

Міністерство охорони здоров'я України

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Кафедра хірургії №1

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова Вченої Ради ФПДО
Декан доц. Січкоріз О.Є.

«18» лютого 2019 року

**«Захворювання прямої кишки:
геморой, анальна тріщина, випадіння прямої кишки»**

Методичні рекомендації
для студентів старших курсів медичних університетів
інтернів, слухачів циклу «Спеціалізація», ПАЦ,ТУ
зі спеціальності «Проктологія»

Затверджено на методичній комісії
Засіданні кафедри хірургії №1
Протокол №__ від _____

Обговорено та затверджено на
ФПДО протокол №1 від 18.02.2019р.
Голова методичної комісії ФПДО

Завідувач кафедри

Затверджено на засіданні методичної комісії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол №1 від 18 лютого 2019 року)

Навчально-методичні рекомендації підготували викладачі кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: Кандидат медичних наук, доцент **Лозинський Юрій Сильвестрович**, кандидат медичних наук, доцент **Варивода Є.С.**, асистент **Леошик Олексій Вячеславович**, асистент **Лозинська Любов Юріївна**

За редакцією завідувача кафедри хірургії №1, доктора медичних наук, професора, **Лукавецького Олексія Васильовича**

Рецензенти:

- **Кобза Ігор Іванович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
- **Андрющенко Віктор Петрович** - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Відповідальний за випуск перший проректор з науково-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Гжегоцький Мечислав Романович**.

ЗМІСТ

Вступ. Актуальність теми.....	4
Геморой: етіологія, патогенез, класифікація та лікування.....	5
Анальна тріщина: етіологія, патогенез, класифікація та лікування.....	12
Випадіння прямої кишки. Класифікація та лікування.....	14
Список літератури.....	18

I. Вступ. Актуальність теми.

У структурі проктологічної захворюваності геморою займає перше місце як у чоловіків, так і у жінок. Це захворювання не тільки зумовлює фізичні страждання, але і впливає на емоційний стан пацієнтів, викликаючи у них різні психічні порушення. Недостатня санітарно-просвітницька робота серед населення, а також пов'язане з цим досить пізнє звертання до лікаря, є причинами виявлення захворювання на досить пізніх стадіях, коли консервативне лікування вже неефективне, і єдиним способом радикально допомогти хворому є оперативне втручання. Через вказані причини гемороїдектомія займає перше місце в структурі проктологічних операцій.

Якість життя хворих з анальною тріщиною, навіть при наявності сучасних медикаментозних засобів є низькою. Больовий синдром, що супроводжує цих хворих, ризик ускладнень зумовлює особливу увагу до цієї патології з боку лікаря. Випадіння прямої кишки складна патологія аноректальної зони, що вимагає виваженої диференційної діагностики та правильного вибору тактики хірургічного лікування.

II. Мета заняття

1. Ознайомитися з етіологією та патогенезом захворювань, класифікацією геморою, анальної тріщини та випадіння прямої кишки. $\alpha=I$
2. Інтерпретувати клінічну картину цих захворювань, їх ускладнень та проводити диференційну діагностику. $\alpha=II$
3. Проводити основні методи загального клінічного обстеження хворого (опитування, огляд, пальцевий огляд прямої кишки), визначати певний обсяг додаткових обстежень і аналізувати отримані дані для встановлення попереднього діагнозу $\alpha=III$
4. Вміти правильно формулювати діагноз, та визначати тактику лікування хворих з гемороєм, анальною тріщиною та випадінням прямої кишки. $\alpha=IV$

III. Мета розвитку особистості.

Ознайомити студентів з принципами етики та деонтології при роботі з пацієнтами з захворюваннями ано-ректальної ділянки. Оволодіти навиками логічного мислення на основі інтерпретації симптомів та синдромів, що зустрічаються при найбільш поширених захворюваннях прямої кишки.

IV. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Нормальна і топографічна анатомія, фізіологія	Анатомічну будову прямої кишки і промежини, кровопостачання, інервацію	Визначати топографію прямої кишки та сфінктерного апарату прямої кишки

Гістологія	Будову слизової прямої кишки та анального каналу	Диференціювати мікроскопічні препарати
Патологічна анатомія	Механізми порушень в прямій кишці, анальному каналі	Описати патологічні зміни при геморої, тріщині та випадінні прямої кишки
Фармакологія	Групи препаратів, які використовуються для лікування геморою та тріщини прямої кишки	Призначити симптоматичне лікування, виписати рецепти
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Семіотику при геморої, тріщині та випадінні прямої кишки	З'ясувати скарги, анамнез захворювання, огляд та фізикальне обстеження пацієнта
Наступні дисципліни		
Внутрішня медицина	Основні діагностичні критерії при геморої, тріщині та випадінні прямої кишки	Діагностувати геморою, тріщину та випадіння прямої кишки, призначити лікування
Внутрішньопредметна інтеграція		
Геморою	Клініку та діагностику геморою	Діагностувати геморою, призначити лікування
Тріщина прямої кишки	Клініку та діагностику тріщини прямої кишки	Діагностувати тріщину прямої кишки, призначити лікування
Випадіння прямої кишки	Клініку та діагностику випадіння прямої кишки	Діагностувати випадіння прямої кишки призначити лікування

V. Зміст теми та його структурування

ГЕМОРОЙ

Геморою – це збільшена (гіпертрофована) артеріо-венозна кавернозна тканина підслизового шару анального каналу та параректальної клітковини.

Етіологія та патогенез

Артеріальне кровопостачання гемороїдальні вузли отримують з верхньої ректальної артерії, кінцеві гілки якої відкриваються в кавернозні сплетення. Місця розгалуження артерії відповідають проекції годин 3,7, та 11 циферблату, в положенні хворого на спині.

Кавернозні сплетення прямої кишки закладаються в процесі нормального ембріогенезу, вони є в усіх людей. За рахунок цих сплетень відбувається пом'якшення проходження калу через анальний канал та здійснюється близько 15-20% функції анального тримання спокою за рахунок гідравлічного наповнення кров'ю та герметизації просвіту.

Особливістю будови кавернозних сплетень є відсутність розгалуження артерій на капіляри, а пряме сполучення з венулами. Тобто має місце артеріо-венозне шунтування, чим і пояснюється ряд клінічних проявів геморою.

В основі патогенезу геморою лежить гіпертрофія кавернозних сплетень підслизового шару перехідної зони епітелію прямої кишки та наступне їх випадіння.

Згідно судинної теорії, венозний стаз внаслідок недостатності клапанного апарату гемороїдальних вен призводить до тромбозу, розширення кавернозних вен, хронічного запального процесу, фіброзу та дистрофії м'язів що оточують кавернозні тільця.

Згідно механічної теорії, недостатність сполучнотканинних волокон в зоні фіксації вузлів призводить до дистального зміщення вузлів та подальшої їх протрузії в анальний канал.

Класифікація геморою

У кожного гемороїдального вузла є два компоненти - один (внутрішній) над зубчастою лінією анального каналу і другий (зовнішній) розташований нижче зубчастої лінії. Між вказаними компонентами гемороїдального вузла зазвичай є виражений розділовий жолобок. Крім того, вказані компоненти покриті різним за будовою епітелієм: зовнішня частина вузла покрита шкірою або плоскоклітинним, незроговілим епітелієм (анодерма), внутрішня частина вкрита циліндричним епітелієм. Залежно від переважання того чи іншого компоненту геморою умовно поділяють на:

- внутрішній геморою;
- зовнішній геморою;
- комбінований геморою.

За інтенсивністю запального процесу геморою поділяють на:

- хронічний геморою;
- гострий геморою (який, як правило, є загостренням хронічного геморою).

Хронічний геморою у своєму розвитку проходить чотири ступені:

I ступінь – виявляється в основному гемороїдальною кровотечею;

II ступінь – випадіння вузлів при дефекації (з кровотечею або без неї) і самостійне їх вправлення в анальний канал;

III ступінь – випадіння вузлів при дефекації (з кровотечею або без неї), що вимагає допомоги при вправленні;

IV ступінь – вузли випадають постійно, навіть при зміні положення тіла.

Гострий геморою, залежно від вираженості запальних проявів, також поділяють на 4 стадії:

I-а стадія – невеликі, злегка болючі підшкірні вузлики тугоеластичної консистенції, злегка гіперемована перианальна шкіра. Хворі терплять на перианальний свербіж, що посилюється при дефекації та після неї;

2-а стадія – перианальна зона різко болюча, гіперемована, ущільнена на 3,7 та 11-й год. Болючість робить неможливим пальцеве та інструментальне обстеження заднього проходу. Є виражений сфінктероспазм. Хворі при цій стадії запального процесу

навмисно затримують стілець. Біль у спокої достатньо виражений, значно посилюється при ходьбі, сидінні;

3-а стадія – вся окружність заднього проходу і перианальна ділянка охоплені запальним інфільтратом. Різка болючість при пальпації зони інфільтрації і при пальцевому дослідженні заднього проходу, що робить останню процедуру нездійсненною без знеболення. Візуалізуються защемлені, щільні, синюшного кольору, набряклі, вкриті виразками внутрішні гемороїдальні вузли, що не вправляються. Можливі дизуричні прояви аж до анурії;

4-а стадія – термінальна, виникає за відсутності своєчасного і адекватного лікування – це некроз вузлів, що випали, з можливим розвитком гострого парапроктиту.

Клініка

Гострий геморої (синоніми: тромбоз гемороїдальних вузлів, аноректальний тромбоз, гострий гемороїдальний тромбофлебіт) виникає унаслідок тромбозу судин гемороїдальних вузлів або випадіння і защемлення вузлів.

Тромбоз вузлів може бути зовнішнім (тромбування зовнішніх гемороїдальних вузлів), внутрішнім (наступає тромбоз внутрішніх гемороїдальних вузлів) і комбінованим.

Якщо внутрішні вузли, що випали, защемляються анальним сфінктером, виникає порушення їх кровопостачання, вузли набухають, стають різко болючими, виникає типова картина гострого геморою (частіше цей процес є стадією загострення хронічного геморою). Защемлення тромбованих вузлів в анальному каналі може бути і вторинним, внаслідок запалення, клінічними проявами якого будуть біль і набряк. Провокуючими чинниками загострення геморою є вживання алкоголю, гострої їжі.

Хронічний геморої

Хронічний геморої з частими кровотечами. При цій формі хронічного геморою основним симптомом перебігу захворювання є часті кровотечі зі заднього проходу, що виникають, як правило, підчас або відразу після акту дефекації.

Причина кровотечі – це, передовсім за все, аліментарна травматизація гемороїдальних вузлів під час проходження калових мас, особливо при натужуванні у хворих, що терплять на закрепи. З часом, із наростанням тривалості захворювання, кровотечі частішають, зростає їх інтенсивність і тривалість. У таких випадках захворювання ускладнюється анемією, що характерна для пацієнтів молодого віку.

Хронічний геморої з випадінням вузлів (II і III ступеня). Провідним симптомом при цій формі захворювання є наростаюче випадіння гемороїдальних вузлів. Зазвичай через 5-7 років після появи перших симптомів геморою у хворих при дефекації, а потім при кашлі або натужуванні, а надалі навіть при ходьбі із заднього проходу починають випадати гемороїдальні вузли. Спочатку випадючі вузли вправляються самостійно або при вольовому скороченні сфінктера. При розвитку хвороби самостійне вправлення вузлів стає неможливим у зв'язку з поступовим розслабленням м'язів сфінктера. У цій ситуації пацієнти починають вдаватися до вправлення руками гемороїдальних вузлів, що випали.

Хронічний геморої з больовим синдромом. Біль при хронічному геморої виникає відносно рідко і пов'язаний з тим, що нервові закінчення стоншених стінок анального каналу, які у свою чергу є медіальними стінками гемороїдальних вузлів, виявляються ближчими до поверхні слизової. Вказані закінчення легко травмуються каловими масами або подразнюються внаслідок сфінктероспазму.

Сильний і тривалий біль може свідчити про поєднання геморою з анальною

тріщиною. При наростанні захворювання, коли відбувається випадіння гемороїдальних вузлів, посилюється і больовий синдром.

Підводячи підсумок, слід зазначити, що вкрай рідко трапляються ізольовані форми хронічного геморою, як правило, це можливо лише на початковому етапі захворювання. Лікаря в повсякденній практиці трапляються, в основному, такі форми хвороби, при яких поєднані різні ступені описаних форм, з відносним переважанням однієї з них.

Діагностика

Хворому, що має характерні для геморою скарги, необхідно провести *проктологічний огляд*. Починають його з огляду перианальної ділянки, який краще проводити в колінно-ліктьовому положенні хворого, або на гінекологічному кріслі. При цьому звертають увагу на стан перианальної шкіри, визначають наявність, форму, величину зовнішніх гемороїдальних вузлів, досліджують анальний рефлекс. Потім, розсуваючи сідниці, оглядають дистальний відділ анального каналу, оцінюючи стан слизової.

При обстеженні пацієнтів з гемороєм, передовсім слід виключити онкологічну патологію прямої кишки. Відомо, що 80 % пухлин прямої кишки на початкових стадіях, маючи схожу з гемороєм клінічну картину, можуть бути відразу, вже при першому ж обстеженні виявлені пальцем. Кожному пацієнтові з характерними для геморою скаргами необхідно провести пальцеве дослідження прямої кишки, навіть тоді, коли зовнішній огляд підтвердив наявність у хворого геморою. У початковій стадії захворювання пальпаторно виявити наявність гемороїдальних вузлів досить важко, значно збільшені ж вузли визначаються без зусиль - гемороїдальні вузли визначаються у вигляді м'яко-еластичних подушечок, розташованих у типових зонах (на 3, 7, 11 годинах), характеризуються значною рухливістю, при пальпації визначається їхня болючість. Після дослідження анального каналу лікар приступає до дослідження пальцем ампулярного відділу прямої кишки, визначаючи при цьому стан стінок прямої кишки (еластичність, рухливість, болючість), передміхурової залози, звертаючи особливу увагу на можливе виявлення при цьому пухлин цієї локалізації. Спеціальної підготовки клізмами цей вид дослідження не вимагає.

Кожному хворому на геморої або з підозрою на геморої показано виконання ректороманоскопії.

Для якісного ректоскопічного дослідження необхідне ретельне приготування кишки до дослідження.

Ректороманоскопію проводять у колінно-ліктьовому, або колінно-плечовому положенні хворого. Після введення тубуса з obturatorом в пряму кишку останній витягають, і подальше просування тубуса проводять під контролем зору, роздуваючи просвіт кишки повітрям. Правильно виконана ректоскопія зазвичай дозволяє безболісно оглянути до 30 см кишки. Саме при цьому дослідженні можна достатньо повноцінно оглянути анальний канал і візуально виявити випадіння внутрішніх гемороїдальних вузлів у просвіт кишки, коли вони провисають у ректоскоп при його виведенні з прямої кишки назовні. Як і пальцеве обстеження, при гострому геморої ректороманоскопію слід відтермінувати і виконати її після стихання запальних явищ.

Диференційний діагноз

Діагноз	Симптом	Діагностичні маніпуляції
Пухлина ободової кишки	Кровотечі	Фіброколоноскопія Біопсія
Пухлини прямої кишки	Кровотечі Відчуття стороннього тіла	Ректороманоскопія Біопсія
Дивертикулярна хвороба	Кровотечі	Фіброколоноскопія Іригографія
Запальні захворювання товстої кишки	Кровотечі	Фіброколоноскопія Ректороманоскопія Біопсія
Хронічна анальна тріщина	кровотечі	Огляд перианальної ділянки
Пухлини тонкої кишки	Кровотечі	Рентгенологічне дослідження пасажу барію по ШКТ

Лікування геморою

Консервативне лікування хронічного геморою.

Лікування хронічного геморою, особливо в початкових його стадіях (1 ступінь) необхідно починати з консервативних заходів. Хворому рекомендується відповідна дієта, даються рекомендації про необхідність обмеження важких фізичних навантажень. Сучасний арсенал протигеморойних мазей і свічок максимально спрощує лікареві і пацієнтові процес лікування. Слід зазначити, що з місцевих засобів ми віддаємо перевагу призначенню мазей, оскільки процес їх введення, завдяки наявності ректальних наконечників (вони поставляються в комплекті з тубою з маззю), максимально полегшений. Введення ж свічок пацієнтом виконується не завжди правильно: додатково травмуються гемороїдальні вузли, сама свічка часто випадає назовні, не встигаючи розтанути і розподілитися по стінках анального каналу. До того ж при зовнішньому і комбінованому геморої виникає необхідність нанесення лікарської основи не тільки на стінки анального каналу, але і на перианальну шкіру.

Найбільш поширені і вживані комплексні мазі «Постерізан», «Реліф», «Ультрапрокт», «Ауробін», «Проктоседил».

Застосовується мазь 3-4 рази на добу.

Введенню мазі передують водні гігієнічні процедури - вранці й увечері, а також після акту дефекації хворий підмивається водою кімнатної температури з милом. Дуже ефективно виконання сидячих ванн, особливо за наявності ознак спазму сфінктера і запалення. Розчин має бути кімнатної температури.

У пацієнтів з кровотечами з внутрішніх гемороїдальних вузлів, вже на протязі 25 років використовуємо свічки, запропоновані проф.В.М.Масляком.

Місцеве лікування необхідно проводити не тільки до появи клінічних ознак поліпшення, але ще 7-10 днів після нього для закріплення досягнутого ефекту.

Хірургічне лікування

Хірургічні методики лікування хронічного геморою досить різноманітні і за останні десятиліття зазнали істотних змін. Всі види втручань з приводу геморою можна розділити на дві основні групи: перша - паліативні втручання, друга – радикальні операції.

Першу групу складають втручання, при яких гемороїдектомія в чистому вигляді не проводиться: це склерозуюча терапія, лазеротерапія, кріотерапія, лігування гемороїдальних вузлів, у тому числі і латексними кільцями. До другої групи відноситься радикальна гемороїдектомія в різноманітних її модифікаціях.

Мініінвазійні методики

Метод лігування внутрішніх вузлів шляхом перев'язки їх ніжки латексними кільцями виконується з допомогою інструментального лігатора. Запропонована Р.С. Blaisdell, вдосконалена і зпрощена Barron (1963). Маніпуляція може виконуватися навіть без анестезії (тому що ніжка вузла знаходиться вище за шкірно-слизову чутливу зону). Методика лігування полягає в наступному: через аноскоп вводиться в анальний канал головка лігатора, внутрішній вузол протягується в головку або з допомогою інструмента, або з допомогою вакууму (якщо це передбачено конструкцією апарата). Після цього на ніжку вузла зісковзує латексне кільце, яке щільно охоплює ніжку, надалі це викликає некротичні зміни в тканині вузла і його відторгнення. Рекомендуємо застосовувати процедуру при наявності ізольованих гемороїдальних вузлів II-III ст. Серед ускладнень процедури відзначено біль та кровотечу.

Склеротерапія одна з найстаріших маніпуляцій. Описана Morgan в Дубліні в 1869. Маніпуляція проводиться через аноскоп та не вимагає знечулення. Суть методу у введенні склерозуючих розчинів (5% масляний розчин карболової кислоти, тромбовар, фенол, мигдалеве масло) в підслизовий шар внутрішнього гемороїдального вузла. Терапевтичний ефект процедури полягає не в порушенні кровопостачання вузла, а в їх фіксації вище зубчастої лінії.

Електротерапія постійним струмом. Принцип методу полягає в тому, що під дією монофазного імпульсного електричного струму низької напруги на тканину внутрішнього гемороїдального вузла виникає хімічна, теплова та електрохімічна коагуляція. (Немогон©). Застосовується при внутрішньому геморої I-II ст. з кровотечами. Недоліки методу: необхідність повторних процедур, довготривалість процедури (до 14хв на вузол)

Інфрачервона фото коагуляція здійснюється з допомогою лазера. Під дією інфрачервоного випромінювання відбувається фотокоагуляція тканини вузла, глибина некрозу після маніпуляції близько 2,5 мм. Застосовується при внутрішньому геморої I ст., зрідка II ст., з кровотечами. Недоліки методу: необхідність повторних процедур, повторні кровотечі.

Трансанальна гемороїдальна деартеріалізація, (THD – Transanal Hemorrhoidal Dearterialization; (D)HAL – (Dopler) Hemmoroidal Artery Ligation). Описана в 1995 р. Morinaga, Японія. Метод лікування внутрішнього геморою, що полягає у перев'язуванні кінцевих гілок верхньої прямокишкової артерії, під контролем доплерометрії, скорочуючи таким чином кровопостачання та зменшення набряку гемороїдальних сплетень. Для визначення місця розташування гемороїдальних артерій застосовується аноскоп з підведеним доплерівським датчиком. На артерію накладається вузол, який повільно затягується, оцінюється відсутність пульсації та накладається 8-подібний шов. Процедуру повторюють на кожному вузлі. Процедуру виконують під загальним знечуленням, або місцевою анестезією.

Операція Лонго (Степленна гемороїдонексія, Prolapse Procedure for Hemorrhoids

(РРН.) *Степелерна гемороїдектомія* є операцією високого пріоритету в хірургічному лікуванні внутрішнього геморою III ст. Розроблена італійцем Antonio Longo в 1993 році, метод полягає в циркулярній резекції та ушиванні випадуючої слизової разом з гемороїдальними вузлами що знаходяться вище зубчастої лінії. Згідно уявлень автора, внаслідок порушення кровопостачання гемороїдальних вузлів верхньою прямокишковою артерією, відбувається їх облітерація. Процедура виконується з допомогою спеціального зшиваючого апарату під загальним знечуленням.

Перевагами вказаних методів є їх мініінвазійність, що дозволяє їх виконувати в амбулаторних умовах, в більшості процедур не потрібне знеболення, простота виконання методик. Недоліками можна назвати обмежені покази застосування, нерадикальність методик - часті рецидиви, необхідність повторної маніпуляції. Серед ускладнень найчастіше трапляються больовий синдром, тромбоз вузлів, кровотечі.

Операції при хронічному геморої

Якщо консервативне лікування, що проводиться в повному обсязі не приводить до успіху і захворювання розвивається, а проведене мініінвазійне лікування неефективне - виникає рецидив хвороби, з'являється постійне випадіння гемороїдальних вузлів, у цьому випадку необхідно пропонувати радикальну операцію (20% пацієнтів з гемороєм).

Наведемо види оперативних втручань, що вважаються патогенетично обґрунтованими та радикальними, вони є методом вибору і вважаються «золотим стандартом» при лікуванні хворих на хронічний геморою III-IV ступеня.

Гемороїдектомія за Мілліган-Морганом (Milligan-Morgan, 1937). (Відкрита гемороїдектомія). Полягає у висіченні зовнішніх та внутрішніх гемороїдальних вузлів з перев'язкою судинної ніжки вузла без відновлення цілісності слизової.

Гемороїдектомія за А.Н Рижих, суть якої у висіченні зовнішніх та внутрішніх гемороїдальних вузлів з перев'язкою судинної ніжки вузла і ушивання слизової анального каналу, без ушивання пелюсткоподібно висічених зовнішніх гемороїдальних вузлів.

Гемороїдектомія за Milligan-Morgan в модифікації В.М.Масляка з повним відновленням цілісності слизової.

У нашій клініці ми застосовуємо гемороїдектомію за Milligan-Morgan у модифікації В.М. Масляка.

Лікування гострого геморою

У своїй практиці ми більше дотримуємося консервативної тактики лікування хворих на гострий геморою. Виконання радикальних операцій в умовах запального процесу є менш вигідним, ніж при хронічному геморої поза загостренням. Післяопераційний перебіг у таких хворих протікає з більш вираженим больовим синдромом, нерідкі запальні ускладнення, високий ризик виникнення післяопераційних кровотеч. Проте, при розвитку тромботичних і некротичних ускладнень ми виконуємо екстренні паліативні операції, що спрямовані на ліквідацію вказаних ускладнень. У разі гострого геморою у вигляді тромбозу гемороїдальних вузлів з вираженим больовим синдромом і загрозою розвитку гнійних ускладнень виконуємо тромбектомію під місцевою або загальною анестезією. При запущених формах гострого геморою (3-а і 4-а стадія), що протікають з явищами гнійного запалення у вигляді парапроктитів в екстреному порядку виконується хірургічна санація гнійного вогнища в умовах загальної анестезії.

Радикальну гемороїдектомію вважаємо показаною тільки у разі 4-ої стадії гострого геморою. Така операція, що виконується в екстреному порядку, проводиться за методикою Масляка В.М.

Консервативне лікування гострого геморою принципово не відрізняється від консервативного лікування хронічного геморою. Різниця полягає лише в тому, що до стихання запальних проявів показано дотримання напівліжкового режиму, необхідне призначення адекватних анальгетиків та антибіотиків (Цифран СТ або Аугментин 625 протягом 5 днів). Крім того, показано проведення місцевого протизапального лікування (вологовисихаючі пов'язки з розчинами антисептиків) та мазеві компреси (Левосин, Левоміколь, Ліотон 1000).

Медикаментозне лікування геморою

Ефективне лікування геморою на сучасному етапі включає застосування системної терапії разом з хірургічним і місцевим лікуванням. Серед пероральних препаратів загальної дії, ми віддаємо перевагу препаратам діосміну, які є високоефективним засобом лікування гострого геморою і попередження рецидивів хронічного геморою.

Прогноз

Своєчасно і правильно виконана гемороїдектомія – радикальний і надійний спосіб лікування хворих з ускладненим гемороєм. Ефективність консервативного лікування пацієнтів з гемороєм залежить від правильності оцінки стадії захворювання, його форми. Тільки правильно підібрана схема лікування, що включає арсенал сучасних, високоефективних препаратів, місцеве лікування в комплексі зі збалансованою дієтою, що виключає закреп, може дозволити отримати стійку ремісію хворих на хронічний геморою і швидке стихання запальних симптомів.

АНАЛЬНА ТРІЩИНА

Анальна тріщина – це дефект стінки анального каналу, який найчастіше розташовується по задній стінці анального каналу (85-90%).

Етіологія. Патогенез.

Анальна тріщина розвивається внаслідок механічного порушення цілісності при закрепах, або при введенні сторонніх тіл. В основі патогенезу лежить нейро-рефлекторні порушення: дефект слизової, дном якого є волокна сфінктера, призводить до спазму сфінктера та вираженого больового синдрому, що спричиняє затримку хворим акту дефекації. Внаслідок цього формується твердий кал, який в подальшому знову розриває утворений рубець. Формується хибне коло: закреп-біль-спазм-закреп. Це коло призводить до ішемії тканин і перешкоджає загоєнню тріщини. Слід пам'ятати про специфічні анальні тріщини при хворобі Crohn, сифілісі.

Класифікація

За локалізацією:

- передня;
- задня;
- передньо-задня;

- бокова.

За перебігом:

- гостра;
- хронічна.

Клініка: біль, особливо після дефекації, залишки крові на туалетному папері, анальний свербіж, супутні закрепи.

Методи діагностики.

При *огляді* проксимальної частини перианальної ділянки виявляється ромбовидний дефект на 6-й або 12 годині. Дном дефекту є волокна внутрішнього сфінктера прямої кишки. У випадку, коли краї дефекту згрубілі, кальозні, а в проксимальному та дистальному кутах тріщини виявляються ділянки гіперплазованого внаслідок механічного подразнення епітелію (сторожові поліпи), мова йде про хронічну анальну тріщину. Коли ж краї дефекту рівні, гіпереровані слід думати про гостру анальну тріщину.

Огляд *per rectum* дає інформацію про дефект стінки кишки, а у випадку гострої анальної тріщини слід виконати дилатацію сфінктера, що знімає спазм, а отже має лікувальний ефект. При пальпації також можна визначити наявність сторожових поліпів. При *ендоскопічному огляді*, окрім локалізації тріщини, необхідно провести оцінку слизової для виключення запальних захворювань товстої кишки.

Методи лікування

Консервативне лікування слід спрямовувати на ліквідацію хибного кола закріп-біль-спазм-закреп. Призначаються послаблюючі препарати, при потребі проводиться очисна клізма. Для зняття больового синдрому призначаємо свічки з анестетиком. Спазм можливо зняти шляхом дивульсії сфінктера. Також є можливість застосовувати свічки з нітрогліцерином або бета-блокаторами для хімічної денервації сфінктера. Проводяться клінічні дослідження з введенням у ділянку дна тріщини ботуліністичного токсину.

Активне консервативне лікування хворих можна продовжувати застосуванням спирт-новокаїнових блокад. Ускладненням такої маніпуляції є некроз м'яких тканин та шкіри.

Хірургічне лікування показане хворим у яких консервативна терапія неефективна, це як правило, хворі з рецидивуючими хронічними анальними тріщинами.

У нас в клініці розпрацьовано і широко використовується метод висічення анальної тріщини з низведенням слизово-підслизово-м'язового лоскута слизової за В.М.Масляком. Метод полягає в пластичному заміщенні рубцевої тканини тріщини здоровою ділянкою прямої кишки. Метод дозволяє уникнути розвитку больового синдрому в післяопераційному періоді, стриктур анального каналу і дає прекрасний лікувальний ефект. Серед інших хірургічних методів лікування відзначаємо висічення тріщини та дозовану латеральну сфінктеротомію: метод поширений у західній Європі та США. Серед ускладнень цієї методики можна відзначити недостатність анального сфінктера

ВИПАДІННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ

Випадіння прямої кишки – захворювання, що супроводжується випадінням прямої кишки за межі заднього проходу.

Класифікація

форми випадіння

- випадіння тільки слизової
- випадіння всіх стінок з анальним каналом
- випадіння всіх стінок без анального каналу
- внутрішнє випадіння (інвагінація)

стадії випадіння

I стадія випадіння відбувається тільки при дефекації

II стадія випадіння відбувається не тільки при дефекації але й при фізичному навантаженні

III стадія випадіння при вертикальному положенні тіла

ступені слабості сфінктерного апарату

I ступінь нетримання газів

II ступінь нетримання газів та рідкого калу

III ступінь нетримання газів рідкого та твердого калу.

Клінічні прояви. Хворі скаржаться на наявність випавшої кишки, біль в задньому проході, періодично можуть бути виділення крові. Внаслідок постійної травматизації кишки відзначається виділення слизу, розвивається проктит, хворі терплять на перианальний свербіж, мацерацію шкіри. Деколи запідозрити випадіння прямої кишки можна при ректоскопії при наявності солітарної виразки прямої кишки, яка зазвичай розміщується на передній стінці.

Діагноз не важко поставити при огляді, коли виявляють щільно еластичний тяж випавшої прямої кишки. Огляд необхідно проводити з обов'язковим натужуванням хворого для визначення форми випадіння. При защемленні випавшої кишки настає набряк, з подальшим некрозом кишки і ризиком розвитку перитоніту.

Спеціальні методи обстеження спрямовані на визначення функції сфінктера прямої кишки (сфінктерометрія), та проведення диференційної діагностики з іншими захворюваннями: насамперед з випадінням вузлів при внутрішньому геморої, раком прямої кишки, ворсинчастими пухлинами прямої кишки.

Лікування

Консервативне лікування спрямоване на ліквідацію закрепів, що як правило, супроводжують дане захворювання, а також на укріплення м'язів тазового дна шляхом лікувальної гімнастики.

При випадінні прямої кишки необхідно виконати її вправлення під загальним знечуленням з наступним динамічним спостереженням за хворим. У випадку розвитку перитоніту накладається колостома.

При некрозі випавшої кишки, який трапляється вкрай рідко, виконують резекцію некротизованої кишки з накладанням анастомозу вище зубчастої лінії (операція Miculicz).

Розрізняють наступні види операційних втручань:

1. Методи звуження заднього проходу або штучного підкріплення зовнішнього сфінктера. Операція Tirsch (звуження заднього проходу шляхом введення пластичних матеріалів).

2. Операції ректопексії або прикріплення дистального відділу прямої кишки до нерухомих частин малого таза. Операція Зереніна-Kümmel (фіксація прямої кишки до повздожньої зв'язки хребта в ділянці мису крижової кістки окремими вузловими швами)
3. Методи колопексії, тобто внутрішньочеревна фіксація дистального відділу сигмоподібної кишки до нерухомих утворень таза чи черевної стінки.
4. Операції, спрямовані на зміцнення тазового дна і промежини.
5. Методи часткової або повної резекції кишки, що випала. Операція Delorme-Juvarr (відсічення слизової випавшої частини прямої кишки з наступним накладанням гофруючих швів на м'язову стінку у вигляді валика, який поміщають над анальним каналом).

У даний час перспективними є методи виконання ректопексії шляхом лапароскопічних операційних втручань.

VI. План та організаційна структура заняття.

<i>№ п/п</i>	<i>Основні етапи заняття</i>	<i>Навчальна мета в рівнях засвоєння</i>	<i>Методи контролю та навчально-методичне забезпечення</i>	<i>Час</i>
1.	Підготовчий етап: Організація заняття Визначення навчальної мети та мотивації Контроль вихідного рівня знань, вмінь, та навичок А) етіологія патогенез Б) класифікація В) клінічні особливості перебігу, ступені недостатності сфінктера, Г) алгоритм діагностики та консервативна терапія Д) Хірургічне лікування Е) МСЕК	α=II-III	Фронтальне опитування, тестові завдання, навчальні таблиці. Оснащення мультимедійні слайди, карти стаціонарних хворих, запис відеокolonоскопії, клінічні задачі	10%
2	Основний етап: Формування професійних вмінь та навичок, обговорення та оцінка результатів клінічної діагностики, диференційної діагностики, лікування,	α=III-IV	Історії хвороб, амбулаторні карти хворих. Обладнання: рентгенограми, мультимедійні слайди, запис відеокolonоскопії,	70%

	реабілітації та МСЕК		клінічні задачі.	
3.	Заключний етап А) контроль та корекція рівня професійних знань Б) підведення підсумків В) домашнє завдання	α =III-IV	Індивідуальний контроль теоретичних знань	20%

VII. Матеріали методичного забезпечення.

Питання (α =I, α =II)

1. Етіологія та патогенез геморою
2. Класифікація геморою
3. Клініка та діагностика геморою
4. Методи лікування геморою
5. Етіологія і патогенез анальної тріщини
6. Класифікація анальної тріщини
7. Клініка та діагностика анальної тріщини
8. Лікування хворих на анальну тріщину
9. Ускладнення геморою та анальної тріщини
10. Етіологія і патогенез випадіння прямої кишки
11. Клініка та діагностика, диференційна діагностика випадіння прямої кишки
12. Методи хірургічного лікування випадіння прямої кишки

Тестові завдання($\alpha = II$)

1. Під терміном гострий геморої III ст. треба розуміти:
 - A. Тромбоз та тромбофлебіт трьох гемороїдальних вузлів
 - B. Часті кровотечі з гемороїдальних вузлів
 - C. Тромбоз зовнішнього вузла
 - D. Тромбоз зовнішніх та внутрішніх гемороїдальних вузлів
 - E. Тромбофлебіт одного гемороїдального вузла

Відповідь D.

2. Який основний клінічний симптом анальної тріщини?
 - A. Діарея
 - B. Закрепи
 - C. Кров'янисті виділення з прямої кишки
 - D. Біль та виділення крові під час дефекації
 - E. Свербіж в задньому проході

Відповідь D.

3. Як діагностувати геморої?
- A. Іригоскопічно
 - B. Оглядом анальної ділянки
 - C. Пальцевим методом
 - D. УСГ з ректальним датчиком
 - E. Огляд, пальцеве обстеження і огляд аноскопом

Відповідь E.

4. Який метод хірургічного лікування не використовується для випадіння прямої кишки
- A. Операція Зереніна-Kümmel
 - B. Операція Tirsch
 - C. Лапароскопічна ректопексія
 - D. Операція Гартмана

Відповідь D

5. Який найпоширеніший спосіб радикального методу оперативного видалення комбінованої геморої?
- A. Операція Гартмана
 - B. Операція Міллігана-Моргана
 - C. Операція Зереніна-Kümmel
 - D. Операція Мікуліча
 - E. Операція Tirsch

Типові задачі ($\alpha = \text{II}$)

Хвора, 45 років, скаржиться на періодичні кровотечі з заднього проходу після акту дефекації, на протязі останніх 6 міс., що супроводжується випадінням внутрішніх гемороїдальних вузлів, з наступною ручною репозицією. При огляді шкірні покриви бліді, чисті. АТ 110/75 мм рт.ст. Пульс 82/хв. Температура тіла 36,9 С. Перианальна ділянка – у типових місцях незначно побільшені зовнішні гемороїдальні вузли. Per rectum: тонус сфінктера достатній. В анальному каналі на 3-й, 7-й та 11 год. вузли м'якоеластичної консистенції, рухомі. RRS: в анальному каналі внутрішній геморої, слизова на всьому протязі без особливостей. Дані загального аналізу крові: Гемоглобін 95 г/л, лейкоцити 6,9 Г/л, ШОЕ – 14 мм/год. Діагноз? Подальша тактика ведення хворої?

Відповідь. Комбінований геморої III ст. ускладнений кровотечею. Хворій показане операційне лікування: Гемороїдектомія.

У жінки 45 р, що скаржиться на біль в анальному каналі лікар-проктолог виявив ромбовидний дефект по задній стінці анального каналу з згрубілими краями та «сторожовими» поліпами.

Який попередній діагноз тактика лікування.

Відповідь: Хронічна анальна тріщина. Консервативна терапія 10 днів-2 тижні. При неефективності – хірургічне лікування.

Нетипові задачі ($\alpha = \text{III}$)

Хворий, 35 років, скаржиться на біль в задньому проході, відчуття стороннього тіла. Хворіє 24 год. Об'єктивно в перианальній ділянці на 7-й год., набряклий, темно-синій зовнішній гемороїдальний вузол. Per rectum (після знечуження анального каналу): гіпертонус сфінктера, в ампулі кал звичайного кольору. RRS не готовий. Діагноз та лікувальна тактика?

Відповідь: Діагноз гострий гемороїд II ст. Лікування: напівліжковий режим. Дієта з переважанням клітковини. Режим дефекації. Туалет перианальної ділянки. Очисна клізма. Препарати групи діосміну. Волого-висихаючі компреси з антисептиками. Свічки зі знеболюючим компонентом (лідокаїном) та антикоагулянтами;

VIII. Список літератури

Рекомендована література для вивчення дисципліни студентами 4 курсу:

Обов'язкова література

1. Хірургія (факультетська): підручник /М.П.Захараш, О.І.Пойда, М.Д.Кучер та ін. – К.:Медицина, 2006. – 656 с.

Додаткова література

1. Масляк В.М., Павловський М.П., Лозинський Ю.С., Варивода І.М. Практична колопроктологія. – Львів, Світ, 1993. – 144 с.
2. Хірургічна гастроентерологія: Навчальний посібник / М.П. Павловський, Н.І. Бойко, С.М. Чуклін та ін. – Львів: “Кварт”, 2010. – 432 с.
3. Саволюк С.І., Ігнатов І.М., Шуляренко О.В. та ін. Порівняльний аналіз степлерної гемороїдектомії та трансанальної гемороїдальної деартеризації. Хірургія України. 2017. – 3(63). – С. 78-83.