоятельствах мы вынуждены извлечь ее, что опять-таки связано с болями. Поэтому представляется целесообразным совершенно отказаться от применения подобного дренажа и вместо него ввести в прямую кишку марлевый тампон, густо смазанный стерильным вазелином, и рыхло разместить его по поверхности раны. На протяжении нескольких дней тампон облегчает отведение раневого секрета, а затем он отходит вместе с первым стулом.

Хороших результатов можно достигнуть и другими способами операций. Многие хирурги, например, иссекают геморроидальные узлы узкими окаймляющими разрезами, после чего операционные раны зашиваются в радиальном направлении наглухо кетгутовыми швами (рис. 13). Таким способом пре-

дупреждается кровотечение, эта операция приводит к незначительному образованию рубцов, стеноза анального отверстия не возникает.

Наряду с этим большое число кетгутовых ниток способствует возникновению воспалительной реакции, а значит и появлению отека и болей. Поэтому мы проводим вмешательство в большинстве случаев так: геморроидальные узлы иссекаются узкими окаймляющими разрезами, после чего рана в течение 6-8 минут зажимается марлевой салфеткой. При этом, как правило, кровотечение совсем останавливается, так что раневая поверхность может быть оставлена без всяких швов, открытой. У нас сложилось мнение, что эти оставленные открытыми поверхностные разрезы заживают значительно быстрее и с меньшими болями, чем после наложения частых кетгутовых швов. Операция заканчивается введением в прямую кишку марлевого тампона, смазанного вазелином.

Операцию по Langenbeck-у и Whitehead-у при геморрое мы считаем устаревшей и поэтому не рекомендуем ее применение.

Применение опия и вообще искусственную задержку стула после удаления геморроидальных узлов мы считаем излишними. Более целесообразной представляется дача больному пищи, не содержащей шлаков, а также назначение легких послабляющих средств с первого дня после операции и нескольких теплых сидячих ванн ежедневно. После такого послеоперационного режима больного можно через несколько дней выписать из больницы, полная эпителизация раны наступит через 3-4 недели.

**Прогноз.** Прогноз зависит от своевременности хирургического лечения. При перевязке узлов и геморроидэктомии примерно у 20 % больных после операции наблюдается временное анальное недержание, постепенно исчезающее после лечения.

**Профилактика.** Во избежание развития геморроя необходимо осуществлять ряд профилактических мероприятий.

Нередко родители приучают ребенка сидеть на горшке целыми часами. Это приводит к усиленному кровенаполнению прямой кишки, что создает

предпосылки к образованию геморроидальных узлов. Поэтому с детства необходимо воспитывать у ребенка рефлекс на стул в одни и те же часы и добиваться, чтобы акт дефекации осуществлялся как можно быстрее.

Не менее важен режим питания. Не следует злоупотреблять острой пищей и в особенности алкогольными напитками. Зачастую единственным проявлением геморроя является кровотечение. Иногда достаточно исключить из пищи острые блюда и все даже самые легкие алкогольные напитки, не прибегая к другим видам лечения, чтобы практически наступило излечение. Как бы ни лечился больной, но если он продолжает хотя бы в небольшом количестве употреблять водку, коньяк, вино, геморрой будет прогрессировать.

При работе, связанной с длительным сидением, рекомендуется 2-3 раза в день в течение 5-7 мин делать гимнастику. Для профилактики геморроя существует следующий комплекс гимнастических упражнений:

- ✓ ходьба с высоким подниманием ног, согнутых в коленях;
- ✓ маховые движения попеременно правой и левой ногой вперед, назад и в сторону;
- ✓ наклоны в стороны (ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища);
- ✓ напряжение ягодиц с одновременным втягиванием заднего прохода (руки на поясе, пятки и носки вместе);
- ✓ приседание на носках, широко разводя колени. Закончить этот гимнастический комплекс нужно первым упражнением.

# ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. Кровотечение при геморрое имеет характер
  - а) артериальный
  - б) венозный
  - в) капиллярный
  - г) смешанный
  - д) неизвестный
  
2. Для тромбоза геморроидальных узлов не характерно
  - а) узлы спадаются спонтанно в течение суток
  - б) хорошо лечатся хирургически
  - в) узлы воспалены и резко болезненны
  - г) узлы напряженные, мягкие, синюшной окраски
  - д) все перечисленное характерно
  
3. Геморрой дифференцируют со следующими заболеваниями, кроме
  - а) колит
  - б) рак прямой кишки
  - в) анальная трещина
  - г) выпадение слизистой прямой кишки
  - д) полип прямой кишки
  
4. Сколько артерий кровоснабжают прямую кишку
  - а) 5 ( 1 непарная и 4 парные )
  - б) 4 ( 2 непарные и 2 парные )
  - в) 3 ( 1 непарная и 2 парные )
  - г) 3 непарные
  - д) правильный ответ отсутствует.
  
5. Жалобы больных с геморроем /исключить лишнее/
  - а) высокая температура
  - б) зуд в области ануса
  - в) кровотечение
  - г) выпадение узлов
  - д) боли в области ануса
  
6. Показание к геморроидэктомии /исключить лишнее/
  - а) зуд в области ануса
  - б) частые кровотечения
  - в) выпадение геморроидальных узлов
  - г) частые тромбозы узлов
  - д) отсутствие эффекта консервативного лечения

7. Типичные осложнения геморроя (указать неправильный ответ)
- а) маллигнизация
  - б) трещина анального канала
  - в) выпадение узлов
  - г) кровотечение
  - д) тромбофлебит
8. Для геморроя типичны:
- а) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
  - б) сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
  - в) неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего»
  - г) постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области
  - д) выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов
9. Наиболее распространенными методами лечения хронического геморроя являются:
- а) хирургический - геморроилэктомия
  - б) консервативный - диета, свечи, микроклизмы
  - в) склерозирующая терапия
  - г) лигирование латексом, шелком
  - д) физиотерапия
10. В случае лечения по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях, рациональнее всего:
- а) назначить слабительные (серноокислая магнезия), свинцовые примочки, внутрь эскузан или аспирин, свечи с красавкой
  - б) сделать новокаине вую блокаду, вправить узлы
  - в) назначить анальгетики, на первые 2-3 дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, диету
  - г) удалить тромбированные узлы
  - д) применить склерозирующую терапию

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. В начале акта дефекации из прямой кишки выделяется алая кровь. Гемоглобин – 4г%. Каковы ваши диагноз и тактика?
2. Больной длительно страдает геморроем. В последнее время узлы выпадают даже после вправления. Какова ваша тактика?
3. У больного обнаружены болезненные набухшие геморроидальные узлы. Каковы ваши диагноз и тактика?
4. Больной 10 лет страдает геморроем с частыми кровотечениями. В последнее время кровь выделяется вместе с каловыми массами и после акта дефекации. Каковы ваши диагноз и тактика?
5. Через месяц после инъекционной терапии внутренних геморроидальных узлов у больного во время дефекации стала появляться алая кровь каковы ваши диагноз и тактика?
6. Больной длительно страдает геморроем, отмечает появление крови во время дефекации. При ректальном исследовании обнаружены спавшиеся узлы без воспаления. Каковы ваши диагноз и тактика?
7. У больного с геморроем появились пульсирующие боли в области заднего прохода., высокая температура, отёк и гиперемия промежности и внутренних ягодичных областей. Каковы ваши диагноз и тактика?
8. У больного во время ректороманоскопии перфорировали ампулярный отдел прямой кишки. Каковы действия хирурга?
9. Больной поступил с явлениями кровоточащего геморроя. В анамнезе была желтуха. Объективно отмечается асцит. Каковы ваши диагноз и тактика?
10. При осмотре у больного определяется 12 геморроидальных узлов. Ваша оперативная тактика?

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ

1. Прямокишечное кровотечение. Произвести пальцевое исследование прямой кишки; перелить кровь; перевязать геморроидальные узлы.
2. Лечение только оперативное.
3. Острый тромбоз геморроидальных вен с явлениями воспаления. Антикоагулянтная терапия, противовоспалительные препараты.
4. Рак прямой кишки. Лечение оперативное.
5. Рецидив заболевания. Повторный курс инъекционной терапии, при неэффективности показана операция.
6. Подозрение на рак прямой кишки. Пальцевое исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия.
7. Парапроктит (возможна анаэробная инфекция). Лечение оперативное.
8. Наложение сигмостомы, дренирование параректальной клетчатки.
9. Цирроз печени. Лечение консервативное.
10. Перевязка не более 4-5 узлов ввиду опасности развития рубцового сужения анального канала.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУР**

1. Астопенко В.Г. Практическое руководство по хирургической болезни// М.: 1984. Том-2, с380.
2. Егиев В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. М.: Мед. практика. 2002. 100с.
3. Ерюхин И.А. и др. Кишечная хирургия. Руководство для врачей. М.: 1999. 143с.
4. Каримов Ш.И. Хирургические болезни// М.: Ташкент, 1994. с420.
5. Корепанов В.И. Новые методы операции на толстой кишке и в анальной области. М.: Москва, 1998. 70с.
6. Кузин М.И. Хирургические болезни// М.: 1990, -С. 526-541
7. Литтман И. Брюшная хирургия// Будапешт, 1970, с566.
8. Логинов А.С. и др. Болезни кишечника// М.: -Руководства для врачей 2000, с624.
9. Маскин С.С. и др. Однорядные швы хирургии ободочной и прямой кишки: IV Республиканская конф. с межд. участием по проктологии. Минск, 2001. С. 266-268.
10. Михайлова Е.В. и др. Кишечные стомы: Актуальные вопросы современной хирургии. Тез. науч. конф. Москва, 2000. С. 127-128.







