

Глава 6: Диагностика и лечение геморроя

Геморрой

Геморрой – широко распространенная патология аноректальной области, в развитии которой предполагают участие многих этиологических факторов. На сегодняшний день существуют несколько эффективных стратегий лечения этого заболевания – от консервативных до хирургических, в зависимости от стадии хронического геморроя и степени тяжести острого периода болезни. Геморрой также широко распространен у женщин в период беременности и после родов. Таким образом, диагностика и лечение геморроя являются важными компонентами акушерской помощи.

Эпидемиология

Распространенность геморроя точно не установлена и может варьировать от 4 до 6% в общей популяции взрослого населения. В общетерапевтической практике его обнаруживают у 36–40% пациентов. Распространенность заболевания в России составляет 120–140 человек на 1 000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре патологии толстой кишки колеблется от 34 до 41%. В США геморрой обнаруживают у 4,4% пациентов (примерно у 1 млн человек) ежегодно (Rivadeneira et al., 2010).

Симптомы

Геморрой может протекать бессимптомно. Типичными жалобами служат зуд, ноющая боль, выпадение геморроидальных узлов из анального канала при

натуживании или при ходьбе и кровотечения из прямой кишки. Ректальные кровотечения, связанные с внутренним геморроем, обычно безболезненные, хотя пациенты могут отмечать набухание тканей, слизистое отделяемое или ощущать дискомфорт и неполное опорожнение кишечника. Наружный геморрой проявляется анальным дискомфортом, связанным с переполнением узлов кровью, болью при их тромбозе, а также зудом в связи со сложностью поддержания гигиены перианальной области и наличием образований в области заднего прохода, часто болезненных и кровоточащих. Кроме того, геморрой часто ассоциируется с запорами (Sneider and Maykel, 2010).

Диагностика

Диагноз устанавливают на основании целенаправленного сбора медицинского анамнеза и объективного обследования. Клиническое обследование должно включать оценку протяженности, тяжести и длительности ректального кровотечения, степени пролапса узлов, выраженности боли, особенности гигиены и характера питания (употребление в пищу клетчатки и прием жидкостей). Также анализируют режим дефекаций, консистенцию стула, сложности при дефекации и подробно изучают семейный анамнез, уделяя особое внимание заболеваниям кишечника.

Объективное обследование должно включать визуальный осмотр области ануса, пальцевое исследование, аноскопию и/или проктоскопию. Для оценки степени тяжести внутренний геморрой (т. е. расположенный выше зубчатой линии) разделяют на стадии в соответствии с классификацией, представленной в **таблице 6.1**. Следует учитывать также наличие тромбоза узлов и другой сопутствующей патологии аноректальной области, в частности, трещин, фистул, абсцесса или болезни Крона (Rivadeneira et al., 2010).

Пациентам с ректальным кровотечением требуется проведение колоноскопии для исключения колоректального рака, воспалительных заболеваний кишечника, дивертикулеза и ангиодисплазии (Rivadeneira et al., 2010).

Таблица 6.1. Классификация внутреннего геморроя (Altomare and Giuratrabocchetta, 2013)

- Стадия I: геморроидальные сплетения набухшие и отечные; может отмечаться кровотечение, но без пролапса и дислокации с обычного места во время дефекации.
- Стадия II: геморроидальные сплетения с пролапсом слизистой в анальный канал при натуживании, с самостоятельным возвращением в нормальное положение в анальном канале в конце акта дефекации.
- Стадия III: протрузия (выпадение) геморроидальных узлов из анального канала во время дефекации с необходимостью их ручного вправления в анальный канал. Геморроидальные узлы выглядят отеками, набухшими и часто сливаются. Наиболее важно, что они не вправляются самостоятельно в анальный канал.
- Стадия IV: длительно существующие геморроидальные узлы, полностью вышедшие наружу, с постоянной экстериоризацией слизистой анального канала и фиброзом кожи, который препятствует их вправлению в анальный канал.

Лечение

Для лечения хронического и острого геморроя применяют консервативные, малоинвазивные и хирургические методики, а также их комбинацию.

Консервативное лечение

Консервативное лечение показано в начальных стадиях хронического геморроя, при остром геморрое и в периоперационном периоде. Обязательными условиями для применения любых методов лечения острого и хронического геморроя являются нормализация деятельности ЖКТ и устранение запоров с помощью потребления адекватного количества жидкости и пищевых волокон. Рекомендуются увеличение потребления клетчатки с пищей (20–35 г/сут либо прием пищевых добавок клетчатки) и жидкости (1,5–2 л/сут), а также исключение натуживания при дефекации и уменьшение времени, проводимого в туалете (Rivadeneira et al., 2011).

Нормализация стула заключается в регулярном опорожнении толстой кишки – ежедневно или хотя бы через 1–2 сут. Для этого назначают ферментные препараты, пробиотики, средства, нормализующие перистальтику тонкой и толстой кишки, гидрофильные коллоиды, обильное питье и др. Полезно включение в диету пшеничных отрубей, морской капусты, льняного семени, семян и семенной кожуры подорожника в природном виде или в форме фармакологических препаратов (агиолак, фایберлекс, дюфалак и др.), обладающих высокой водоудерживающей способностью.

При остром геморрое консервативная терапия складывается из общего и местного применения обезболивающих и противовоспалительных препаратов, очистительных клизм, маевых повязок и физиотерапии.

В качестве системных препаратов предпочтение отдают микронизированной очищенной флавоноидной фракции (Детралекс), полусинтетическому диосмину (Флебодиа 600) и гидроксизтилрутозидам, которые назначают по стандартным схемам, рекомендованным для хронического и острого геморроя.

При выраженном болевом синдроме, связанном с воспалением, могут быть назначены НПВС.

Местное лечение геморроя зависит от преобладающего симптома (боль, тромбоз, распространенность воспалительного процесса и кровотечение).

При сопутствующем воспалении подкожной клетчатки и перианальной области используют водорастворимые мази с антибактериальным и местно-анестезирующим действием. В период стихания воспаления применяют линименты, улучшающие регенерацию тканей, на основе декспантенола и депротеинизированных диализатов и дериватов крови телят.

При геморроидальных кровотечениях местное лечение дополняют гемостатическими препаратами, вводимыми парентерально или per os (этамзилат натрия). При обильных геморроидальных кровотечениях кроме гемостатических препаратов назначают переливание свежзамороженной плазмы,

свежецитратной крови, а также ферментативных препаратов (апротинин). Для экстренной остановки кровотечения выполняют склерозирование кровоточащего узла или перевязку его ножки.

При геморроидальных ремиттирующих кровотечениях возможно использование местных препаратов в виде суппозиториев (Релиф), а также системных гемостатических препаратов (этамзилат натрия, транексамовая кислота). Непрекращающееся кровотечение в течение 1 ч является признаком острого процесса, для его устранения можно применять свечи, содержащие адреналин. Кроме этого, используют местные гемостатические материалы, включающие в свой состав фибриноген и тромбин.

Особое место среди препаратов, использующихся для лечения геморроя и его осложнений, занимает Релиф. В виде свечей и линимента, в состав которых входит сосудосуживающий препарат фенилэфрин, Релиф показан при небольших анальных кровотечениях и дискомфорте в анальной области.

Релиф Ультра в форме свечей с гидрокортизоном и сульфатом цинка применяют при тромбозе геморроидальных узлов с воспалением и зудом.

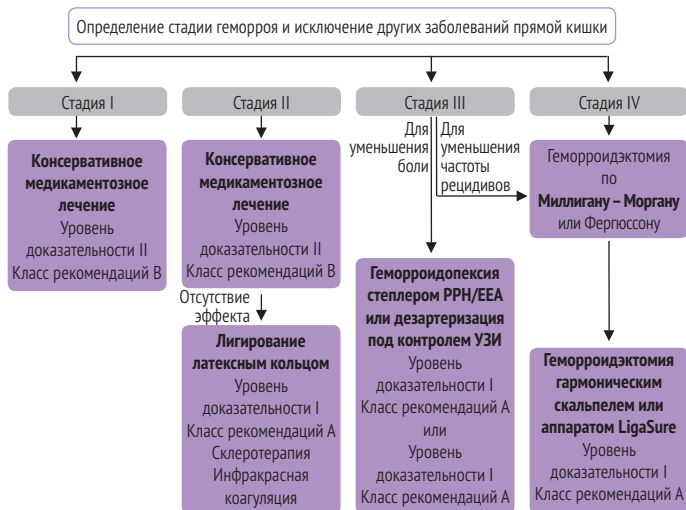
Релиф Адванс с бензокаином оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие при наружном (мазевая форма) и внутреннем (свечи) геморрое.

Геморроидальную свечу следует удерживать рукой в анальном канале 1–2 мин до ее полного растворения. При миграции свечи в прямую кишку ее терапевтический эффект значительно снижается.

Несмотря на наличие эффективных препаратов, консервативное лечение геморроя и его осложнений дает временный результат. Возобновление физической нагрузки, погрешности в питании и запоры часто приводят к очередному обострению заболевания.

Алгоритм лечения геморроя представлен на **рисунке 6.1**.

Рисунок 6.1. Алгоритм лечения геморроя (Altomare and Giuratrabocchetta, 2013)



К рекомендациям были применены уровни доказательности (I – данные получены в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ); II – данные получены в тщательно проведенных, но небольших и недостаточных по мощности РКИ) и классы (Bellomo and Bagshaw).¹²⁵

Сокращения: PPH – степлерная геморроидэктомия (процедура при пролапсе геморроидального узла; Procedure For Prolapsed Hemorrhoids).

Хирургическое лечение

В последнее время у пациентов с ранними стадиями заболевания геморроидэктомия с болезненным и длительным периодом ремиссии заменяется консервативным и малоинвазивным хирургическим лечением, общими задачами которого являются излечение пациентов от геморроя с уменьшением

послеоперационной боли, сокращением длительности реабилитации и снижением частоты рецидива (Altomare and Giuratrabocchetta, 2013).

К малоинвазивным, пригодным для амбулаторного использования, хирургическим методам лечения геморроя относят склерозирование, лигирование латексными кольцами, дезартеризацию геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии, электрокоагуляцию и др. В большинстве развитых стран типичную геморроидэктомию в настоящее время выполняют лишь у 17–21% пациентов, а у остальных применяют малоинвазивные способы лечения (A. Neiger, 1992; H. Abcarion et al., 1994; M. Cormann et al., 2006).

Показанием для применения малоинвазивных методов является внутренний геморрой без выраженного наружного компонента.

У больных с начальными стадиями геморроя с преобладанием кровотечения следует проводить склерозирующую терапию или инфракрасную фотокоагуляцию. Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами проводят в поздних стадиях геморроя, для которых основным симптомом является выпадение геморроидальных узлов, но только при наличии четких границ между внутренними геморроидальными узлами.

Противопоказаниями для применения малоинвазивных способов лечения являются тромбоз геморроидальных узлов, острый и хронический парапроктит, анальная трещина и другие воспалительные заболевания анального канала и промежности.

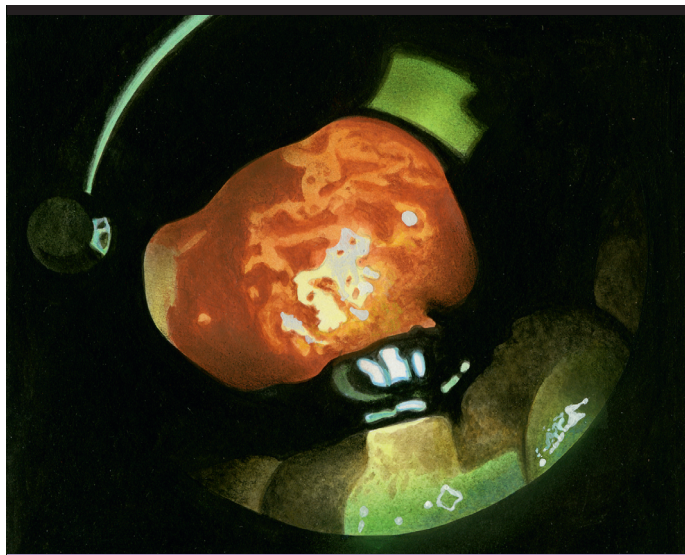
Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами

Показания: метод наиболее эффективен при II–III стадии геморроя с отдельно расположенными внутренними геморроидальными узлами с четкими границами. Противопоказаниями для применения данной методики являются циркулярный геморрой, отсутствие четких границ между наружным и внутренним компонентом.

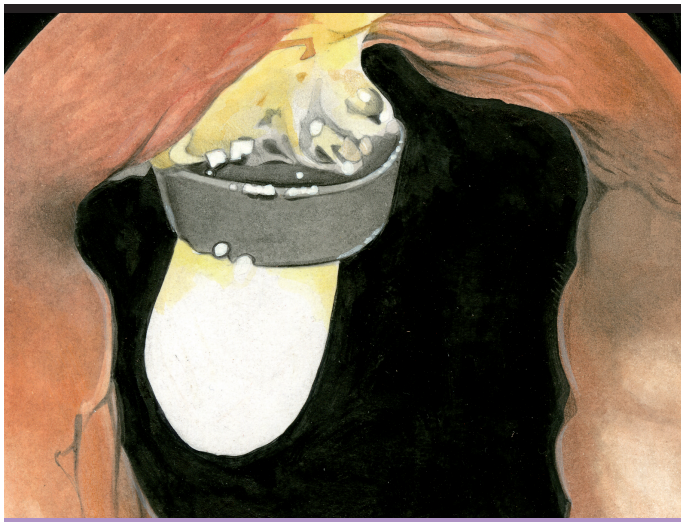
Возможно проведение от 1 до 3 этапов лигирования с интервалом между процедурами 10–12 дней. Лигирование латексным кольцом выполняют с помощью отсоса или специального зажима-лигатора, подключенного к отсосу. В результате прекращается кровоток к перевязанной ножке геморроидального узла. Она постепенно пересекается латексной лигатурой, и узел отторгается через 15–17 дней после наложения кольца, оставляя маленькую гранулирующую культю (**рис. 6.2**) (Sneider and Maykel, 2010). У 70% пациентов для достижения хорошего результата требуется проведение 2 и более сеансов лигирования. Хорошие отдаленные результаты отмечаются в 65–85% случаев.

Рисунок 6.2. Лигирование латексным кольцом (Sneider and Maykel, 2010)

а) Внешний вид перевязанного геморроидального узла при аноскопии



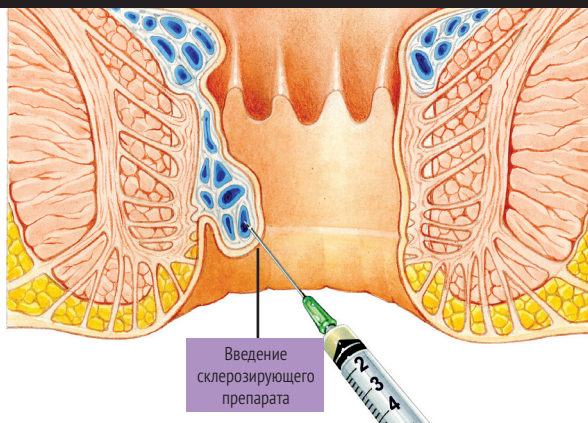
б) Ишемия геморроидального узла после перевязки



Склерозирование внутренних геморроидальных узлов

Показания: I–III стадии кровотокающего геморроя. Возможно использование метода для остановки кровотечений у пациентов с любой стадией геморроя в случае развития постгеморрагической анемии средней и тяжелой степени. В качестве склерозирующих препаратов применяют 2–3% растворы фибровейна и этоксисклерола. Одновременно введение склерозанта возможно не более чем в 2 геморроидальных узла из-за риска развития выраженного болевого синдрома. При необходимости повторный сеанс проводят не ранее чем через 14–16 дней после стихания воспалительного процесса. При I и II стадиях заболевания после склеротерапии частота хороших результатов

Рисунок 6.3. Склеротерапия при внутреннем геморрое



достигает 85%. При поздних стадиях эффективность метода уменьшается до 26–42%. Соответственно в III и IV стадиях неудовлетворительные результаты регистрируются в 30–40% наблюдений (Rivadeneira et al., 2010) (**рис. 6.3**).

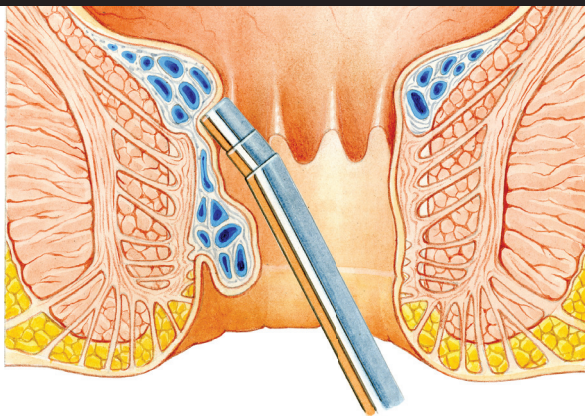
Инфракрасная коагуляция

Инфракрасная коагуляция заключается в прямом воздействии инфракрасных волн на геморроидальный узел, что приводит к его коагуляции (**рис. 6.4**). Данную процедуру проводят при геморрое I или II стадии (Rivadeneira et al., 2010).

Дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии

Данное вмешательство показано при геморрое II–IV стадий. Его проводят с использованием специального оборудования для фиксации слизистой

Рисунок 6.4. Инфракрасная коагуляция при внутреннем геморрое



оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки. Противопоказания: воспалительные заболевания аноректальной области и промежности.

Под контролем аноскопа с ультразвуковым датчиком выполняют шовное лигирование геморроидальных сосудов. В результате приток крови к геморроидальным узлам значительно снижается, они спадаются, и кровотечение прекращается. Эффективность методики составляет 81% у пациентов с II–III стадией геморроя. После операции не требуется проведения антибактериальной терапии и использования наркотических анальгетиков. Низкая интенсивность послеоперационного болевого синдрома позволяет сократить сроки реабилитации пациентов.

Дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией

После прошивания и перевязки ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем доплерометрии выше внутреннего геморроидального узла в

дистальном направлении накладывают 3–4 непрерывных шва от зоны дезартеризации (3–4 см выше зубчатой линии) до уровня, расположенного на 0,5–1,0 см проксимальнее зубчатой линии. Хорошие результаты отмечаются в 91,8% наблюдений. После данной процедуры пациент может быть выписан из стационара в течение 24 ч. Эта методика признана наиболее эффективной среди малоинвазивных хирургических методов лечения геморроя.

В настоящее время применяют комбинированные малоинвазивные методики (сочетание дезартеризации со склерозирующим лечением, дезартеризация и лазер и др.). Применение малоинвазивных методов как в самостоятельном исполнении, так и в комбинации друг с другом или с хирургическими способами в зависимости от стадии заболевания позволяет достичь хороших результатов у 90% пациентов.

Хирургическое лечение

Хирургическое иссечение геморроидальных узлов (операция Миллигана – Моргана) в различных модификациях остается эталонным способом, с которым сравниваются другие методы лечения. В основном применяют 2 варианта операции. Первый – закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала рассасывающимся швом (операция Фергюссона). Этот способ применяют при геморрое III–IV стадии при отсутствии четких границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами.

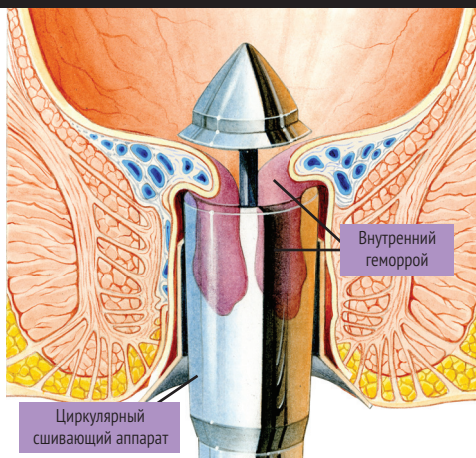
Вторую методику – открытую геморроидэктомию с удалением наружных и внутренних геморроидальных узлов единым блоком при помощи коагуляционного ножа с лигированием ножки узла рассасывающейся нитью и оставлением открытой раны анального канала применяют у пациентов с теми же стадиями заболевания, осложненными анальной трещиной или парапроктитом.

Частым осложнением геморроидэктомии служит рефлекторная задержка мочи. В 1–1,5% случаев может возникнуть кровотечение из ран анального канала.

В последние годы при геморроидэктомии используют высокочастотные электрохирургические и ультразвуковые аппараты LigaSure и Ultrason. Их применение позволило значительно уменьшить длительность операции, интенсивность и продолжительность болевого синдрома, количество осложнений и сроки реабилитации оперированных пациентов.

Итальянский хирург A. Longo в 1997 г. предложил оригинальное хирургическое вмешательство – циркулярное иссечение и прошивание танталовыми скрепками при помощи специального циркулярного сшивающего аппарата слизистой оболочки и подслизистого слоя прямой кишки с целью подтягивания выпадающих геморроидальных узлов с пересечением и клипированием геморроидальных сосудов в подслизистом слое прямой кишки. Эта операция получила название слизистой-подслизистой резекции нижеампулярного отдела прямой кишки, или степлерной геморроидопексии (Rivadeneira et al., 2010) (рис. 6.5).

Рисунок 6.5. Степлерная геморроидопексия



Хирургическое лечение острого геморроя

Показанием к срочному хирургическому лечению служит острый локальный тромбоз геморроидального узла (ов) в сроки 48–72 ч от начала заболевания при отсутствии воспаления. Операция заключается либо в удалении тромботических масс из геморроидального узла (тромбэктомия), либо в иссечении тромбированного геморроидального узла. При тромбозе геморроидальных узлов, осложненных воспалением, сначала проводят комплексную консервативную терапию с последующим плановым хирургическим лечением после стихания воспалительных явлений.

Прогноз

Дифференцированный подход к выбору способа лечения геморроя, проводимый врачом-колопроктологом в зависимости от его стадии, и применение малоинвазивных способов лечения позволяют достичь хороших результатов у 98–100% пациентов.

Особые указания

Дифференциальный диагноз проводят с анальной трещиной, параректальным абсцессом, анальной фистулой, анальным стенозом, злокачественным новообразованием, воспалительным заболеванием кишечника, болезнью Крона, язвенным колитом, анальной кондиломой, анальным зудом, выпадением прямой кишки, гипертрофированными анальными сосочками, ВРВ прямой кишки и папилломами (Sneider and Maykel, 2010). По поводу любого ректального кровотечения, о котором сообщает пациент, необходимо рассмотреть возможность углубленного обследования.

Осложнения возникают приблизительно у 1–3% пациентов, прошедших лигирование латексным кольцом. К ним относят боль в области наложения кольца, ректальное кровотечение, тромбоз наружных геморроидальных узлов и

вазовегетативные симптомы. Лигирование латексным кольцом противопоказано пациентам с наследственными или приобретенными коагулопатиями (например, тромбоцитопенией), а также на фоне антиагрегантной или антикоагулянтной терапии (варфарин, гепарин и др.).

После склеротерапии пациенты жалуются на боль и небольшое кровотечение. Могут возникнуть редкие, но тяжелые осложнения, если препарат ошибочно вводят в стенку прямой кишки или он вызывает системные реакции. В этом случае возможно образование прямокишечно-мочеточникового свища, перфорации стенки прямой кишки, некротизирующего фасциита. У пациентов с наружными тромбированными геморроидальными узлами применение техники проколов с простым разрезом и удалением тромба противопоказано, поскольку это может усилить воспаление и тромбообразование с ухудшением клиники и прогноза (Rivadeneira et al., 2010).

Наиболее частым осложнением хирургических операций при геморрое считается острая задержка мочи (Sneider and Maykel, 2010).

Геморрой во время беременности

Женщины в период беременности и после родов предрасположены к развитию геморроя. Возможные этиологические факторы включают повышение давления в анальном канале, наследственность и гормональные изменения. Кроме того, риск развития геморроя увеличивают продолжительное натуживание в родах, а также влагалищные родоразрешающие операции. Травмы в родах, очевидно, являются одним из значимых факторов риска тромбирования наружных геморроидальных узлов (Asvar and Keskin, 2010).

Эпидемиология

Геморрой обнаруживают приблизительно у 85% беременных. В I триместре беременности тромбоз геморроидальных узлов возникает приблизительно в

7,9% случаев. Через 2 мес. после родов распространенность геморроя составляет 20% (Asvar and Keskin, 2010).

Симптомы

Клинические симптомы у беременных женщин с геморроем такие же, как и в общей популяции. Кроме того, одним из симптомов являются запоры, которые отмечаются приблизительно у 23% женщин в последнем триместре беременности и у трети женщин в послеродовом периоде (Asvar and Keskin, 2010).

Диагностика

Клинический диагноз устанавливают на основании осмотра ануса и анального канала, а также пальцевого ректального исследования. Некоторым пациенткам может потребоваться проведение эндоскопического исследования. При ректальном кровотечении требуется углубленное исследование всей толстой кишки. Беременным женщинам с жизнеугрожающим кровотечением из нижних отделов ЖКТ целесообразно провести сигмоидоскопию или колоноскопию (Asvar and Keskin, 2010).

Лечение

Лечение геморроя у беременных женщин заключается в профилактике и устранении запоров, проведении комплексной консервативной терапии, а также защите области промежности после травмирующих родов. Известно несколько нехирургических и хирургических подходов, безопасных и эффективных при геморрое во время беременности.

Нехирургическое лечение

Беременным женщинам с внутренним геморроем необходимо использовать консервативное лечение, включающее изменение диеты и фармакотерапию, в т. ч. с назначением средств, стимулирующих или подавляющих моторику кишечника, а также флеботропных (Детралекс, Флебодиа 600) и местных лекарственных препаратов. Из других амбулаторных методов возможны лигирование латексным кольцом, криотерапия и склеротерапия. Симптомы могут уменьшаться и при местном лечении с помощью ректальных свечей и мазей.

Необходимо увеличить потребление клетчатки и жидкости. При сохранении запоров могут быть рекомендованы осмотические слабительные или слабительные на основе лактулозы (прелакс, дюфалак и др.), увеличивающие объем кишечного содержимого. Стимулирующие слабительные средства у беременных женщин следует применять с большой осторожностью и только пациенткам, не отвечающим на простые стратегии начального лечения.

Фармакотерапия может быть показана при геморрое без тромбоза и заключается в назначении флеботоников диосминового ряда, таких как Детралекс и Флебодиа 600, которые позволяют эффективно устранять симптомы геморроя начиная со II триместра беременности (Asvar and Keskin, 2010).

Лигирование латексным кольцом рекомендуют при геморрое I или II стадии. Склеротерапия 1–3% полидоканолом (этоксисклерол) или тетрадецилсульфатом натрия (фибро-вейн) безопасна и эффективна во время беременности; после нее рецидивы возникают редко. Женщинам после родов, имевшим тяжелые симптомы геморроя, с успехом проводят криотерапию, склеротерапию и дезартеризацию с мукопексией. Для облегчения боли, связанной с выпадением геморроидальных узлов, и других симптомов используют местные средства, такие как компрессы с гамамелисом, свечи с кортикостероидами, топические анестетики, теплые примочки и др. (Asvar and Keskin, 2010).

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение может быть показано при геморрое II–IV стадии во время беременности, в частности, у пациенток с сильно пролабирующими и ущемленными геморроидальными узлами, сопутствующим изъязвлением, тяжелым кровотечением, анальной трещиной или фистулой либо с симптомами, резистентными к консервативной терапии или амбулаторным вмешательствам.

При наружном геморрое лечение до родов не рекомендуется, кроме случаев развития тромбоза. При тромбозе наружных или пролабировании внутренних геморроидальных узлов может потребоваться геморроидэктомия. При этом резецируют только симптоматические квадранты. Тромбированный наружный геморроидальный узел, возникший сразу же после родов, можно проколоть под местной анестезией и эвакуировать тромб (Asvar and Keskin, 2010).

Прогноз

Прогноз при геморрое у беременных благоприятный. В большинстве случаев геморрой регрессирует после родов, однако может полностью не исчезнуть.

Особые указания

Следует проявлять осторожность при назначении беременным женщинам с геморроем седативных средств. Если для проведения сигмоидоскопии или колоноскопии необходима седативная терапия, то рекомендуют назначать диазепам, мидазолам, меperiдин или фентанил.

Эндоскопическое исследование нижних отделов ЖКТ при беременности противопоказано. Если в нем возникает необходимость, его следует отложить до окончания I триместра. Эндоскопия показана во время беременности

при значительном ректальном кровотечении, которое привело к снижению гематокрита, потребности в гемотрансфузии и/или падению артериального давления.

Прием некоторых слабительных (касторовое масло, магния, фосфат натрия) при беременности противопоказан. Кроме того, следует избегать применения клизм и сильных слабительных (Asvar and Keskin, 2010).

Заключение

Геморрой – широко распространенное и потенциально излечимое заболевание. К нехирургическим методам лечения геморроя относят коррекцию диеты и моторики кишечника, лигирование латексным кольцом, склеротерапию и инфракрасную коагуляцию. Хирургические подходы включают геморроидэктомию и лигирование (дезартеризацию) геморроидальных артерий под контролем доплеровского УЗИ с мукопексией. Стратегия лечения при внутреннем геморрое во время беременности должна быть консервативной, тогда как при наружном геморрое лечение следует отложить на период после родов, за исключением случаев развития тромбоза узлов. Выяснение генетических, средовых и эпигенетических факторов, влияющих на развитие геморроя, позволит улучшить современные стратегии лечения этого заболевания.