

В.Л. РИВКИН, д.м.н., профессор, хирург-проктолог, Многопрофильная клиника ЦЭЛТ, Москва

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ

ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

В патогенезе геморроя основную роль играет тромбоз особых, кавернозных вен (телец) прямой кишки, заполняющихся артериальной кровью. В зоне трех концевых разветвлений прямокишечной артерии, на участках анального канала, проецирующихся на отметки циферблата, соответствующие 3, 7 и 11 часам, из кавернозных вен формируются три основных внутренних геморроидальных узла с их наружными разветвлениями. Геморрой можно делить на бессимптомную стадию, острую форму, кровоточащий геморрой без выпадения узлов и хронический кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Традиционное консервативное лечение геморроя ныне дополнено склерозирующими инъекциями и трансанальным лигированием внутренних узлов. Радикальное хирургическое лечение состоит в иссечении трех внутренних узлов одним блоком с соответствующими наружными узлами. Лечение геморроя должно проводиться только после колоноскопии, чтобы не пропустить опухоли толстой кишки, случаи которых в последние годы резко участились, особенно у пожилых людей, часто страдающих геморроем.

Ключевые слова: кавернозные тельца прямой кишки, геморроидальные узлы, лечение, колоноскопия

Геморрой известен с глубокой древности, название болезни традиционно переводится как кровотечение из прямой кишки во время дефекации (от лат. hemo – кровь и греч. – выгекать), хотя клиника болезни намного разнообразнее и шире. Самые различные теории возникновения геморроя (варикоз вен прямой кишки, прямокишечная гемангиома и др.), история методов его лечения многократно описаны, особенно после выделения проктологии как отдельной медицинской специальности (R. Blanchard, 1938; А.Н. Рыжих, 1956; А.М. Аминев, 1973), но только в XX в. изучены и объяснены, наконец, настоящие морфологические основы болезни (Миллиган с соавт., 1937). Геморрой долго считался следствием эктазии обычных вен прямой кишки, но оказалось, что в основе его лежит скопление (узлы, piles, от латинского pila – шарик) особых, т. н. кавернозных вен (телец) прямой кишки, имеющих множественные артериовенозные анастомозы (Stelzner, Staubezand, 1962) и заполняющихся артериальной кровью. Анатомическая основа формирования кавернозных телец прямой кишки, геморроидальных узлов – концевые разветвления прямокишечной артерии на правой боковой, левой переднебоковой

и левой заднебоковой стенках анального канала, т. е. в проекции 3, 7 и 11 часов по циферблату (при положении тела на спине). В указанных участках анального канала, в подслизистом слое образуются группы кавернозных вен, связанных между собой анастомозами и коллатеральными, в т. ч. прямыми артериовенозными соустьями («улитковые артерии», глобусные анастомозы).

Такие же кавернозные образования есть у человека и в других органах – в носу, в мочеточниках, в половых органах, и причины их появления и локализации пока специально не изучались. Кавернозные тельца прямой кишки тромбированы, заполнены кровью постоянно, вне акта дефекации, и сообщаются с обычными венами слизистой оболочки прямой кишки. При самых малых травмах, например, плотными каловыми массами при запорах, при натуживаниях во время родов и т. п. наружная оболочка тромбированного внутреннего геморроидального узла разрывается и возникает артериальное кровотечение алыми каплями или напряженной алой струйкой, обычно во время или сразу после дефекации. Кровотечение, как правило, самостоятельно останавливается и в большинстве случаев не анемизирует больных. Изучение газового состава и коагуляционной активности крови из геморроидальных узлов, проведенное названными выше

Stelzner, Staubezand и другими исследователями, подтверждает, что эта кровь близка по составу к артериальной. Отметим, что, несмотря на приведенную научно обоснованную концепцию этиологии геморроя, до сих пор в некоторых солидных по объему изданиях, например «Colorectal Surgery» (3-е изд., пер. 2009 г.), геморрой почему-то отнесен к «малой проктологии», и этиология его, по мнению авторов, «связана с недостатком в диете пищевых волокон и с растяжением при дефекации». Если это не издержки перевода, то такая трактовка и неверна, и ничего не объясняет. Вероятно, имеются в виду упорные запоры с последующим ослаблением функции анального держания, но это не этиология, а только одна из возможных причин выпадения узлов, которые образуются отнюдь не из-за запоров.

Вторая проблема – первичность воспаления или тромбофлебита при геморрое. Исследования свидетельствуют, что острый геморроидальный тромбофлебит вторичен. В его основе лежит воспаление, обусловленное повреждением (изъязвлением) слизистой оболочки анального канала при резком нарушении кровообращения в зонах с патогенной кишечной флорой. Что касается опасности эмболии при остром геморроидальном тромбозе, то это практически исключено, т. к. просветы кавернозных вен очень маленькие, меньше размеров самых мелких тромбов (Л.Л. Капуллер, 1984). Таким образом, ныне патогенез геморроя – как острого болевого приступа, так и хронического его течения с постоянными кровотечениями подробно изучен и принят к сведению большинством специалистов. Дальнейшие исследования могут касаться только отдельных звеньев этого механизма.

При профилактических проктологических обследованиях довольно часто, в основном у пожилых мужчин и много рожавших женщин, при пальцевом ректальном исследовании на стенках анального канала обнаруживаются безболезненные подвижные участки – формирующиеся внутренние геморроидальные узлы, как правило, не кровоточащие и не выпадающие. Этот бессимптомный геморрой, «предболезнь», в лечении не нуждается, у таких лиц следует проводить борьбу с запорами и предупреждать их о возможности кровотечений во время дефекации.

Клинически наиболее часто геморрой начинается с острого приступа – болей, выпадения и ущемления узлов, чему обычно способствует задержка стула с натуживанием при дефекации. При наружном осмотре в таких случаях определяются плотные, болезненные при дотрагивании, синюшные узлы по всей окружности ануса. Пальцевое (и тем более инструментальное) исследование и, особенно, попытки вправления таких узлов предпринимать в это время не следует, ничего, кроме боли, это не дает. Необходим комплекс мер – теплые лежачие ванны, препарат Детралекс и свечи, которых выпускается

■ Геморрой известен с глубокой древности, название болезни традиционно переводится как кровотечение из прямой кишки во время дефекации (от лат. *hemo* – кровь и *rrhoë* – вытекать), хотя клиника болезни намного разнообразнее и шире

множество. По нашему личному опыту, лучше других действуют свечи Ультрапрокт. Этот комбинированный препарат, содержащий противовоспалительный компонент флуокортолон и местный анестетик цинхокаин, обеспечивает комплексный эффект – противовоспалительный, противозудный, противоаллергический, антигистаминный и местноанестезирующий. Входящий в состав цинхокаин является местным анестетиком амидного типа, тропный к эпителию прямой кишки. Глюкокортикостероид флуокортолон обеспечивает быстрое начало действия, приводит к уменьшению воспалительного экссудата и продукции цитокинов, торможению миграции макрофагов, уменьшению процессов инфильтрации и грануляции. При местном применении флуокортолон способствует улучшению микроциркуляции, уменьшению отека и зуда, ускоряет регенерацию СО прямой кишки. В инструкциях к свечам подробно описан способ их применения, но многолетняя практика позволяет дать дополнительные советы: кончик свечи следует смазать любым маслом, вводить свечу неглубоко, в анальный канал, и в течение хотя бы минуты удерживать ее снаружи.

Важный патогенетический фактор острого геморроя – спазм анального сфинктера, возникающий при болевом синдроме и препятствующий самостоятельному вправлению узлов. Ванны и свечи помогают снятию спазма, но в выраженных случаях приходится прибегать к дозированной задней сфинктеротомии, применяемой при анальной трещине и некоторых формах парапроктита (В. Ан, В. Ривкин, 2003). Консервативное лечение, исключение из еды соленых и кислых блюд, разжижение стула (фитолакс, чернослив и другие натуральные фруктовые препараты) в течение в среднем одной недели приводят к почти полному исчезновению симптомов, но больного надо предупредить о возможности рецидивов воспаления и кардинально решать вопрос о дальнейшем лечении. Если после острого приступа, в холодном периоде, пальцевое исследование не обнаруживает выраженных внутренних узлов, если описанное консервативное лечение оказалось эффективным, то можно считать острый эпизод геморроя единичным, эксклюзивным и каких-то конкретных лечебных мер не принимать. Но острый геморрой возникает при уже сформировавшихся внутренних узлах, и болезнь склонна к рецидивам или к переходу в хроническую стадию, о чем надо больного предупредить.

Второй вариант – кровоточащий геморрой без выпадения узлов. При пальцевом ректальном исследовании определяются слегка болезненные, мягкие, подвижные участки в типичных местах, на перчатке нередко следы крови. Ригидная аноскопия или ректоскопия, ранее широко применявшиеся в таких случаях, не адекватны, ибо никаких новых данных о локализации и состоянии геморроидальных узлов при этом не определяется, а для диагностики сопутствующей патологии толстой кишки, прежде всего опухолей, необходима тотальная фиброколоноскопия (в последние годы все чаще полипы и рак толстой кишки определяются в правых отделах ободочной кишки, недоступных при ректоскопии). Лечение кровоточащего геморроя без выпадения узлов проводят регулированием стула, свечами и т. п.; такое лечение паллиативно, ибо субстрат болезни остается и узлы со временем только увеличиваются. Это привело к поискам более эффективных

методов лечения этих многочисленных больных, и ныне, особенно за рубежом, широко применяются две эффективные амбулаторные методики, почему-то плохо воспринимаемые отечественными проктологами. Первый метод – склеротерапия внутренних узлов. После обычной пальцевой дивульсии ануса через операционный аноскоп с подсветом в ручке шприцом с длинной иглой в верхний полюс каждого узла (напомним, их обычно всего три) вводят 1,5–2 мл склерозирующего раствора (тромбовар, этоксисклерол). За один сеанс склерозируют все три узла. Лечение безболезненно, ибо пункция узлов проводится выше зубчатой линии анального канала, где слизистая оболочка не имеет чувствительных нервных окончаний. Эффект наступает быстро, кровотечения надолго прекращаются. Склеротерапия применяется только в хронической стадии геморроя, вне обострения болезни и только при невыпадающих узлах. Вторая методика при этом варианте болезни – трансанальное лигирование ножек внутренних геморроидальных узлов специальными резиновыми (латексными) кольцами (шайбами). С помощью специального миниатюрного инструмента, вводимого через операционный аноскоп, верхушку узла захватывают щипками, втягивают в цилиндр и на ножку узла нажатием кнопки накидывают тугое резиновое кольцо. Узел перестает снабжаться кровью и через день-два вместе с кольцом-шайбой безболезненно выделяется при стуле. Эти методы подробно описаны (O'Regan, 1995), и наш собственный опыт применения этих двух новых «полуконсервативных» амбулаторных методов лечения геморроя свидетельствует об их эффективности (В. Ривкин с соавт., 2012). Удивительно, но до сих пор наши хирурги и даже проктологи длительно, годами лечат таких больных консервативно, меняют разные свечи и препараты, не обращая внимания на начинающуюся анемию. Ни склеротерапия, ни трансанальное лигирование узлов почему-то в широкую практику не входят, тогда как за рубежом эти методики преобладают и их эффективность постоянно подтверждается.

Третий вариант, наиболее практически важный – геморрой с выпадением узлов. В большинстве случаев формируется, как сказано выше, три основных

внутренних узлов, а впечатление о большем числе узлов складывается из визуального наблюдения дистальных частей (верхушек) этих трех узлов, которые выглядят как отдельные образования (*рис. 1*). У таких больных узлы обычно легко вправляются, но при самом легком натуживании вновь выпадают. При пальцевом ректальном исследовании, обычно почти безболезненном, удастся определить типичную локализацию оснований (ножек) трех основных узлов. Если исследование болезненно и сфинктер заднего прохода спазмирован, то речь идет чаще всего о сочетании геморроя с анальной трещиной: на задней стенке анального канала определяется линейный плотноватый болезненный рубец. Такое сочетание очень часто, оно объясняется повторными воспалительными обострениями геморроя. Так же часто и по этой же причине хронический геморрой сочетается с воспалением стенок прямой (проктит) или прямой и сигмовидной кишки (проктосигмоидит). На фоне хронического геморроя при колоноскопии в толстой кишке, намного выше самих геморроидальных узлов, у пожилых людей нередко впервые выявляются полипы и ранние формы рака. Это совершенно с геморроем не связано, геморроидальные узлы не озлокачиваются (кроме, может быть, очень редких случаев анальной меланомы), но колоноскопия у этих, в основном пожилых, людей

Рисунок 1. Схема расположения и формы трех основных внутренних геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах по циферблату (при положении тела на спине)



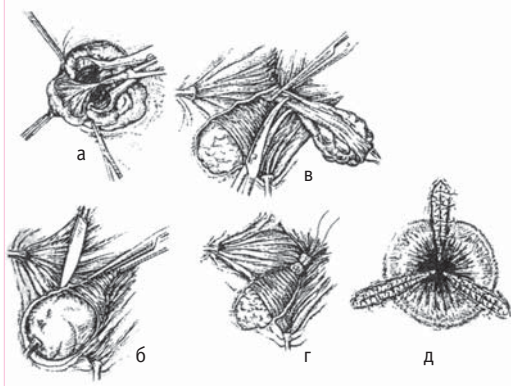
сама по себе необходима, это в настоящее время очень действенный путь своевременной диагностики ки опухолей толстой кишки.

Радикальное лечение хронического кровотокащего геморроя с выпадением узлов оперативное. Наиболее эффективной является, на наш взгляд, операция, разработанная названными выше английскими хирургами (Миллиган с соавт.) еще в 1930-х гг. После перевязки сосудистой ножки границы внутреннего узла очерчивают скальпелем и иссекают ножницами «снаружи внутрь» со всеми наружными узлами. В конце операции остаются три открытых перианальных раны (в форме, как образно описали авторы, «лопастей резинового вентилятора»). В нашей модификации при этой операции дно этих трех ран принято ушивать (*рис. 2*), что способствует, во-первых, их более быстрому заживлению и, во-вторых, частично суживает линейными рубцами задний проход, что способствует его лучшей герметизации. До сих пор многие хирурги, считающие лечение геморроя своей компетенцией, оперируют больных старым, отжившим методом простой перевязки наружных узлов, что приводит часто к серьезным осложнениям, например, к стойкой стриктуре ануса, когда между удаленными наружными узлами не остается необходимой широкой кожно-слизистой полоски тканей. Нам приходилось лечить таких больных, и в одном случае развилась полная рубцовая стриктура заднего прохода, и дело кончилось наложением временной колостомы с последующей сложной анальной пластикой. Несмотря на полностью обоснованную и эффективную методику Миллигана с соавт., постоянно предлагаются всё новые и новые методы, подробно описанные Л.А. Благодарным (1999), и возникает ощущение искусственной, только ради пресловутой новизны, разработки и попыток внедрения «новых» методик, иногда совершенно неадекватных, как, к примеру, опасная и сложная операция Уайтхеда и сверхрадикальная резекция анального канала (операция Лонго). Огромный мировой опыт операции Миллигана с соавт. однозначно свидетельствует в ее пользу и незаменимость. Возможны лишь незначительные мелкие усовершенствования, например, суживание трех перианальных ран (*рис. 2д*).

Радикальная операция при геморрое должна быть четко обоснована; выше уже сказано, что у пожилых больных с сопутствующей серьезной сердечно-сосудистой и другой органопатологией консервативное лечение диетой, свечами, разжижением стула дает длительный благоприятный эффект. У многих пожилых людей хронический кровоточащий геморрой сочетается со стойкой гипертензией, и небольшие, не анемизирующие геморроидальные кровотечения, может быть, для них бесполезны.

Еще раз подчеркнем: начинать лечить, тем более оперировать, геморрой без предварительной колоноскопии нельзя. Обращаем внимание врачей любой специальности на то, что кровотечения из заднего прохода, особенно не связанные с дефекацией, требуют безотлагательной колоноскопии. В последние годы во всем мире резко участились случаи опухолей толстой кишки, полипов и рака, а рак прямой и сигмовидной кишки выходит на первое-второе место в онкологической патологии. Опухоли толстой кишки, особенно бессимптомные полипы-аденомы (факультативный предрак), обнаруживаются более чем у 15% людей старше 50 лет (Н. Якутин с соавт., 2002). В России рак толстой кишки диагностируют поздно, на неоперабельных стадиях (Н.Ю. Залит с соавт., 2003), и при анализе выясняется, что многих таких больных долго, иногда в течение недель и месяцев, лечили по поводу

Рисунок 2. Схема радикальной геморроидэктомии (объяснения в тексте)



геморроя без предварительного обследования толстой кишки. Геморрой у них был, но была и опухоль толстой кишки, диагностика которой запаздывала из-за длительного лечения геморроя. В наше время, когда в каждом городе доступна кишечная гибкая фиброэндоскопия, лечение ректальных кровотечений без проведения колоноскопии является не просто ошибкой, а врачебным преступлением. Полипы и рак толстой кишки часты у пожилых людей, в т. ч. у страдающих геморроем, и длительное лечение геморроя ослабляет внимание врача, оттягивает сроки необходимой колоноскопии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Blanchard R. Romance of Proctology. London, 1938.
2. Рыжих А.Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956.
3. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Т. 2. Куйбышев, 1973.
4. Milligan E., Morgan S., Jones L., Officer R. Anatomy of the anal canal and the operative treatment of hemorrhoids // Lancet. 1937. №2. P. 1119–1123.
5. R. Phillips (ed.) Colorectal Surgery. Колоректальная хирургия / пер. с англ. М.: ГЭОТАР, 2009. Гл. 14. С. 262–268.
6. Stelzner F., Staubesand J. Das Corpus Cavernosum Recti. // Archiv. Klin. Chir. 1962. №299. P. 302–312.
7. Капуллер Л.Л. Геморрой // Морфологические основы болезней желудка и кишечника. М., 1998. С. 123–128.
8. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. М., 2003.
9. O'Regan P.J. Disposable device and minimally invasive technique for rubber band ligation of hemorrhoids // Dis. Colon. Rectum. 1999. №42. P. 623–625.
10. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Белоусова Е.А. Колопроктология. М., 2011. С. 77–98.
11. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование современных способов лечения геморроя. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999.
12. Якутин Н.А. [и др.] Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака толстой кишки на догоспитальном этапе // Проблемы колопроктологии: сб. М., 2002. С. 502–507.
13. Залит Н.Ю. [и др.] Проблема рака ободочной кишки на рубеже третьего тысячелетия // Акт. вопросы колопроктологии: сб. Самара, 2003. С. 233–235.