

# Современные представления о патогенезе, формах и лечении геморроя

В.Л.Ривкин

ЗАО «Центр эндохирургии и литотрипсии». 111123, Россия, Москва, ш. Энтузиастов, д. 62

✉ rivkin@celt.ru

Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний человека. В настоящее время уточнены важные детали патогенеза болезни, позволяющие объяснить артериальные кровотечения из геморроидальных вен и узлов. В лечение геморроя внедрены амбулаторные методики – склеротерапия и перевязка внутренних узлов эластическими кольцами. Эти методы вкпе с современными местными лекарственными препаратами (Релиф® ПРО) резко снижают необходимость радикальной хирургии геморроя.

**Ключевые слова:** кавернозные вены прямой кишки, запоры, склеротерапия, амбулаторное лигирование узлов, радикальная геморроидэктомия, свечи и мазь Релиф.

**Для цитирования:** Ривкин В.Л. Современные представления о патогенезе, формах и лечении геморроя. Consilium Medicum. 2017; 19 (7.1. Хирургия): 57–61.

ORIGINAL RESEARCH

## Modern views on the pathogenesis, treatment and types of hemorrhoids

V.L.Rivkin

The Center of Endosurgery and Lithotripsy. 111123, Russian Federation, Moscow, sh. Entuziastov, d. 62

✉ rivkin@celt.ru

### Abstract

Hemorrhoids are the most common human diseases. Nowadays, we know the important details of the pathogenesis of the disease to explain arterial bleeding from hemorrhoids. In the treatment of hemorrhoids we use ambulatory procedure such as sclerotherapy and elastic ring ligation of internal hemorrhoids. These methods combined with modern local drugs (such as Relief®) reduce the need for radical hemorrhoidectomy.

**Key words:** cavernous veins of the rectum, constipation, sclerotherapy, ligation of hemorrhoids in ambulatory care, radical hemorrhoidectomy, Relief suppositories and ointment.

**For citation:** Rivkin V.L. Modern views on the pathogenesis, treatment and types of hemorrhoids. Consilium Medicum. 2017; 19 (7.1. Surgery): 57–61.

По разным данным, геморроем страдают около 10% взрослых людей, он составляет более 40% всей ано-ректальной патологии и является причиной многих других болезней прямой кишки или сопутствует им. Название «геморрой» (от греч. hemo – кровь и rrhoē – течь, вытекать) связано с самым частым, но отнюдь не единственным симптомом болезни – ректальным кровотечением во время дефекации, а из других симптомов очень часты боли при стуле, выпадение и ущемление геморроидальных узлов (острый геморрой), а также хронические запоры, связь которых с геморроем очевидна, но ясна не до конца.

Из многочисленных теорий возникновения геморроя наиболее обоснована и анатомически подтверждена патология особых, так называемых кавернозных вен прямой кишки. А.В.Старков еще в 1912 г. впервые обнаружил в венозных геморроидальных сосудах кровяные «озерца», связанные с регионарными артериальными сосудами. Через 50 лет, не упоминая об этой работе, J.Staubesand и F.Stelzner описали своеобразные сосудистые образования (тельца) в каудальной части прямой кишки (corpus cavernosum recti) – клубочки своеобразных вен, тесно связанные с основными 3 ответвлениями верхней прямокишечной артерии, и предположили их ведущую роль в формировании будущих геморроидальных узлов. Дальнейшие исследования проведены Л.Л.Капуллером, который показал, что эти тельца являются особыми сосудами, кавернозными венами, имеющими внутривенные («улитковые») анастомозы с артериальными сосудами прямой кишки. Стали понятны артериальные кровотечения из геморроидальных вен (их артериальный характер подтвержден высоким содержанием в этой крови кислорода). Отток крови по венам из таких скоплений затруднен (прямохождение, натуживания при родах и запорах и др.), и постепенно образуются плотные конгломераты – геморроидальные узлы. Было показано, что в более чем 2/3 случаев такие кавер-

нозные скопления формируются в 3 группы, располагающиеся на уровне морганиевых крипт анального канала соответственно 3 концевым ветвям верхней прямокишечной артерии – на 3, 7 и 11 ч по условному циферблату (при положении тела на спине). Эти 3 крупных внутренних геморроидальных узла на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала являются основной структурой геморроя, а остальные (наружные) узлы в большинстве случаев относятся к одному из этих 3 внутренних. Реже формируются отдельные мелкие узлы, не относящиеся точно к указанным зонам (распыленный тип геморроя).

Клинически различают хронический и острый геморрой. Первый вариант наиболее част, а второй возникает, как правило, на его фоне, хотя изредка может быть самостоятельной патологией. В начальном периоде геморроя, как правило, при запорах, возникают неприятные ощущения и боли в анусе во время и после стула, анальный зуд, а затем во время дефекаций начинаются регулярные небольшие кровотечения, имеющие явно артериальный характер: напряженные капли или алая струйка. Забегая вперед, скажем, что при любых ректальных кровотечениях необходима колоноскопия, чтобы не пропустить вышерасположенные опухоли толстой кишки. Постепенно внутренние геморроидальные узлы увеличиваются, при запорах сдвигаются вниз и начинают выпадать из заднего прохода, сначала нерегулярно, а затем при каждой дефекации. Узлы долгое время вправляются самостоятельно, затем требуют ручного пособия и, наконец, уплотняются (тромбируются) и остаются снаружи, вызывая зуд, увлажнение кожи и ослабление замыкающей функции анального сфинктера, словом, возникает печально известный тягостный синдром, который меняет даже внешний вид (в старых атласах приводилось «лицо геморроидального больного»). На этом фоне время от времени, опять же чаще

всего при запоре, выпавшие узлы могут ущемиться спазмированным (из-за боли) анальным сфинктером, становятся резко болезненными, синюшными, возникает отек перианальных тканей – картина острого геморроя. Обычно в течение 1–2 нед острый приступ купируется местным лечением (разжижение стула, свечи, мази, параректальная новокаиновая блокада), либо, напротив, усугубляется, осложняется острым парапроктитом с переходом в тяжелый гнилостный или анаэробный процесс. Чаще геморроидальный тромбоз ограничен 1 выпавшим узлом, почти безболезненным при пальпации. Таким образом, можно в синдроме острого геморроя выделить 3 клинические формы:

- 1) перианальный геморроидальный тромбоз;
- 2) ущемление выпавших узлов с некрозом разной степени;
- 3) профузное геморроидальное кровотечение (очень редко).

Диагноз геморроя несложен: типичный анамнез, сопутствующие запоры сразу дают представление о болезни, при наружном осмотре определяются мацерация кожи по окружности ануса, следы расчесов и невооруженным глазом видны наружные узлы. При пальцевом ректальном исследовании в случае хронического процесса часто определяется слабость анального жома (что должно подтверждаться сфинктерометрией) или, наоборот, резкий его спазм при остром геморрое. Ректальное исследование часто позволяет установить и локализацию основных внутренних узлов в типичных (см. выше) участках анального канала, их консистенцию и подвижность (степень тромбоза). Обязательна колоноскопия. Это современное исследование позволяет не столько идентифицировать геморрой, сколько убедиться в отсутствии других причин кровотечений из прямой кишки. Дифференцировать внутренний геморрой иногда приходится с ворсинчатой опухолью прямой кишки (биопсия), а его известные частые сочетания с анальной трещиной, анальными полипами, парапроктитом усугубляют течение болезни. Лечение острого геморроя, о чем сказано выше, состоит в параректальных новокаиновых блокадах, применении свечей (Релиф® ПРО); необходимы, повторяем, ежедневный осмотр и осторожная пальпация по окружности воспалительного инфильтрата, чтобы не пропустить парапроктит. В течение 7–10 дней воспаления снижается, становятся возможными ректальное пальцевое исследование и колоноскопия и при переходе процесса в хроническую форму (частые рецидивы, выпадение узлов) решается вопрос о дальнейшем лечении.

В квалифицированной специальной литературе геморрой почти всегда упоминается вместе с запорами. Если геморрой без запоров хотя редко, но встречается, то запоров без геморроя практически не бывает, особенно у пожилых больных. Наше собственное обследование было проведено у 100 неотобранных больных с геморроем в возрасте от 21 года до 79 лет (преобладали, как и предполагалось, мужчины – 72 больных). В большинстве это были люди сидячего труда (63%), а у женщин в анамнезе были роды (от 1 до 3). У 46 из 72 мужчин геморрой сочетался с запорами, но больные без запоров, тем не менее, составили значительное число – 38%, у них геморрой возник на фоне нормального регулярного стула (среди женщин таких было 6 из 22). Проведенное исследование, в общем, подтверждает мнение о связи геморроя и запоров, и если первоначальная этиология связана, как говорилось, с патологией кавернозных вен прямой кишки, то развернутая клиника болезни, без сомнения, усугубляется при запорах.

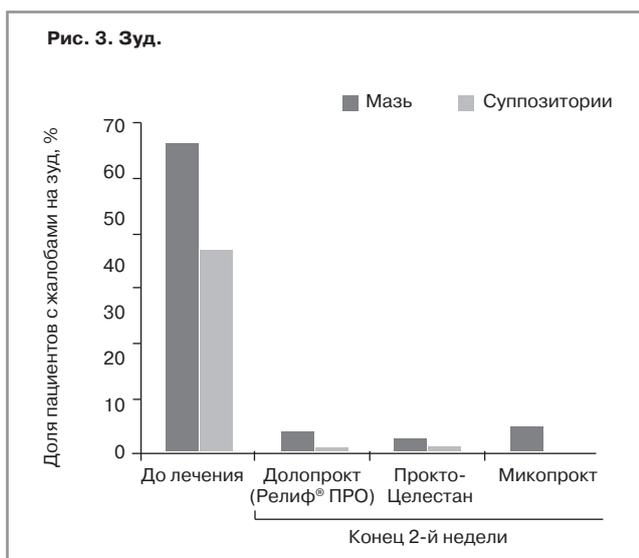
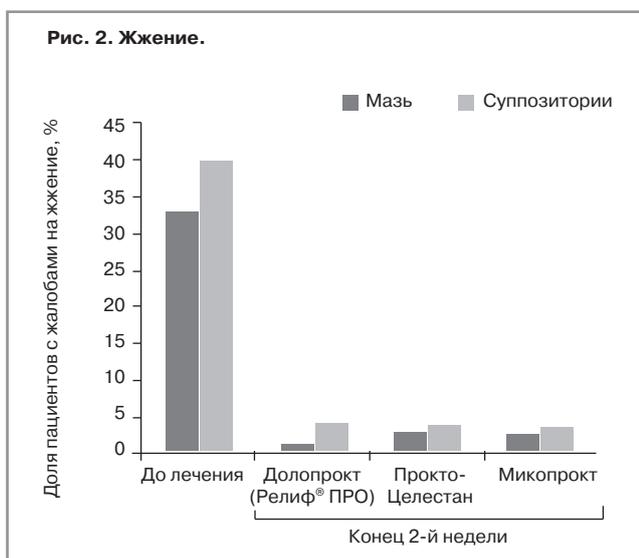
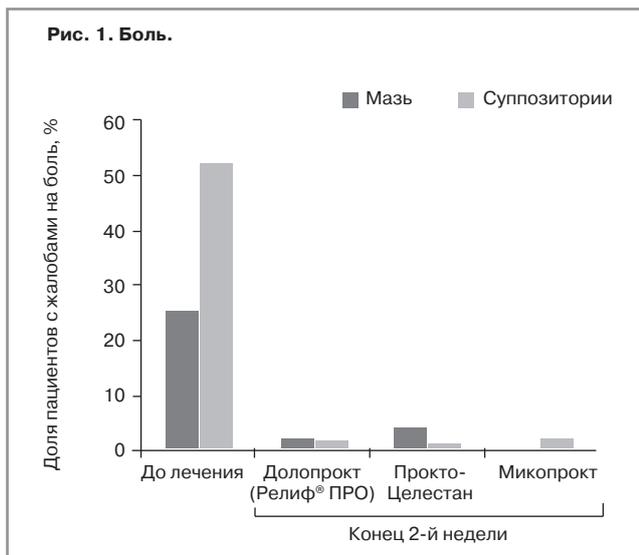
Лечение хронического геморроя начинать следует с консервативных мер, а именно – с борьбы с запорами, для чего необходим прежде всего учет профессии больного. «Компьютерщики», телефонистки, парикмахеры, особенно шоферы – группы повышенного риска. Перевод (хотя

бы временный) на другую работу, развитие на крупных предприятиях залов для спортивных игр, оборудование на дальних автотрассах хороших пунктов питания – все это трудно, но необходимо, это достоверно снижает частоту обострений болезни, при которых приходится освобождать людей от работы, иногда надолго. Консервативное лечение хронического геморроя включает диету, послабление стула, а местно – назначение свечей (одними из лучших препаратов, благодаря широкому выбору различных форм и действующих веществ, на наш взгляд, являются свечи и мазь Релиф®, Релиф® Адванс, Релиф® Ультра). Выпадение невправимых узлов, частые обострения геморроя на фоне хронического процесса, упорные кровотечения являются показаниями к хирургическому лечению. Все больше специалистов-проктологов в последнее время склоняются к тому, что показания к радикальным операциям при геморрое слишком часты и что хороший эффект в очень большом числе случаев может быть достигнут с помощью амбулаторных, так называемых полухирургических методик, широко принятых проктологами-практиками за рубежом.

**Первая** – лигирование узлов эластическими кольцами. В задний проход под местной анестезией через хирургический аноскоп с подсветом в ручке вводят специальный лигатор, с которого на ножку внутреннего узла набрасывают эластическое кольцо (шайбу), передавливающее ножку узла выше зубчатой линии анального канала. Затем верхушку узла освобождают от захватывающего крючка и инструмент извлекают из кишки. Через 3–4 дня передавленная упругим кольцом ножка узла некротизируется, и узел отпадает, а еще через 2–3 дня выделяется и сама шайба. За рубежом проведены тысячи таких манипуляций, как правило, успешных. Наш опыт также показал удовлетворительные результаты у 85,4% больных (прослеженных в течение минимум 3 мес после окончания сеансов лигирования).

**Второй метод** – склеротерапия геморроя при кровотечениях, но не выпадающих внутренних узлов. Через аноскоп идентифицируют ножку внутреннего узла и через шприц с длинной иглой в верхушку узла выше зубчатой линии анального канала, на глубину 1,5–2 см, до ощущения попадания иглы в пустоту вводят склерозирующий раствор (тромбовар, этоксискерол, фенол с персиковым маслом или другой официальный препарат). Кровотечение прекращается, и еще раз повторяем, что любое вмешательство по поводу геморроя может проводиться только после колоноскопии, чтобы не пропустить другой, вышерасположенный источник кровотечения – полип или рак толстой кишки. По опыту проктологического госпиталя Св. Марка (Лондон) в среднем у 1 из 8 больных с ректальными кровотечениями геморрагия была связана не с геморроем, а с более серьезной патологией, чаще всего с опухолью толстой кишки (J.Thompson, R.Leicester, 1985).

Кровотечение во время дефекации как первый симптом геморроя выявляется у 40–50% больных, а вне стула – почти в 10 раз реже. При этом настоящая железодефицитная анемия констатируется очень редко, в 1% случаев. Лучшая из радикальных операций при геморрое – удаление трех главных внутренних узлов по Миллигану и Моргану. Разработанная еще в 1937 г., эта операция применяется с успехом до сих пор с незначительными вариантами. После тщательного и полноценного растяжения ануса (под общим наркозом) идентифицируют локализацию внутренних узлов, которых, как говорилось, чаще всего 3 в определенных вышеназванных местах анального канала. Передавливают тонким зажимом ножку узла, перевязывают и прошивают ее ниже зажима. Затем очерчивают и иссекают снаружи внутрь этот узел до зажима вместе с относящимися к нему наружными узлами. При правильном прошивании ножки кровотечения нет, остается плоская перианальная рана. Также поступают с 2 другими внутренними



узлами, и при классической методике Миллигана–Моргана в конце операции остается открытая треугольная рана («резиновый вентилятор»), рубцевание которой, по мнению авторов, несколько суживает задний проход, предупреждая его временную недостаточность. В модификации Рыжиха в конце этой операции дно 3 перианальных ран ушивают узловыми кетгутум без захвата краев кожи,

что ускоряет заживление. Все 3 узла выражены не всегда, и тогда лигируют и удаляют 1 или 2 наибольших узла. Кроме того, в редких случаях определяются только наружные узлы (рассыпной тип геморроя), и их просто перевязывают, обязательно оставляя между ними достаточно широкие полоски неповрежденной кожи (мостики тканей). Пренебрежение этими деталями ведет к наиболее частому осложнению – стойкой рубцовой стриктуре ануса. Показания к радикальной геморроидэктомии, ранее применявшейся очень широко, на наш взгляд, должны быть сужены. Названные амбулаторные манипуляции резко снижают число больных, нуждающихся в радикальной операции, которая при самых лучших непосредственных результатах не страхует от рецидива болезни.

Из последних амбулаторных способов хирургии геморроя отметим применение аппарата «EnSeal» («Ethicon»). Это биполярный коагулятор с обратной связью, что позволяет измерить импеданс (сопротивление) тканей и оказывает электротермическое воздействие, не превышающее 100°C. Рабочий инструмент представлен в виде щипцов, имеющих биполярные контакты и оснащенных ножом. После сдавливания тканей и нажатия педали включения начинается коагуляция, а по окончании ее сжатием браншей активизируется нож, прорезая коагулированные ткани. Аппарат позволяет коагулировать артерии диаметром до 7 мм без наложения лигатуры. Это устройство помогает более точно идентифицировать и лигировать ножки (основания) тех же 3 внутренних узлов, что и при операции Миллигана–Моргана, которая до сих пор является «золотым стандартом» геморроидэктомии. Повторяем, лечение геморроя, в том числе радикальная операция, может проводиться только после колоноскопии, которая необходима не только больным с геморроем, но всем людям после 50 лет: на сегодня это единственный действенный путь ранней диагностики рака толстой кишки.

### Особенности терапии острого геморроя

Лечение этого синдрома только консервативное: разжижение стула, необходимость проведения обезболивания (новокаиновые блокады или применение местных анестетиков) и противовоспалительного лечения, а также флеботропная терапия; возможно применение препаратов нифедипина. Например, комбинированные свечи и крем Релиф® ПРО показаны при геморрое, в том числе остром, проктите, экземе в области ануса. В состав препарата входит местный анестетик лидокаин, который позволяет уменьшить болевые ощущения и чувство жжения. Местное противовоспалительное лечение возможно при помощи флуокортолона, который также входит в состав комбинированного препарата для лечения острого геморроя Релиф® ПРО. Флуокортолон при воздействии на кожу предупреждает краевое скопление нейтрофилов, приводит к уменьшению лимфокинов и торможению миграции макрофагов, способствуя уменьшению процессов инфильтрации, экссудации и грануляции. Флуокортолон подавляет воспалительные и аллергические реакции кожи и облегчает зуд, жжение и боль; уменьшает дилатацию капилляров, интерстициальный отек и инфильтрацию тканей.

В одном из зарубежных исследований сравнивалась эффективность следующих комбинаций: флуокортолона и лидокаина гидрохлорида – Релиф® ПРО (Долопрокт); бетаметазона валеарат + лидокаина гидрохлорид + фенилэфрина гидрохлорид (Прокто-Целестан); триамцинолона ацетонид + лидокаина гидрохлорид + нистатин (Микропрокт). Результаты оценивались врачами и пациентами по субъективным (боль, жжение, зуд) и объективным (эритема, отек, поверхностные анальные трещины, спазм сфинктера, инфицирование *Candida albicans*) симптомам. Пациенты оценивали симптомы как «тяжелые», «легкие» или «отсутствуют» до начала лечения, во время лечения и по

окончании. Высокие темпы улучшения как субъективных, так и объективных симптомов были выявлены для всех трех препаратов, в том числе для Релифа ПРО (Долопрокт); рис. 1–3. Таким образом, результаты клинических исследований позволяют сделать вывод об эффективности комбинации флукортолона и лидокаина в терапии воспаления и других симптомов острого геморроя. Доказан высокий профиль безопасности этого препарата: количество побочных эффектов, зарегистрированных во время исследований, было минимальным. Среди 1100 пациентов, принявших участие в клинических исследованиях, нежелательные реакции были отмечены менее чем в 3% случаев, преимущественно по типу зуда и жжения [6].

Чтобы предотвратить появление острого парапроктита, необходимо ежедневно осторожно пальпировать окружность ущемленных узлов. Обычно обострение продолжается в течение 1 нед, и если это первое и единственное обострение, то в дальнейшем необходимо контролировать стул и предупреждать запоры. Но если обострение повторное, и геморроидальные узлы увеличены, напряжены и кровоточат – это показание к радикальной операции. Рекомендуется проводить частичную анальную сфинктеротомию, чтобы снять спазм анального сфинктера. Но эта манипуляция может проводиться только по специальным показаниям.

Таким образом, несмотря на множественность клинических проявлений и многофакторность развития острого геморроя, в арсенале врача на сегодняшний день имеется достаточный выбор опций как для проведения эффективной консервативной терапии и/или малоинвазивного лечения, так и для полноценного хирургического вмешательства.

#### Литература/References

1. Старков А.В. Прямая кишка и мышцы, к ней относящиеся. СПб., 1912. / Starkov A.V. Priamaia kishka i myshtsy, k nei odnosyashchiesia. SPb., 1912. [in Russian]
2. Staubesand J, Stelzner I. The corpus cavernosum recti. *Klin Wochenschr* 1960, 38: 1004–12.
3. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. М.: Медпрактика, 2003. / Rivkin V.L., Kapuller L.L. Gemorroi. M.: Medpraktika, 2003. [in Russian]
4. Milligan E, Morgan C. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937; 2: 1119–21.
5. Томпсон Дж., Лейкестер Р.Дж. Геморрой. В кн.: Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина, 1988; с. 232–56. / Tompson Dzh., Leikester R.Dzh. Gemorroi. V kn: Kolo-proktologija i tazovoe dno. M.: Meditsina, 1988; s. 232–56. [in Russian]
6. Abramowitz L, Weyandt GH, Havlickova B et al. The Diagnosis and Management of Haemorrhoidal Disease from a Global Perspective. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31 (1): 1–58.

#### Сведения об авторе

Ривкин Владимир Львович – д-р мед. наук, проф., науч. консультант ЗАО ЦЭЛТ, почетный член Международной академии проктологии. E-mail: rivkin@celt.ru