

Zabudnite na strach z vyšetrenia hemoroidov

MUDr. Pavel Ištók, MBA
Medichir s. r. o., www.proktovena.sk

Súhrn: Hemoroidy, ľudovo nazývané „zlatá žila“, sú veľmi častým ochorením. Vyskytujú sa u mužov aj žien a podľa odborných štúdií je ich výskyt v populácii viac ako 85 %. Pokiaľ sa hemoroidy dostanú do vyššieho štádia, začnú byť nielen nepríjemné, ale aj bolestivé a objavuje sa krvácanie. Tento článok má za úlohu vysvetliť, čo sú hemoroidy, prečo dochádza k zhoršeniu príznakov v lete, aké sú následky neliečenia a hlavne poukázať na možnosti bezbolestného riešenia bez hospitalizácie. Pacientom s ochoreniami konečníka napadá množstvo otázok. Mám len hemoroidy, alebo mám už niečo závažnejšie? Pokiaľ sa potvrdí nález hemoroidov, tak nám napadajú otázky: Prečo a kedy vznikajú? Dajú sa liečiť? Je nevyhnutná operácia, ak ich chceme odstrániť?

Kľúčové slová: hemoroidy, príčiny vzniku, príznaky, terapia, prevencia

Abstract: Haemorrhoids, familiarly called "gold vein", represent a very frequent disease. They occur at men and also women and according to professional studies their incidence in population is more than 85%. In case haemorrhoids tend to progress into advanced condition they begin to be unpleasant and painful with occurrence of bleeding (haemorrhage). This article is about to explain what are haemorrhoids, why does come to worsening of symptoms in summer, what are consequences of no treatment and mainly to highlight options of non-painful solution without hospitalization. Patients with rectum (anal) diseases have plenty of questions. Do I have only haemorrhoids or do I have already something more serious? If haemorrhoids diagnosis is confirmed, we use to ask questions: Why and when they start to occur? Are they curable? Is surgery inevitable if we want to get rid of them?

Key words: haemorrhoids, causes of occurrence, symptoms, therapy, prevention

Čo sú hemoroidy?

Je to cievné ochorenie, kde sa drobná žila v sliznici konečníka zväčší. V prvých štádiách sa žila hemoroidu vťahne naspäť a pokiaľ sa nelieči postupne dochádza k väčšiemu vyklenovaniu a žila ostane fixovaná von z konečníka.

Anatomicky sa hemoroidy vyskytujú v análnom kanáli, ktorý má dĺžku 5 centimetrov. V tejto hĺbke nachádzame vnútorné hemoroidy a análny kanál potom pokračuje do vlastného konečníka do výšky 15 cm, a potom už nasleduje hrubé črevo.

Rozoznávame vonkajšie a vnútorné hemoroidy. Vonkajšie hemoroidy sa vyskytujú častejšie a zbadáme ich tak, že v konečníku – presnejšie v análnom kanáli, si nahmatáme hrčku alebo vo vyšších štádiách pozorujeme prolaps sliznice s uzlíkom zlatej žily, ktorý sa dá zatlačiť naspäť.

Príčiny vzniku hemoroidov

V prvom rade ide o genetickú predispozíciu. Šesťdesiat až deväťdesiat percent populácie trpí hemoroidmi a zároveň sa zistilo, že 80 percent pacientov s hemoroidmi má aj

chronické žilové ochorenia, teda varixy. Ak jeden z rodičov má varixy, teda žilové ochorenie na nohách, deti majú 75-percentnú pravdepodobnosť, že ich budú mať tiež, a ak majú varixy obaja rodičia, pravdepodobnosť je až 90-percentná.

Ďalšie faktory zhoršujúce priebeh ochorenia s hemoroidmi

V druhom rade je to neprimerane veľký tlak v konečníku, spôsobený napríklad pri dvíhaní ťažkých bremien, takže často sa so zlatou žilou stretne u kulturistov, ktorí dvíhajú činky a u ľudí, ktorí majú nesprávnu techniku cvičenia pri záťažach vo fitnesscentrách.

Zvýšený tlak v panvovej oblasti vzniká aj pri namáhaní kašli či kýchaní. Preto majú často hemoroidy astmatici alebo pacienti s chronickým ochorením dýchacích ciest. Pri zvýšenom tlaku v malej panve sa zvyšuje náplň žíl v malej panve a tým sa vytvoria podmienky pre naplnenie žilových pletencov v konečníku a dochádza k zväčšovaniu žíl v konečníku a k nárastu hemoroidov.

Na vznik hemoroidov vplyva aj sedavé zamestnanie. Napríklad často majú hemoroidy rybári, časté sedenie na studenom podklade sa zase týka napríklad majstrov, ktorí robia kúpeľňové obklady. Na hemoroidy vplyva aj väčší vonkajší tlak na konečník, ktorý vidíme u cyklistov.

Hemoroidy majú častejšie ľudia s poruchami vyprázdňovania s obštipáciami či vrodenými, alebo aj získanými po brušných operáciách.

Aké sú príznaky a prejavy, podľa ktorých zistíme, že ide o hemoroidy?

Veľa pacientov podceňuje prvotné príznaky hemoroidov a čakajú, ako ochorenie bude pokračovať, keďže ich v danom čase len mierne obťažuje a nespôsobuje veľké komplikácie.

Hemoroidy sa na začiatku ochorenia prejavujú ako neurčité pocity v konečníku, tlak v konečníku, pobolievanie, pocit vlhkého konečníka. Pozorujeme aj svrbenie spojené s ekzémom, pocit vychádzania útvaru z konečníka, krvácanie. Na začiatku diagnostiky treba odlišiť iné ochorenia konečníka, ako sú polypy konečníka a análneho kanála, fistuly, kondylómy, previsy a aj zhubné ochorenia.

Často pacienti prichádzajú s tým, že si nahmatali hrčku v oblasti konečníka. Druhý príznak, s ktorým často chodia, je krvácanie z konečníka, lebo uzlík cievy je vlastne hemoroid a je na povrchu veľmi krehký, a pri podráždení krváca. Krv sa môže objavovať v stolici, na toaletnom papieri a aj v záchoďovej mise. Tretia príčina, prečo príde človek k lekárovi, je trombotizácia, teda zrazenie krvi charakterizované bolestivým uzlíkom, ktorý vychádza von z konečníka v podobe tuhej bolestivej hrčky.

Špeciálnou kategóriou sú hemoroidy u tehotných žien, ktoré sa objavujú hlavne v druhej polovici gravidity.

U tehotných žien vznikajú hemoroidy pre zvýšený tlak v panvovej oblasti a po pôrode sa často samy upravujú, ale často ostávajú po hemoroidoch previsy. Žila sa síce vstrebe a hemoroid zanikne, ale sliznica ostane

na tom mieste natiahnutá a ostane visieť, trčí von z konečníka. Ženy to však v tom čase neriešia, lebo na prvom mieste je starostlivosť o dieťa a rodinu. V minulom roku sme u nás v centre zaznamenali šesť žien, ktoré prišli 25 rokov po pôrode, keď deti odišli z domu. Vraj sa až teraz začali starať o seba. Previs samotný nebolí, ale robí problém pri klasickom čistení konečníka toaletným papierom a je väčšia pravdepodobnosť vzniku ekzému konečníka, a je to aj estetický defekt.

Trombotizácia hemoroidu je častá komplikácia zlatej žily hlavne v lete pri jazde na bicykli, pri zdvíhaní ťažších bremien alebo pri zvýšenom tlaku sa môže objaviť aj krvácanie jasnočervenej krvi zo zatvrdnutého uzlíka, keď hovoríme o trombotizácii zlatej žily, čo je vlastne zrazenie žilovej krvi v sliznici žily análneho kanála. Tento bolestivý uzlík pozorujeme od veľkosti priemeru 0,5 cm až do veľkosti aj 3 až 4 cm. Ak sa uzlík nelieči hneď prvých 3 až 4 dní, sprevádzaný je tuhú bolestivou hrčkou. Ďalší priebeh závisí od liečby. Pokiaľ sa nelieči, okolo 7. dňa sa uzlík môže zapáliť, môže spontánne prasknúť, alebo môže spôsobiť aj prolaps sliznice konečníka. Okolo 7. až 10. dňa dochádza k ústupu bolesti a hmatná hrčka trombotizovaného hemoroidu sa môže spontánne zmenšiť a zmäknúť, alebo sa zmení na tuhú hrčku tvorenú väzivom. Pri výskyte bolestivej hrčky na konečníku, ak lekár diagnostikuje, že je to trombotizovaný hemoroid a nie hrčka spôsobená tumorom, vhodná je čo najrýchlejšia lokálna a celková liečba.

Rozoznávame 4 štádiá ochorenia podľa príznakov:

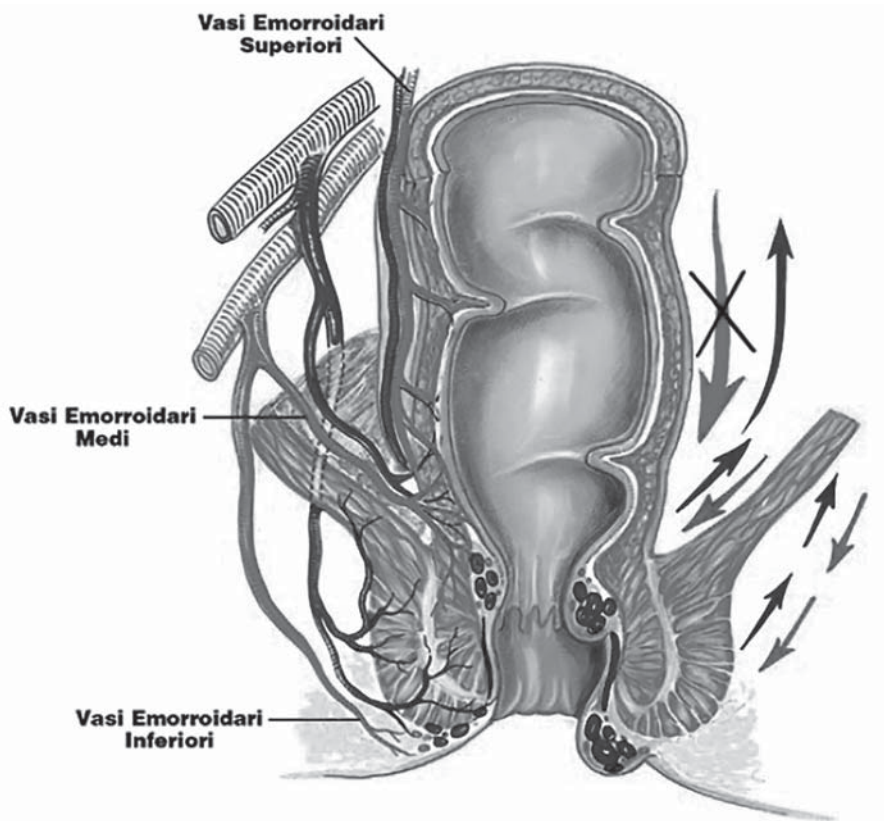
1. štádium je charakterizované nebolestivým krvácaním s jasnočervenou krvou na povrchu s pocitom tupých bolestí konečníka. Tieto hemoroidy voľným okom nevidíme a vidíme ich len pri rektoskopickom vyšetrení.

2. štádium – pri tlaku na konečník pri stolici alebo námahe sa vyklenujú hemoroidy, ale po pominutí tlaku sa spontánne vrátia. Toto štádium je charakterizované pocitom tlaku, svrbením až bolesťou a krvácaním.

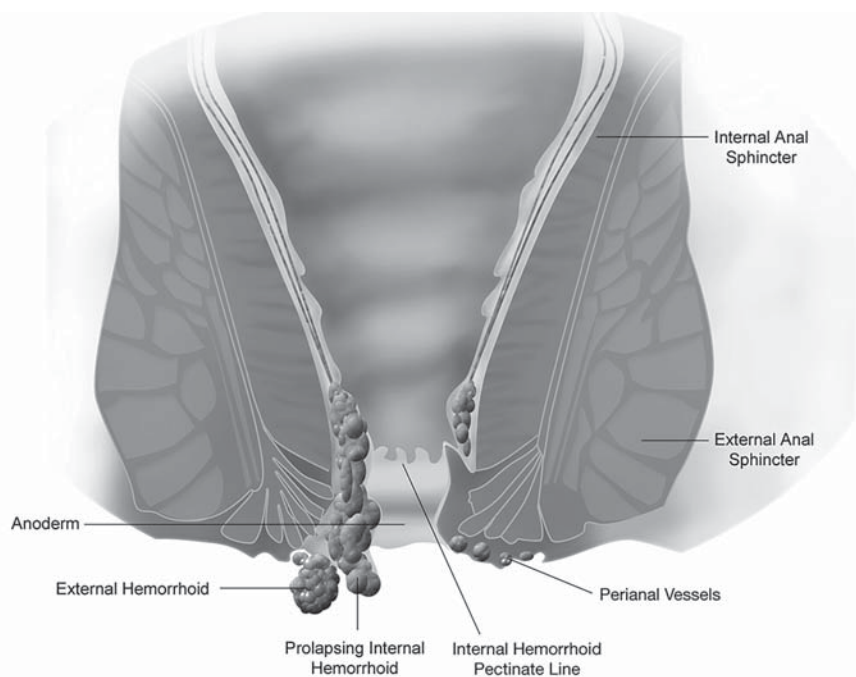
3. štádium je charakterizované väčšou bolesťou, trvalejším zdurením, dočasným únikom riedkej stolice a vetrov, krvácaním. Vyklenutie je počas stlačenia na stolicu alebo pri veľkej námahe. Spontánne sa nevtiahne a je potrebné vtlačiť ho manuálne.

4. štádium je charakterizované trvalým väčším vyklenutím, ktoré sa nedá vtlačiť naspäť a je spojené s väčšou bolesťou a trvalým previsom sprevádzaným svrbením, niekedy výtokom, občas únikom stolice a vetrov a jasnočerveným krvácaním.

Hemoroidy by sa mali liečiť od skorých štádií, aby sa predišlo komplikáciám. Cieľom farmakoterapie je posilniť cievnú stenu hemoroidálnych pletencov a zastaviť zápal, ktorý sa vyskytuje od 1. štádia. Pre hemoroidálne ochorenie je charakteristické, že sa pri neliečení opakuje. Pri objavení sa vyššie uve-



Obr. 1 **Anatómia konečníka a zobrazenie cievneho zásobenia vnútorných a vonkajších hemoroidov, ktoré sú plnené z artérie a vény Rectalis media, inferior a superior**

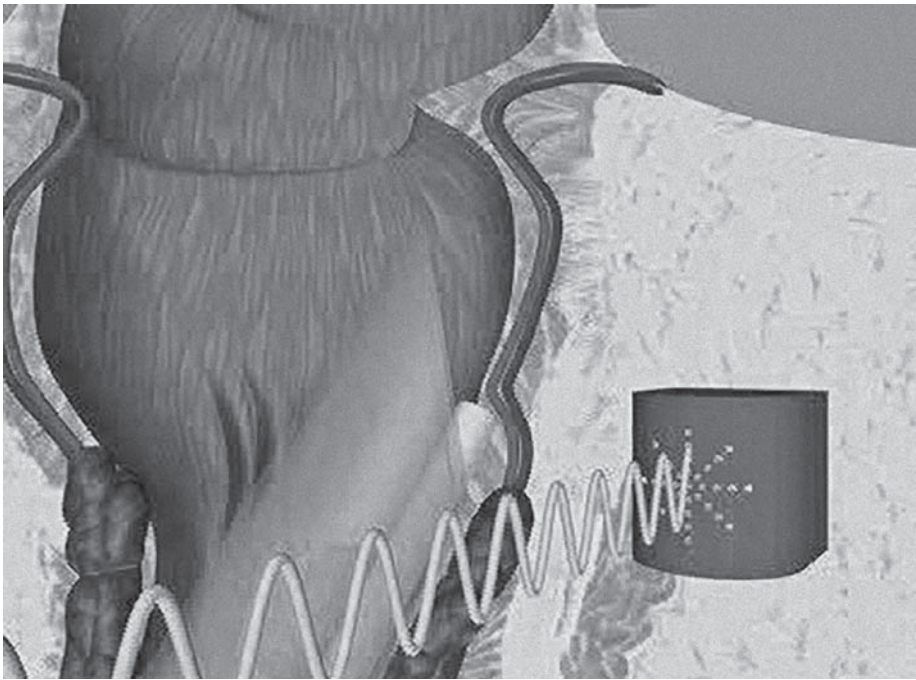


Obr. 2 **Zobrazenie vnútorných hemoroidov v štádiu IV, ktoré vychádzajú z Linea pektineale z hĺbky cca 4 cm, a vonkajších hemoroidov lokalizovaných v spodnej časti análneho kanála**

dených príznakov väčšina pacientov odkladá návštevu lekára, lebo to považujú za vrcholne intímny problém a vyšetrenie pacientov často zbytočne odkladajú pre strach z bolestivého vyšetrenia.

Možné ochorenia konečníka:

- polyp konečníka,
- hemoroidy – všetky štádiá,
- trombotizované hemoroidy – bolestivé uzlíky,



Obr. 3 **Princíp ultrazukového zobrazenia na nájdenie venózných plexov hemoroidov, a lokalizovanie miesta, kde treba prívodné cievne štruktúry podviazať a tým zabrániť plneniu hemoroidov krvou**

- trhlina – fisúra,
- ekzém konečníka,
- fistuly análne a perianálne,
- previsy – duplikatúry konečníka.

Na akého lekára sa možno obrátiť a ako prebieha vyšetrenie

Ochorenia konečníka sa riešia v chirurgických, gastroenterologických ambulanciách a hlavne v proktologických centrách, ktoré sa špecializujú na ochorenia konečníka, na diagnostiku a na ambulantnú liečbu bez hospitalizácie.

Často pozorujeme u pacientov stres z prvého proktologického vyšetrenia, ktorý sa snažíme minimalizovať. Skúsení lekári, zaoberajúci sa liečbou konečníka sú väčšinou chirurgovia a pacienti navštívia aj gastroenterológov. Pri vyšetrení sa pristupuje k pacientom citlivo, empaticky a hlavne diskretné a tým sa minimalizuje ich trauma. Vstupné vyšetrenie prebieha bez špeciálnej prípravy konečníka. V ambulancii je len lekár a pacient. Pri vstupnom vyšetrení v dôvernom rozhovore lekár odoberá anamnézu, pričom sa pýta na príznaky a ťažkosti. Následne vyšetrenie pokračuje na lôžku, kde zvyčajne pacient leží na ľavom boku s pokrčenými nohami. Vyšetrenie sa začína pohľadom (s bielym svetlom) na perianálnu oblasť. Nasleduje vyšetrenie pohmatom. Lekár vyšetrí okolie konečníka, ktoré nesmie byť bolestivé. Pokračuje vyšetrením „per rectum“, kde lekár jemne prstom s použitím analgetického chladivého gélu vnikne do konečníka a vyšetrí análny kanál a časť konečníka do výšky asi 5 až 8 cm. Pri veľmi bolestivom konečníku lekár vyšetruje koneč-

ník v lokálnej anestéze alebo nepokračuje vo vyšetrení „per rectum“. Prvým vyšetrením je lekár schopný sčasti stanoviť diagnózu a stupňoch ochorenia. Pre dokonalejšie stanovenie stupňa ochorenia následne pacientov objednáваме na rektoskopiu v druhom termíne, po príprave.

Rektoskopia je nebolestivé prístrojové vyšetrenie konečníka jednorazovým rektoskopom so zväčšovacou optikou, pričom lekár vyšetrí análny kanál a konečník, do výšky 20 cm, t. j. prechod rekta do hrubého čreva. Moderné pracoviská používajú na rektoskopiu priesvitný plastový jednorazový rektoskop. Jednorazový rektoskop sa mení u každého pacienta za nový.

Pacient po príprave leží na ľavom boku s pokrčenými kolenami. Po zavedení gélovej lokálnej anestézie lekár jemne zavedie rektoskop. Pacient necíti bolesť, ale tlak na stolicu. Ak by pacient pocítil bolesť, lekár nepokračuje vo vyšetrení. Podľa nálezu vykonávame hlavne diagnostiku na stanovenie nálezu a stupňa ochorenia. Podľa potreby lekár odoberá bezbolestne vzorky sliznice konečníka a polypov a zasiela ich na histologické vyšetrenie. Hemoroidy tiež vieme liečiť Barronovou ligatúrou, alebo v lokálnej anestézii urobiť rádiofrekvenčnú abláciu uzla hemoroidu metódou Rafaelo. Po vyšetrení pacient odchádza domov alebo do práce a nepocítiť bolesti.

Prípravok na lokálnu klyzmu si pacient väčšinou vyzdvihne na pracovisku, kde sa robí vyšetrenie. Pred rektoskopickým vyšetrením a zákrokmi v oblasti konečníka pacient nemá brať 7 dní lieky na riedenie krvi, užívať lieky s obsahom kyseliny acetylsalicylovej

a ibuprofénu a podľa potreby sa pacientovi podávajú injekcie nízkomolekulárneho heparínu. Na rozdiel od kolonoskopie pacienti nemusia pri príprave na rektoskopické vyšetrenie hladovať, ráno v deň vyšetrenia môže pacient jesť aj piť. Prípravok na klyzmu si pacient aplikuje do konečníka v ľahu na boku v deň vyšetrenia asi 45 min. pred termínom. Po aplikácii je nutné zadržať v konečníku obsah klyzmy. Do asi 15 až 30 minút pacient pocíti nutkanie na stolicu a vyprázdni sa. Zvyčajne sa ide na stolicu 1- až 2-krát.

Treba zdôrazniť, že kolonoskopické vyšetrenie nenahrádza rektoskopiu.

Prvých 5 cm je dôležitých a práve oblasť análneho kanála je viditeľná len rektoskopom. Rektoskopia je bezbolestná, v polohe na ľavom boku, s použitím najmodernejších diagnostických prístrojov. Hĺbka do 5 cm sa dá vyšetriť len rektoskopicky u chirurga proktológa a nenahrádza ju kolonoskopické vyšetrenie u gastroenterológa.

Terapia

V moderných centrách špecializujúcich sa na ochorenia konečníka vykonávame zákroky bez hospitalizácie a pacient je schopný po zákroku sám nastúpiť do auta a bez bolesti odšoférovať domov. 80 % pacientov po zákroku je do 5 dní v práci.

Pokiaľ je jasné, že ide o príznaky hemoroidov, v prvom rade treba zistiť stav pacienta a o ktoré štádium ide – či je prvého, druhého, tretieho alebo štvrtého stupňa, či sú k tomu pridružené iné diagnózy, ako napríklad polypy, ktoré sú so zlatou žilou často spojené.

Možnosti terapie:

1. prevencia,
2. konzervatívna terapia + medikamentózna liečba,
3. Barronove ligatúry – gumičkovanie,
4. operačné riešenie:
 1. technika laserom – laser hemoroidoplasty,
 2. operácia RAFAELO – rádiofrekvenčná ablácia,
 3. microwave operácia – MWA,
 4. operácia podľa Parksa,
 5. klasická operačná technika so stehmi.

Ad1. Prevencia

V skorých štádiách I. a II. Stupňa, ak hemoroidy pacientovi ešte nerobia veľké problémy, snažíme sa to riešiť dietetickými opatreniami, teda úpravou stravy. Pacient musí prijímať dostatočné množstvo tekutín, strava musí obsahovať dostatok vlákniny. Pomôcť si tu môžeme aj výživovými doplnkami, napríklad psyllium je veľmi dobrá prírodná vláknina, ktorú dostať vo forme výživového doplnku, alebo veľakrát stačí jesť jedno jablko denne so šupkou, ktoré obsahuje prírodnú vlákninu. Dôležité je nevysedať dlho na toalete a silno tlačiť na stolicu, čo

môže spôsobiť rast a aj prolabaovanie hemoroidov. Zhoršenie ťažkostí z hemoroidov pozorujeme aj pri zdvíhaní ťažkých bremien a pri intenzívnom kašľaní.

Možnosti prevencie hemoroidov:

1. Hemoroidy sú účinnejšie liečiteľné v skorých štádiách. Preto je vhodné navštíviť lekára po objavení sa prvých príznakov.
2. Minimalizovať tlak na panvové dno a konečník dvíhaním ťažkých bremien.
3. Prevencia pravidelnej stolice: dostatok vlákniny (psyllium, vločky, celozrnné pečivo), príjem tekutín aspoň 2,5 l za deň, jedno jablko denne so šupkou upravuje stolicu, čerstvá zelenina, strukoviny.
4. Vyvarovať sa jedál, ktoré dráždia črevá: veľa čili, korenia, kávy, alkoholu.
5. Nosiť voľnejšie oblečenie.
6. Minimalizovať sedavý spôsob života, pravidelný pohyb.
7. Pri vzniku ochorenia a pri komplikáciách vyvarovať sa bicyklovania, jazdy na koni a zdvíhania ťažkých bremien vo fitness.

Ad 2. Konzervatívna liečba, spojenie lokálnej a celkovej liečby

Pri hemoroidoch, čo je v podstate cievne ochorenie v oblasti konečníka, podávame lieky na báze čistenej mikronizovanej flavonoidnej frakcie (MPFF). Sila účinku MPFF je výslednicou vzájomnej synergie sil všetkých 5 flavonoidov (diosmín, hesperidín, diosmetín, linarin, isorhoifolin). Užívajú sa obvykle mesiac a zlatá žila sa väčšinou zmenší. Keďže ide o chronické ochorenie, je vhodné, aby liečba bola dlhodobá, a tak sa predišlo relapsu a rekurencii ochorenia. Vhodné je podporiť liečbu vonkajších hemoroidov lokálnymi hemoroidálnymi masťami, ktoré sa aplikujú 2x denne. Na vnútorné hemoroidy sú účinnejšie prípravky vo forme čapíkov. Ak sa žila nestiahne, aspoň sa zmenší. Pokiaľ ťažkosti pretrvávajú, môžeme prejsť k operačnému zákroku.

Lokálne odporúčame protizápalové masti a režimové opatrenia:

- Nedráždivá strava asi 2 týždne (obmedziť čili, korenie a veľa kávy).
- Nezdvíhať ťažké bremená.
- Tlmiť dráždivý kašeľ.
- Sedenie na PC vankúši.
- Strať sa o pravidelné vyprázdňovanie a nemať tuhú stolicu.
- Mať dostatočný prívod tekutín.
- Masť s obsahom sukralfátu je na Slovensku od roku 2020.

Za posledné roky sa objavili aj nové poznatky, poukazujúce na lepšie výsledky kombinácie lokálnej liečby s celkovou liečbou. V štúdií z roku 2017 sa potvrdilo, že masť s obsahom sukralfátu znižuje akútnu pooperačnú bolesť a zlepšuje hojenie rán po hemoroidektómii, pričom bolo potvrdené že:

1. rany pacientov po hemoroidektómii sa významne lepšie hoja po aplikácii

masti s aktívnou látkou sukralfát. Naopak, lokálne anestetikum lidokaín, rovnako ako placebo, nemá efekt na liečbu rán pacientov.

2. intenzita bolesti pacientov po hemoroidektómii na stupnici VAS bola na 1., 3. aj 7. deň po operácii významne nižšia po podaní sukralfátu v porovnaní s anestetikom – topickým lidokaínom a placebom. Sukralfát významne zmiernuje pooperačnú bolesť pacientov už 1. deň po operácii o 21 % oproti lidokaínu.

Ďalšie dva podstatné fakty vyplývajú z nezávislého Slovenského prieskumu kvality života pacientov s hemoroidálnym ochorením, ktorý sa realizoval od novembra 2020 do marca 2021 v 45 lekárnach po Slovensku u 241 pacientov.

1. Ukázalo sa, že 35,7 % pacientov, t. j. 4/10 pacientov, užívalo popri lokálnej liečbe aj systémovú liečbu.
2. Ak pacient užíval systémovú liečbu, tak až 73,3 % pacientov užívalo MPFF (čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia), čiže 7/10 pacientov preferuje kombináciu MPFF + sukralfát.

Celková liečba je zameraná na zmenšenie žilového zápalu liekmi s obsahom mikronizovaného diosmínu, kde sa prvé 4 dni užíva 6 tabliet x 500 mg, 4 tablety počas 3 dní a 2 tablety dlhodobo. Alternatívou je aj MPFF vo forme 1000 mg perorálnej suspenzie – vtedy je dávkovanie 4 dni 3 vrecká, 3 dni 2 vrecká a následne 1 vrecko dlhodobo.

Návštevou chirurga, proktológa v akútnom štádiu predídeme zbytočným bolestiam a často sa po bezbolestnom vypustení zrazenej krvi hneď uľaví od bolesti. A po prekonaní akútneho štádia nastupuje štádium hojenia, ktoré už nie je bolestivé. Po asi 6 týždňoch robíme rektoskopiu, ktorá je nebolestivá a podľa nálezu odporúčame konzervatívne alebo operačné riešenie bez hospitalizácie.

Ad 3. Barronova ligatúra

Pri hemoroidoch v I. a II. štádiu sa pokúšame o zmenšenie zlatej žily naložením gumičky. Táto technika je takmer nebolestivá a niektorí pacienti pociťujú slabý tlak prvé 2 až 3 dni a o 3 až 5 dní gumička sama odpadne s odumretým hemoroidom. Na sliznici konečníka ostane malý terčik, ktorý sa o zhruba 10 dní sám zahojí. Nevýhodou tejto techniky je opakovanie 3 – až 4-krát a časté recidívy.

Ad 4. Operačné riešenia

V zariadeniach venujúcich sa modernej proktológii sa v posledných rokoch uprednostňujú zákroky v lokálnej tumescenčnej anestézii a tzv. zadný pudendálny blok. Táto anestézia je takmer nebolestivá a podľa pri-

rovnania pacientov, ktorí absolvovali tieto zákroky, lepšia ako anestézia u stomatóloga. Hlavná výhoda moderných operačných riešení konečníka je pre pacienta v tom, že sa vykonávajú bez hospitalizácie, bez celkovej anestézie a po zákroku, ktorý trvá asi 45 minút, pacient bez bolesti odchádza domov tak, že sadne do auta a bez bolesti odšoféruje domov a hneď môže konzumovať stravu.

V našom zdravotníckom zariadení robíme operačné zákroky pri lokálnej tumescenčnej anestézii. Používame pri nej špeciálny roztok Kleinova formula, ktorý obsahuje špeciálne substancie a pacient necíti bolesť. U nás je pacient pri operácii v polohe na bruchu. Pri operácii používame operačné anoskopy, ktoré sú celé vysvietené, a okrem toho má operátor aj čelové svetlo s lupou, takže vďaka tomuto vysvieteniu vidí dokonale celý konečník. Na anoskope sú lupy, ktoré obraz konečníka dvaaplnásobne zväčšia. Pri zavedení anoskopu pacient necíti žiadnu bolesť, iba mierny tlak, ako keby mal väčšiu stolicu.

Používame tri najmodernejšie techniky. Prvou možnosťou je tzv. „Parksova operácia“, ktorá je ku konečníku veľmi šetrná a vytvára sa len mierny opuch. Musíme podviazať prívodnú žilu, aby sa zastavil prítok krvi v danom mieste, a hemoroid potom vyrežeme pomocou rádiovlnového skalpela. Ten zároveň koaguluje prevís, ktorý tu bol vytvorený, takže to nekrváca a pacient nemá po operácii bolesti, lebo tam nie sú stehy.

Operácia typu LHP (laser-hemoroidoplastika) je laserová technika, pri ktorej zvonku spravíme maličký dvojmilimetrový vpich, doň zavedieme laserové vlákno, na konci ktorého sa okolo vlákna radiálne tvorí teplo asi 120 °C a laser zlatú žilu skoaguluje tak, aby nebola poškodená sliznica. U asi 20 % pacientov sa môže od druhého dňa vytvoriť opuch, ktorý sa na piaty deň po operácii zmenší, ale do mesiaca sa to celé vtiahne.

Ďalšia technika je rádiovlnová ablácia. Je to tzv. „operácia metódou Rafaelo“, ktorá sa podobá na predošlú, ale zdroj tepla na konci nie je laser, ale rádiovlnová vlna (rovnaký prístroj používame aj pri operácii kŕčovcov žíl). Tu je teplota 100 až 120 °C, zlatá žila sa vplyvom tepla skoaguluje a tým sa stiahne.

Najmodernejšia je technika MWA – „microwave ablácia“, kde zdroj tepla na koaguláciu žily v konečníku sú mikrovlny. Podľa doterajších poznatkov sa ukazuje, že majú lepší koagulačný efekt pri menšom percente komplikácií, teda pri tomto type operácie je menší opuch, pacient má menšie bolesti a hemoroid sa dokonalejšie spáli. Každý náš operátor sa podľa konkrétneho stavu ochorenia rozhodne, ktorý typ operácie je v danom prípade najvhodnejší. Ja sám uprednostňujem MWA operáciu, pri ktorej je efekt stiahnutia žily lepší.

Záver

Záverom zhrniem výhody moderných operačných technik konečníka v porovnaní s klasickými postupmi v nemocniciach.

V nemocniciach nemajú túto najmodernejšiu operačnú techniku. Pacient musí ísť na klasickú operáciu, počas ktorej je hospitalizovaný minimálne tri a viac dní. Pacienta to teda stojí tri dni hospitalizácie, nehovoriac o tom, že pred operáciou musí behať po lekároch kvôli predoperačným vyšetreniam. My robíme zákroky v lokálnej tumescenčnej anestézii, takže predoperačné vyšetrenia nepotrebujeme. U nás stačí, aby sme si urobili odbery krvi, krvný obraz a biochémiu a, samozrejme, vyšetrenie rektoskopom a aby mal pacient absolvovanú kolonoskopiu. V nemocnici robia operáciu buď v celkovej anestézii, čo je pri pacientoch vo vyššom veku vždy riziko, alebo v epidurálnej, čiže spinálnej anestézii, pri ktorej pacientovi anestetický roztok vpichnú do miechy, čo je tiež rizikové. Okrem toho môžu nastať neznesiteľné bolesti hlavy, nôh... Po epidurálnej alebo celkovej anestézii musí byť pacient minimálne 12 hodín v pokoji, nemôže vstávať, nemôže sa hýbať, lebo je čiastočne ochrnutý, nemôže jesť, aby nevracal a prepustený môže byť najskôr po 24 hodinách. U nás práve naopak, nútime pacienta jesť a piť čo najskôr, lebo ak dlhšie nejeme a stratíme tekutiny, obýčaj-

ne sa „zapečieme“ a hneď máme veľký tlak v konečníku už pri prvom vyprázdňovaní, čo je veľmi zlé. U nás sa po zákroku pacient posadí aj postaví, sadne do auta a odšoféruje ho domov bez bolesti. Doma má minimálne bolesti, podobné ako napríklad po zákroku u zubára. Hneď na druhý deň k nám pacient príde na prvú kontrolu a keď je všetko v poriadku, na druhú kontrolu príde až po dva a pol týždni. Prvé dva až tri dni po zákroku má šetrnejší režim a do 5 dní je 80 percent našich pacientov v práci. Ak je operovaný v nemocnici, práceneschopnosť trvá niekedy 3 až 6 týždňov a pacient má často väčšie bolesti. Treba zdôrazniť, že po absolvovaní ambulantných zákrokov je možné vrátiť sa k športovým aktivitám v plnom rozsahu do 3 až 4 týždňov.

LITERATÚRA

1. Alkhateep, Y., Fareed, A. *Int Surg J.: Double blinded randomized placebo-controlled comparative study between sucralfate ointment and lidocaine ointment after Milligan Morgan haemorrhoidectomy*, *International Surgery Journal Alkhateep Y et al. Int Surg J. 2017 Dec; 4(12): 3822 – 3826* <http://www.ijurgery.com>
2. *Which method is best for imaging of perianal fistula? Vikram A. Sahni, Rosemina Agma, David Buring, Intestinal imaging Centre, Level 4V, st. Marks Hospital, Watford Road Harrow Middlesex HA1, UK, Abdom Imaging (2008) 33: 26 – 30.*

3. *Proctology meeting 12. 11. 202, Budapest: Haemorrhoids, introduction, anatomy, etiology, classification, How We Know It? Gabriele Naldini M.D., Proctology end Pelvic Floor Multidisciplinary Clinical centre University Hospital of Pisa.*
4. *Consensus statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): management and treatment of haemorrhoidal disease, G. Gallo, J. Martellucci, A. Sturiale, G. Clerico, G. Milito at ALL, Techniques in Coloproctology, 6. 1. 2020, [HTTPS://doi.org/10.1007/s10151-020-02149-1](https://doi.org/10.1007/s10151-020-02149-1)*
5. *Comparative study between Milligan-Morgan Haemorrhoidectomy, stapled, haemorrhoidopexy and laser haemorrhoidoplasty in patient with third degree haemorrhoids: A Prospective study, Moheb S. Eskandaros, Ahmed A. Darwish, Cairo Egypt, The Egyptian Journal of Surgery 2020.*
6. *Laser Haemorrhoidoplasty versus Stapler Haemorrhoidopexy: A prospective comparative study, K.R. Majumder, Ta Alam, M. Russell Myrmensingh, Med J. 2021, Jul, 30(3): 780 – 788.*
7. *Double blinded randomized placebo-controlled comparative study between sucralfate ointment and lidocaine ointment after Milligan Morgan haemorrhoidectomy, Yahia Alkhateep*, Abdelmieniem Fareed.*
8. *Department of General Surgery, Menoufia University, Shebin-Elkom, Menoufia, Egypt, International Surgery Journal Alkhateep Y et al. Int Surg J. 2017 Dec; 4(12): 3822 – 3826.*

Piata celoslovenská patientska konferencia sa zamerala na práva pacientov

19. novembra 2021 otvorila Asociácia na ochranu práv pacientov v poradí už 5. ročník celoslovenskej patientskej konferencie. Ústrednou témou sú práva pacientov, ktoré práve v čase zhoršujúcej sa epidemickej situácie naberajú na význame. Vyvrcholením piatkového programu bolo slávnostné oceňovanie zdravotníkov. Ocenenia „Môj lekár“, „Moja sestra“ a špeciálnu cenu verejnosti si z rúk prezidentky asociácie Márie Lévyovej a ministra zdravotníctva Vladimíra Lengvarského prevzalo desať lekárov a desať sestier.

Zhoršená dostupnosť zdravotnej starostlivosti, obmedzené možnosti ambulancií a nemocníc, ale aj limity zdravotníckeho systému. Taká je na Slovensku realita v zdravotníctve od príchodu koronavírusu. „V týchto dňoch narážame na množstvo limitov nášho zdravotníckeho systému, pre ktoré sa pacienti nevedia dostať k potrebnej liečbe aj napriek tomu, že na ňu majú nárok,“ uviedla Mária Lévyová, prezidentka Asociácie na ochranu práv pacientov (AOPP). Ako dodáva,

cieľom v poradí už piateho ročníka konferencie bolo priniesť pohľad na práva pacientov a otvoriť diskusiu s kľúčovými inštitúciami a organizáciami v slovenskom zdravotníctve. Konferencia sa konala pod záštitou ministra zdravotníctva SR, MUDr. Vladimíra Lengvarského, MPH a pod odbornou záštitou rektora Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, prof. MUDr. Petra Šimka, CSc. Vyvrcholením programu bolo tradičné udeľovanie ocenení AOPP „Môj lekár“ a „Moja sestra“. Prezidentka AOPP a minister zdravotníctva odovzdali ocenenia 10 lekárom a 10 sestrám, o ktorých rozhodla na základe nominácií pacientov odborná porota zložená zo zástupcov lekárov, sestier, patientskych organizácií a médií. „Práca zdravotníkov bola vždy skôr poslaním ako prácou. No dnes, keď je situácia v nemocniciach doslova kritická, je na mieste vysloviť obrovské ďakujem všetkým, ktorí idú neraz až za hranicu svojich síl,“ ďakuje v mene pacientov prezidentka AOPP.

O svojom lekárovi a sestre mohla aj v tomto roku rozhodnúť široká verejnosť, a to hlasovaním v ankete na stránke asociácie. Spomedzi ocenených lekárov tak najviac hlasov získala

MUDr. Alžbeta Császarová a spomedzi sestier Mgr. Nataša Seligová. Doktorka Császarová pracuje ako všeobecný lekár pre dospelých v CISÁR-MEDI s. r. o. v Galante. „Ani v čase pandemických obmedzení spôsobených ochorením COVID-19 neopustila svojich pacientov. Práve naopak, intenzívne využíva služby elektronického manažmentu pacienta, navštevuje ich aj v domácom prostredí a svojou pomocou a včasnou liečbou zachránila mnoho životov,“ opisuje doktorku Császarovú Mária Lévyová. Pani Seligová pracuje ako sestra v gastroenterologickej ambulancii na I. internej klinike Univerzitnej nemocnice L. Paustera v Košiciach. „Pacienti si ju chvália najmä pre jej mimoriadne ľudský prístup. Okrem skvelého manažmentu, ktorý šetrí čas aj samotným pacientom, im poskytuje aj kontakty a materiály o liečbe, aby pomohla svojim pacientom lepšie zvládať a naučiť ich žiť s ochorením,“ hovorí prezidentka AOPP. Udeľením ocenenia In Memoriam si pacienti uctili pamiatku Doc. PhDr. Alžbety Hanzlíkovej, PhD., zakladateľky novodobého vzdelávania v Ošetrovatelstve z Martina, priekopníčky v oblasti komunitnej a paliatívnej starostlivosti. -ts-