

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

С.А. Батаев, В.А. Мицкевич, К.Н. Жандаров

Гродненский государственный медицинский университет  
УЗ «ГОКБ», Медицинский центр «Седьмое небо», Гродно

**Введение:** Общеизвестно, что геморрой является наиболее частым заболеванием аноректальной области и самым частым поводом для направления пациентов в отделения колопроктологии и хирургии. По данным различных литературных и периодических медицинских источников его распространенность колеблется от 11 до 24% среди взрослого, в основном трудоспособного населения. Исторические данные достоверно указывают на факт, что данное заболевание сопровождает человечество с древнейших времён. На древней Руси болезнь называли почечуй. В. Даль в своём толковом словаре довольно подробно описал её: «Общая, при нашем роде жизни (больше мужская) болезнь, от застоя крови в проходной кишке»

Геморрой проявляется в виде двух основных синдромов – острого приступа и хронического течения заболевания. По существу, эти синдромы являются фазами одного и того же процесса.

Специфика заболевания, психологический фактор и страх перед обследованием и операцией и некоторые другие факторы в большинстве случаев отсрочивает обращение пациентов к специалисту. Хотя в последние годы благодаря профилактической работе, онкологической настороженности и, в том числе, появлении большого количества частных клиник и медицинских центров прослеживается тенденция к увеличению количества обращений к специалистам–проктологам.

Не смотря на огромный диапазон имеющихся методов консервативного лечения, малоинвазивных вмешательств и способов хирургической коррекции, вопрос о выборе метода лечения и тактике ведения больного остаётся актуальным и дискуссионным.

**Цель.** Обзор и анализ имеющейся информации по результатам лечения пациентов геморроя в разных стадиях различными способами. Оценка течения послеоперационного периода и результатов лечения геморроя методом вакуум–аспирационного лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами и классической открытой геморроидэктомии по Миллигану–Моргану.

**Материалы и методы.** Для оценки результатов лечения геморроя различными методами были проработаны и использованы материалы медицинской литературы, интернет источников, а так же собственная информация полученная во время полуторамесячной стажировки в Госпитале Святого Марка (Лондон, Великобритания).

Для анализа и оценки течения послеоперационного периода и результатов лечения больных было отобрано две группы пациентов с хроническим комбинированным геморроем II–III стадии.

Пациенты первой группы были оперированы традиционным методом открытой геморроидэктомии по Миллигану–Моргану на базе проктологического отделения УЗ «ГОКБ» г. Гродно.

Второй группе пациентов выполнялось вакуум–аспирационное лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами в медицинском центре «Седьмое небо» г. Гродно.

Послеоперационное течение оценивалось по выраженности болевого синдрома с применением числовой ранговой 10–ти бальной шкалы, числу осложнений и продолжительности лечения.

**Результаты.** В послеоперационном периоде обе методики имели одинаковое количество осложнений в виде кровотечения. Болевой синдром был значительно менее выражен при лигировании латексными кольцами, период госпитализации и временной нетрудоспособности при геморроидэктомии по экономической целесообразности и переносимости пациентами менее удобен чем кратность процедур лигирования (обычно проводилось 2 или 3 процедуры лигирования).

Полученные данные соответствуют данным приводимым в мировой литературе.

**Выводы.** Анализируя предварительные результаты лечения данной группы пациентов, страдающих различными стадиями геморроя, установлено, что использование методик лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами, при данной патологии может вполне конкурировать с классическими методами хирургического лечения, а так же являются более экономически целесообразными и лучше переносятся пациентами.

## **Литература**

1. Аминев, А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев. Книжное издательство. 1971; 2: 31– 78.
2. Генри, М, Свош М. Колопроктология и тазовое дно. М, Медицина, 1988; 98–117.
3. Дацун, И.Г., Мельман Е.Л. Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя. Арх. патологии. 1992,54(8): 28–31.
4. Капуллер, Л.Л, Ривкин В.Л. Геморрой: патогенез, клиника, лечение. М Медицина, 1976; 276.
5. Коплатадзе, А.М., Бондарев Ю.А., Комолое М.А. Хирургические методы лечения больных острым тромбозом геморроидальных узлов. Вести, хирургии, 1989; 143(11): 140–3.
6. Ривкин, В.Л., Капуллер Л.Л, Дульцев Ю.В. Геморрой и другие заболевания анального канала и промежности. М, 1994; 128.
7. Федоров, В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. X, Медицина, 1984; 72–84.
8. Abcarion, H, Alexander–Williams J, Chritiansen J. Benign anorectal disease definition characterition and analysis of treatment. Amer Gastroenterol 1994; 89(8): 182–90.
9. Bruce, G. Wolff, James W. Fleshman, The ASCRS Textbook of colon and anal surgery, 2007; 156–178.
10. Connann, M. Anus (S– rectum surgery. USA, Philadelphia, Haemorrhoids, 1994; 54–115.
11. Neiger, A Atlas of practical proctology. Toronto, 1990; 29–7 4.
12. Parks, AG. The surgical treatment of haemorrhoids. Brit] Surg 1956; 43: 37–46.
13. Stelzner F, Staubesand J, Machlied H. dos corpus cavemosum rectidie grunebage der innerin haemorrhoider. Langenbecks–Arch–Klin–Chir 1963; 299: 302–312.
14. Thomson, W.H.F. The nature of haemorrhoids. BrJ Surg 1975;62: 542–52.