

Колоректальный рак Геморрой

50, 51. Рак ободочной кишки: классификация, клинические формы, диагностика, лечение

Международная классификация КРР (TNM) 2017 (8-й пересмотр) г.

Первичная опухоль (T)

Tx – нет данных для оценки первичной опухоли;

T0 – первичная опухоль не определяется;

Tis – интраэпителиальная или с инвазией СО (без подслизистой);

T1 – опухоль прорастает стенку кишки до подслизистой об.;

T2 – опухоль прорастает в мышечный слой;

T3 – опухоль прорастает мышечный слой и подсерозную основу или в ~~непокрытые брюшиной ткани вокруг толстой кишки;~~

T4 – опухоль прорастает висцеральную брюшину или распространяется на соседние органы и анатомические структуры;

T4a – прорастание висцеральной брюшины;

T4b – прорастание в другие органы и структуры

Региональные лимфоузлы (N)

Nx – региональные лимфоузлы не поддаются оценке;

N0 – нет метастазов в региональные узлы;

N1 – метастазы в лимфоузлы – от одного до трех:

N1a – один лимфатический узел;

N1b – 2-3 лимфатических узла;

N1c – субсерозные диссемианты без лимфатических узлов;

N2 – метастазы в четырех и более лимфоузлах:

N2a – 4-6 лимфатических узлов;

N2b – 7 или более лимфатических узлов;

Отдаленные метастазы (M)

Mx – отдаленные метастазы не поддаются оценке

M0 – нет отдаленных метастазов

M1 – отдаленные метастазы:

M1a – метастазы в одном органе;

M1b – метастазы более чем в одном органе

M1c – канцероматоз брюшины

Гистологическая классификация рака ТК

Злокачественные опухоли (высоко-, умеренно- и низкодифференцированные)	Встречаемость
Аденокарцинома	90-95%
В т.ч. муцинозная аденокарцинома	10%
Перстневидно-клеточная карцинома	4%
Сквамозно-клеточная карцинома	Менее 1%
Аденосквамозная карцинома	Менее 1%
Недифференцированная карцинома	Менее 1 %
Неклассифицируемая карцинома	Менее 1%

Классификация рака ободочной кишки



Международная гистологическая классификация.

- Аденокарцинома:
 - высокодифференцированная;
 - умеренно дифференцированная;
 - низкодифференцированная.
- Слизистая аденокарцинома:
 - мукоидный рак;
 - слизистый рак;
 - коллоидный рак.
- Перстневидно-клеточный рак.
- Недифференцированный рак.
- Неклассифицируемый рак.

По типу роста опухоли:

- Экзофитная - опухоли, растущие в просвет кишки
 1. Полипообразный рак.
 2. Узловой рак.
 3. Ворсинчато-папиллярный рак.
 - Блюдцеобразная - опухоли овальной формы с приподнятыми краями и плоским дном.
 - Эндофитная - опухоли, инфильтрирующие стенку кишки, не имеющие четких границ.
 1. Язвенная форма.
 2. Диффузно-инфильтративный рак.
-

6 клинических форм!

- **токсико-анемическая форма** - характеризуется анемией различной степени выраженности, общими симптомами (слабость, адинамия, потеря аппетита, потеря массы тела), интоксикацией;
- **обтурационная форма** - характеризуется появлением признаков нарушения проходимости кишечника и сопровождается схваткообразными болями в животе, урчанием и усиленной перистальтикой, задержкой стула и плохим отхождением газов;
- **энтероколитическая форма** - сопровождается вздутием живота, чередованием поносов и запоров, наличием патологических примесей в кале, тупых, ноющих болей в животе;
- **псевдовоспалительная форма** - характеризуется малой выраженностью кишечных расстройств на фоне признаков воспалительного процесса в брюшной полости (боли в зоне опухолевого процесса, локальная болезненность при пальпации с возможным напряжением мышц передней брюшной стенки живота);
- **опухолевая (атипичная) форма** - для нее не характерны общие симптомы, нарушение проходимости кишечника. При этой форме рака ободочной кишки пальпаторно определяется в брюшной полости опухоль;
- **диспептическая форма** характерными ее признаками являются симптомы «желудочного» дискомфорта (тошнота, отрыжка, чувство тяжести в эпигастриальной области), сопровождающиеся болями, локализующимися преимущественно в верхней части живота.

Выделяют шесть форм клинического течения рака

ободочной кишки:

- **Токсико-анемическая форма** — признаки нарушения общего состояния больных на фоне прогрессирующей гипохромной анемии и лихорадки.
- **Энтероколитическая форма** — клиническая картина начинается с кишечных расстройств.
- **Диспепсическая форма** — наличие признаков желудочно-кишечного дискомфорта.
- **Обтурационная форма** — симптомы прогрессирующей кишечной непроходимости.
- **Псевдовоспалительная форма** — признаки воспалительного процесса в брюшной полости (боли в животе, повышение температуры, появление признаков раздражения брюшины, лейкоцитоз).
- **Опухолевая (атипичная) форма** — сам больной или врач при профилактическом осмотре на фоне полного благополучия пальпаторно находит в брюшной полости опухоль.

П
Р
А
В
А
Я

П
О
Л
О
В
И
Н
А

ЛЕВАЯ
ПОЛОВИНА

Диагностика

- **Опрос, физикальное обследование.**
- **Лабораторные исследования.**

Онкомаркёры: РЭА (неспецифичен, не всегда его уровень коррелирует с распространённостью ракового процесса); СА 19-9, Tu-M2-РК (на стадии изучения).

Выявление анемии, воспаления.

- **Колоноскопия** – наиболее информативный и достоверный метод.

Визуализация опухоли (с окраской индигокармином) + забор биопсийного материала из всех подозрительных участков.

Возможность выполнения эндоскопической полипэктомии (с последующим морфологическим изучением).

Диагностика

- **Объективное исследование:** осмотр, пальпация, аускультация, ректальное исследование.
- **Клинич. анализы крови и мочи, биохим. иссл. крови** (~~билир., глюкоза, креатинин, мочевины, об. белок и белк. фракции, АЛТ, АСТ, амилаза~~), копрограмма.
- **Ирригоскопия** (контрастное исследование толстой кишки с барием) (локализация, протяженность опухоли и ее размеры).
- **Эндоскопия с биопсией** (верификация диагноза):
 - **Ректороманоскопия.**
 - **Фиброколоноскопия.**
- **КТ и УЗИ, сцинтиграфия печени** (для исключения метастазов в печени).
- **При подозрении на острую кишечную непроходимость необходима обзорная рентгенография органов брюшной полости.**

Синдром Линча – заболевание с аутосомным доминантным типом наследования, составляющее 2–3% всех случаев колоректального рака. Клинические проявления, принципы диагностики и лечения сходны с таковыми для других форм колоректального рака. Синдром Линча можно заподозрить на основании данных анамнеза, диагноз подтверждают данными генетического тестирования. Пациентов необходимо наблюдать на предмет возникновения опухолей другой локализации, в особенности – рака эндометрия и яичников. Лечение подразумевает проведение резекции.

Ирригоскопия и метод двойного контрастированием.

Позволяет выявить опухолевое образование от 5 мм в диаметре.

Характерный рентгеновский признак – наличие дефекта наполнения.

Косвенные рентгенологические признаки:

- Отсутствие или расстройство перистальтики кишки на ограниченном участке;
- Перестройка рельефа слизистой оболочки;
- Ригидность стенки;
- Нарушение эвакуаторной функции.

- Рентгенограмма сигмовидной ободочной кишки при раке: определяется сужение и неровность контуров кишки, нарушение рельефа слизистой оболочки



- **Внутривенная урография.**

Определяют расположение мочеточников и мочевого пузыря, наличие/отсутствие признаков вовлечения их в опухолевый процесс, функцию почек.

- **КТ.**

При несовпадении результатов рентгенологического и эндоскопического исследований. При обнаружении пальпаторно плотной бугристой печени.

- **Виртуальная КТ-колоноскопия.**

Обнаруживает образования до 5 мм в диаметре.

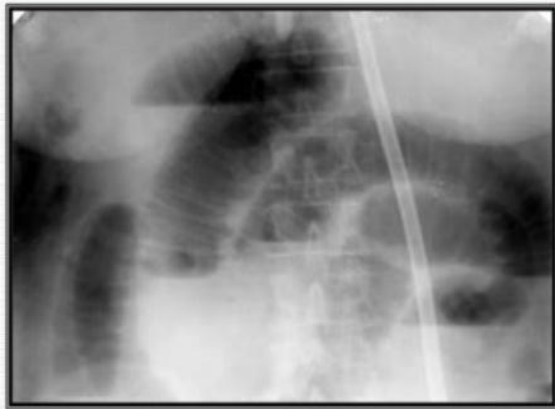
- **УЗИ.**

Ректальным, вагинальным датчиками. Пункционная биопсия.

- **Лапароскопическая диагностика.**

Определить диссеминацию по брюшине, наличие экссудата. Лапароскопическое УЗИ – выявление узловых образований в печени от 3 мм.

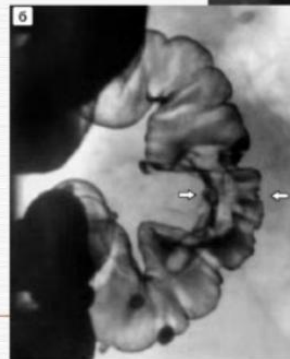
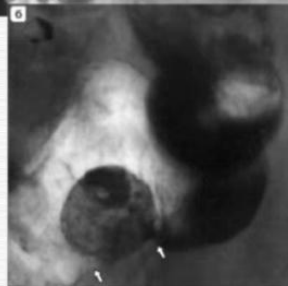
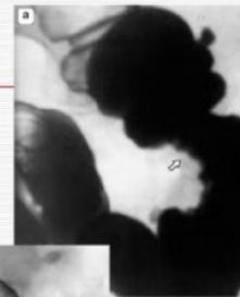
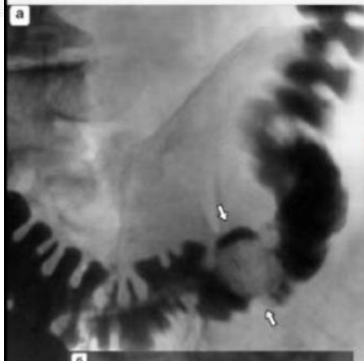
Обзорная рентгенография органов брюшнойной полости (на уровни)



УЗИ. Метастазы печени.



Ирригоскопия



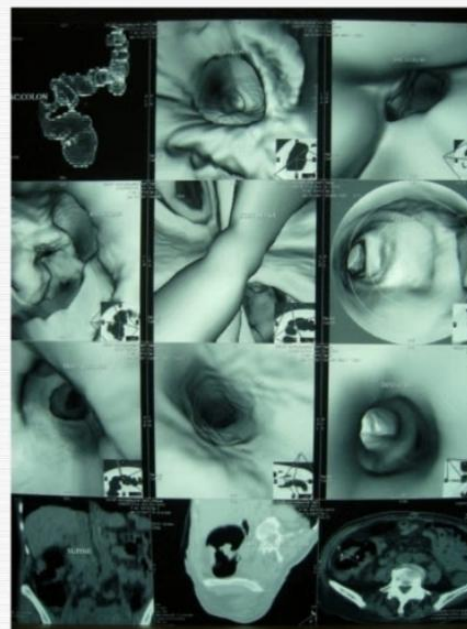
Фиброколоноскопия



Тубулярно-
ворсинчатая
аденома толстой
кишки



Полип ТК на широком основании



Виртуальная КТ
КС
ободочной
кишки

Лечение - хирургическое

Подготовка к операции: 1. фортранс, мовипреп, флит; 2. ортоградное промывание ~~кишечника~~; 3. ~~бесшлаковая диета, слабительные и очистительные клизмы.~~

Операции: радикальные и паллиативные:

1. Радикальные: **резекция** (гемиколэктомия (правосторонняя, левосторонняя), поперечной ободочной кишки, сигмовидной кишки.

Резекция может быть с наложением межкишечного анастомоза и без анастомоза (при ОКН, др. осложнениях, тяжелом состоянии больного и т.д.) – типа операции Гартмана.

2. Паллиативные: обходной анастомоз, колостомия (чаще двуствольная (боковая, петлевая).

*право или лево
гемиколэктомия*

*резекция поперечки
(самая маленькая
кал ошухала)*

Объем операции при различных локализациях рака ободочной кишки

*правостор.
гемикол.
эктомия
ПК л/у
к калектрам*



*левоост.
гемиколэктомия*

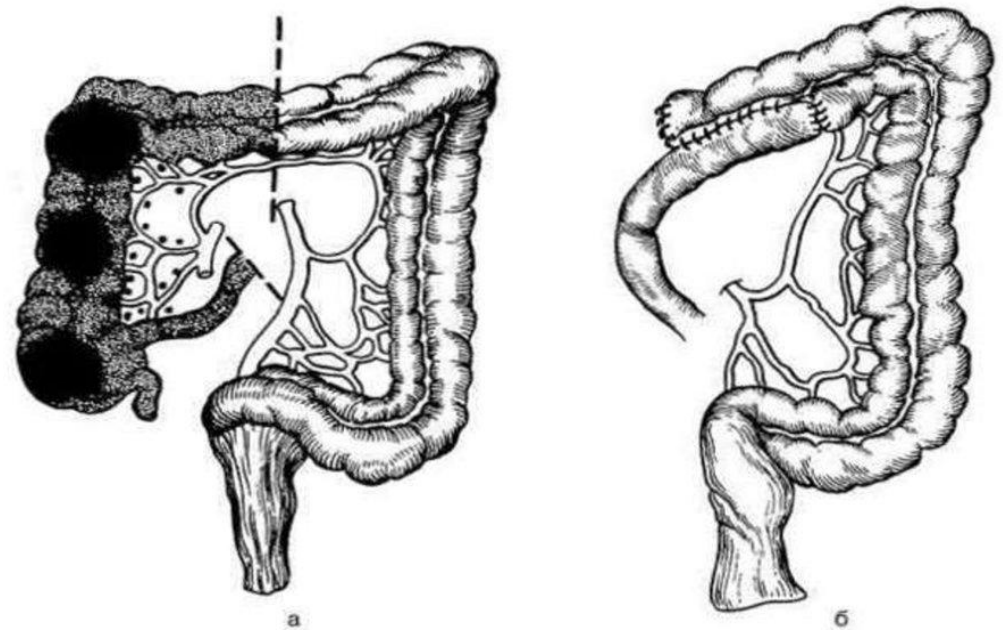
Операция

*Партизанов или по типу Парда
Винни
Лекарн + Франсиско
(Винни + Диего
отдел кишу)*



Опухоль в слепой, восходящей кишке, в области печёночного угла:

Правосторонняя гемиколонэктомия с перевязкой подвздошно-ободочной, правой и средней ободочных артерий, удалением клетчатки вдоль устья верхней брыжеечной артерии (удаляют терминальный отдел подвздошной кишки протяженностью 15—20 см, слепую кишку, восходящую и правую половину поперечной ободочной кишки, завершая операцию наложением илео-трансверзоанастомоза по типу конец в бок или бок в бок).

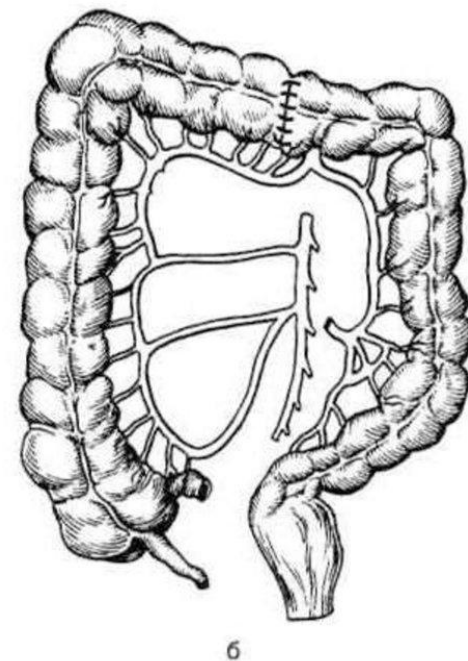
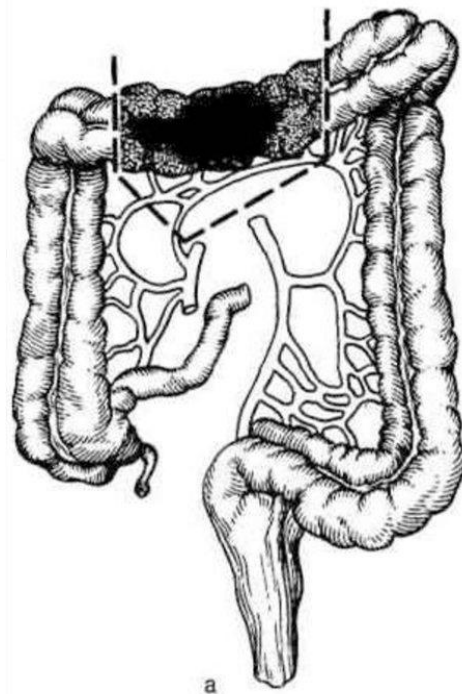


Правосторонняя гемиколонэктомия.
а — зона резекции; б — вид после илеотрансверзостомии.

**Опухоль небольшая в поперечно-ободочной кишке,
нет метастазов в брыжейке:**

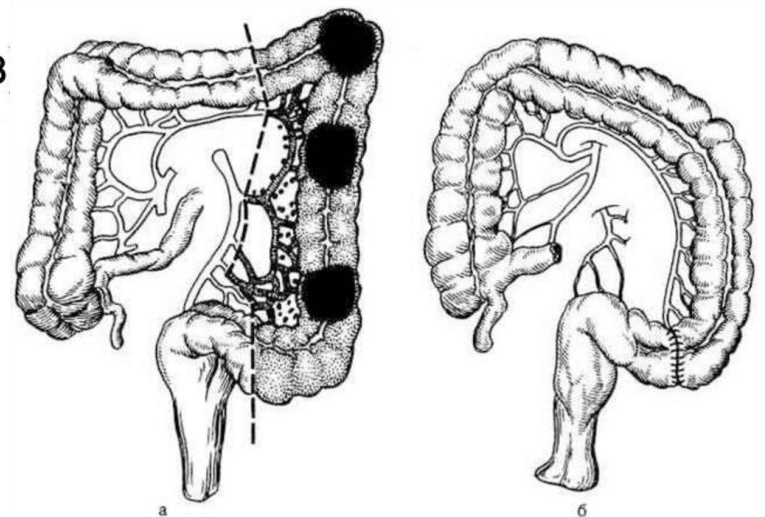
Резекция поперечно-ободочной кишки с
перевязкой средней ободочной
артерии; с завершением – коло-
колоанастомозом по типу конец в конец.

*При сомнительной надёжности анастомоза –
формирование разгрузочной колостомы.



**Опухоль поперечно-ободочной
кишки с mts в лимфатические
узлы или брыжейку,
селезёночного угла, нисходящей
ободочной кишки,
проксимального отдела
сигмовидной кишки:**

Левосторонняя гемиколонэктомия с перевязкой
средней и левой ободочных артерий
(удаляют часть поперечной ободочной кишки,
нисходящую ободочную кишку и часть
сигмовидной ободочной кишки и
накладывают трансверзосигмоанастомоз



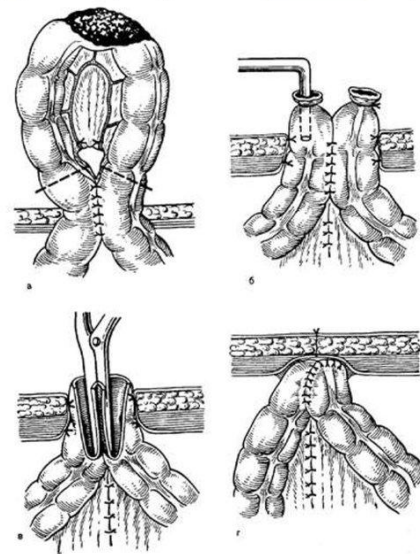
Осложнённое течение рака (кишечная непроходимость, гнойный абсцесс, резко ослабленное состояние больного):

Формирование колостомы:

- 1) Операция Гартмана (формирование концевой колостомы на передней брюшной стенке с ушиванием дистального сегмента толстой кишки (после удаления опухоли));
- 2) Операция Микулича (формирование двух концевых колостом на передней брюшной стенке после удаления опухоли).

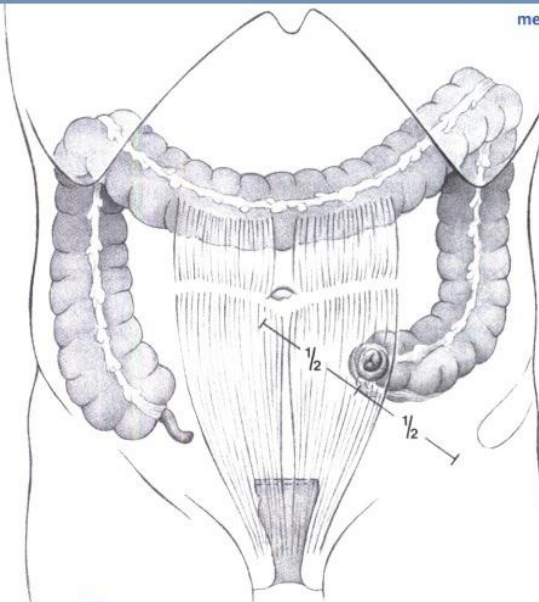
Реконструктивный этап – после достижения соматической компенсации больного.

Операция Микулича

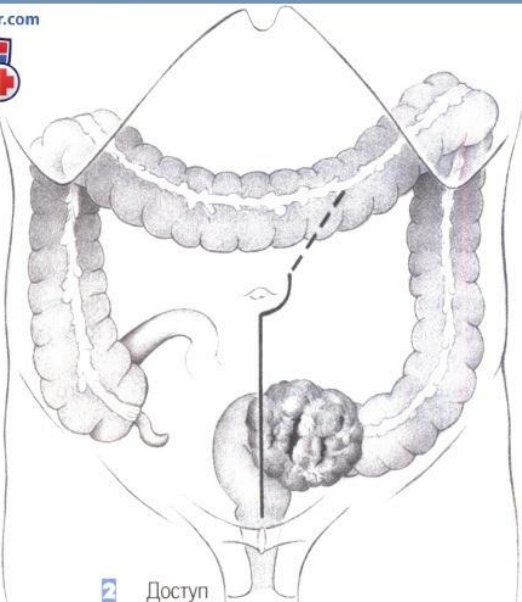


Операция Гартмана с сигмостомией

meduniver.com



1 Расположение колостомии

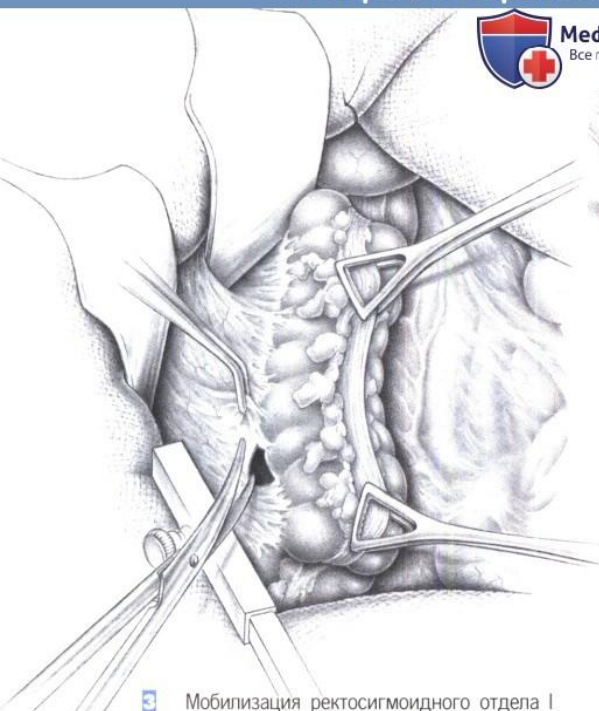


2 Доступ

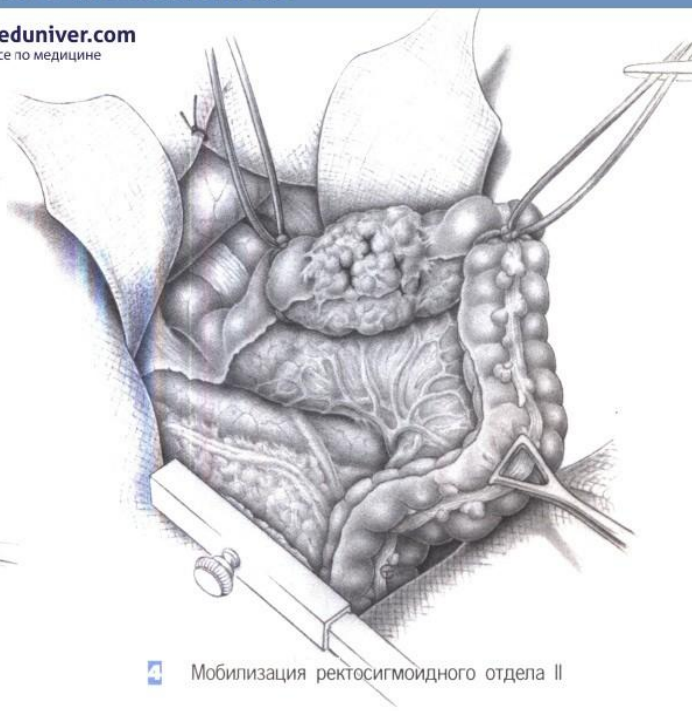
Операция Гартмана с сигмостомией



Meduniver.com
Все по медицине

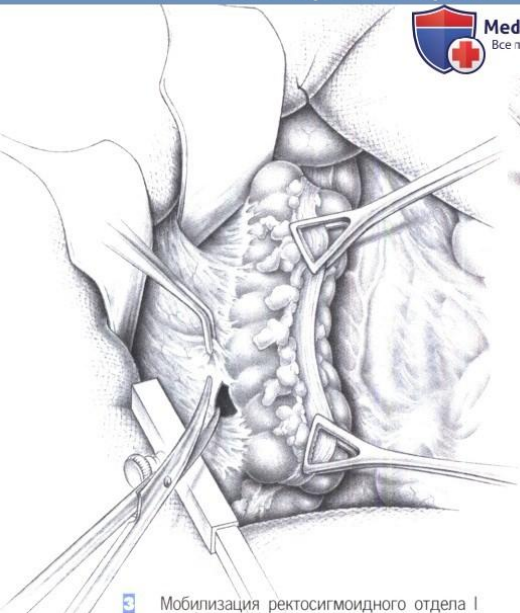


3 Мобилизация ректосигмоидного отдела I

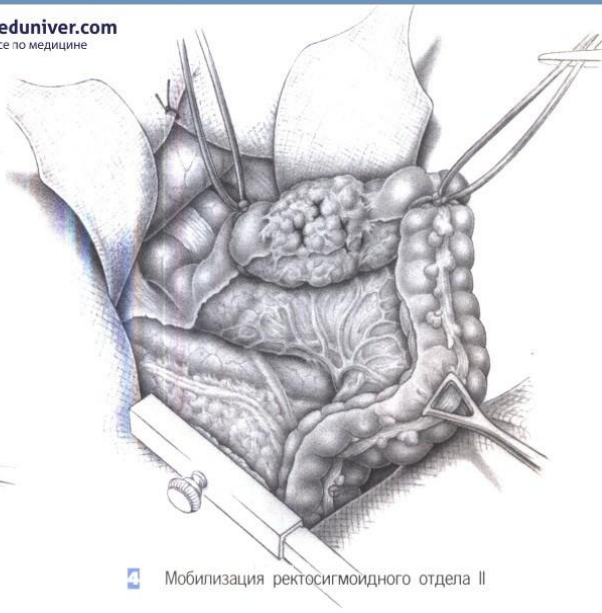


4 Мобилизация ректосигмоидного отдела II

Операция Гартмана с сигмостомией



3 Мобилизация ректосигмоидного отдела I

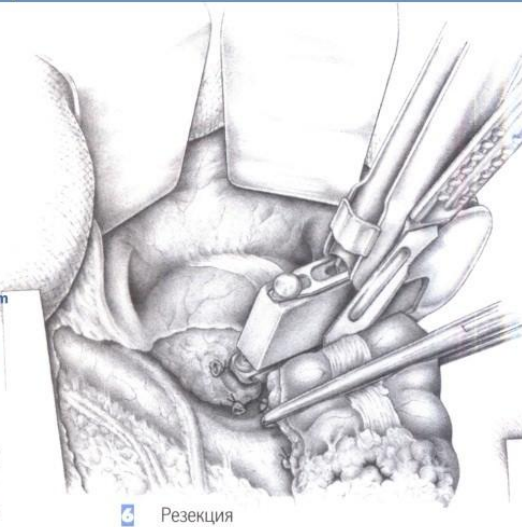


4 Мобилизация ректосигмоидного отдела II

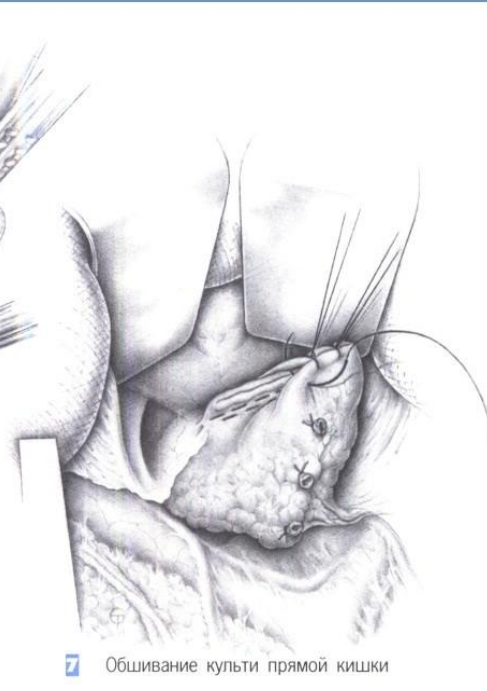
Операция Гартмана с сигмостомией



5 Мобилизация проксимального сегмента прямой кишки

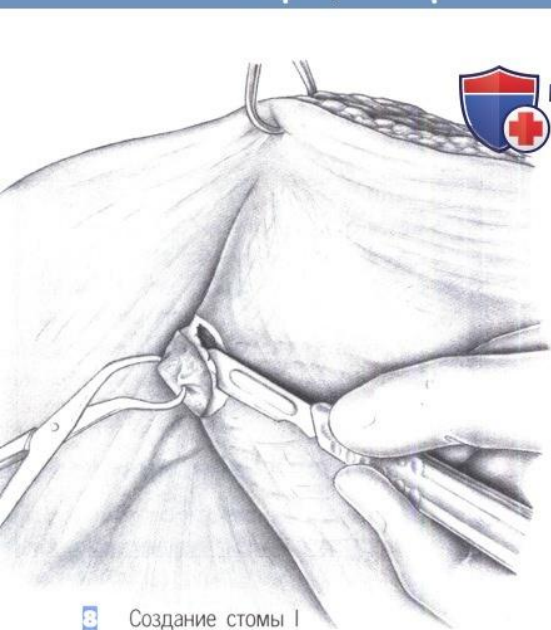


6 Резекция



7 Обшивание культи прямой кишки

Операция Гартмана с сигмостомией

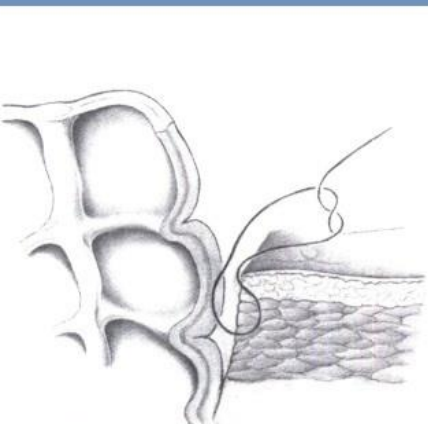


8 Создание стомы I

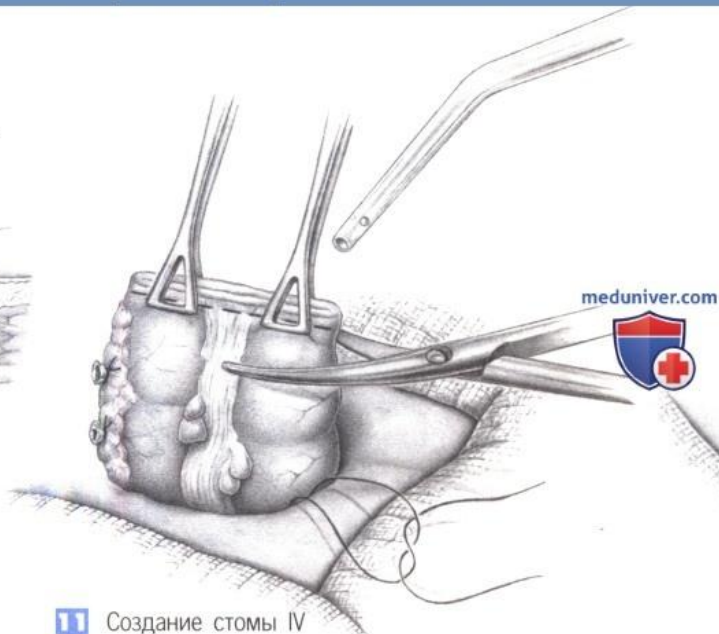


9 Создание стомы II

Операция Гартмана с сигмостомией



10 Создание стомы III



11 Создание стомы IV

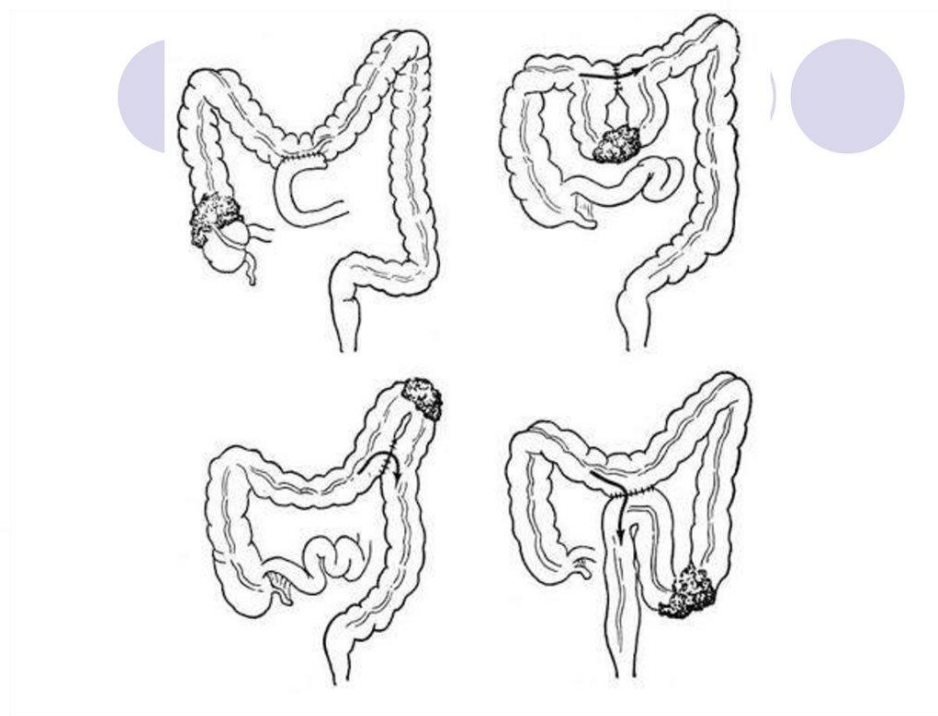


12 Фиксация стомы

Неудалимая опухоль или отдалённые метастазы.

Операции, направленные на предупреждение
непроходимости кишечника:

- паллиативные резекции,
- наложение обходного илео-трансверзоанастомоза,
трансверзосигмоанастомоза,
- наложение колостомы.



67. Рак прямой кишки: классификация, клиника, лечение: радикальные и паллиативные операции

По локализации: раком поражаются все отделы прямой кишки: наиболее часто — ампула (60–70%), реже — тазовый отдел (25–30%), еще реже — анальный (4–5%).

По типу роста:

Экзофитный рост — опухоль в форме папилломатозных разрастаний, напоминающих цветную капусту, или в форме полипов с изъязвленной, легко кровоточащей поверхностью, растет в просвет прямой кишки.

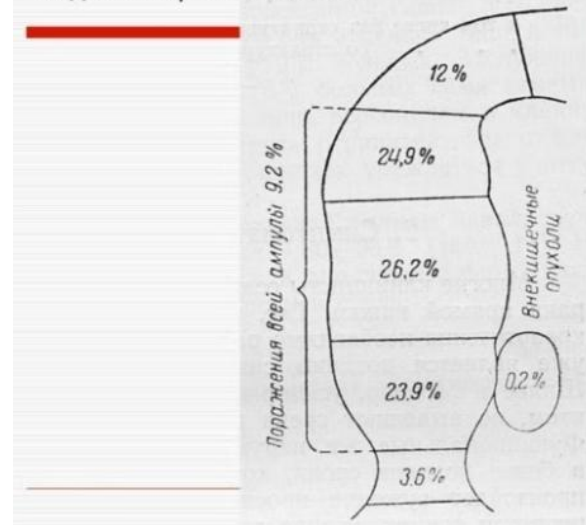
Эндофитный рост — инфильтрирует стенку кишки так, что она кажется плотной, утолщенной. Опухоль распространяется в стенке кишки, суживая ее просвет, поражая и окружающие ткани.

Инфильтративно-язвенный рост — опухоль в виде язвы с плотными возвышенными краями.

По морфологической структуре опухоли:

- Аденокарцинома — 90–95% всех злокачественных опухолей.
- Слизистая аденокарцинома.
- Перстневидно-клеточная карцинома.
- Плоскоклеточная карцинома.

Частота поражения раком различных отделов прямой кишки



TNM классификация единая для колоректального рака

- **Первичные, или местные** — обусловленные наличием опухоли в прямой кишке.
- **Вторичные** — обусловленные ростом опухоли, что приводит к нарушению проходимости и расстройству функции кишечника.
- **Симптомы, обусловленные прорастанием опухоли в соседние органы**, а также сопутствующими раку осложнениями и метастазированием.
- **Общие** — вызванные общим воздействием на организм ракового процесса.

Местные симптомы на ранних стадиях развития опухолевого процесса мало выражены, могут проявляться лишь периодически и не привлекают к себе должного внимания больного. Основными первичными и довольно тревожными симптомами является появление патологических выделений из кишки в виде крови и слизи.

Клиника

Кровянистые выделения.

Кровь бывает как старая - темная, так и свежая алая, характерная для геморроя. Первоначально кровь в кале появляется в виде прожилок. В процессе роста опухоли количество выделяемой крови может увеличиться. На поздних стадиях болезни она может приобретать зловонный запах, выделяться в виде кровяных сгустков. Как уже отмечалось, при раке прямой кишки кровь в кале наблюдается при любом стуле (не обязательно плотном). при тенезмах и бывает перемешанной с калом, а при геморрое кровь покрывает кал.

Слизистые выделения.

Чаще всего наблюдается выделение слизи с прожилками крови, с сукровичными выделениями либо на более поздних стадиях с примесью гнойно-кровянистой жидкости или гноя со зловонным запахом.

Изменение формы испражнений.

Наиболее характерен - лентовидный кал, с дальнейшим изменением формы по мере роста опухоли.

Чувство инородного тела в прямой кишке.

Появляется также в процессе роста опухоли. Когда опухоль достигает больших размеров, присоединяются вторичные симптомы, которые обусловлены сужением просвета прямой кишки и ригидностью стенок.

Симптомы обтурационной кишечной непроходимости разной степени выраженности.

Более характерны для рака ректосигмоидного отдела, так как ампула прямой кишки достаточно широкая. Запоры, вздутие живота, усиленная перистальтика, урчание в животе, несколько позже схваткообразные боли в животе.

Обусловлено нарушением пассажа каловых масс по кишечнику. Особо следует обратить внимание на возможное сочетание стойких запоров с периодическими поносами. Механизм этого явления связан с тем, что плотные каловые массы не проходят через суженный просвет прямой кишки, что, в свою очередь, приводит к уменьшению всасывания воды, повышению секреторной деятельности и усилению перистальтики толстой кишки. При таком ложном поносе твердая часть кала не проходит через опухолевый канал и постепенно накапливается в толстой кишке выше опухоли. Чувство неполного опорожнения прямой кишки после дефекации характерно для рака ампулярного отдела прямой кишки и обусловлено наличием в кишке опухоли больших размеров.

Тенезмы (ложные позывы на дефекацию, иногда мучительные)

Возникают при значительном сужении нижеампулярного отдела прямой кишки опухолью. Их частота иногда достигает 15-20 раз

Методы исследований

1. Осмотр.
2. Пальцевое исследование прямой кишки.
3. Ректорманоскопия.
4. Аноскопия.
5. Ирригоскопия.
6. Фиброколоноскопия.
17. Внутривентральное УЗИ.
8. Биопсия.
9. Методы установления распространения заболевания (опухоли).

2 КТ всего

нервно-тб
↑
Шлишь масса
Гладкая каша



Ирригоскопия позволяет выявить следующие признаки: 1) дефект или обрыв складок слизистой, 2) ригидность стенки кишки, 3) дефект заполнения кишки с неровными контурами или нишей, 4) циркулярный стенозирующий дефект или трубчатое сужение кишки на том или ином ее участке, 5) расширение просвета кишки выше суженной области (рис. 203).

Кроме того, для исследования вышележащих отделов ободочной кишки используются сигмоскопия и колоноскопия. Необходимо отметить, что эндоскопические (ректорманоскопия, сигмоскопия и колоноскопия) и рентгенологический (ирригоскопия) методы исследования являются взаимодополняющими, но не исключают друг друга.

Современные хирургические доктрины в лечении рака прямой кишки (экстрафасциальное удаление опухоли — мезоректумэктомия; контроль над достаточностью дистанции от бокового края опухоли при диссекции; низкие и сверхнизкие сфинктеросохраняющие вмешательства) требуют точного знания распространенности процесса. Правильная стадийная диагностика необходима и для определения показаний к комбинированным методам лечения. В связи с этим все более широкое распространение с точки зрения диагностики прямокишечного рака получают УЗИ, КТ и МРТ.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости позволяет с достаточно высокой степенью достоверности (до 99%)



рак шейки матки / шейки матки

Ректоскопическая картина изъязвленной рака прямой кишки



установить метастатическое поражение печени, а эндоректальное УЗИ — глубину инфильтрации опухолю стенки кишки и окружающих тканей, выявить наличие абсцессов в зоне опухоли. Чувствительность данного метода в определении глубины инвазии опухоли достигает 98%, причем при инфильтрации всех слоев кишечной стенки — 100%, а при наличии прорастания в клетчатку — 97%. Ранее считалось, что УЗИ органов, содержащих газ, невозможно, поскольку они содержат газ и полностью отражают ультразвуковые волны. С развитием ультразвуковой техники и разработкой новых методов исследования появилась возможность визуализации толстой кишки. Для этого ее просвет заполняют физиологическим раствором. В настоящее время существует две методики УЗИ прямой кишки:

- УЗИ прямой кишки через переднюю брюшную стенку при хорошо наполненном мочевом пузыре.
- Внутривисцеральное исследование прямой кишки с использованием ректального (эндоректальная ультрасонография), а в отдельных случаях — вагинального датчика (рис. 204).

маттшикодр. качетеле

Ирригография. Циркулярная опухоль ректосигмоидного отдела прямой кишки.



Ирригография. Циркулярная опухоль
ректосигмоидного отдела прямой кишки.



Варианты хирургического лечения рака прямой кишки:

- Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (1) с низведением в анальный канал сигмовидной или других отделов ободочной кишки и формированием коло-ректального или коло-анального анастомоза; или 2) с формированием одноствольной сигмостомы);
- Внутрибрюшная (передняя) резекция прямой кишки (в том числе лапароскопическая) – ректосигмоидный и верхнеампулярный отделы;
- Низкая внутрибрюшная резекция – рак среднеампулярного отдела;
- Задняя проктэктомия (метод Kraske);
- Трансанальная эндомикрохирургическая резекция (опухоль T1-2 без признаков поражения регионарных лимфоузлов).

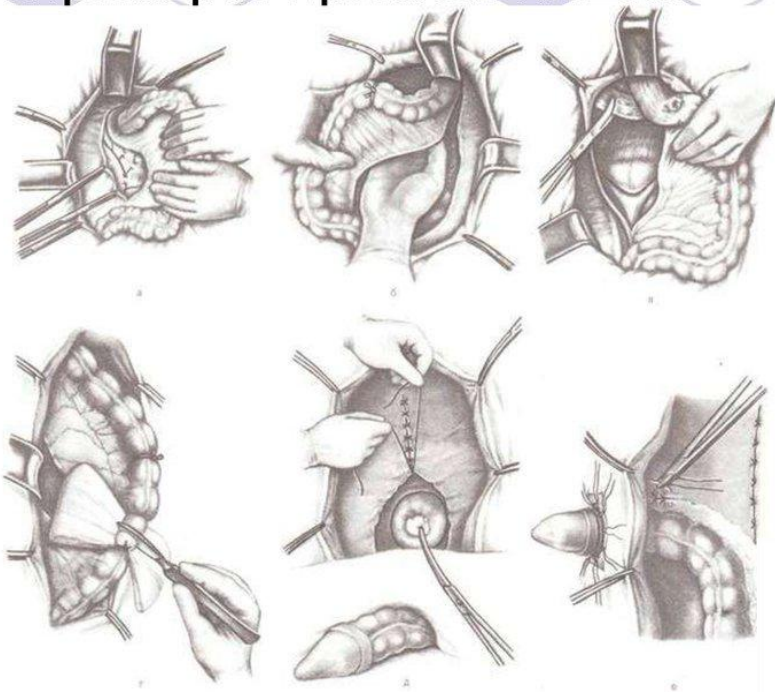
*Низкая или ср. в - 12 см
Верхняя? 12-18*

*перед и средн
=> анастомоз
на сср
аппендикс*

В настоящее время применяются 3 вида операций при раке ПК: *(20-22 см)*

1. брюшно-промежностная экстирпация ПК (опухоль не выше 5 см от ануса);
2. Передняя резекция ПК (более 5 см). Нужно отступить от края опухоли 5-6 см дистально и 2 см проксимально;
3. Обструктивная резекция ПК (операция типа Гартмана). При осложнениях (ОКН, кровотечение, перфорация опухоли, перитонит, параканкротный гнойник).
4. Часто накладывают при осложненном РПК просто двухствольную колостому, а потом, после стабилизации состояния больного удаляют опухоль, восстанавливают непрерывность кишки (если можно) – трехэтапная операция типа Циндлера-Шлоссера.

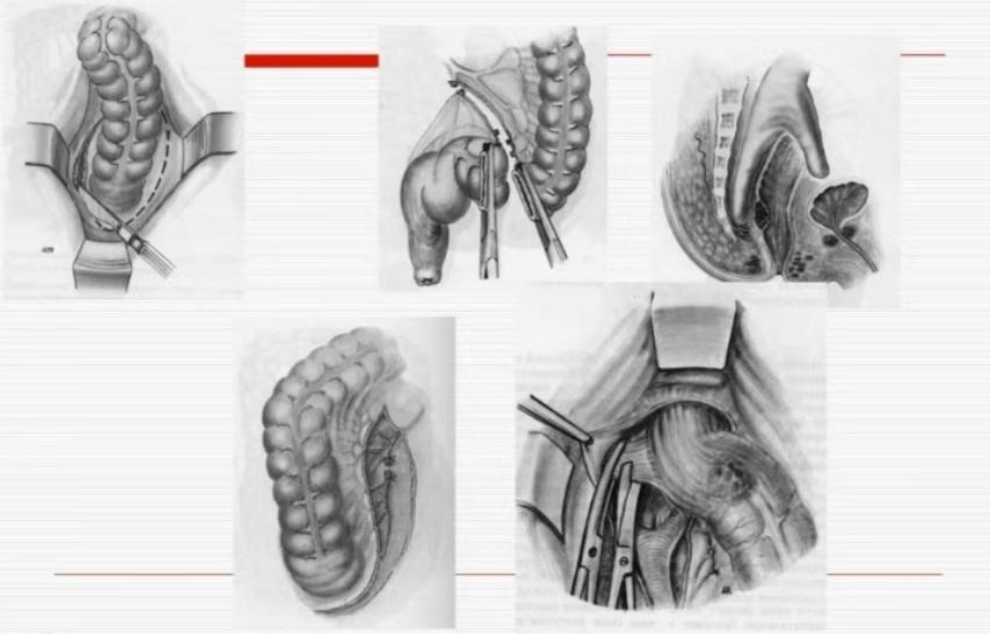
Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки



Вид операционного ректоскопа с фиксатором для трансанальной эндомикрохирургической резекции.



Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки



Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.
Основные моменты промежностного этапа операции.



42. Геморрой: этиопатогенез, классификация, клиника

Факторы риска

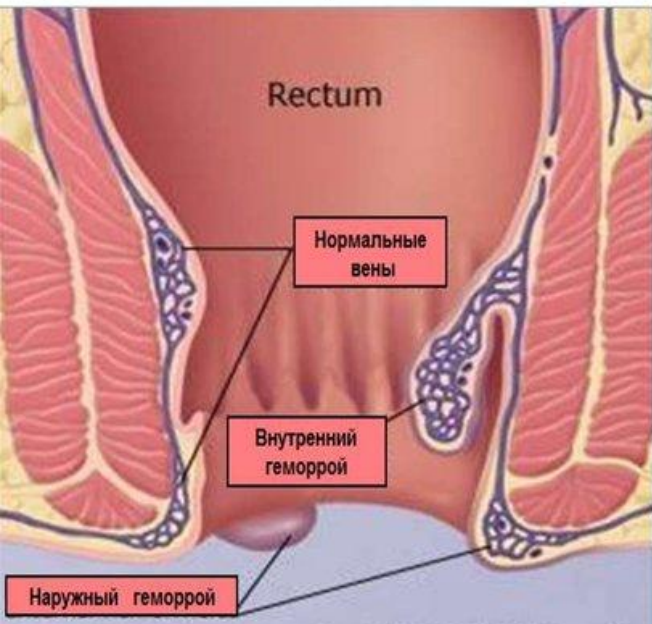
«Все то, что вызывает застой венозного кровообращения в брюшной полости, является и причиной геморроя»

П.И. Тихов (1916 г.)

Факторы, способствующие развитию геморроя:

- *Интенсивные усилия при дефекации*
- *Повышение внутрибрюшного давления*
- *Твердый кал*
- *Диарея*
- *Беременность*
- *Алкоголь*
- *Сидячий образ жизни*
- *Спорт (верховая езда, велосипед, штанга)*
- *Профессии (шофер, пилот, программист)*
- *Острая пища*
- *Наследственная предрасположенность* - врожденная слабость соединительной ткани; отсюда нередкое сочетание геморроя с варикозной болезнью нижних конечностей и грыжей брюшной стенки.

Геморроидальные сплетения – сосудистые кавернозные образования – нормальные анатомические структуры

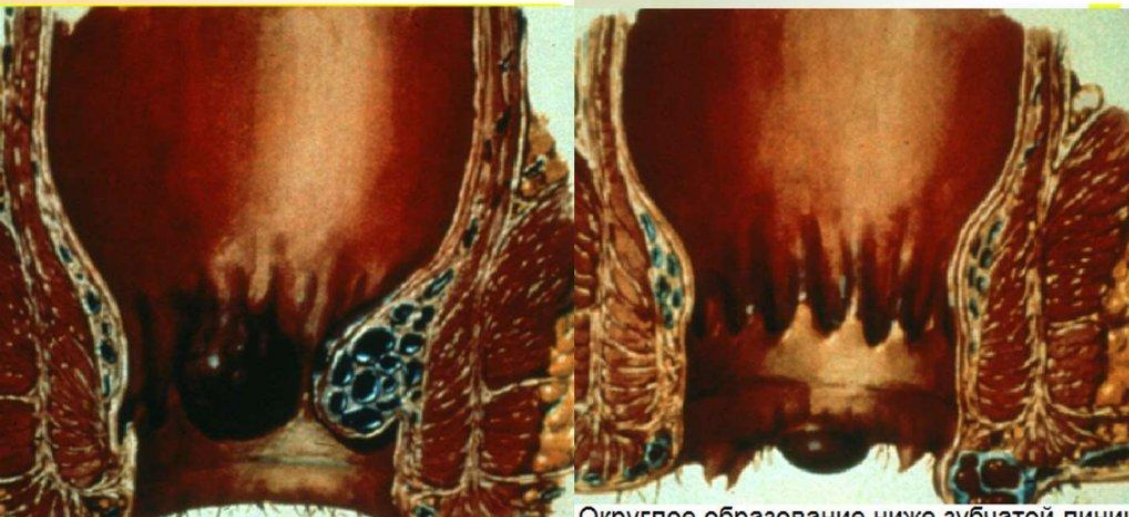


-ВНУТРЕННИЕ - располагаются в подслизистом слое анального канала и образуют складки слизистой оболочки. Удерживаются на месте с помощью соединительноткан-ных и мышечных волокон.

-НАРУЖНЫЕ - располагаются подкожно рядом с подкожной порцией наружного сфинктера.

Внутренний геморрой

Наружный геморрой



Геморроидальные узлы в дистальной части прямой кишки и анальном канале

Округлое образование ниже зубчатой линии в области края заднего прохода, покрыто перианальной кожей.

Классификация острого геморроя (тромбоз геморроидальных узлов)



1. Без воспалительного процесса



2. Осложненный воспалением геморроидальных узлов.



3. Осложненный воспалением перианальной кожи и подкожной клетчатки.

Классификация хронического геморроя

1 стадия



Во время дефекации происходит застой крови во внутренних геморроидальных узлах, и они выбухают в просвет анального канала

2 стадия



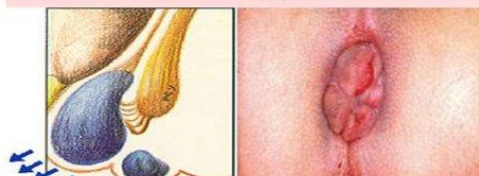
Геморроидальные узлы выпадают при натуживании, вправляются самостоятельно.

3 стадия



Геморроидальные узлы выпадают при натуживании, вправляются только ручным пособием.

4 стадия



Геморроидальные узлы выпадают в покое, вправление их невозможно.

Функция геморроидальных узлов



-В дополнение к действию мускулатуры сфинктера, геморроидальные сплетения обеспечивают удержание каловых масс

-Внутри сплетений имеются артерио-венозные анастомозы, которые позволяют геморроидальным узлам изменяться в размерах и приспосабливаться к размеру заднего прохода.

-В спокойном стоянии анастомозы закрыты, что способствует нормальному кровоснабжению тканей.

Клинические проявления геморроя



Основные жалобы:

- Кровотечение (56%)
- Выпадение геморроидальных узлов (44%)
- Болевой синдром (30%)
- Чувство дискомфорта (19%)
- Анальный зуд (12%)
- Перианальный отек (11%)
- Выделения из заднего прохода (9%)

Осложнения:

- Тромбоз геморроидальных узлов**
- Кровотечение**
- Выпадение внутренних геморроидальных узлов**



Методы лечения геморроя

ГИГИЕНА И ДИЕТА

Основа лечения геморроя. Цель – консистенции и транзита кишечного содержимого (включение в рацион большого количества растительной клетчатки, прием слабительных, ограничение сахара).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Алгоритм выбора метода лечения геморроя

- **в первой стадии** показано: консервативное лечение флеботропными препаратами (например, детралексом), инфракрасная фотокоагуляция и склеротерапия.
- **во второй стадии** можно проводить инфракрасную фотокоагуляцию, склеротерапию и лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами.
- **при третьей стадии** лучше проводить лигирование или, при отсутствии границ между наружными и внутренними узлами, - геморроидэктомию.
- **в четвертой стадии** методом выбора является хирургическое лечение.

При противопоказаниях к геморроидэктомии следует проводить лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами и консервативную терапию, как поддерживающее лечение.

Основные группы препаратов для местной консервативной терапии

- 1) Противовоспалительные препараты
(НПВС, ГКС)
- 2) Анальгетики (только системные)
- 3) Флебопротекторы
- 4) Сосудистые препараты
- 5) Комбинированные препараты

Задачи фармакотерапии

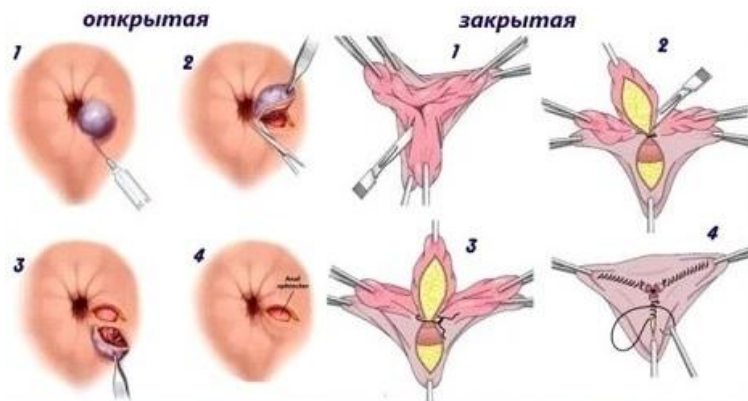
- Остановка кровотечения
- Устранение болевого синдрома
- Купирование воспаления
- Улучшение микроциркуляции
в кавернозных образованиях
- Нормализация венозного оттока

Наиболее распространенным методом в настоящее время является операция **геморроидэктомия по Миллигану — Моргану**, которая дает хорошие результаты. Суть операции заключается в иссечении геморроидальных узлов снаружи внутрь с перевязкой сосудистой ножки узла, отсечении узла. Как правило, иссекают три наружных и соответствующие им три внутренних узла на 3, 7, 11 часах, с обязательным оставлением перемычек слизистой оболочки между ними во избежание сужения анального канала.

Применяют три модификации операции:

- закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой анального канала швами (рис. 195);
- открытая — с оставлением не ушитой раны (при опасности сужения анального канала и при осложнениях, таких как анальная трещина, парапроктит) (рис. 196);
- подслизистая геморроидэктомия (из подслизистого слоя высокочастотным коагулятором острым путем удаляют узел с оставлением культи узла в подслизистом слое под ушитой слизистой).

Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану



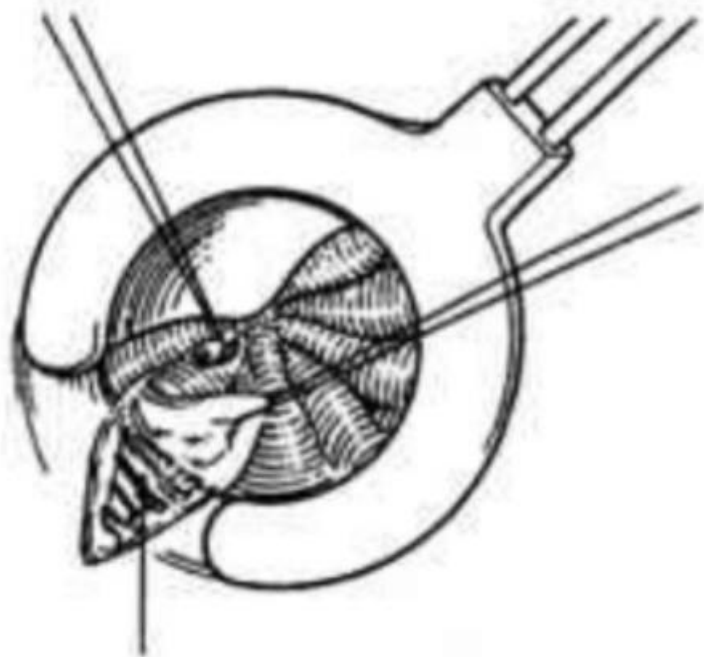


Рис. 196. Открытая геморроидэктомия. Рана анального канала остается открытой

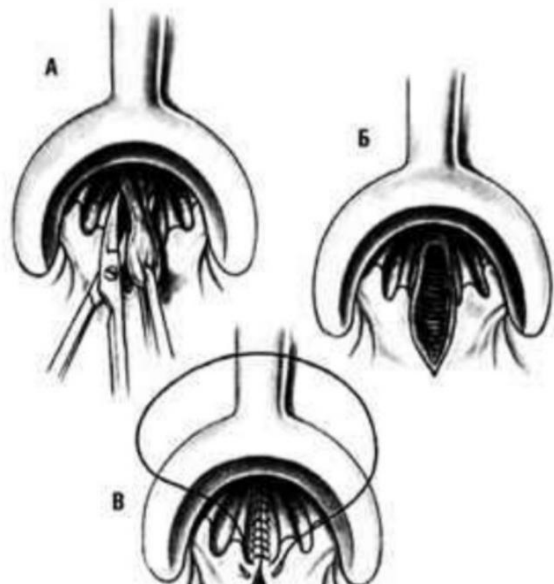


Рис. 195. Закрытая гемор-

роидэктомия.
 А — иссечение геморрой-
 дального узла;
 Б — рана анального канала
 после удаления узла;
 В — ушивание раны аналь-
 ного канала непрерывным
 швом

С помощью сшивающего аппарата (степлера) производится операция Лонго – циркулярная резекция слизистой прямой кишки. При этом одновременно надежно фиксируется удерживающий связочно-мышечный аппарат прямой кишки и устраняется выпадение геморроидальных узлов.

