

Геморой – проблематика та методи сцілення

Термін «геморой» походить від грецького слова «haema» - кров і «rhoos» - течє і вперше зустрічався в працях Гіппократа при описі кровотечі з ануса [1]. Захворювання згадується в стародавніх медичних працях різних культур, вавилонський, індуїстської, грецької, єгипетської.

Будучи широко поширеним захворюванням, яке трапляється у 36% населення економічно розвинених країн, геморой займає перше місце в структурі проктологічних захворювань [2]. Значна кількість пацієнтів - особи молодого і працездатного віку, що свідчить про істотну соціальної та економічної значущості даної проблеми.

Протягом багатьох років існувала теорія варикозного розширення вен, згідно з якою геморой розвивається внаслідок варикозного розширення вен анального каналу. Сьогодні доведено, що формування геморою включає широкий спектр патологічних змін, включаючи венозну дилатацію, судинний тромбоз, дегенеративні зміни колагенових волокон і волокнисто-еластичних тканин, деформацію і розрив анальної субепітеліальної м'язи [3, 4]. Додатковим збільшує фактором є приєднання запальних змін судинної стінки та навколишнього сполучної тканини. Останні дані показують участь ряду ферментів, в першу чергу матриксних металопротеїназ (ММП) і цинк-залежною протеїнази в деградації сполучної тканини, руйнуванні білків позаклітинного матриксу (еластину, фібронектину, колагену). Встановлено роль ММП-9 в руйнуванні еластичних волокон [4]. Активація ММП-2 і ММП-9, тромбіну, плазміну чи інших протеїназ супроводжується порушенням капілярного кровотоку, активацією трансформуючого фактора росту β (TGF- β) [5]. Гіперваскуляризація і збільшення щільності мікросудин є важливим патогенетичним фактором геморою. [6]. Щільність мікросудин збільшується в гемороїдальних тканинах. Підвищення рівня ендогліна (одного з сайтів зв'язування TGF- β) є маркером проліферації судин [7]. Показано, що діаметр верхньої ректальної артерії у пацієнтів з гемороєм має значно більший діаметр, більш високу пікову швидкість кровотоку в порівнянні зі здоровими особами. Зазначені зміни зберігаються навіть після хірургічного лікування геморою [8, 9].

Є зв'язок з порушенням дефекації, зокрема, з частотою стільця [10-12]. Дані про роль дієтичних факторів, включаючи нізкобелкову дієту, вживання гострої їжі, алкоголю, залишаються суперечливими [13].

На сучасному етапі в якості основних механізмів розвитку геморою розглядаються наступні (Л. Л. Капуллер (1974), Г. І. Воробйова і співавт. (2002)):

- 1. Дисфункція судин, обумовлена посиленням припливу артеріальної крові, і зменшення відтоку по кавернозних венах.*
- 2. Дистрофічні процеси в загальній поздовжньої м'язі підслизового шару і зв'язці Паркса, що утримують кавернозне сплетіння в анальному каналі.*
- 3. Руйнування фіброзно-м'язового каркаса внутрішніх гемороїдальних вузлів, що утримують їх в анальному каналі вище аноректальної лінії, в поєднанні з посиленням артеріального припливу крові, збільшенням розмірів гемороїдальних вузлів, зміщенням в дистальному напрямку і, в кінцевому підсумку, випадання з анального каналу.*

Втрата еластичності призводить до рухливості гемороїдальних вузлів, які під дією тиску в прямій кишці починають зміщуватися до анального каналу (при виникненні проблем з випорожненням прямої кишки і при запорах). У пізніх стадіях відбувається розрив підвішують зв'язки і зв'язки Паркса, і внутрішні гемороїдальні вузли починають випадати.

Больовий синдром не є характерною ознакою хронічного геморою. Проте, при виникненні болю необхідно визначити її тип, з'ясувати, чи є вона гострої або хронічної і як проявляється її інтенсивність під час спорожнення прямої кишки. Тупі постійні болі характерні для тривалого перебігу захворювання з частими загостреннями. Болі після дефекації при геморої більш характерні для гострого тромбозу внутрішніх гемороїдальних вузлів і анальної тріщини. Таким чином, якщо головною скаргою пацієнта є больовий синдром, слід шукати інші його причини [14-16].

Дискомфорт і анальний свербіж, особливо виражені у пацієнтів з синдромом подразненої товстої кишки або іншими функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, є більш характерними ознаками для пізніх стадій захворювання. Анальний свербіж при геморої зазвичай пов'язаний з випаданням вузлів і попаданням слизу на шкіру, в результаті чого розвивається мацерація шкірних покривів періанальної області. У той же час в

цій області може розвинутися контактний дерматит в результаті застосування анальних свічок або мазей, що містять дратівливі компоненти.

Періанальний набряк шкіри є, як правило, проявом гострого геморою і досить рідко зустрічається при хронічному перебігу. Набряк іноді супроводжується відчуттям дискомфорту, яке пацієнти частіше приймають за відчуття тяжкості в промежині і задньому проході і бажання спорожнити кишечник. У хронічній фазі періанальний набряк пов'язаний з частим випаданням гемороїдальних вузлів і супроводжується іншими симптомами, зокрема виділенням слизу і кровотечею.

Патологічні виділення з прямої кишки у вигляді слизу можна назвати патогномонічними для геморою, так як вони можуть мати місце при інших патологічних станах товстої кишки. Практично у всіх пацієнтів з патологічними виділеннями з анального каналу відзначені супутні захворювання прямої та ободової кишки.

Діагноз геморою заснований на даних клінічного обстеження, яке включає огляд, пальцеве дослідження, аноскопію. З огляду на, що у кожного третього хворого з гемороєм виявляються супутні захворювання анального каналу, прямої і ободової кишки, обов'язковим є проведення ректороманоскопії і колоноскопії, які дозволять виявити інші захворювання кишечника, що супроводжуються кровотечами. Так, у 1% хворих, спрямованих на консультацію до проктолога, встановлений рак прямої або ободової кишки. Всім пацієнтам показана консультація терапевта, з проведенням загальноклінічних методів дослідження [16].

Класифікація методів лікування геморою [17]

I. Консервативні (дієта з підвищеним вмістом харчових волокон, флеботонічні препарати, свічки, мазі).

II. малоінвазивні:

- інфрачервона коагуляція;
- склерозирующее лікування;
- латексне лігування гемороїдальних вузлів;
- шовні лігування гемороїдальних артерій під контролем ультразвукової доплерометрії.

III. Хірургічні методи:

- геморроїдопексія (операція Лонга);
- геморроїдектомія по Міллі–гану-Моргану, Парксу, Фергюсон.

Приступаючи до вибору методу лікування геморою, практикуючий лікар повинен пам'ятати, що гемороїдальні сплетення є нормальною анатомічною структурою і його не слід видаляти при відсутності клінічних симптомів захворювання. З огляду на істотну роль внутрішніх гемороїдальних сплетінь в герметизації анального каналу, необхідно намагатися застосовувати більш щадні методи лікування гемороїдальних хвороби. Дослідження зарубіжних і вітчизняних колопроктологів свідчать, що радикальна гемороїдектомія показана не більше ніж 30% пацієнтів гемороїдальною хворобою [18].

Зміна способу життя рекомендується для пацієнтів з будь-якою стадією геморою як частина лікування і як превентивний захід [19]. Ці зміни включають збільшення споживання харчових волокон і прийом рідини, зниження споживання жирів, регулярні фізичні вправи, поліпшення анальної гігієни. Оскільки дія проходження твердого стільця на слизову анального каналу може привести до додаткової травматизації гемороїдальних вузлів, збільшення споживання клітковини в раціоні може допомогти усунути напругу під час дефекації. За даними клінічних досліджень включення харчових волокон в раціон знижує ризик кровотечі на 50%, проте не зменшує прояви пролапсу і такі симптоми, як біль і свербіж.

Пероральні флавоноїди. Венотонізуючі агенти підвищують тонус судин, знижують проникність капілярів, мають протизапальну дію. Нещодавно проведений метааналіз 14 рандомізованих клінічних випробувань з включенням 1514 пацієнтів з оцінки ефективності флавоноїдів при лікуванні геморою показав, що флавоноїди знижували ризик кровотечі на 67%, постійні болі на 65%, свербіж на 35%, зменшити кількість рецидивів на 47% [20].

Вживання в їжу продуктів, багатих на флавоноїди, таких як яблука і чай надають захисну дію проти раку і серцево-судинних захворювань, особливо якщо ви курите і вживаєте алкоголь, згідно дослідникам з Університету Edith Cowan (Австралія).

«Чашка чаю, яблуко, апельсин, 100 грамів чорниці та 100 грамів броколі забезпечують широкий спектр флавоноїдів, забезпечуючи денну норму», - каже професор Bandonno [21].

Отже, як видно з аналізу багатьох досліджень проблематики геморою, вживання флавоноїдів дозволяє усунути таку проблему, як геморої в 50% самостійно.

Галина Мартинюк

Литература

1. Leff E. Hemorrhoids // *Postgrad Med.* 1987; 82: 95–101.
2. Johanson J. F., Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study // *Gastroenterology.* 1990; 98: 380–386.
3. Thomson W. H. The nature of haemorrhoids // *Br J Surg.* 1975; 62: 542–552.
4. Han W., Wang Z. J., Zhao B., Yang X. Q., Wang D., Wang J. P., Tang X. Y., Zhao F., Hung Y. T. Pathologic change of elastic fibers with difference of microvessel density and expression of angiogenesis-related proteins in internal hemorrhoid tissues // *Zhonghua Weichang Waikexue.* 2005; 8: 56–59.
5. Yoon S. O., Park S. J., Yun C. H., Chung A. S. Roles of matrix metalloproteinases in tumor metastasis and angiogenesis // *J Biochem Mol Biol.* 2003; 36: 128–137.
6. Han W., Wang Z. J., Zhao B., Yang X. Q., Wang D., Wang J. P., Tang X. Y., Zhao F., Hung Y. T. Pathologic change of elastic fibers with difference of microvessel density and expression of angiogenesis-related proteins in internal hemorrhoid tissues // *Zhonghua Weichang Waikexue.* 2005; 8: 56–59.
7. Chung Y. C., Hou Y. C., Pan A. C. Endoglin (CD105) expression in the development of haemorrhoids // *Eur J Clin Invest.* 2004; 34: 107–112.
8. Aigner F., Gruber H., Conrad F., Eder J., Wedel T., Zelger B., Engelhardt V., Lametschwandtnr A., Wienert V., Böhler U. et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease // *Int J Colorectal Dis.* 2009; 24: 105–113.
9. Aigner F., Bodner G., Gruber H., Conrad F., Fritsch H., Margreiter R., Bonatti H. The vascular nature of hemorrhoids // *J Gastrointest Surg.* 2006; 10: 1044–1050.
10. Johanson J. F., Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study // *Gastroenterology.* 1990; 98: 380–386.
11. Johanson J. F., Sonnenberg A. Constipation is not a risk factor for hemorrhoids: a case-control study of potential etiological agents // *Am J Gastroenterol.* 1994; 89: 1981–1986.
12. Loder P. B., Kamm M. A., Nicholls R. J., Phillips R. K. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology // *Br J Surg.* 1994; 81: 946–954.
13. Pigot F., Siproudhis L., Allaert F. A. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation // *Gastroenterol Clin Biol.* 2005; 29: 1270–1274.
14. Aigner F., Gruber H., Conrad F., Eder J., Wedel T., Zelger B., Engelhardt V., Lametschwandtnr A., Wienert V., Böhler U. et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease // *Int J Colorectal Dis.* 2009; 24: 105–113.
15. Kaidar-Person O., Person B., Wexner S. D. Hemorrhoidal disease: A comprehensive review // *J Am Coll Surg.* 2007; 204: 102–117.
16. Ливзан М. А. Болевой синдром в гастроэнтерологии — алгоритм терапии // *Медицинский совет.* 2010, № 3–4. С. 68.
17. American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and treatment of hemorrhoids // *Gastroenterology.* 2004; 126: 1461–1462.
18. Acheson A. G., Scholefield J. H. Management of haemorrhoids // *BMJ.* 2008; 336: 380–383.
19. Ливзан М. А. Современные принципы лечения запоров // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2009. Т. 19, № 2. С. 70–74.
20. Alonso-Coello P., Zhou Q., Martinez-Zapata M. J., Mills E., Heels-Ansdell D., Johanson J. F., Guyatt G. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids // *Br J Surg.* 2006; 93: 909–920.
21. <https://rua.gr/wom/health/32297-tri-osnovnykh-komponenta-dolgoletiya.html>