

Современная тактика лечения геморроидальной болезни

Е.А.Загрядский
Медицинский центр «Он Клиник», Москва

Геморроидальная болезнь – широко распространенное заболевание индустриально развитых стран мира. В настоящее время геморроидальная болезнь рассматривается как типичная болезнь «цивилизации», до 75% профессионально активных людей страдают этим заболеванием. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой в России занимает одно из первых мест, частота заболевания колеблется от 34 до 41%.

Патогенез

Работами E.Stelzner и соавт. (1962 г.) [1] установлено наличие кавернозной ткани, расположенной в переходном отделе прямой кишки перед аноректальной линией, которая является источником формирования геморроидальных узлов. Кавернозная ткань является нормальной анатомической структурой, которая закладывается в процессе эмбриогенеза в дистальном отделе прямой кишки выше зубчатой линии (внутренние узлы) и под кожей промежности (наружные узлы).

Кавернозная ткань является важным анатомическим образованием, играющим решающую роль в так называемом тонком анальном держании стула. Эластичные кавернозные тельца, окруженные соединительнотканными структурами и мышцей Трейца, дают возможность кавернозной ткани изменяться в размерах и участвовать в удерживающей функции анальных сфинктеров [2–4]. При заполнении кровью они способны придавать тканям подслизистого слоя упругость и сдавить складки слизистой оболочки, герметизируя тем самым просвет прямой кишки.

Под термином «геморрой» следует понимать патологическое увеличение наружных и внутренних геморроидальных узлов, сопровождающееся периодическим выделением крови из внутренних узлов и их выпадением из анального канала.

Благодаря исследованиям Л.Л.Капуллера, В.Л.Ривкина (1976 г.) [2], E.Stelzner (1963 г.) [1], W.Thomson (1975 г.) [4] установлено, что ведущими патогенетическими факторами развития геморроя являются нарушения в процессах управления гемодинамикой и развитие дистрофических нарушений в связочном аппарате геморроидального сплетения.

Сосудистый фактор связан с дисфункцией управления тонуса сосудов, обеспечивающих приток артериальной крови по улитковым артериям к кавернозным тельцам и отток по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец, являющихся субстратом для развития геморроя. Изучение артериальной архитектоники верхней прямокишечной артерии было проведено с использованием анатомических и ультразвуковых методов исследования FAigner и соавт. (2004, 2006 г.) [5, 6]. У пациентов с разными стадиями геморроидальной болезни диаметр артерий увеличивается в 2 и 3 раза, что приводит к усилению линейного кровотока и повышению давления в них [6]. Гиперплазия кавернозной ткани вследствие патологического артериального притока приводит к разрушению соединительнотканного каркаса кавернозной ткани и мышцы Трейца и формированию геморроидального узла.

При развитии провоцирующих факторов (длительное натуживание, повышение внутрибрюшного давле-

ния и пр.) возникает усиление притока по терминальным ветвям верхней прямокишечной артерии, которая с избытком сбрасывается в просвет вен, а те, в свою очередь, постепенно трансформируются вначале по типу простой компенсаторной, а затем варикозной и ангиоподобной флэбэктазии. Нарушение оттока крови усугубляется открытием артериовенозных шунтов и спазмом прекапиллярных артериол, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец. Спазм внутреннего сфинктера, по мнению V.Hancock (1975 г.), вероятно, является парадоксальной компенсацией кровотока в системе венозного оттока, который предотвращает венозную дилатацию в верхней части анального канала. Степень дисфункции внутреннего сфинктера зависит от стадии заболевания, наиболее выражена у пациентов со II–III стадией заболевания [7].

Второй фактор – механический. Формирование геморроидального узла развивается в результате смещения анальных валиков. Под воздействием неблагоприятных факторов (повышение внутрибрюшного давления при длительном натуживании, кашле) развиваются дистрофические процессы в фиксирующем аппарате геморроидальных узлов – мышце Трейца и связке Паркса. В поздних стадиях происходит разрыв подвешивающей связки и связки Паркса, тогда же внутренние геморроидальные узлы начинают выпадать из заднего прохода. Слабость опорной ткани способствует расширению сосудистой составляющей. Мышечный слой истонченных вен теряет свою сократительную способность, что ведет к застою крови в венах и еще большему их растяжению. Патологические факторы развития заболевания не следует рассматривать как этапы развития заболевания. Эти факторы развиваются параллельно, усугубляя друг друга.

Факторы риска развития геморроя

Развитие заболевания отмечается у больных, занимающихся тяжелым физическим трудом, страдающих запорами, пациентов с «сидячими» профессиями (шоферы, летчики, программисты и др.). К факторам риска развития заболевания следует отнести нерациональное питание и беременность.

Клиническая картина

Клиническая картина геморроя характеризуется двумя основными симптомами – кровотечением и выпадением узлов из анального канала. Значительно реже встречается чувство дискомфорта в анальном канале, зуд и выделения из анального канала. Болевой синдром не характерен для геморроя, как правило, обусловлен наличием анальной трещины или криптитом.

Диагностика

Диагностика геморроя основана на клинических признаках заболевания, пальцевом исследовании, а также аноскопии, ректороманоскопии. Колоноскопия или ирригоскопия выполняется у пациентов старше 45 лет. Полноценное обследование позволяет прежде всего поставить правильный диагноз и выявить сопутствующую патологию толстой кишки. В целом ряде случаев удастся выявить полипы толстой кишки и колоректальный рак.

Классификация геморроя

Степень увеличения геморроидальных узлов и характер дистрофических процессов в удерживающем фиброзно-мышечном каркасе внутреннего геморроидального сплетения поставлены в основу классификации геморроя, разработанной в 1993 г. в ФГУ ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития РФ [7].

По течению заболевания различают хронический и острый виды геморроя. По форме заболевания разделяют: внутренний, наружный и комбинированный геморрой. Выделяют 4 стадии заболевания. Для I стадии характерным признаком является выделение крови из анального канала без выпадения геморроидальных узлов. II стадия характеризуется выпадением геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал (с кровотечением или без него). При III стадии характерной является необходимость ручного вправления геморроидальных узлов при выпадении (с кровотечением или без него). IV стадия характеризуется постоянным выпадением узлов и невозможностью их вправления в анальный канал (с кровотечением или без него).

Острый геморрой по клиническому течению мы разделяем на 3 стадии:

I. Тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса.

II. Тромбоз, осложненный воспалением геморроидальных узлов.

III. Тромбоз геморроидальных узлов, осложненный воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи.

Классификация методов лечения

Все методы лечения геморроя условно можно разделить на 3 группы: консервативное, малотравматичное или инструментальное и хирургическое.

Алгоритм лечения геморроидальной болезни

Выбор характера лечения зависит от стадии заболевания. Консервативное лечение должно быть направлено на эффективное снятие основных симптомов заболевания, а также на подготовку к предполагаемому малоинвазивному или хирургическому лечению. Адекватно проведенная консервативная терапия позволяет в целом ряде случаев изменить характер и объем предполагаемого хирургического лечения.

Консервативное лечение

Консервативное лечение показано при начальных стадиях хронического геморроя и остром течении заболевания. Объем консервативного лечения складывается из общего и местного лечения. Терапия прежде всего направлена на нормализацию кровотока в системе геморроидального сплетения, нормализацию тонуса внутреннего сфинктера и снятие болевого синдрома и нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта. Нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта является одним из факторов, приводящих к обострению заболевания.

Изменение образа жизни должно быть предложено пациенту при любой стадии геморроидальной болезни. Эти изменения включают нормализацию питания в зависимости от характера преобладающих симптомов заболевания. При склонности к запорам рекомендуют диету – стол №3 по Певзнеру. При склонности к диарее стол №4б или 4в. Для регуляции моторики используются спазмолитики и прокинетики. Выбор препарата диктует конкретная клиническая ситуация. У больных с синдромом раздраженной толстой кишки с преобладанием запоров целесообразно использовать спазмолитические препараты, при атонических запорах обычно используются прокинетики. Для нормализации функции кишечника и уменьшения потуги при дефекации целесообразно назначение пищевых волокон, таких как гемицеллюлоза, пшеничные отруби, либо препара-

тов на основе семян подорожника, которые можно сочетать с осмотическими слабительными. Благодаря водосвязывающей способности они регулируют консистенцию стула, увеличивают его массу и ускоряют продвижение кишечного содержимого по толстой кишке, уменьшая потугу при дефекации, вследствие чего внутреннее геморроидальное сплетение меньше травмируется каловым комком. Вследствие этого геморроидальные узлы меньше выпадают и эпизоды кровотечения из них уменьшаются. При склонности к поносам целесообразен прием адсорбентов, ферментных препаратов и средств, нормализующих микрофлору кишечника, улучшающих всасываемость и влияющих на перистальтику тонкой и толстой кишки.

Основой общего лечения геморроя является применение флеботропных препаратов на основе биофлавоноидов. Флеботоники активны *in vitro*, однако их общим свойством является плохая растворимость в воде, что препятствует всасыванию в желудочно-кишечном тракте. Эталонным флеботропным препаратом является препарат Детралекс (Лаборатории Сервье). Основой препарата является микронизированная очищенная фракция флавоноидов (450 мг диосмина и 50 мг других флавоноидов в пересчете на гесперидин). Благодаря микронизации Детралекс в 2 раза быстрее обычного всасывается из желудочно-кишечного тракта, терапевтический эффект достигается через 4 ч после приема 1000 мг (2 таблеток), в то время как его немикронизированные аналоги проявляют эффект лишь через 24–48 ч [8]. Препарат действует преимущественно на венозное русло, уменьшая венозный застой и выраженность отека путем снижения проницаемости капилляров, изменения диаметра лимфатических сосудов и снижения давления в них. Благодаря этому повышается тонус вен и прочность капилляров. Комплексный механизм действия Детралекса позволяет воздействовать на процессы, лежащие в основе проявлений острого геморроя, а также сводить к минимуму вероятность развития тромбоза геморроидальных узлов при хроническом геморрое.

При острых формах геморроя рекомендуется прием Детралекса по 6 таблеток в день в течение первых 4 дней, затем 4 таблетки в день в течение 3 дней. Через 2 дня использования происходит уменьшение выраженности субъективных и объективных проявлений заболевания. Болевой синдром купируется у 84% пациентов, получающих препарат. При приеме Детралекса уменьшается потребность в системных анальгетических и местных препаратах [9]. Его применение позволяет сократить период обострения в 2 и более раз. В качестве местного лечения целесообразно использование свечей или мазей для усиления флеботонического эффекта.

Купирование болевого синдрома

Для снятия болевого синдрома целесообразен прием нестероидных противовоспалительных препаратов: кеторолака трометамин, кетопрофена, нурофена и др. В целом ряде случаев болевой синдром обусловлен спазмом внутреннего сфинктера, что может быть связано с анальной трещиной либо криптитом. В этих случаях целесообразно использование комбинированных препаратов (Баралгин, Спазмалгон), а также препаратов, содержащих либо нитроглицерин, либо блокаторы кальциевых каналов (нифедипин). Препараты снимают спазм мышц внутреннего сфинктера, тем самым восстанавливается венозный отток. В этих случаях могут использоваться аэрозоль «Изокет» либо 0,3% нитроглицериновая или 0,2% нифедипиновая мазь.

Усиление регенерации поврежденных тканей

С целью улучшения регенерации слизистой анального канала и геморроидальных узлов отдаем предпочтение препарату Постеризан в виде свечей и мазей.

Постеризан стимулирует Т-систему иммунитета и некоторые гуморальные факторы неспецифического иммунитета. Уменьшает экссудацию при воспалении, нормализует проницаемость и тонус кровеносных сосудов, стимулирует регенерацию поврежденных тканей. В лечении также используются свечи (мазь), такие как Релиф, Релиф Адванс, Проктозан, метилурацил.

Как правило, проведение консервативной комплексной терапии (в течение 7–14 дней) перед проведением малоинвазивного лечения, в том числе и перед стандартной операцией, позволяет получить хорошие результаты лечения. Индивидуально подобранный протокол лечения при обострении геморроя позволяет в короткие сроки снять обострение и восстановить трудоспособность пациента и подготовиться к хирургическому либо к малотравматичному лечению.

Малоинвазивные методы лечения геморроя

«Золотым стандартом» лечения геморроя является хирургический метод. В середине XX столетия разработаны методы хирургического лечения (геморроидэктомия), которые являются идеальными методами (Milligan–Morgan, 1937; A.Parks, 1956; J.Ferguson, 1971). Длительный реабилитационный период, обусловленный продолжительным заживлением ран анального канала, послужил основанием к разработке малотравматичных методов лечения. К ним относятся склеротерапия [10], инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов [11], лигирование латексными кольцами [12], электрокоагуляция и др. Как показывают работы зарубежных и отечественных специалистов, малотравматичные методы лечения позволяют эффективно купировать симптомы заболевания у пациентов с I–III стадией геморроя. Стандартная геморроидэктомия выполняется у ограниченного числа пациентов только с IV стадией заболевания.

В группе малотравматичных методов лечения следует выделить методики, направленные на деструкцию ткани внутреннего геморроидального сплетения, которое может достигаться использованием разных инструментальных методов: склеротерапии внутренних геморроидальных узлов [10], инфракрасной фотокоагуляции [11], лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными лигатурами [12]. Электрокоагуляция внутренних геморроидальных узлов разными параметрами электрического тока – аппаратами «Ультроид», «Бикап», «Геморон».

Второе направление методов малотравматичного лечения – уменьшение объема ткани внутреннего геморроидального сплетения – методы геморроидопексии. Геморроидопексия может быть проведена путем выполнения циркулярной резекции слизистой подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки – операция Лонго [13]. Для геморроидопексии могут использоваться методики, предложенные О.Аwojobi (1983 г.) [14] или А.Hussein (2001 г.) [15]. Развитием этого направления лечения геморроя стала методика геморроидопексии, выполняемая с использованием проктоскопа Hemor Pex System (J.Dennis и соавт., 1989) [16].

Новым направлением малотравматичного лечения геморроя является трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов, предложенная японскими хирургами К.Morinaga и К.Hasuda (1995 г.) [17].

Малоинвазивное лечение при I–II стадиях

При I стадии целесообразно сочетать консервативную терапию (нормализация стула, прием флеботропного препарата Детралекс, местное лечение) с проведением склерозирующей терапии. Инфракрасная фотокоагуляция малоэффективна, поскольку дает лишь кратковременный эффект.

При II стадии используют лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами или сочетание методов склеротерапии (или инфракрасная коагуляция + лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами + склеротерапия). Малотравматичные манипуляции должны сочетаться с флеботонической терапией препаратом Детралекс. Использование малоинвазивных методов лечения при I и II стадии заболевания в 96% случаев купирует симптомы заболевания [18].

Малоинвазивное лечение при III стадии

У пациентов с III стадией заболевания можно использовать лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными лигатурами, однако эффективность методики не превышает 70%, требует не менее 3–4 сеансов лигирования [18]. Лечение пациентов должно сочетаться с флеботонической терапией препаратом Детралекс.

Использование малотравматичных методик лечения при IV стадии заболевания большинством специалистов считается нецелесообразным в связи со своей неэффективностью.

Противопоказанием для проведения малоинвазивных способов лечения является тромбоз геморроидальных узлов, острый и хронический парапроктит, анальная трещина и другие воспалительные заболевания анального канала и промежности.

Хирургические методы лечения

Геморроидэктомия

Хирургическое лечение геморроя направлено на иссечение ткани внутреннего геморроидального сплетения. Операция может выполняться в трех вариантах. Первый вариант геморроидэктомии по Milligan–Morgan, 1937 [19], без ушивания раны анального канала. Второй вариант геморроидэктомии – так называемые пластические операции, выполняемые с погружением культи геморроидального узла в подслизистый слой и ушиванием слизистой анального канала. В 1956 г. A.Parks [3] предложил подслизистую геморроидэктомию, однако методика не получила широкого распространения из-за технической сложности выполнения. В J.Ferguson [20] в 1959 г. описал свой вариант геморроидэктомии с ушиванием раны анального канала, которая утвердилась в хирургической практике.

Третий вариант операции – циркулярное иссечение слизистой прямой кишки и внутренних геморроидальных узлов с низведением слизистой. Такой вариант предложен в 1882 г. W.Whitehead. Методика имеет историческое значение, в настоящее время не применяется.

По общему мнению специалистов, геморроидэктомия должна применяться при III–IV стадии заболевания. Общий недостаток геморроидэктомии, отмечаемый специалистами, – длительный реабилитационный период и болевой синдром, независимо от типа операции. Развитие современной техники привело к появлению разных аппаратов, используемых для иссечения геморроидальных узлов: разные типы лазеров, высокочастотные электрокоагуляторы, ультразвуковой скальпель, биполярный электрокоагулятор LigaSure. Использование этих аппаратов, сочетающих эффект резки и одновременной коагуляции тканей, позволяет выполнить операцию с минимальной кровопотерей, но это по сути является вариантом «открытой» геморроидэктомии. Рандомизированные исследования свидетельствуют, что разнообразные способы иссечения геморроидальных узлов, включая высокочастотную диатермию, лазер, биполярную диатермию (LigaSure™), ультразвуковой скальпель (Harmonic Scalpel) и Nd:YAG-лазер, показали отсутствие различия в степени выраженности послеоперационного болевого синдрома, сроках заживления ран и длительности реабилитационного периода [21–25].

По мнению J.Cintrón и H.Abcarian (2007 г.) [26], «мода» на использование при геморроидэктомии Гармонического скальпеля или биполярной диатермии (LigaSure™) не дает никаких преимуществ, кроме дополнительных затрат на лечение. Выбор методики геморроидэктомии основывается на опыте и предпочтениях хирурга.

Степлерная мукозэктомия – операция Лонго

В 1998 г. Антонио Лонго [13] предложил применение циркулярных степлеров для выполнения операции по поводу геморроя. Методика степлерной мукозэктомии стала широко использоваться при II–IV стадии геморроя. Опыт использования данного типа вмешательства свидетельствует, что болевой синдром значительно менее выражен, а реабилитационный процесс был более коротким, чем при стандартной геморроидэктомии. Отдаленные результаты операции проанализированы в Кохрановском исследовании (2007 г.) и показали, что рецидив симптомов геморроя после геморроидопексии имеет более высокую частоту, чем после геморроидэктомии. По мнению M.Pescatori и F.Aigner (2007 г.), основанном на данных цветного доплерографического сканирования, при степлерной мукозэктомии трудно прервать патологический артериальный приток по терминальным веткам верхней прямокишечной артерии к верхнему геморроидальному сплетению, поскольку пересечение слизистой происходит вслепую. По мнению этих авторов, эффект степлерной мукозэктомии связан не с дезартеризацией внутреннего геморроидального сплетения, а с развитием рубцовой ткани в дистальной части прямой кишки, которое предотвращает смещение верхнего геморроидального сплетения.

Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов

В 1995 г. японский хирург K.Morinaga и соавт. [17] разработали новую методику лечения геморроидальной болезни, основанную на современной концепции ее развития. С целью предотвращения патологического артериального притока крови по веткам верхней прямокишечной артерии авторы предложили проводить дезартеризацию под доплер-контролем, что позволяет ликвидировать дисбаланс кровотока в системе кавернозного сплетения. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация с 2006 г. стала сочетаться с мукопексией слизистой, что позволило использовать методику при III и IV стадии заболевания. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о высокой эффективности методики у больных со II–IV стадией геморроя. Преимуществом данной методики является возможность ее использования в амбулаторных условиях или стационаре одного дня. К этому следует добавить, что внедрение в практику лечения геморроидальной болезни патогенетически обоснованной методики трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации с мукопексией показало высокую эффективность как своими непосредственными, так и отдаленными результатами лечения. Методика может выполняться как без, так и с удалением наружных геморроидальных узлов, если этого требует клиническая ситуация.

Таким образом, у пациентов с I стадией показаны: комплексная консервативная терапия флеботропными препаратами, а именно Детралексом, и проведение склерозирующей терапии. При II стадии, возможно, проводить склеротерапию, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, либо трансанальную доплер-контролируемую дезартеризацию и консервативную терапию. При III стадии геморроя, возможно, проводить этапное лигирование латексными

кольцами либо выполнять трансанальную доплер-контролируемую дезартеризацию с мукопексией слизистой. При хирургическом лечении пациентов с IV стадией заболевания операцию следует начинать с трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации с мукопексией слизистой, это позволит значительно уменьшить объем наружных геморроидальных узлов. По завершении этого этапа операции манипуляция может сочетаться с солитарной геморроидэктомией либо только удалением наружных геморроидальных узлов.

Выбор метода лечения геморроя зависит от стадии геморроя, где применение консервативной терапии с использованием флеботропных препаратов (препарат выбора Детралекс) и малоинвазивных методов как в самостоятельном использовании, так и в комбинации друг с другом или с хирургическими способами позволяет достичь выздоровления у 90% пациентов [7].

Литература

1. Stelzner F, Staubesand J, Machliedt H. Das corpus cavernosum rectidie grunelage der inneren haemorrhoiden. *Langenbecks Arch Klin Chir* 1963; 299: 302–12.
2. Ривкин ВЛ, Кануллер ЛЛ. Геморрой. М.: Медицина, 1976.
3. Parks AG. The surgical treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 1956; 43: 337–51.
4. Thomson WH. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62 (7): 542–52.
5. Aigner F, Bodner G, Conrad F et al. The superior rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation techniques for internal hemorrhoids. *Am J Surg* 2004; 187: 102–8.
6. Aigner F, Bodner G, Gruber H et al. The Vascular Nature of Hemorrhoids. *J Gastrointest Surg* 2006; 10: 1044–50.
7. Воробьев ГИ, Шельгин ЮА, Благодарный ЛА. Геморрой. М.: Митра-пресс, 2002; с. 129–30.
8. Благодарный ЛА. Преимущества системной фармакотерапии при лечении геморроя. *Cons. Provis.* 2002; 2 (8).
9. Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. *Br J Surg* 2000; 87: 868–72.
10. Graham-Stewart CW. Injection treatment of haemorrhoids. *BMJ* 1962; 1: 213–26.

11. Neiger A. Infrared-photo-coagulation for hemorrhoids treatment. *Int Surg* 1989; 74: 142–3.
12. Barron J. Office ligation treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1963; 6: 109.
13. Longo A. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. *Proceedings of the Sixth World Congress of Endoscopic Surgery. Monduzzi, Bologna* 1998; p. 777–84.
14. Awojobi OA. Modified pile suture in the outpatient treatment of hemorrhoids. A preliminary report. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 95–7.
15. Hussein AM. Ligation-anopexy for treatment of advanced hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 2001; 44 (12): 1887–90.
16. Denis J, Dubois N, Ganansia R et al. Hemorrhoidectomy: Hospital Leopold Bellan procedure. *Int Surg* 1989; 74 (3): 152–3.
17. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 610–3.
18. Wroblewski DE, Corman ML, Veidenheimer MC et al. Long-term evaluation of rubber ring ligation in hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 478.
19. Milligan ETC, Morgan C, Naughton JLF, Office RR. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of hemorrhoids. *Lancet* 1937; 11: 1119–24.
20. Ferguson JA, Mazier WP, Ganchrow MI, Friend WG. The closed technique of hemorrhoidectomy. *Surgery* 1971; 70: 480–4.
21. Chung YC, Wu HJ. Clinical experience of sutureless closed hemorrhoidectomy with LigaSure. *Dis Colon Rectum* 2003; 46 (1): 87–92.
22. Chung CC, Ha JP, Tai YP et al. Double-blind, randomized trial comparing Harmonic Scalpel hemorrhoidectomy, bipolar scissors hemorrhoidectomy, and scissors excision: ligation technique. *Dis Colon Rectum* 2002; 45 (6): 789–94.
23. Franklin EJ, Seetharam S, Lowney J, Horgan PG. Randomized, clinical trial of LigaSure vs conventional diathermy in hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2003; 46 (10): 1380–3.
24. Senagore A, Mazier WP, Luchtefeld MA et al. Treatment of advanced hemorrhoidal disease: a prospective, randomized comparison of cold scalpel vs. contact Nd:YAG laser. *Dis Colon Rectum* 1993; 36 (11): 1042–9.
25. Wang JY, Chang-Chien CR, Chen JS et al. The role of lasers in hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1991; 34 (1): 78–82.
26. Bruce G. Wolff. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Springer 2007.

Геморрой с болью – роль консервативной терапии

В.К.Ан, Б.В.Щетинин, Д.И.Веселов
Городская клиническая больница № 67 им. Л.А.Ворохобова, Москва

Геморрой – одна из самых распространенных болезней человека. Ее основной симптом – кровь, сопровождающая дефекацию, – заключен в ее названии: гаемо – кровь и гнохе – истекать. Его распространенность достаточно высока и составляет 118–120 человек на 1 тыс. взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%. Геморрой может развиваться как самостоятельное заболевание и может быть следствием других болезней (сердечная недостаточность, портальная гипертензия), патологических или физиологических состояний (малоподвижный образ жизни, запоры, чрезмерные физические нагрузки, беременность).

В анальном канале – три основных сосудистых скопления, которые и формируют наружные и внутренние геморроидальные узлы. В большинстве случаев они расположены на 3, 7 и 11 часах по условному циферблату.

Патогенез

Работами отечественных и зарубежных ученых установлено, что в основе геморроя лежит патология кавернозных сосудистых образований, заложенных в процессе нормального эмбриогенеза в подслизистом слое дистальной части прямой кишки. Мы пришли к заключению, что, помимо сосудистого, в патогенезе геморроя большую роль играет мышечно-дистрофический фактор. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови в кавернозные тельца и уменьшению оттока по кавернозным венам, что ведет к увеличению их размеров и развитию геморроя. Вторым ведущим фактором являются дистрофические процессы в продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающие геморроидальные узлы в анальном канале. Под действием неблагоприятных факторов происходит увеличение геморроидальных