

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ ИМ. ПРОФ. М.И. ГУЛЬМАНА**

**РЕФЕРАТ**

**ГЕМОРРОЙ**

**Выполнил ординатор Бургарт В.Ю.**

**Проверил: д.м.н. профессор кафедры  
общей хирургии им. Проф. М.И. Гульмана**

**Кочетова Л.В.**

**Красноярск 2019**

Геморрой (nodi, noduli, varices haemorrhoidales) представляет собой узловатые расширения в геморроидальных сплетениях под кожей области заднего прохода и под слизистой шейки ампулы прямой кишки.

Пещеристые тела прямой кишки располагаются радиально, состоят из внутренней части, покрытой слизистой оболочкой, и наружной, покрытой кожей.

**Основные факторы** возникновения геморроя: 1. Повышение внутрибрюшного давления в результате затруднения дефекации, мочеиспускания (гипертрофия простаты) или в результате подъема тяжестей;

2. Длительные периоды стояния;

3. Сдавление вен малого таза при ректальном раке, беременности, миоме матки;

4. Портальная гипертензия;

5. Диарея (например, при язвенном колите).

Также возникновению геморроя способствуют: - врожденная слабость венозных стенок и недоразвитие клапанов (одновременно с изменениями на голенях), - сидячий или стоячий образ жизни, - вялость соединительной ткани при старении, при недостаточном питании, при беременности, при эндокринных нарушениях. Некоторые авторы придают значение инфекции (однако, как фактор возникновения геморроя не доказан) - бактериальная флора может распространяться на периректальную клетчатку и вызывать флебиты в геморроидальном сплетении, эти ослабляется и растягивается сосудистая стенка. Эластическая стенка замещается соединительной тканью и таким способом образуются вариксы, которые в дальнейшем изменяются воспалением, тромбозом и фиброзом.

### **Профилактика геморроя:**

1. Необходимо избегать частых резких увеличений внутрибрюшного давления: - подъемы тяжестей - одномоментное опорожнение кишечника во время дефекации - тщательный туалет перианальной области после дефекации

2. Избегать венозного застоя: - не находится долго в одном положении (сидя или стоя); - людям, предрасположенным к варикозной болезни меньше длительно стоять, часто носить тяжести. Классификация.

По этиологии: 1. Врожденный (или наследственный); 2. Приобретенный: первичный или вторичный (симптоматический). По локализации: 1. Наружный геморрой (подкожный); 2. Внутренний геморрой (подслизистый); 3. Межуточный (под переходной складкой)

По клиническому течению: 1. Острый; 2. Хронический. Осложнения: 1. Кровотечение; 2. Выпадение геморроидальных узлов; 3. Тромбоз геморроидальных узлов; 4. Инфекционные осложнения.

Степени тяжести внутреннего геморроя:

1. Первая степень - узлы никогда не опускаются ниже наружного сфинктера;
2. Вторая степень - узлы ниже сфинктера, но могут быть вправлены обратно;
3. Третья степень - узлы постоянно находятся наружи.

Основные симптомы: 1. Перианальный зуд; 2. Кровотечения из прямой кишки (особенно в малых количествах - на туалетной бумаге или несколькими каплями в унитазе); 3. Боль и наличие пальпируемого образования в области ануса. Наружный геморрой. Клиническая картина. Геморроидальные узлы покрыты кожей. Связан с застоем в области v. Analis. Узлы располагаются в наружной части заднепроходного канала под кожей анальной и перианальной области. В спокойном состоянии они не вызывают неприятных ощущений, никогда не кровоточат. Как правило, они сопровождают внутренний геморрой и вообще являются скорее показателем патологического состояния в заднем проходе, чем самостоятельным заболеванием. При острых аноректальных нарушениях, например при воспалении внутренних геморроидальных узлов, они гиперемизируются: это застойный наружный геморрой - увеличенные узлы фиолетового цвета.

Частым осложнением наружного геморроя является тромбоз, такой узел будет увеличенным, очень болезненным, покрытым напряженной, истонченной кожей. Болезненные ощущения длятся несколько дней, а затем узел сморщивается под влиянием воспаления и подвергается соединительно-тканному перерождению. Так образуются плотные, безболезненные узелки около заднего прохода - анальные выпячивания (фиброзный или слепой геморрой), которые остаются постоянными свидетелями перенесенных тромбозов. Обычно они не беспокоят, но если они слишком большие и многочисленные, то они поддерживают влажность и нечистоту между ягодицами и могут явиться причиной анальной экземы и зуда. Это и является единственным поводом для лечения путем оперативного устранения.

Внутренний геморрой. Представляет собой застой в сплетениях v. Rectales craniales et caudales; располагаются под слизистой шейки ампулы и покрыты слизистой прямой кишки. При обычном осмотре он заметен только при атонии анальных сфинктеров или при выпадении. Пальцем не прощупывается (если не является фиброзным), и, следовательно, может быть констатирована только путем эндоскопического исследования: введенный в прямую кишку тубус постепенно извлекается и придавливается обратно; в просвете появляются

овальные или полипоидные узлы, локализующиеся главным образом на 1, 5, 9 часах.

Спокойный внутренний геморрой - это просто варикозные расширения, клинически латентные. Как заболевание он проявляется лишь тогда, когда появляются какие-нибудь осложнения: чаще всего это кровотечение.

### **Осложнения.**

1. Кровотечение. Возникает при истончении слизистой и гиперемии узла. Кровь изливается из многочисленных эрозий или диффузно. Кровь свежая, жидкая. Кровотечение появляется на туалетной бумаге или капает после дефекации из заднего прохода. Такое кровотечение бывает периодически, преимущественно наблюдается при запоре или при поносе. Этим оно отличается от энтероррагии при карциноме прямой кишки или при язвенном колите, при которых кровь наблюдается при каждой дефекации при тенезмах и бывает свернувшейся. Повторные, даже небольшие геморроидальные кровотечения могут привести к анемии.

2. Воспаление. При воспалении внутренние геморроидальные узлы красные, увеличенные, болезненные, кровоточащие с поверхностных эрозий. Возникают рефлекторные спазмы заднего прохода и пальцевое обследование бывает болезненным.

3. Тромбоз внутренних геморроидальных узлов возникает внезапно: один из узлов становится значительно увеличенным, фиолетовым, очень болезненным при дотрагивании, при дефекации, при ходьбе. Здесь также имеется болезненный спазм сфинктера и рефлекторный запор. Это острое состояние длится 3-5 дней, после чего узел подвергается соединительно-тканному изменению. После этого он при исследовании *per rectum* прощупывается в виде твердого узелка. Слизистая узла при воспалении или при тромбозе может некротизироваться и образует изъязвление.

4. Выпадение геморроидальных узлов. Если внутренние геморроидальные узлы достигают больших размеров, то они выходят за аноректальную линию в заднепроходный канал и появляются перед анусом или только при натуживании (опускающийся геморрой) или постоянно (выпадающий геморрой). Вместе с ним часто выпадает и окружающая слизистая прямой кишки (*prolapsus recti*). Если воспаление и задний проход спастически смыкается, выпавший узел ущемляется, и если своевременно не произвести вправления, он может омертветь. Межуточные геморроидальные узлы (*varices externo-interni*). Образуются путем варикозного изменения наружного и внутреннего венозного сплетения в совокупности. Такой узел является вытянутым, располагается по всей длине заднепроходного канала и,

следовательно, на внутренней части покрыт слизистой прямой кишки, а на наружной части - кожей области заднего прохода.

### **Диагностика**

1. Наружный осмотр;
2. Пальцевое исследование;
3. Осмотр в зеркалах;
4. Ректороманоскопия для исключения сопутствующих заболеваний, в том числе проявляющихся кровотечениями.
5. При тромбозе и воспалении геморроидальных узлов все виды внутренних осмотров выполняют после ликвидации острого процесса.

### **Лечение.**

Консервативная терапия направлена на ликвидацию воспалительных изменений и регуляцию стула. 1. Щадящая диета. 2. Сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия. 3. Новокаиновые параректальные блокады по А.В. Вишневскому с наложением масляно-бальзамических повязок- компрессов. 4. Свечи и мазь с гепарином и протелитическими ферментами. 5. Микроклизмы с облепиховым маслом, маслом шиповника и мазью Вишневского. 6. Физиотерапия - УВЧ, ультрафиолетовое облучение кварцевой лампой.

7. При отсутствии эффекта от описанного лечения, при частых повторных обострениях выполняют оперативное лечение. Лучше выполнять его после проведения противовоспалительной терапии в стационаре в течение 5-6 дней.

### **Оперативное лечение**

Проводится при осложнениях: тромбозах, кровотечениях, выпадении внутренних геморроидальных узлов.

1. Склерозирующие инъекции. При хроническом геморрое, проявляющемся только кровотечением, без выраженного увеличения и выпадения внутренних узлов возможно применение инъекций склерозирующих веществ. Инъекция склерозирующих препаратов в ткань геморроидального узла приводит к замещению сосудистых элементов узла соединительной тканью.
2. Лигирование. Если общее состояние больного не позволяет выполнить хирургическое вмешательство, а воспалительные явления не дают возможности провести склерозирующую терапию, а также при выпадении внутренних узлов у соматически ослабленных больных производят лигирование отдельных узлов латексными кольцами с помощью специального аппарата. Данный способ, как правило, не дает радикального излечения.

3. При хроническом геморрое, осложненном выпадением узлов или кровотечениями, не поддающимися консервативному лечению, показано оперативное вмешательство. В основе наиболее часто применяемых методов лежит операция Миллигана-Моргана: удаление снаружи внутрь трех основных коллекторов кавернозной ткани и перевязкой сосудистых ножек. Длительность заживления неушитых ран стенок анального канала, достигающая 2 мес., обусловила появление ряда модификаций этой операции: - раны стенок анального канала ушивают частично с оставлением узких полосок, обеспечивающих их дренирование (применяют в основном при остром геморрое) - ушивание послеоперационных ран наглухо (выполняют при хроническом геморрое).

## Литература.

1. Практическая гастроэнтерология, Прага, 1997 год
2. Ph. Rubin. Clinical Oncology, A Multidisciplinary Approach for Physicians and Students, 7th Edition, 2003
3. Хирургия, руководство для врачей и студентов, под редакцией В.С. Савельева. Геотар медицина, 2007 год.
4. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н., Курск: Литера, 1995.
5. Хирургические болезни 2-е издание, М.И. Кузин ред., М: Медицина, 2008.
6. Патофизиология органов пищеварения. Джозеф М. Хендерсон. Бином и неевский диалект, 1997. 7. Барбара Бэйтс, Линн Бикли, Роберт Хекельман и др. Энциклопедия клинического обследования больного, перевод с английского. Москва, Геотар медицина 1997г.