КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ ВТОРОЙ СТАДИИ

CLINICAL CASE OF MANAGEMENT AND TREATMENT OF A PATIENT WITH CHRONIC HEMORRHOUS OF THE SECOND STAGE

Савельева Татьяна Алексеевна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Воронцова Арина Александровна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Savelyeva Tatyana Alekseevna, student, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Vorontsova Arina Aleksandrovna, student, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Аннотация

Данная статья отражает клинический случай диагностики, ведения и лечения пациента с хроническим геморроем второй стадии. Она включает в себя современные данные о хроническом геморрое: классификацию, эпидемиологии, этиологии, патогенезе, морфологической картине, патологической анатомии, клинической картине, диагностике и лечении. Осуществлен обзор литературы и представлен клинический случай по данной теме.

Annotation

This article reflects a clinical case of diagnosis, management and treatment of a patient with stage II chronic hemorrhoids. It includes modern data on chronic hemorrhoids:

classification, epidemiology, etiology, pathogenesis, morphological picture, pathological anatomy, clinical picture, diagnosis and treatment. A literature review is carried out and a clinical case on this topic is presented.

Ключевые слова: хронический геморрой второй степени, клинический случай, прямая кишка, геморроидальный узел, кровотечение.

Keywords: chronic hemorrhoids of the second degree, clinical case, rectum, hemorrhoid, bleeding.

Геморрой - это патологическое увеличение геморроидальных узлов, которое проявляется периодическим «обострением», кровотечением из узлов, выпадением их из анального канала.

Многие ученые выяснили, что причиной кровотечения является кавернозные образования. В нормальных условиях они формируются в процессе эмбриогенеза на 3-8 неделе внутриутробного развития в нижне-ампулярном отделе прямой кишки.

Первая группа геморроидальных образований расположена в подкожной клетчатке, на выходе из анального канала. Поражение этой группы приводит к образованию наружного геморроя. Другая часть кавернозных образований находится в подслизистом слое прямой кишки. Она является источником развития внутреннего геморроя.[1,1]

Классификация

Выделяют 4 стадии хронического геморроя:

I стадия характеризуется выделением крови из анального канала без выпадения узлов.

При II стадии происходит выпадение геморроидальных узлов при дефекации. При этом они самостоятельно вправляются в анальный канал. Может проходить с кровотечением и без него.

III стадия – выпадение узлов при дефекации. Может проходить с кровотечением и без него. Самостоятельное вправление геморроидальных узлов невозможно, поэтому необходимо вправлять узлы руками в анальный канал.

IV стадия - постоянное выпадение узлов (с кровотечением и без него) при незначительных нагрузках (кашель, смех, чихание). Невозможность их вправления в анальный канал, постоянное выпадение. Образуется склерозированный узел.[2,1]

Эпидемиология

Геморрой является одной из самых часто встречаемой и распространенной болезнью у человека. Обращения к врачу-колопроктологу с данной патологией прогрессируют во всём мире. Распространённость геморроя составляет 130-140 человек на 1000 взрослого населения. При этом удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41 %. Данный патологический процесс одинаково часто бывает у мужчин и женщин.

В современном мире гиподинамия прогрессирует. Темп жизни сопровождается увеличением малоподвижного образа жизни. Это связано с тем, что появились новые технологии, транспорт. Так, например, люди вынуждены длительное сидеть за компьютером, на работе, дома, за рулем автомобиля. Таким образом, именно гиподинамия-провоцирующий фактор, приводит к длительному застою кровообращения в органах малого таза и в прямой кишке. [3,1]

Этиология

Геморроидальные узлы образуются у человека из-за избыточного развития пещеристой ткани в области коллекторов вследствие постоянного переполнения кровью кавернозных вен. Причинами гиперплазии кавернозной ткани являются: затруднение оттока крови по прямокишечным венам и увеличение артериального притока по прямокишечным артериям. Этиологические факторы затруднения оттока крови по прямокишечным венам:

1. Беременность и роды при врожденной недостаточности строения венозной системы. В первом, втором триместрах беременности происходит дополнительное сдавление вен малого таза беременной маткой. Длительный потужной период родов приводит к резкому повышению внутрибрюшного давления, а также затруднению оттока по венам таза.
2. Портальная гипертензия.

3. Систематическое повышение внутрибрюшного давления вследствие сокращения мышц передней брюшной стенки (ПБС) – хронические запоры, работа, связанная с тяжёлой физической нагузкой.

4. Механическое сдавление вен таза. К данной группе причин можно отнести работу в положении «сидя», опухоли брюшной полости, воспалительные инфильтраты малого таза.[4,5]

Этиологическими факторами повышенного поступления артериальной крови по прямокишечным артериям являются:

1. Системное повышение артериального давления при гипертонической болезни(ГБ).

2. Частое употребление раздражающей острой, кислой, жареной пищи, богатой специями, чесноком, уксусом и пр.;

3. Неумеренный, частый прием алкоголя

Перечисленные факторы приводят к избыточному развитию кавернозной ткани, а также формированию увеличенных геморроидальных узлов. Плотные каловые массы легко ранят слизистую оболочку, покрывающую геморроидальные узлы, при затрудненной дефекации, поэтому возникает кровотечение. Поскольку кавернозные вены наполняются артериальной кровью из поступающих в них улитковых артерий, кровотечение при геморрое носит артериальный характер: пульсирующей струёй.

Патогенез

В наше время патогенез геморроя предельно ясен.

Выделяют следующие механизмы развития данного заболевания:

✓ Сосудистый механизм. Как было сказано ранее, разница между притоком крови по артериям кавернозным тельцам и оттоком способствует увеличению размеров кавернозных телец.

✓ Механический механизм. Вследствие дистрофии продольная мышца из подслизистого слоя прямой кишки, которая отвечает за удерживание узлов в анальном канале, медленно растягивается. В ней происходят дистрофические, дегенеративные изменения. Также подобные изменения проявляются и в связке Паркса, которая удерживает кавернозные тельца в анальном канале.

Происходит постепенное «соскальзывание» увеличенных внутренних геморроидальных узлов относительно подслизистого слоя и их выпадение из анального канала при сокращении мышц таза. Геморроидальные узлы увеличиваются, меняют положение и начинают кровоточить. После этих процессов они начинают выпадать из анального канала.[5,1]

Помимо сосудистого и механического механизмов развития геморроя выделены современные теории развития геморроя:

1. Теория врожденной недостаточности вен аноректальной области. Слабость венозной стенки, отсутствие и несостоятельность клапанного аппарата вен.
2. Теория экзогенных и эндогенных интоксикаций. Геморрой развивается под действием инфекции, острой пищи, аутоимунных процессов и приводящих к снижению сосудистого тонуса, алкоголя.
3. Теория эндокринных расстройств. Нарушение баланса прессорных и депрессорных вазоактивных гормонов вследствие заболеваний половых желез, гипофиза, гипоталамуса

Морфология и патологическая анатомия

Макроскопическая картина: геморроидальный узел выглядит в виде плотного образования, однако уже при осмотре со стороны его подслизистого слоя определяется много мелких сосудистых клубочков диаметром 1 - 6 мм. Геморроидальная ткань по окружности анального канала располагается в виде трех скоплений, некоторые авторы называют их анальными «подушками». Наружные геморроидальные узлы состоят из мелких подкожных кавернозных сосудов, обеспечивающих отток крови из данной части анального канала

Микроскопическая картина: внутренний геморроидальный узел, который покрыт слизистой оболочкой, и наружный геморроидальный узел, покрытый многослойным плоским эпителием. Сосудистые образования в геморроидальных узлах представлены кавернозными тельцами, которые состоят из полостей различного размера. Они разделены тонкими мышечными или соединительнотканными перегородками. При клинически выраженных

выпадающих геморроидальных узлах количество неизмененных мышечных волокон значительно уменьшается. [6,1]

Клиника

Ведущим симптомом, характерным для хронического геморроя, является выпадение увеличенных внутренних геморроидальных узлов из анального канала во время дефекации. При второй стадии заболевания, после акта дефекации, узлы способны самостоятельно вправляться в прямую кишку. Иногда для вправления выпавших узлов необходимо ручной способ, это бывает при третьей стадии заболевания. Четвёртая стадия характеризуется постоянным выпадением внутренних узлов при малейшей физической нагрузке и неудержание их в анальном канале после ручного вправления, периодические ноющие боли в анальном канале, чаще до начала дефекации. Могут возникать также чувство влажности, дискомфорта, жжения, зуд в промежности, увеличенной чувствительностью области вокруг анального канала. Геморроидальные кровотечения обычно начинаются во время самой дефекации.

Диагностика

Для правильного установления диагноза врачу-проктологу достаточно осмотра анальной области, но также используются методы внутреннего исследования:

- рентгенография;
- контрастная ирригоскопия;
- аноскопия;
- ректороманоскопия;
- колоноскопия.

Эти методы позволяют отдифференцировать геморрой от опухолевидных образований, полипов, а также оценить выраженность внутреннего геморроя.

Лечение

В современном мире терапия геморроя становится всё более технологичной, малоинвазивной и амбулаторной. В Российской Федерации только 75 процентов вмешательств по поводу геморроя – это традиционная геморроидэктомия и хирургическое удаление патологических узлов. Только в больших, хорошо оснащенных медицинских центрах, врачи-проктологи могут работать также, как

и их коллеги в странах с высокоразвитой медициной.

Выделяют медикаментозные методы лечения :

1. Флеботропные средства, которые укрепляют стенки вен и стимулируют кровообращение в геморроидальных сплетениях (диосмин, детралекс, флебодиа);
2. Антиагрегантные и тромболитические средства по показаниям и под контролем состава крови (тромбо асс, клопидогрел, пентоксифиллин, дипиридамол, аспирин);
3. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (индометацин, ибупрофен, пироксикам, целекоксиб);
4. Гемостатические средства (кровоостанавливающие средства) (аминокапроновая кислота, транексамовая кислота, тромбин);
5. Антибактериальные препараты при присоединении инфекции (цефепим, цефтриаксон, линкомицин, меропенем, азитромицин, амоксиклав);
6. Анальгетические средства по жизненным показаниям (кеторолак, диклофенак, димедрол, анальгин).

Широко используются ректальные свечи, мази, гели с такими же эффектами. Очень большое значение имеет нормализация рациона питания и стула, отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя и другое) и исключение других факторов риска (стресс, длительное пребывание тела в вертикальном положении, малоподвижный образ жизни).

К наиболее эффективным современным методам радикального лечения относятся:

1. Лигирование геморроидальных вен латексными кольцами;
2. Фотокоагуляция;
3. Электрокоагуляция;
4. Склерозирующие техники,;
5. Операция Лонго.[3,2]

Клинический случай

Рассмотрим клинический случай. Больной Г., 36 лет, находится на стационарном лечении в БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» с 01.03.21. В больницу поступил планово. Предъявляет жалобы на выпадение узлов после каждого стула, выделение крови.

Установлен клинический диагноз: К64.1

Основной: Хронический геморрой II стадии

Развитие заболевания. Больной себя считает себя больным около 10 лет, когда начали появляться вышеуказанные жалобы. Из-за частого выпадения узлов в течение последнего года вынужден был обратиться к врачу. Госпитализирован для планового оперативного лечения в проктологию 1РКБ.

Объективное исследование. Общее состояние: удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы: физиологической окраски, чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 120/80 мм рт ст, ЧСС 72 уд в мин. Живот симметричен, не вздут, при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дугибезболезненная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Молочные железы не изменены, лимфатические узлы не пальпируются, щитовидная железа без особенностей. Локальный статус: визуально наружные узлы на 3,7,11 часах, при пальцевом – внутренние на 3,7,11 часах. RRS – на 25 см без патологии.

Лабораторно инструментальное исследование.

ОАК 11.02.2021

Гемоглобин (HGB) 151 г/л

Гематокрит (HCT) 44,6%

Эритроциты (RBC) 4.79x1012/л

Лейкоциты (WBC) 8.8 x 109/л

Лимфоциты (LYM) 2.6 x 109/л

СОЭ - 3 мм/ч

Время сверт. 6` 40 ``

Время кров. 1` 20 ``

Анализ крови биохимический общий 11.02.2021

Сахар 5,10 ммоль/л

Фибриноген 2,1 г/л

ПТИ 97%

Калий 4,39 ммоль/л

Натрий 137, 0 ммоль/л

АЧТВ 29,2 сек

МНО 1,0

ОАМ: 03.02.2021

Прозрачная, светло-желтая

плотность 1020

ph 5

Лечение:

Консервативное лечение: бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1 мг, кеторолак 2,0 внутримышечно, диклофенак 3,0 внутримышечно, диосмин по 600 мг.

- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин. Режим дозирования: по 1 таблетке(1 мг) на ночь и утром 1 таблетку (1мг) перед оперативным вмешательством.
- Кеторолак. Режим дозирования: внутримышечно по 2,0 1 раз на ночь в течение 5 дней.
- Диклофенак. Режим дозирования: внутримышечно по 3,0 при болях в течение 7 дней.
- Диосмин. Режим дозирования: внутрь - по 1 таблетке (600 мг) в день в течение 30 дней.

Оперативное лечение: Геморроидэктомия. Под СМА выполнена дивульсия сфинктера по Рекамье. При ревизии: определяются наружные и внутренние геморроидальные узлы диаметром до 2,0 - 2,5 см на 3, 7 и 11 часах. Выполнено прошивание оснований внутренних геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах, их удаление. Далее иссечены наружные геморроидальные узлы на 3, 7 и 11 часах, раны ушиты кетгутом. Контроль гемостаза. В анальный канал установлена гемостатическая губка. Спирт. Асептическая повязка.

Описание макропрепарата: Препарат: Удаленные геморроидальные узлы отправлены на гистологическое исследование.

Исход госпитализации:

Выписана.

При выписке улучшение состояния.

На фоне поддерживающей схемы введения наблюдается положительная динамика, регресс симптомов основного заболевания. Констатируется эффективность проводимой терапии.

Исходя из данных лабораторно-инструментальных методов диагностики, мы можем наблюдать эффективность проводимой терапии, препаратом выбора для эффективного лечения б. Крона можно считать цертолизумаб пегол, азатиоприн, а также ребамипид. Комплексное представление о данном заболевании, его ранняя диагностика, грамотное ведение и лечение больных позволит значительно улучшить состояние, качество жизни, избежать неблагоприятного инвалидизирующего течения, учитывая тенденцию к росту заболеваемости б. Крона, особенно среди молодого населения.

Литература

1. К.Е. Маят. Современные методы лечения геморроя [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.lvrach.ru/2008/03/4912553
2. Заболевания прямой кишки. Кафедра хирургических болезней № 1 Коми филиала ГОУ ВПО « КГМА Росздрава» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://present5.com/zabolevaniya-pryamoj-kishki-kafedra-xirurgicheskix-boleznej-1/
3. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека. Острый и хронический геморрой [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970434239-0004/-esf2k2z11-tabrel-mode-pgs.html
4. Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ. Факультетская хирургия. Геморрой и анальная трещина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://studfile.net/preview/2784690/page:5/

5. С.В. Лохвицкий, С.В. Азаров. Геморрой: современная тактика консервативного лечения **[**Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/gemorroy-sovremennaya-taktika-konservativnogo-lecheniya
6. Патологическая анатомия геморроидального узла [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://megaobuchalka.ru/9/2114.html

Literature

1. K.E. Mayat. Modern methods of treatment of hemorrhoids [Electronic resource]. - Access mode: https://www.lvrach.ru/2008/03/4912553
2. Diseases of the rectum. Department of Surgical Diseases No. 1 of the Komi Branch of the State Educational Institution of Higher Professional Education "KSMA Roszdrav" [Electronic resource]. - Access mode: https://present5.com/zabolevaniya-pryamoj-kishki-kafedra-xirurgicheskix-boleznej-1/
3. Consultant physician. Electronic medical library. Acute and chronic hemorrhoids [Electronic resource]. - Access mode: https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970434239-0004/-esf2k2z11-tabrel-mode-pgs.html
4. South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. Faculty surgery. Hemorrhoids and anal fissure [Electronic resource]. - Access mode: https://studfile.net/preview/2784690/page:5/
5. S.V. Lokhvitsky, S.V. Azarov. Hemorrhoids: modern tactics of conservative treatment [Electronic resource]. - Access mode: https://cyberleninka.ru/article/n/gemorroy-sovremennaya-taktika-konservativnogo-lecheniya
6. Pathological anatomy of the hemorrhoid [Electronic resource]. - Access mode: https://megaobuchalka.ru/9/2114.html