**Общие сведения о больном.**

1. Фамилия, имя, отчество:

2. Возраст: 42 года.

3. Пол: мужской.

4. Место жительства:

5. Семейное положение: женат

6. Социальное положение: рабочий.

7. Дата поступления в клинику:

8. Диагноз:

а) Направившего лечебного учреждения: комбинированный геморрой.

б) При поступлении: комбинированный геморрой с выпадением узлов.

в) Окончательный –

**Основное заболевание:** комбинированный геморрой II-III стадии с выпадением узлов.

9. Операции: геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала,17.03.06 с 10:20 до 10:45.

10. Обезболивание: общий наркоз, в/в.

11. Группа крови-II, резус-принадлежность (+).

12. Исход болезни: выздоровление, улучшение.

**ЖАЛОБЫ**

Больной Н, 42 лет, поступил в плановом порядке, с жалобами на боли, выпадение геморроидальных узлов, временами появлении крови в кале при акте дефекации.

**Анамнез болезни**

Больным себя считает в течении 2-3 лет, когда начал испытывать неприятные ощущения при акте дефекации. Периодически отмечал обострения, сопровождающиеся резкими болями при акте дефекации с появлением кровавых сгустков в кале. В последнее отмечает ухудшение состояния. После консультации колопроктолога был направлен на стационарное лечение в ГКБ №21. Осмотрен колопроктологом, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родился в 1963 году в благополучной семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Работает на станочном предприятии. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное. Вредные привычки- курит (с 20лет). Перенесенные заболевания: ГЛПС(1985г.), ОРВИ, хронический бронхит, вегетососудистую дистонию. Оперативные вмешательства: ЧМТ удаление эпидуральной гематомы (1986г.). Туберкулез, венерические заболевания, гемотрансфузии отрицает. Аллергические реакции не отмечает. Наследственность не отягощена.

**ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**Общее состояние**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Правильного телосложения. Положение активное. Сознание ясное. Выражение лица обычное.

Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной эластичности и окраски. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита, безболезненна. Отеков не наблюдается. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Мышцы умеренной степени развития, при пальпации безболезненные. Тонус сохранен. Кости правильной формы, без деформаций, при ощупывании безболезненные. Суставы правильной конфигурации, безболезненные, движения в суставах в полном объеме.

**Органы дыхания**

*Осмотр.* Дыхание через нос свободное. Голос не изменен, соответствует возрасту и полу. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

*Пальпация.* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия легких.* Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук.

*Аускультация.* Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония отрицательна с обеих сторон.

**Органы кровообращения**

*Осмотр.* Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

*Пальпация.* При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частотой 74 в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье по срединно-ключичной линии и совпадает по времени с пульсом на лучевой артерии. Невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекардиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зоны гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено.

Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон.

*Аускультация.* При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Ритм правильный. ЧСС = 78 в мин. Тоны сердца приглушены, не расщеплены, чистые во всех точках выслушивания. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого. На периферических артериях и луковицах яремных вен шумы не определяются.

Артериальное давление на момент осмотра 120/80 мм рт ст.

**Органы пищеварения**

*Осмотр.* Полость рта влажная, слизистая розового цвета, блестящая, без изменений. Губы не изменены. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозно измененных и разрушенных зубов нет. Десны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Язык чистый, влажный, вкусовые сосочки его хорошо выражены. Миндалины не выступают из-за небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны неглубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен.

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Окружность живота на уровне пупка 87 см. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяется.

*Пальпация.* При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, брюшной пресс хорошо развит, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. Кожных зон гиперестезии не обнаружено.

При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова в левой подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром в два пальца; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом фланках живота. В виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром около 2 см. Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром около 2,5 см; она безболезненна, легко смещается вниз и вверх. На 2-4 см выше пупка прощупывается большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, безболезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе стороны от него. На 3 см вправо от пупка пальпируется пилорический жом желудка. Тонкая кишка, мезентериальные лимфатические узлы и поджелудочная железа не прощупываются. Пальпация в зоне Шоффара безболезненна.

При пальпации печени ее край не выступает за пределы реберной дуги; край острый, ровный, мягкой консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка в положениях на спине и на боку не пальпируется. Симптом Рагозы отрицательный.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются.

*Перкуссия.*

Перкуссия печени по Курлову:

по правой серединно-ключичной линии – 9 см.

по передней серединной линии – 8 см.

по краю левой реберной дуги – 6 см.

Перкуссия селезенки:

ширина притупления 5 см.

длина притупления 7 см.

Признаки скопления свободной жидкости методами перкуссии и зыбления не определяются.

*Аускультация.* При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентериальными артериями отсутствуют.

**Область заднего прохода**

Перианальная область развита правильно, тонус сфинктера повышен. В области ануса на 3, 7, 11 часах определяются увеличенные геморроидальные узлы, пальпация безболезненная, при натуживании выпадение узлов.

**Мочеполовые органы**

*Осмотр.* При осмотре поясничной области видимых патологий в виде припухлости, болезненности, покраснения не выявлено. Наличие выбуханий в надлобковой области не обнаружено.

*Перкуссия.* Симптом болезненности при пальпации области почек отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выявляется. Симптом поколачивания в области XII ребра отрицательный с двух сторон.

*Пальпация.* Почки в положении лежа на спине не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек (верхних и нижних) с обеих сторон безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется.

*Аускультация.* При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют.

**Нервная система**

Реакция зрачков на свет и чувствительность кожи в норме. Боль при давлении по ходу периферических нервов отсутствует. Физиологические рефлексы оживленные, патологические не наблюдаются. Походка нормальная. Речь не нарушена.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Основное заболевание:** комбинированный геморрой II- III стадии с выпадением узлов.

Данный диагноз можно выставить на основании:

1.Жалоб больного: на боли и выпадение геморроидальных узлов при дефекации, временами кровь в кале.

2.Данных анамнеза болезни (Больным себя считает в течении 2-3 лет, когда начал испытывать неприятные ощущения при акте дефекации. Периодически отмечал обострения, сопровождающиеся резкими болями при акте дефекации с появлением кровавых сгустков в кале. В последнее отмечает ухудшение состояния. После консультации колопроктолога был направлен на стационарное лечение в ГКБ №21. Осмотрен колопроктологом, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.).

3.Данных объективного обследования: Перианальная область развита правильно, тонус сфинктера повышен. В области ануса на 3, 7, 11 часах определяются увеличенные геморроидальные узлы, пальпация безболезненная, при натуживании выпадение узлов.

**ЛАБОРОТОРНЫЕ И ДРУГИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. ОАК
2. ОАМ
3. Гр. крови
4. Rh-фактор

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРОТОРНЫХ И ДРУГИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. ОАК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Дата | Нормальные показатели |
| 17.03.2006 |
| Гемоглобин г/л | 143 | 135-164 |
| Эритроциты 1012/л | 4,2 | 4,1-5,5 |
| Цветовой показатель | 0,9 | 0,85-1,05 |
| Лейкоциты 109/л | 6,3 | 4,0-9,0 |
| СОЭ мм/ч | 4 | 1-10 |
| Лейкоцитарная формула:  Сегментоядерные в %  Палочкоядерные в %  Моноциты в %  Лимфоциты в %  Эозинофилы в % | 64  1  5  28  2 | 47-72  1-6  3-11  19-37  4-6 |

1. ОАМ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Дата | Нормальные показатели |
| 17.03.2006 |
| Цвет | Желтая | Светло желтая |
| Прозрачность | Полная | Полная |
| Реакция | Кислая | Кислая |
| Удельный вес | 1005 | 1004-1024 |
| Белок в %0 | - | - |
| Лейкоциты | 10-12-8 | 0-4 |
| Бактерии | - | - |
| Сахар | - | - |
| Слизь | + | - |
| Соли | ур++ | - |
| Эпителий (плоский) | 1 | 0-3 |

1. Группа крови Аб (II).
2. Резус-фактор (+)

**Микрореакция с кардиолипидовым а/г отрицательна**

**ПТИ - 95**

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Основное заболевание:** комбинированный геморрой II- III стадии с выпадением узлов.

Данный диагноз можно выставить на основании:

1.Жалоб больного: боли и выпадение геморроидальных узлов при дефекации, временами кровь в кале.

2.Данных анамнеза болезни (Больным себя считает в течении 2-3 лет, когда начал испытывать неприятные ощущения при акте дефекации. Периодически отмечал обострения, сопровождающиеся резкими болями при акте дефекации с появлением кровавых сгустков в кале. В последнее отмечает ухудшение состояния. После консультации колопроктолога был направлен на стационарное лечение в ГКБ №21. Осмотрен колопроктологом, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.).

3.Данных объективного обследования: Перианальная область развита правильно, тонус сфинктера повышен. В области ануса на 3, 7, 11 часах определяются увеличенные геморроидальные узлы, пальпация безболезненная, при натуживании выпадение узлов.

4.Лабораторного обследования: ОАК, ОАМ, гр. крови, Rh-фактор, микрореакция с кардиолипидовым а/г

**ЛЕЧЕНИЕ**

***Лечение тромбоза геморроидальных узлов зависит от степени тяжести заболевания и локализации поражения***. При первой и второй степени тяжести заболевания больным рекомендуют медикаментозное лечение с целью снятия воспаления. Оно включает ***местное применение*** таких **мазей**, как гепариновая, проктоседил, ультрапрокт, ауробин, и др.; использование ***ректальных свечей***: постеризан, релиф, проктоседил, свечей с анестезином. В состав суппозиторий Нигепан входит анестезин и гепарин, что обеспечивает выраженный противовоспалительный, обезболивающий, антиспастический и антиромботический эффекты. Нами отмечен хороший эффект при применении ***новокаин–спиртовых блокад*** по А.М. Аминеву. После блокады отмечается уменьшение (вплоть до его полного купирования) болевого синдрома, снижается отек окружающих тканей, улучшается общее самочувствие больных. Для блокады используют раствор 1% новокаина, в объеме 6 мл и 70% этиловый спирт, в объеме 1 мл. Место блокады обрабатывается спиртовым раствором хлоргексидина. Под основание тромбированного геморроидального узла на глубину 0,5–1 см вводится 3–4 мл новокаина, затем, не вынимая иглы (предварительно отсоединив шприц с новокаином и присоединив шприц с раствором этилового спирта), последовательно вводят 1 мл раствора этилового спирта, после чего в иглу вводятся оставшиеся 2–3 мл раствора новокаина. Блокада выполняется не чаще, чем один раз в три–четыре дня (3–4 блокады на курс лечения). Применение блокад необходимо сочетать с местным использованием мазей с гипокоагуляционными свойствами, о которых говорилось выше. Возможно сочетать новокаин–спиртовые блокады с местным применением мазей Левосин или левомеколь в виде повязок на область тромбированных узлов.

В комплексном лечении острого геморроя неплохой эффект оказывает местное воздействие ***низкоинтенсивным лазерным излучением***. Для этих целей используется низкоинтенсивное лазерное излучение гелий–неонового лазера (длина волны 0,63 мкм, мощность 25 мВт ) и низкоинтенсивного полупроводникового лазера на арсениде галлия (длина волны 0,83–0,89 мкм, мощность 25 мВт) типа «Семикон», «Узор», «Мустанг«, «Мулат». Лазерное излучение по волноводу подводится к области заднего прохода или в анальный канал (ректальной насадкой). Проводится пять–семь сеансов облучения с экспозицией 5–7 минут. На втором–третьем сеансе отмечаются явления стихания воспалительной реакции близлежащих тканей, уменьшения отека перианальной области. Тромбированные узлы становятся менее болезненными, более мягкими на ощупь. Снижается интенсивность болевого синдрома.

При лечении тромбоза геморроидальных узлов необходимо применять препараты группы ***венотоников***, таких как аэсцин, аскорутин, венорутон, троксевазин, цикло–форте–3. Так, ***Аэсцин*** обладает выраженной капилляропротекторной активностью, оказывает антиэкссудативное и противовоспалительное действие. Выраженная эффективность препарата при тромбозе геморроидальных узлов также связана с увеличением венозного тонуса, уменьшением экссудации и улучшением циркуляции лимфы. Механизм действия препарата связан с ингибированием активности гиалуронидазы и уменьшением размеров пор в стенке сосудов. Повышение тонуса венозных сосудов обусловлено образованием простагландина F2 и высвобождением норадреналина в синапсах нервных окончаний, иннервирующих венозные сосуды. Кроме того, действие метаболитов Аэсцина также способствует повышению тонуса мышечных клеток вен. Дополнительные эффекты применения препарата: антиоксидантное действие (торможение пероксидации липидов), уменьшение миграции лейкоцитов, а также усиление выведения воды и электролитов из организма. Препарат является особенно эффективным при курсовом лечении геморроя. Препарат применяют внутрь по две таблетки (40 мг) три раза в сутки.

С 1999 года в нашей клинике используется препарат ***диосмин***. Прием диосмина у больных с тромбозом геморроидальных узлов способствует улучшению микроциркуляции в геморроидальных узлах, повышению венозного тонуса и уменьшению отека. Наилучший эффект отмечен при сочетанном применении диосмина с местным использованием гепатромбина Г.

При третьей степени тяжести заболевания лишь при выраженном перифокальном воспалении оперативное вмешательство может быть отложено на несколько суток для купирования воспалительного процесса. Наличие кровотечения из тромбированных геморроидальных узлов у больных является показанием к оперативному вмешательству в экстренном порядке. Наиболее распространенным методом оперативного лечения тромбоза геморроидальных узлов является ***геморройдэктомия по методу Миллигана – Моргана***. Операция выполняется под внутривенным наркозом или под перидуральной анестезией. Последний вид обезболивания представляет, на наш взгляд, наибольший интерес, так как имеет больший период анальгезии в послеоперационном периоде, что, конечно же, способствует купированию болевого синдрома у пациента, а во время оперативного вмешательства максимально расслабляет сфинктер прямой кишки и дает возможность максимальной ревизии и радикальности при выполнении оперативного вмешательства. Использование препаратов для местной анестезии типа лидокаина, ропивакаина и маркаина при перидуральной анестезии способствует аккумулированию блокады болевого импульса на 6–8 часов от момента введения препарата, что значительно снижает потребность больного в наркотических анальгетиках в раннем послеоперационном периоде.

После выполнения обезболивания тромбированные геморроидальные узлы поочередно берутся на окончатые зажимы Люэра и острым путем от перианальной кожи выделяется сосудистая ножка. Ножку узла прошивают и перевязывают лигатурой из нерассасывающегося материала с целью профилактики кровотечения в послеоперационном периоде. Образовавшиеся дефекты слизистой оболочки и кожи ушивают в радиальном направлении, слизистая оболочка ушивается рассасывающимся материалом, кожа может ушиваться как рассасывающимся, так и нерассасывающимся материалом. В отделении хирургии неотложной проктологии ГНЦ МЗ РФ при радикальном хирургическом лечении больных острым тромбозом геморроидальных узлов геморройдэктомия завершается ушиванием послеоперационных ран наглухо с помощью непрерывного подслизистого шва. Операция заканчивается введением в кишку газоотводной трубки с гемостатическим тампоном, который удаляется на 2–3 сутки после оперативного вмешательства.

Некоторые хирурги за рубежом предпочитают выполнять операцию Уайтхеда, которая заключается в циркулярном иссечении слизистой оболочки с тромбированными геморроидальными узлами до подслизистого слоя, на высоте от 2 до 5 сантиметров от ануса, с последующим сшиванием дефекта в продольном направлении. В зону иссечения попадают не только тромбированные геморроидальные узлы, но и кавернозные тельца прямой кишки, что является профилактикой рецидива заболевания. Но в связи с резко выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде и достаточно частыми осложнениями в виде послеоперационных стриктур прямой кишки и недержания кишечного содержимого данная методика не получила значительного распространения и практически не применяется в нашей стране.

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

**Осмотр:** больной Н., 42 лет, поступил в плановом порядке, с жалобами на боли и выпадение геморроидальных узлов при дефекации, временами кровь в кале.

**Status pr. communis:** Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной эластичности и окраски. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита, безболезненна. Отеков не наблюдается. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Мышцы умеренной степени развития, при пальпации безболезненные. Тонус сохранен. Кости правильной формы, без деформаций, при ощупывании безболезненные. Суставы правильной конфигурации, безболезненные, движения в суставах в полном объеме. В легких везикулярное дыхание, Ч/Д-18/мин, При аускультации, тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД-120/80 мм. рт. ст., ЧСС 78/мин. Язык влажный, корень чистый. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, инфильтраты не пальпируются. Перитонеальных знаков нет. Область почек безболезненная при пальпации, диурез адекватный.

**Status localis:** Перианальная область развита правильно, тонус сфинктера повышен. В области ануса на 3, 7, 11 часах определяются увеличенные геморроидальные узлы, пальпация безболезненная, при натуживании выпадение узлов.

**Диагноз:** комбинированный геморрой II- III стадии с выпадением узлов.

Показано оперативное лечение в плановом порядке – гемороидэктомия с восстановлением слизистой анального канала. Согласие больного на оперативное лечение получено.

**ПРОТОКОЛ** **ОПЕРАЦИИ**

**Диагноз:** комбинированный

**ФИО:** геморрой II- III стадии с выпадением узлов.

**Операция:** геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала.

**Дата, время:** 17.03.06 10:20 – 10:45

**Ход операции:** После обработки операционного поля раствором хлоргексидина троекратно и прямой кишки раствором фурациллина под внутривенной анестезией, анальный канал раскрыт в зеркалах на 3, 7 и 11 часах увеличенные в размерах геморроидальные узлы с истончённой слизистой оболочкой, выпадающей за пределы анального канала. Выполнена поэтапная геморроидэктомия узлов с прошиванием культи кетгутом №5 и восстановление слизистой прямой кишки. Контроль на гемостаз - сухо. В анальный канал установлена газоотводная трубка. Асептическая повязка.

Иссечены геморроидальные узлы, рубцовые ткани направлены на гистологическое исследование.

**ДНЕВНИК**

27

У больного выраженный болевой синдром, не купирующийся ненаркотическими анальгетиками. С целью обезболивания назначено Promidoli.

29.

Состояние больного соответствует срокам послеоперационного периода. Жалобы на усиление боли в области раны, повышение температуры. Смена повязки.

31.

Состояние больного без изменений, соответствует срокам послеоперационного периода. Жалобы на боли в области раны. Интенсивность болей снизилась.

**ПРОГНОЗ И ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Прогноз, как правило, благоприятный. При лечении в ранних стадиях процесс может стабилизироваться и даже прекратиться. После хирургического лечения большинство больных выздоравливают. Через 1-1,5 мес после операции трудоспособность полностью восстанавливается,

**ЭПИКРИЗ**

с диагнозом: комбинированный геморрой с жалобами на боли и выпадение геморроидальных узлов при дефекации, временами кровь в кале. После проведенного обследования был выставлен диагноз:

**Основное заболевание:** комбинированный геморрой II- III стадии с выпадением узлов..

Данный диагноз можно выставить на основании:

1.Жалоб больного: боли и выпадение геморроидальных узлов при дефекации, временами кровь в кале.

2.Данных анамнеза болезни Больным себя считает в течении 2-3 лет, когда начал испытывать неприятные ощущения при акте дефекации. Периодически отмечал обострения, сопровождающиеся резкими болями при акте дефекации с появлением кровавых сгустков в кале. В последнее отмечает ухудшение состояния. После консультации колопроктолога был направлен на стационарное лечение в ГКБ №. Осмотрен колопроктологом, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

3.Данных объективного обследования: Перианальная область развита правильно, тонус сфинктера повышен. В области ануса на 3, 7, 11 часах определяются увеличенные геморроидальные узлы, пальпация безболезненная, при натуживании выпадение узлов.

4.Лабораторного обследования: ОАК, ОАМ, гр. крови, Rh-фактор, микрореакция с кардиолипидовым а/г

В результате проведенного оперативного лечения отмечается положительная динамика.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии, Куйбышев,1971, т. 2;

2. Диденко В.В., Петров и др. Особенности течения и лечения осложненных форм геморроя у лиц пожилого возраста // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы V всероссийской конференции с международным участием, Редакционная коллегия: Г.И. Воробьев и др. – Ростов–на–Дону 2001;

3. Жуков Б.Н., Шабаев В.Н., Исаев В.Р., Лысов Н.А. Колопроктология. – Самара, 1999.

4. Жуков Б.Н., Лысов Н.А., Анисимов В.И. Лазерные технологии в медицине, – Самара 2001.

5. Заремба А.А. Клиническая проктология. Рига, 1987.

6. Канделис Б.Л. Неотложная проктология (руководство для врачей)– Л.: Медицина, 1980;

7. Кондратенко П.Г., Элин Ф.Э., Смирнов Н.Л. и др. Оперативное лечение острого геморроя // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы V всероссийской конференции с международным участием// Редакционная коллегия: Г.И. Воробьев и др. – Ростов–на–Дону, 2001;

8. Муравьев А.В., Лаврешин П.М., Мудров Н.М. и др. Применение Детралекса в комплексном лечении острого геморроя // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы V всероссийской конференции с международным участием/ Редакционная коллегия: Г.И. Воробьев и др. – Ростов–на–Дону, 2001;

9. Ненахов В.А., Ветелкина В.Е., Моисеева А.Е. Опыт лечения геморроя // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы V всероссийской конференции с международным участием/ Редакционная коллегия: Г.И. Воробьев и др. – Ростов–на–Дону, 2001.

10. Ривкин В.Л. и Капуллер Л.Л. Геморрой, – М., 1994.

11. Федоров В.Д. и Дульцев Ю.В. Проктология. – М., 1984.