

УДК 617.55-007.43

***КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ
ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ.***

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Шакирова Д.Р.

студентка 5 курса, лечебного факультета,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Мерзлякова К.А.

студентка 4 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Годяева О.С.

студентка 4 курса педиатрического факультета,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация. Геморрой — это патологическое увеличение геморроидальных вен дистального отдела прямой кишки. Геморроидальная болезнь распространенный недуг человечества в структуре колопроктологических заболеваний. Частыми проявлениями болезни являются дискомфорт и зуд в заднем проходе, боль в положении сидя и при ходьбе, в момент акта дефекации и сразу после него, следы крови на туалетной бумаге, кровотечение при опорожнении кишечника. Очень часто поступившим больным в отделение колопроктологии проводится хирургическое удаление геморроидальных вен по Миллигану - Моргану.

В данном обзоре представлен уникальный клинический случай хронической геморроидальной болезни у братьев-близнецов.

Приведенный клинический случай доказывает, что одним из важнейших условий развития геморроя являются генетические дефекты, которые обуславливают врожденную слабость венозных сосудов. В данном примере мы рассмотрели гистологическое описание геморроидальных узлов и сопоставили с клиническими проявлениями заболевания.

Ещё представлены истории болезни 2 пациентов с геморроем 3 степени.

На основании результатов исследования историй болезни 2 больных с геморроем 3 степени мы обнаружили, что у них помимо гиперплазии ткани подслизистой оболочки дистального отдела прямой кишки с образованием геморроидальных узлов, имелись заболевания, развившиеся в результате системных патологических изменений соединительной ткани. Такие как: паховая грыжа артериальная гипертензия III стадии 2 степени, язва 12-перстной кишки.

Ключевые слова: клиничко-морфологическая характеристика, хронический геморрой, геморроидальные узлы, близнецы, тромбоз.

***CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC
HEMORRHOIDAL DISEASE.***

Styazhkina S.N.

Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Shakirova D.R.

5th year student of the Faculty of Therapeutic

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Merzlyakova K.A.

4th year student of the Faculty of Therapeutic,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Godyaeva O.S.

4th year student of the Faculty of Pediatrics,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Abstract. Hemorrhoids are pathological enlargement of the hemorrhoidal veins of the distal rectum. Hemorrhoidal disease is a common ailment of mankind in the structure of coloproctological diseases. Frequent manifestations of the disease are

discomfort and itching in the anus, pain in the sitting position and when walking, at the time of the act of defecation and immediately after it, traces of blood on toilet paper, bleeding during bowel emptying. Very often, patients admitted to the coloproctology department undergo surgical removal of hemorrhoidal veins according to Milligan - Morgan.

This review presents a unique clinical case of chronic hemorrhoidal disease in twins.

The given clinical case proves that one of the most important conditions for the development of hemorrhoids is genetic defects that cause congenital weakness of venous vessels. In this example, we examined the histological description of hemorrhoids and compared it with the clinical manifestations of the disease.

The case histories of two patients with hemorrhoids of the third degree are also presented.

According to the results of studying the medical histories of two patients with hemorrhoids of the third degree, it was found that in addition to hyperplasia of the sub mucosal tissue of the distal rectum, with the formation of hemorrhoids; as a result, there were diseases that developed because of systemic pathological changes in connective tissue. Such as inguinal hernia, arterial hypertension of the third stage of the second degree, duodenal ulcer.

Key words: clinical and morphological characteristics, chronic hemorrhoids, hemorrhoids, twins, thrombosis.

Введение

Геморрой – это одно из самых общеизвестных заболеваний человека. Распространенность заболевания по миру достигает 693 случая на 100 000 тыс. населения. В последнее время отмечен рост заболеваемости геморроидальной болезнью от 13 до 39% во всем мире[2,4,7,8]. В России данная болезнь в Дневник науки | www.dnevnikaui.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

структуре заболеваний толстой кишки занимает одно из первых мест, составляя от 34 до 41% [2,4,6].

По этиологическому признаку геморроидальные узлы являются врожденными венозными сплетениями, заложенными в процессе эмбриогенеза и расположенными в верхней части прямой кишки, и их можно видеть при ректороманоскопии как подслизистые подушечки.

Патологоанатомическая картина.

Геморрой возникает там, где обычно расположены скопления кавернозных вен. При гиперплазии вен появляются геморроидальные узлы. При геморрое кавернозные вены увеличиваются, внешне принимают вид “шишек”, опускаются в просвет кишки и могут выпадать из анального отверстия. Вследствие этого стенки узлов соответственно истончены и зачастую изъязвлены. Внутренние геморроидальные узлы находятся выше гребешковой линии - *linea rectinea*, и покрыты слизистой оболочкой. Наружные узлы геморроя дислоцируются ниже и покрыты многослойным плоским эпителием. [1,3,5].

Хронический геморрой (4 стадии)

I. стадия - периодические кровотечения, геморроидальные узлы не выпадают

II. стадия – узлы увеличиваются, геморроидальные узлы выпадают и вправляются самостоятельно не зависимо есть кровотечением или нет

III. стадия - геморроидальные узлы выпадают и вправляются только ручным вправлением не зависимо есть кровотечением или нет

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

IV. стадия - геморроидальные узлы выпадают в покое и не вправляются или снова выпадают сразу после вправления не зависимо есть кровотечением или нет. [9]

Цель: проанализировать истории болезни пациентов с хронической геморроидальной болезнью.

Задачи: изучить анамнез, лабораторно-инструментальные данные, лечение и гистологическое описание микропрепаратов геморроидальных узлов у пациентов.

Материалы и методы: Анализ историй болезней по данному заболеванию на базе колопроктологического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР.

Результаты и их обсуждение.

Пример наследственного хронического геморроя.

В колопроктологическое отделение январе 2010 года в один день поступили два брата близнеца 32 лет с жалобами на выпадение геморроидальных узлов и выделение крови струйкой при дефекации. Оба отмечают симптомы геморроя около года. «Старший брат» (на 15 минут) первоначально стал замечать выпадение геморроидальных узлов при дефекации, которые последние 4 месяца самостоятельно не вправляются и в течение 6 месяцев периодически отмечает выделение крови струйкой. У «младшего брата» признаки геморроя стали проявляться выделением крови струйкой ежедневно, и только последние полгода стали выпадать узлы при дефекации и физической нагрузке. При пальцевом исследовании прямой кишки и ректороманоскопии у них обнаружены сформированные наружные и пролябирующие в анальный канал внутренние геморроидальные узлы на 3 и 7

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

часах с эрозированной слизистой. На 11 часах узлы не сформированы. На следующий день им была выполнена операция - геморроидектомия по Миллиган-Моргану снаружи-внутри с 3, 7 часов с восстановлением слизистой. Послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии на 11 день выписаны на амбулаторное лечение. В последующие годы проводились осмотры, рецидивов не было выявлено.

Гистологическое описание микропрепарата.

1) узел на 3-х часах внутренний геморрой. Геморроидальный узел включает зоны прямой кишки - промежуточную и кожную зоны с выстилкой из многослойного плоского неороговевающего и ороговевающего эпителия. Основа узла представлена фиброзированной собственной пластинкой слизистой и подслизистым слоями с массой каверноподобно расширенных геморроидальных вен с склерозированной стенкой с значительным венозным полнокровием, стазом эритроцитов. В составе узла имеются единичные волосяные фолликулы, сальные железы.

2) геморроидальный узел на 7-ми часах, внутренний. Основа узла представлена фиброзированной собственной пластинкой с незначительно полнокровными геморроидальными венами с склерозированной стенкой.

Клинический случай №1. Больной М., 1961 г.р.

Место жительства: г. Ижевск

Дата поступления в стационар: 18.03.2022г.

Диагноз клинический: Хронический геморрой III степени, осложненный кровотечением.

Сопутствующие заболевания: грыжесечение паховой грыжи слева, гепатит А в детстве, Артериальная гипертензия III стадии 2 степени риск 3.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

Поступил в проктологическое отделение 1 РКБ с жалобами на наличие варикозно - расширенных геморроидальных вен. Периодические жгучие боли в области заднего прохода, периодические кровотечения из заднего прохода вовремя и после дефекации.

Развитие заболевания: считает себя больным в течение 40 лет. Обострения последние 10 лет, наступает примерно каждые 3-4 недели.

Профессия: водитель.

Статус локалис: перианально на 3,7,11 часах спавшиеся наружные геморроидальные узлы 1,5 см, без воспаления. Внутренние геморроидальные узлы на 3, 7 и 11 ч до 2,5 см, при натуживании выпадают, вправляются руками. RRS 30 см. Слизистая с нормальным сосудистым рисунком, патологии не выявлено.

Для верификации диагноза были выполнены:

1)Ректороманоскопия от 06.03.2022г.

Заключение: Слизистая розовая, блестящая. Сосудистый рисунок выражен равномерно. В анальном канале геморроидальные узлы, закрывают просвет.

2) Биохимический анализ крови от 10.03. 2022г.

Общий белок 72 г/л

Билирубин общий 13,10 мкмоль /л

Мочевина 4,8 ммоль/л

Креатинин 0,084 ммоль/л

Калий 3,60 ммоль/л

Натрий 137,0 ммоль/л

ПТИ 99%

Фибриноген 3,33 г/л

3) Полный анализ крови от 10. 03. 2022г.

Эритроциты 5,02*10¹²/л

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

Гемоглобин 145 г/л

Лейкоциты $4,9 \cdot 10^9$ /л

Тромбоциты $211 \cdot 10^9$ /л

Лимфоциты 26,8 %

Моноциты 10,0 %

Гранулоциты 63,2 %

СОЭ 2 мм/ч

4) Анализ мочи от 10.03. 2022г.

Уробилиноген 13,4 ммоль/л

Креатинин 17,7 ммоль/л

Микроальбумин 30 мг/л

Удельный вес 1,030

Кислотность 5,5

Результат.

1) Проведено консервативное лечение: диета (стол №2), фенозепан 1 таб(1мг),

очистительная клизма, долак 1,0 в/м, перевязки.

2) Хирургическое лечение: операция геморроидектомия.

Гистологическое описание микропрепарата:

1) узел на 3-х часах - комбинированный геморрой.

Геморроидальный узел включает зоны прямой кишки столбчатую с многорядным кубическим эпителием, промежуточную и кожную зоны с выстилкой из многослойного плоского ороговевающего эпителия, и кроме того, часть узла принадлежит тазовой части прямой кишки с выстилкой из слизистой с железами толстокишечного типа. Основу узла составляют фиброзированная строма собственной пластинки слизистой и подслизистый слой с массой каверноподобно расширенных геморроидальных вен с склерозированной стенкой, часть из них со

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

спавшимся просветом, и, остальные, с значительным венозным полнокровием. Очаговые поверхностные диффузные кровоизлияния в узле. Дискомплексація мышечных волокон мышечной пластинки слизистого слоя.

2) геморроидальный узел на 7 часах. Изменения однотипны с вышеописанным узлом, слизистая толстокишечного типа представлена большим объемом.

3) узел на 11 часах - внутренний геморрой. Геморроидальные узлы включают тазовую, столбчатую и промежуточную зоны прямой кишки, выстланы многослойным плоским неороговевающим эпителием, содержат группу желез толстокишечного типа. Основа узлов представлена умеренно фиброзированной собственной пластинкой слизистой и подслизистым слоями с многочисленными расширенными геморроидальными венами с склерозированной стенкой, часть из которых не содержит в просвете эритроциты, остальные, со значительным венозным полнокровием, стазом эритроцитов. Имеется группа тромбированных вен с признаками организации тромбов, без реканализации. Очаг эрозирования поверхности узла, умеренный отек и диффузная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация стромы узлов.

Наружный геморрой. Геморроидальный узел включает зоны прямой кишки - промежуточную и кожную зоны выстилкой многослойного плоского неороговевающего и ороговевающего эпителия.

Основа узла представлена умеренно фиброзированной собственной пластинкой слизистой и подслизистым слоями с многочисленными умеренно расширенными геморроидальными венами склерозированной стенкой, часть из которых признаками стаза эритроцитов, другая часть с пустым просветом.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

Гипертрофированная анальная бахромка с эпителиальной выстилкой из многослойного плоского ороговевающего эпителия, с признаками папилломатоза, собственная пластинка с умеренной диффузной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, с примесью нейтрофильных лейкоцитов, умеренным фиброзом.

Клинический случай №2. Больная К., 1955 г.р.

Дата поступления в стационар: 16.03.2022г.

Место жительства: г. Воткинск.

Диагноз клинический: Хронический геморрой III степени

Сопутствующие заболевания: аппендэктомия 40 лет назад, металлоостеосинтез костей голени справа, язва 12 перстной кишки зарубцевавшаяся. Поступила в проктологическое отделение 1РКБ с жалобами на наличие варикозно - расширенных геморроидальных вен. Чувство дискомфорта в области заднего прохода. Периодические кровотечения из геморроидальных узлов. Узлы не вправляются.

Развитие заболевания: считает себя больной в течение 35 лет. Беспокоит последние 5 лет. Периодические обострения примерно каждые 3-4 недели.

Профессия: не работающий пенсионер.

Статус локалис: перианально спавшиеся наружные геморроидальные узлы 2,5 см, без воспаления, выпадающие внутренние геморроидальные узлы на 3 и 7 ч. Вправляются руками.

Внутренние геморроидальные узлы на 3 и 7 ч. RRS 30 см. Слизистая розовая, сосудистый рисунок в норме. Без патологии.

Для верификации диагноза были выполнены:

1) Ректороманоскопия от 16.03.2022г.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

Заключение: Слизистая розовая, блестящая. Сосудистый рисунок выражен равномерно. В анальном канале геморроидальные узлы, закрывают просвет.

2) Биохимический анализ крови от 16.03. 2022г.

Общий билирубин 35,3 мкмоль/л

Прямой билирубин 7,9 мкмоль/л

Общий белок 82 г/л

Глюкоза-5,41 ммоль/л

Креатинин -80мкмоль/л

Мочевина-5,9 ммоль/л

3) Полный анализ крови от 16.03. 2022г.

Лейкоциты $4,4 \cdot 10^9$

Эритроциты - $4,45 \cdot 10^{12}/л$

Гемоглобин - 144 г/л

Тромбоциты- $178 \cdot 10^9/л$

СОЭ-12 мм/ч

ПТИ-97%

Фибриноген-3, 10 г/л

4) Анализ мочи от 16.03.2022г.

Глюкоза-отсутствует

Билирубин- отсутствует

Кетоны – отсутствует

Плотность - 1,010

Эритроциты – отсутствует

рН-5,5

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

Белок - отсутствует

Уробилиноген-3,2 мкмоль/л.

Нитриты-отсутствуют

Лейкоциты отсутствуют

Результат.

1) Проведено консервативное лечение: диета (стол №1), фенозелан 1 таб (1мг), очистительная клизма, долак 1,0 в/м, перевязки.

2) Хирургическое лечение: операция геморроидектомия.

Гистологическое описание микропрепарата:

Геморроидальные узлы - наружный и внутренний геморрой. Основу первого узла представляет фиброзированная собственная пластинка с полнокровными расширенными геморроидальными венами с незначительно склерозированной стенкой диапедезными периваскулярными кровоизлияниями. Внутренний геморрой представлен слизистой нижнего сегмента тазовой части прямой кишки с железами толстокишечного типа, столбчатой и промежуточной зонами анальной части прямой кишки. Значительное полнокровие и расширение лакун, отек и мононуклеарная воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистого слоя.

Узлы на 7-ми часах внутренний геморрой. Геморроидальные узлы включают зоны прямой кишки - промежуточную и кожную зоны с выстилкой из многослойного плоского неороговевающего и ороговевающего эпителия. Основа узлов представлена фиброзированной собственной пластинкой слизистой и подслизистым слоями с обилием расширенных геморроидальных вен с склерозированной стенкой, часть из которых со спавшимся просветом и не содержит крови в просвете, и, остальные, со значительным венозным полнокровием, стазом

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

эритроцитов. В составе узла имеются единичные волосяные фолликулы, сальные железы. Очаги лимфо-, лейкоцитарная инфильтрация субэпителиальной зоны.

Заключение.

В происхождении геморроя различают предрасполагающие и производящие факторы.

К предрасполагающим относятся: наследственные, отсутствие клапанов в геморроидальных венах, сидячий образ жизни, беременность.

К производящим относятся все факторы, повышающие внутрибрюшное давление: тяжелый физический труд, длительный кашель при бронхитах и туберкулезе, натуживание при мочеиспускании, натуживание при дефекации, опухоли малого таза и др.

Сочетание предрасполагающих и производящих факторов обуславливает возникновение и развитие геморроя.

Библиографический список.

1.Благодарный Л.А., Абрицова М.В., Жданкина С.Н. Выбор консервативной терапии острого геморроя // Амбулаторная хирургия. 2018. - №1–2:57–63.[doi:10.21518/1995-14772018-12-57-63](https://doi.org/10.21518/1995-14772018-12-57-63).

2.Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. 2-е изд. М.: Литтера; 2010. 188 с. Vorobiev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. Hemorrhoids. 2nd ed. Moscow: Littera; 2010. 188 p. (In Russ.) 5. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. World J Gastroenterol. 2015; 21(31):9245–9252. [https:// doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9245](https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9245).

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

3. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. Запоры. - М.: Медпрактика. 2000. 158 с. [Rivkin V. L., Kapuller L. L. 2000. 158 s.] (In Russ.)

4. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. (ред.). Справочник колопроктолога. М.: Литтера; 2012. Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. (eds.). Coloproctologist's Handbook. Moscow: Littera; 2012. (In Russ.)

5. Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Кашников В.Н., Веселов А.В., Мокалев А.И., Титов А.Ю. Геморрой: клинические рекомендации. - М.; 2020. Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-gemorroi-utv-minzdravomrossii>.

6. Godeberge P., Sheikh P., Zagriadskii E., Lohsiriwat V., Montaña A.J., Košorok P., De Schepper H. Hemorrhoidal disease and chronic venous insufficiency: Concomitance or coincidence; results of the CHORUS study (Chronic venous and hemorrhoidal diseases evaluation and Scientific research). J Gastroenterol Hepatol. 2020; 35(4):577–585. <https://doi.org/10.1111/jgh.14857>.

7. Lee J.H., Kim H.E., Kang J.H., Shin J.Y., Song Y.M. Factors associated with hemorrhoids in Korean adults: Korean national health and nutrition examination survey. Korean J Fam Med. 2014; 35(5):227–236. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2014.35.5.227>.

8. Riss S., Weiser F.A., Schwameis K., Riss T., Mittlböck M., Steiner G., Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. Int J Colorectal Dis. 2012; 27(2):215–220. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1316-3>.

9. Thomson W.H.F. The nature of haemorrhoids. Br J Surg. 1975; 62(7):542–552.

Оригинальность 85%