

## Геморрой — современный взгляд на проблему

А.Б.Рустамова

Азербайджанский медицинский университет, кафедра хирургических болезней III  
Баку, Азербайджан

Геморрой является наиболее распространенным заболеванием среди болезней аноректальной зоны. Данное заболевание можно отнести к болезням цивилизации и образа жизни. Одинаково болеют представители обоего пола, однако в последнее время отмечается более своевременное и частое обращение к проктологу лиц мужского пола, с возрастом вероятность развития заболевания увеличивается.

Исходя из сосудистой концепции развития заболевания больным, наряду с хирургическими вмешательствами назначаются препараты, нормализующие микроциркуляцию. Эффективность препаратов усиливается соблюдением рекомендаций по регуляции стула и применения препаратов местного действия.

---

**Ключевые слова:** склерозирование, латексное лигирование узлов, инфракрасная фотокоагуляция, лигирование под контролем доплерометрии.

---

### ВВЕДЕНИЕ

Геморрой является наиболее распространенным заболеванием среди болезней аноректальной зоны. Данное заболевание можно отнести к болезням цивилизации и образа жизни, в развитии которых решающая роль принадлежит нарушениям микроциркуляции.

Геморроем одинаково часто болеют представители обоего пола, однако в последнее время отмечается более своевременное и частое обращение к проктологу именно лиц мужского пола. С возрастом вероятность развития заболевания увеличивается. Геморроидальный узел представляет гиперпластическое изменение кавернозной ткани прямой кишки.

В настоящее время существуют две теории развития геморроя — сосудистая и механическая.

Согласно сосудистой теории, причиной является раскрытие артериоло-венозных шунтов и рефлюкс артериальной крови в венозную систему при повышении внутрибрюшного давления.

Согласно механической теории, геморрой является следствием дегенеративных изменений соединительной ткани и микроразрывов соединительнотканых поддерживающих структур.

По анатомическому принципу геморрой делят на внутренний и наружный. К основным проявлениям наружного геморроя относят раздражение перианальной зоны, болезненное набухание в области ануса. Основным проявлением внутреннего геморроя является кровотечение, выпадение узлов, их ущемление.

### ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРОЯ

Методы лечения геморроя условно можно разделить на консервативные (медикаментозные), хирургические, миниинвазивные. Основной задачей медикаментозной (консервативной) терапии является устранение симптомов заболевания и факторов развития геморроя. В последнее время, исходя из сосудистой концепции развития заболевания, больным назначаем препараты, нормализующие микроциркуляцию в кавернозных тельцах геморроидальных узлов. При их приеме лечебный эффект наблюдается в максимально ранние сроки и достигает своего максимума через 4-5 часов после приема. Их применение позволяет купировать болевой синдром, устранить явления воспаления, улучшить микроциркуляцию в узлах, укрепить стенки капилляров, активизировать тромболизис. Нужно отметить, что эффективность препаратов усиливается соблюдением рекомендаций по регуляции стула и применением препаратов местного действия. К методам миниинвазивного лечения относят склерозирование, латексное лигирование узлов, инфракрасную фотокоагуляцию, лигирование геморроидальных артерий под контролем

доплерометрии. Противопоказанием к проведению миниинвазивного лечения являются воспалительные заболевания аноректальной области, трещина. Показанием к склеротерапии и инфракрасной коагуляции является I и II стадия геморроя с кровотечением. Оба метода экономически выигранны, амбулаторно приемлемы и методически просты. При склеротерапии мы используем 2-3% раствор этоксисклерола или тромбовара. К осложнениям склеротерапии относят выраженный болевой синдром, тромбоз наружных узлов, кровотечения из инъекционного дефекта, воспаление параректальной клетчатки.

При инфракрасной фотокоагуляции через тубус аноскопа устанавливают наконечник фотокоагулятора в проекции сосудистой ножки внутри узла и производят коагуляционную обработку в 3-4 точках, равноудаленных друг от друга на расстоянии до 5 мм. После манипуляции у ряда больных отмечается болевой синдром, кровотечение из зоны некроза, тромбоз внутренних геморроидальных узлов.

Лигирование геморроидальных артерий было предложено в 1995 г. Kazumasa Morinada и заключалось в перевязке геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии.

В 2005 г. методика была дополнена проктоанальной пластинкой, благодаря чему показания к выполнению данного вмешательства расширились со II-III стадии до IV.

Метод является оправданным, так как воздействует на оба механизма развития геморроя — сосудистый и механический. Лигирование воздействует на сосудистый фактор, а пластинка блокирует механический компонент прогрессии геморроя. Кроме того, излечение является результатом одноэтапной манипуляции. Основным методом хирургического лечения геморроя остается геморроидэктомия. Золотым стандартом является радикальная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану (1937 г.).

Применяются также следующие варианты геморроидэктомии:

- закрытая — иссечение узлов с покрывающей их слизистой, целостность которой восстанавливается непрерывными или отдельными узловыми швами;
- открытая (классическая) — раны остаются открытыми;
- подслизистая — дугообразный разрез слизистой анального канала с помощью коагулятора после предварительного промывания и перевязки ножки узла, затем иссекают его и восстанавливают слизистую.

К ранним послеоперационным осложнениям относят: болевой синдром, кровотечения, воспалительные осложнения, дизурию. В отдаленные сроки возможно формирование структуры анального канала, слабость анального жома. Операция может быть выполнена с помощью ультразвукового гармонического скальпеля, электрохирургического блока Liga Sure. А также при лечении II-IV стадии геморроя выполняют операцию, предложенную в 1993 г. A.Longo: под контролем зрения через аноскоп накладывают кисетный шов выше зубчатой линии, вводят циркулярный сшивающий аппарат, выполняют резекцию слизисто-подслизистого слоя прямой кишки с одномоментным прошиванием. В результате блокируются ветви верхней прямокишечной артерии, иссекаются и подтягиваются внутренние узлы.

Осложнения — дизурические явления, тромбоз геморроидальных узлов, кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Мы проанализировали собственный опыт лечения 76 пациентов, проходивших обследование и лечение в нашей клинике по поводу геморроя. Среди них мужчин — 51, женщин — 25. Возраст колебался от 25-65 лет. Хроническая форма геморроя диагностирована у 56 больных, острая форма — у 20, контрольную группу составляли 12 пациентов. Больные с хронической формой были разделены на две группы: пациенты 1 группы выполнялось операция без терапии, а пациенты 2 группы в послеоперационном периоде принимали консервативное лечение, в частности препарат «Детралекс», нормализующий микроциркуляцию в кавернозных тельцах геморроидальных узлов.

«Детралекс» — микролизирующая очищенная флавоноидная фракция, используется как компонент комплексной консервативной терапии различных форм геморроя.

В связи с этим больным с острой формой геморроя проводилась монофармакотерапия «Детралексом». В послеоперационном периоде у больных, принимавших «Детралекс», наблюдались интенсивные темпы нормализации скорости агрегации, скорости и степени дезагрегации в сравнении с группой пациентов, не получавших «Детралекс».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ проведенной нами работы позволяет утверждать патогенетическую эффективность применения «Детралекса» у больных хронической формой геморроя в послеоперационном периоде и с острой формой заболевания в качестве монофармакотерапии.

Результати нашого дослідження підтверджують ведучу роль мікроциркуляторних порушень в розвитку геморроя. Применение фармакологічних препаратів, в спектр дієвості яких входить вплив на функцію ендотелію, агрегаційну і адгезивну активність тромбоцитів, в частині «Детралекса», дозволить покращити результати лікування і скоротити строки реабілітації.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Milligan Et.C. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids / Et.C.Milligan, C.N.Morgan, L.E.Joonas et al. // *Lancet*. — 1937. — №2. — P. 1119-1124.
2. Morinaga K. Novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler Flowmeter / K.Morinaga, K.Hasuda, Y.A.Ikeda // *The American Journal of Gastroenterology*. — 1995. — №90. — P. 610-613.
3. Armstrong D.N. Yarnomic scalpel hemorrhoidectomy / D.N.Armstrong, W.I.Ambrose, M.E.Schertner // *Dis. Colon Rectum*. — 2002. — №45. — P. 354-359.
4. Щельгин Ю.А. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое / Ю.А.Щельгин, Л.А.Благодарный, Л.М.Хмылов // *Колопроктология*. — 2003. — №1. — С. 1-9.
5. Щельгин Ю.А. Результаты лигирования дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии при хроническом геморрое / Ю.А.Щельгин, Л.Ю.Титов, В.В.Веселов // *Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова*. — 2003. — №1. — С. 39-44.
6. Тибербулатов В.М. Использование генератора Liga Sure при геморроидэктомии / В.М.Тибербулатов, Д.И.Мехдиев, Р.Г.Каланов, Р.Р.Фаязов, Ф.А.Каюмов и др. // *Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова*. — 2004. — №9. — С. 44-46.
7. Misra M.C. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal hemorrhoids / M.C.Misra, R.Parshad // *Br.J Surg*. — 2000. — №87. — P. 868-872.
8. Васильев С.В. Сравнительная оценка операции Лонго и шовного лигирования терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии в лечении хронического геморроя / С.В.Васильев, К.Н.Комяк, А.И.Недозимованный // *Вестник хирургии им. И.И.Грекова*. — 2007. — №3. — С. 166.
9. Dal Monte P.P. Trasanal haemorrhoidal duarterialisation, nonexcisional surgery for the treatment of hemorrhoidal disease / P.P.Dal Monte, C.Tagariello, M.Sarago, P.Giordano, A.Shati, E.Cudazzo et al. // *Tech Coloproctol*. — 2007. — №11. — P. 333-338.
10. Стойко Ю.М. Патогенетическое обоснование эффективности применения «Детралекса» у больных с острыми формами геморроя / Ю.М.Стойко, В.А.Сотникова // *Колопроктология*. — 2008. — №4. — С.13-16.

**А.Б.Рустамова. Геморрой — сучасний погляд на проблему. Баку, Азербайджан.**

**Ключові слова:** склерозування, латексне лігування вузлів, інфрачервона фотокоагуляція, лігування під контролем доплерометрії.

Геморрой є найбільш поширеним захворюванням серед хвороб аноректальної зони. Дане захворювання можна віднести до хвороб цивілізації і способу життя. Однаково хворіють представники обох статей, однак останнім часом відзначається більш своєчасне і часте звернення до проктолога осіб чоловічої статі, з віком ймовірність розвитку захворювання збільшується.

Виходячи із судинної концепції розвитку захворювання, хворим наряду із хірургічними втручаннями призначаються препарати, що нормалізують мікроциркуляцію. Ефективність препаратів посилюється дотриманням рекомендацій з регулювання стільця і застосування препаратів місцевої дії.

**A.B.Rustamova. Hemorrhoids — the modern sight on the problem. Baku, Azerbaijan.**

**Key words:** sclerotherapy, latex ligation sides, infrared photocoagulation, ligation under Doppler control.

Hemorrhoids is the most spread disease among diseases of anorectal zone. This disease can be referred to diseases of civilization and the way of life. The representatives of both genders have this disease, however in the last time is registered more and often address to proctologist of male gender, and the probability of disease development is increased with age.

Coming from vascular conception of disease development by ill, together with surgery intervention appointed also medicine that normalize microcirculation. The efficiency of medicine is increased by compliance of recommendations on stool and by taking the medicine of local action.

Надійшла до редакції 21.03.2013 р.