



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства для врачей общей практики (семейных врачей)

Геморрой

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ВОП8**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации**

Рабочая группа по подготовке рекомендаций:

Председатель: Денисов Игорь Николаевич — д.м.н., академик РАН, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; главный внештатный специалист Минздрава России по общей врачебной практике (семейный врач); Президент общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации; председатель профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Члены рабочей группы:

Заика Галина Ефимовна – заведующая кафедрой общей врачебной практики (семенного врача) Новокузнецкого института усовершенствования врачей, к.м.н., доцент, (kafedraovpngiuv@rambler.ru)

Тараско Андрей Дмитриевич – д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики (семенного врача) Новокузнецкого института усовершенствования врачей (kafedraovpngiuv@rambler.ru)

Экспертный совет:

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Артемьева Е.Г.(Чебоксары); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н. Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Кузнецова О.Ю. (Санкт-Петербург); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); к.м.н., Маленкова В.Ю.(Чебоксары); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); к.м.н. Шевцова Н.Н. (Москва).

СОДЕРЖАНИЕ

Список условных сокращений.....	4
I. Введение.....	5
II. Определение	7
III. Код по МКБ.....	7
IV. Причины и факторы риска.....	7
4.1. Причины.....	7
4.2. Факторы риска.....	8
V. Классификация геморроя.....	11
VI. Распространенность заболевания	13
VII. Проявления геморроя.....	14
VIII. Течение геморроя.....	15
IX. Диагностика геморроя.....	17
X. Дифференциальная диагностика геморроя	18
XI. Осложнения геморроя.....	19
XII. Общие принципы терапии геморроя в амбулаторных условиях.....	20
XIII. Методы, используемые народной медициной.....	23
XIV. Лечение геморроя при отдельных состояниях.....	24
14.1. Лечение геморроя при беременности.....	24
14.2. Лечение геморроя в послеродовом периоде.....	24
14.3. Лечение геморроя у детей.....	24
14.4. Особенности лечения геморроя у пожилых.....	25
XV. Малоинвазивные методы лечения геморроя.....	26
15.1. Склеротерапия.....	26
15.2. Лигирование (перетягивание) геморроидальных узлов латексными кольцами	26
15.3. Инфракрасная фотокоагуляция	26
15.4. Деартериализация геморроидальных узлов с лифтингом.....	26
XVI. Условно радикальное оперативное лечение.....	27
16.1. Геморроидэктомия	27
16.2. Метод Лонго	28
XVII. ПРОГНОЗ	28
XVIII. ПРОФИЛАКТИКА.....	29
18.1. Борьба с расстройствами стула	29
18.2. Ограничение спиртных напитков и острой пищи	29
18.3. Грамотная гигиена дефекации	30
18.4. Профилактика гиподинамии; физическая активность... ..	30
18.5. Отказ от чрезмерных физических нагрузок, поднятия тяжестей	31
18.6. Фармакопрофилактика.....	31
XIX. Маршрут движения больных.....	32
19.1 Острый геморрой.....	32
19.2 Хронический геморрой.....	32
Список литературы.....	34

СОКРАЩЕНИЯ

ДИ – доказательный индекс;

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства;

РКИ – рандомизированное клиническое исследование;

СР – степень рекомендаций;

УД – уровень доказательности.

I. ВВЕДЕНИЕ

Настоящие рекомендации по диагностике и лечению геморроидальной болезнью являются руководством для врачей общей практики и семейных врачей. При составлении данных рекомендаций взяты за основу «Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с острым и хроническим геморроем», разработанные экспертной комиссией Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация колопроктологов России» [1]. Кроме того, для составления рекомендаций использованы данные литературы из исследований в этой области и существующие в России Руководства для врачей по колопроктологии [2, 3, 4]. Для отдельных положений рекомендаций приведены уровни доказательности согласно общепринятой классификации Оксфордского центра доказательной медицины (Таблицы 1 и 2). [5, 6].

Таблица 1. Уровни доказательности и степени рекомендаций на основании классификации Оксфордского центра доказательной медицины

Уровень	Исследования методов диагностики	Исследования методов лечения
1a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований первого уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
1b	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное РКИ (с узким ДИ)
1c	Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результат позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Все или ничего»
2a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований
2b	Разведочное когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; то есть с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)
2c	Нет	Исследования «исходов»; экологические исследования
3a	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3 и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай-контроль»

3b	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого» стандарта у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай-контроль»
4	Исследование «случай-контроль» или исследование с некачественным или зависимым «золотым» стандартом	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества)
5	Мнения экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	Мнения экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»

Таблица 2. Обозначения степени рекомендации

Степень рекомендации	
A	Согласующиеся между собой исследования первого уровня
B	Согласующиеся между собой исследования 2 или 3 уровня или экстраполяция на основе исследований 1 уровня
C	Исследования 4 уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3
D	Доказательства 4 уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня.

II. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Геморроидальные узлы представляют собой кавернозные образования, которые в процессе нормального эмбриогенеза закладываются в дистальном отделе прямой кишки выше зубчатой линии (внутренние узлы) и под кожей промежности (наружные узлы).

Геморрой – это патологическое увеличение геморроидальных кавернозных тел, которое сопровождается истончением, патологической дегенерацией мышечной оболочки с образованием геморроидальных узлов, а в ряде случаев, деструкцией стенки, что проявляется периодическим кровотечением, выпадением сформировавшихся узлов из анального канала и частым воспалением, что может сопровождаться тромбозом кавернозных тел. Различают наружный, внутренний и комбинированный геморрой (одновременное поражение наружных и внутренних геморроидальных кавернозных тел) [2,3].

III. КОД МКБ [7]

МКБ: I 84 – геморрой;

I 84.0 – внутренний тромбированный геморрой;

I 84.1 – внутренний геморрой выпадающий, кровоточащий, ущемленный, изъязвленный;

I 84.3 – наружный тромбированный геморрой;

I 84.4 – наружный кровоточащий, выпадающий, ущемленный, изъязвленный геморрой;

I 84.5 – наружный геморрой без осложнений;

I 84.7 – тромбированный геморрой неуточненный;

I 84.8 – геморрой с другими осложнениями неуточненный;

I 84.9 – геморрой без осложнения неуточненный;

O 22.4 – геморрой во время беременности;

O 87.2 – геморрой в послеродовом периоде.

IV. ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

4.1. Причины

В основе заболевания лежит врожденная дисфункция сосудов конечного отдела прямой кишки, приводящая к усиленному притоку артериальной крови и уменьшению оттока крови по кавернозным венам, легко поддающихся расширению в **неблагоприятных условиях**. Такими условиями, например, могут являться:

- малоподвижный образ жизни;
- тяжелый физический труд;
- запор;
- учащенная дефекация при синдроме раздраженной толстой кишки;
- злоупотребление алкоголем и острой пищей;

- воспалительные или опухолевые процессы в области малого таза;
- беременность.

В результате **кавернозные тельца** или **каверны** (сосудистые образования подслизистого слоя конечного отдела прямой кишки) переполняются кровью, увеличиваются в размерах и деформируются, образуя **геморроидальные узлы** (УД 1b [1, 2, 3, 4]).

Под действием этих факторов геморроидальные кавернозные тела увеличиваются в размерах, стенка их истончается, происходят дегенеративные процессы в мышечном слое и соединительнотканых структурах, что приводит к разрушению перегородок между каналами в кавернозном теле, мешкообразным образованиям под наружной оболочкой, что приводит к формированию турбулентного кровотока, повреждению эндотелия с выделением провоспалительных цитокинов, адгезии лейкоцитов к сосудистой стенке, образованию тромбов, местами возникает деструкция наружной стенки с кровоточивостью. За счет дистрофических процессов в удерживающем аппарате происходит смещение узлов в дистальном направлении, и узлы начинают выпадать из анального канала (УД 1b [8]).

4.2. Факторы риска (УД 5, СР Д [3, 4]).

Как указано выше, при наличии врожденной предрасположенности к болезни, кавернозные тельца могут деформироваться, превращаясь в геморроидальные узлы под влиянием внешних факторов, которые указаны ниже.

Поднятие тяжестей, длительная работа в положении стоя

При **физических перегрузках** венозное давление повышается вследствие задержки крови в венах, что постепенно приводит к утрате эластичности венозными стенками. По этой причине геморрой нередко развивается у **грузчиков, танцоров, спортсменов, парикмахеров, учителей** – то есть тех, кто занимается тяжелым физическим трудом или проводит свой рабочий день, стоя (УД 5, СР Д) [1, 2, 3, 4]).

Сидячая работа, малоподвижный образ жизни

Не щадит геморрой и тех, кто большую часть дня проводит в **положении сидя**. Дело в том, что между сиденьем стула и телом сидящего образуется своего рода тепловой компресс, что ведет к застою крови в тазовых органах. В этой связи в «группу риска» попадают **водители, кассиры, операторы компьютеров, бухгалтеры** и представители других «сидячих» профессий (УД 5, СР Д) [1, 2, 3 4]).

Кроме того, малоподвижный образ жизни как таковой является фактором риска **венозной недостаточности**, тогда как умеренная физическая активность, занятия плаванием и гимнастикой, напротив, усиливают и стимулируют кровообращение и препятствуют застою крови в венах (УД 5 [1, 2, 3, 4]).

Хронические запоры

Запор вызывается нарушением процесса формирования кала и его продвижения по кишечнику. Твердые каловые массы, задерживаясь в нижних отделах кишечника, давят на окружающие вены и перекрывают нормальный ток крови.

Привычка подолгу тужиться при дефекации, свойственная страдающим хроническим запором, также весьма способствует геморрою, так как **натуживание при дефекации** действует на вены прямой кишки аналогично поднятию тяжестей (УД 5, СР Д)[3]).

Воспалительные или опухолевые процессы в области малого таза

Воспалительные заболевания и опухоли у женщин (фибромы, фибромиомы матки), заболевания предстательной железы у мужчин, а также цирроз печени с портальной гипертензией и злокачественные опухоли прямой кишки – всё это способствует **приливу крови** к органам малого таза, а, следовательно, и развитию геморроя.

Трещины, язвы, свищи заднего прохода также являются факторами риска геморроя, так как при раздражении возникает **спазм сфинктера** (круговой мышцы, закрывающей выход из прямой кишки), в результате чего отводящие вены сдавливаются и травмируются.

Злоупотребление алкоголем и острой пищей (УД 5, СР Д [3])

Алкоголь вызывает **расширение сосудов** по всему пищеварительному тракту, в том числе и сосудов прямой кишки. Расширение сосудов, в свою очередь, приводит к застою крови в геморроидальных узлах и их воспалению.

Острые блюда, обильно приправленные специями, с одной стороны, стимулируют пищеварение, но одновременно, к сожалению, вызывают резкий **приток крови** к прямой кишке и **раздражение** слизистой оболочки.

Тяжелая диарея (понос), анальный секс (СД 5, СР Д [9])

Раздражение и воспаление прямой кишки и ануса вследствие тяжелой диареи, а также механическое **растяжение сфинктера** и прямой кишки при анальном сексе способствуют появлению геморроя и обостряют течение уже имеющегося заболевания.

Факторы, способствующие развитию геморроя в детском возрасте

1. Главным фактором, вызывающим заболевание в детском возрасте, являются запоры, которые возникают не только у детей постарше, но и у грудничков. У грудных детей задержка стула чаще связана с нарушением микрофлоры кишечника. У дошкольников и особенно школьников – с

неправильным питанием: употреблением чипсов, киришечек, едой всухомятку, использованием вместо воды сладких газированных напитков и дефицитом в рационе овощей. Длительные запоры приводят к уплотнению каловых масс, которые при дефекации травмируют слизистую кишки. Кроме того, ребёнку приходится тужиться, чтобы выдавить из кишечника твёрдое содержимое. А это приводит к усилению притока крови к малому тазу, что создаёт условия для возникновения геморроя.

2. Часто геморрой у маленьких детей возникает от длительного сидения на горшке. Это может быть связано всё с тем же запором или психологическими моментами, например, невозможностью сходить в туалет в не домашней обстановке. Этот фактор имеет значение для детей, посещающих детский сад. Свою роль играет и высаживание на горшок в определённое время, а не тогда, когда ребёнку захочется. Это приводит к тому, что он длительно безрезультатно сидит на горшке. При этом происходит переполнение вен прямой кишки, что благоприятно для возникновения геморроя.

3. Причиной, по которой возникает геморрой у грудного ребёнка, может быть частый и длительный плач. Если малыш заходится в крике, у него повышается внутрибрюшное давление, и усиливается приток крови к малому тазу, что приводит к переполнению вен. Когда это повторяется, возникает застой в венах таза, а затем и геморрой.

4. Ещё одной редкой, но всё же встречающейся причиной заболевания, может быть врождённое расширение геморроидальных вен. Эта патология даёт о себе знать с первых дней жизни ребёнка, когда даже при кратковременном плаче или натуживании во время дефекации можно увидеть выпячивание в области ануса.

5. У детей школьного возраста вызвать геморрой могут и «взрослые» причины. Современный школьник своё свободное время чаще проводит не на футбольном поле или хоккейной коробке, а перед монитором компьютера. Длительное сидение за партой в школе, а потом и дома вызывает застойные явления в малом тазу. И ещё один «взрослый» фактор. Нередко ученики старших классов «балуются» алкогольными напитками, что в совокупности с низкой двигательной активностью обеспечивает приток крови к малому тазу и возникновение геморроя.

6. Ещё одним фактором, способным привести к развитию геморроя у подростков является мастурбация, которая играет такую же роль, как половые эксцессы (УД 5, СР Д [10]).

Беременность, роды (УД 5, СР Д [9])

Матка, увеличиваясь по мере развития плода, занимает все большую часть брюшины. При этом подвижные органы смещаются вверх, а прямая кишка, напротив, прижимается к тазу – в результате венозные сосуды пережимаются, переполняя кровью кавернозные тельца.

Напряженные **потуги при родах** также стимулируют формирование геморроидальных узлов. В связи с этим в МКБ-10 выделены отдельные нозологические формы геморроя связанные с беременностью и послеродовым состоянием.

Геморрой у пожилых

Геморрой – одно из самых частых заболеваний, которым страдают пожилые люди, как мужчины, так и женщины. Он развивается постепенно и в пожилом возрасте часто напоминает о себе. Связано это с тем, что в пожилом возрасте происходит ослабление венозной стенки, отсюда – застой крови в нижней полой вене, что ведет к выпадению геморроидальных узлов. Двигательная активность кишечника, иммунная система организма, микрофлора кишечника с возрастом меняется, становится более слабой, уязвимой. Отсюда возникают хронические запоры, которые могут спровоцировать обострение геморроя. Но и диарея тоже ведет к геморрою. Поэтому для людей в старшем возрасте, следует следить за своим питанием. К предрасполагающим факторам также относят склонность к ожирению, к повышенному артериальному давлению, сердечная недостаточность, синдром раздраженного кишечника.

У пожилых людей снижается упругость и тонус мышечной стенки кишечника, ослабевает сила перистальтических сокращений. А прием некоторых лекарственных средств для лечения хронических заболеваний, нередко сопутствующих возрасту, способствует усилению запора, что является причиной злоупотребления слабительными, клизмами с целью борьбы с запорами.

Пожилые люди, как правило, ограничивают себя в движении. Физическая активность в старших возрастных группах вынуждено ограничивается. А малоподвижный образ жизни – это фактор, способствующий застойным явлениям в органах малого таза, а значит формированию и обострению геморроя (УД 5, СР Д [11]).

V. Классификация геморроя [1, 2, 3]

По этиологии геморрой может быть: 1) врожденным; 2) приобретенным: первичным и симптоматическим.

По локализации: 1) наружный; 2) внутренний; 3) комбинированный.

По течению: 1) острый; 2) хронический.

Острый геморрой делится на три степени:

- 1) тромбоз наружных и/или внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции;
- 2) тромбоз геморроидальных узлов с воспалением;
- 3) распространенный тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки геморроидальных

узлов.

Хронический геморрой делится на 4 стадии:

1) выделение крови из заднего прохода без болевого синдрома и выпадения геморроидальных узлов (Рис 1).



Рисунок 1. Аноскопия. Геморрой, I стадия.

2) выпадение узлов с самопроизвольным вправлением в анальный канал (с кровотечением или без), дискомфорт в области заднего прохода, не эффективное удержание кала, перианальный зуд, переходящий перианальный дерматит;

3) периодическое выпадение узлов с необходимостью их ручного вправления (с кровотечениями или без), неэффективность удержания кала, переходящий перианальный дерматит, анальный зуд (рис. 2);

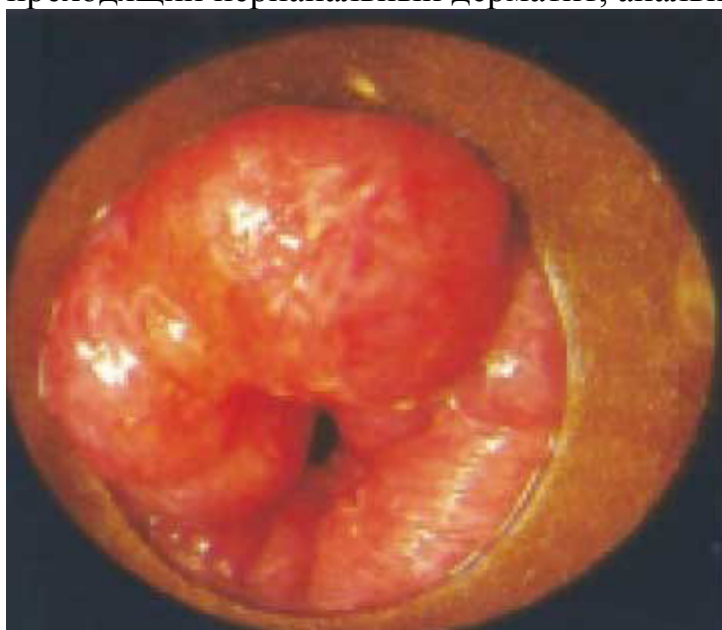


Рисунок 2. Аноскопия. Геморрой, III стадия.

4) постоянное выпадение геморроидальных узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки и невозможностью вправления в анальный канал (с кровотечением или без), боли в области заднего прохода, неэффективность удержания кала, слизистые выделения, перианальный дерматит и экзематизация перианальной кожи, анальный зуд (рис. 3).



Рисунок 3. Аноскопия. Геморрой, анальный пролапс, IV стадия.

VI. Распространенность заболевания

Геморрой – одно из самых распространенных неинфекционных заболеваний человека. Недаром даже в повседневном общении этот термин получил широкое распространение как синоним обременительной и трудно устранимой неприятности.

Человек, как биологический вид, предрасположен к геморрою вследствие прямохождения, т.к. воздействие силы всемирного тяготения затрудняет венозный отток крови и провоцирует её застой в сосудах нижних конечностей и таза.

На протяжении тысяч лет этот недуг доставлял множество неприятностей жителям всех континентов.

Еще в **Древнем Египте** и **Вавилоне** знали о геморрое и лечили его хирургическим путем.

Упоминания об этой болезни можно найти в трудах Гиппократ, Галена, Авиценны.

Известно, что геморроем страдал **Наполеон Бонапарт**, причем говорят, что именно обострению этой болезни французский император обязан поражением при Ватерлоо.

В наши дни геморрой поражает в среднем 118 человек из тысячи, то есть более 10% взрослого населения. А в течение жизни с проявлениями геморроя сталкивается 8 из 10 человек – иначе говоря, увеличение геморроидальных узлов рано или поздно появляется у большинства людей.

Геморрой – наиболее частая причина обращения к врачу – проктологу; его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний составляет 40%.

Большинство страдающих геморроем – мужчины в возрасте 30 – 50 лет, впрочем, не щадит он и женщин, особенно в период беременности. У детей геморрой встречается редко, что связано с недоразвитием геморроидальных кавернозных тел. Обычно геморрой наблюдается только в старшем школьном возрасте, когда формирование геморроидальных тел в основном завершено, но может быть и в более раннем возрасте, даже у грудничков.

У лиц моложе 30 лет геморрой наблюдается редко – 5%. Мужчины болеют несколько чаще женщин (1,4: 1). После появления первых симптомов до 5 лет за помощью обращаются 36% больных, от 5 до 15 лет – 55% больных.

До 20% жертв геморроя нуждаются в хирургическом лечении. Ежегодно только в России выполняется 4600 – 4800 операций геморроидэктомии.

VII. Проявления геморроя

Типичный симптомокомплекс хронического течения заболевания складывается из ремитирующих кровотечений, связанных с дефекацией, и выпадения геморроидальных узлов во время и после дефекации. Кровотечение как первичный симптом отмечается у 76% пациентов, выпадение узлов – у 39% (УД 5, СР Д [1, 2]).

У 81% пациентов выделяется алая кровь во время дефекации или сразу после нее. У 19% пациентов кровь выделяется между дефекациями. Кровь из анального канала выделяется обычно в виде часто падающих капель. При этом она может разбрызгиваться на стенки унитаза. Иногда кровь определяется в виде полосок на кале. В 10% случаев кровотечение носит постоянный характер и приводит к значительному снижению гемоглобина, что требует проведения гемостатической и корригирующей терапии. В редких случаях кровь застаивается в прямой кишке и выделяется в виде темных сгустков.

Частота выпадений узлов увеличивается в прямой зависимости от длительности и стадии заболевания. При длительности заболевания более 10 лет число пациентов с выпадениями в 2 раза превышает число больных с кровотечениями.

Болевой синдром не является характерным признаком хронического геморроя. Тупые постоянные боли характерны для длительного течения заболевания с частыми обострениями. Поводом для обращения за помощью

болевого синдром является только в 9% случаев. Чаще всего причиной болевого синдрома после дефекации являются другие причины: анальная трещина, острый криптит, папиллит, сфинктерит [2].

Дискомфорт и анальный зуд характерны для поздних стадий хронического геморроя. В качестве первых проявлений болезни они встречаются соответственно в 8 и 4% наблюдений.

Анальный зуд обычно связан с выпадением узлов и попаданием на кожу слизи, в результате чего возникает мацерация кожи перианальной области. В то же время в перианальной области может возникнуть контактный дерматит из-за применения раздражающих лекарственных средств.

Патологические выделения из прямой кишки (слизь, экссудат и т.д.) редко бывают первым симптомом геморроя. Практически у всех больных с выделениями выявляются сопутствующие воспалительные или опухолевые заболевания прямой и ободочной кишки.

Проявления геморроя в детском возрасте

Основные симптомы, характерные для взрослых (зуд, жжение, чувство инородного тела, кровянистые выделения из прямой кишки), проявляются и у детей, но чаще на них указывают дети старшего возраста.

У грудных детей и дошкольников геморрой протекает бессимптомно и обнаруживается случайно в виде выпячивания в области ануса при плаче или натуживании во время стула. Причём, в спокойном состоянии узелки исчезают.

Если в слизистой образуется трещина, то на поверхности каловых масс появляется кровь.

При воспалении узлов у ребёнка повышается температура от 37° до 38°.

Хоть и редко, но может возникать болевой синдром, связанный с тромбозом узла. Большой ребёнок об этом может рассказать сам, а грудной сообщает плачем и беспокойством.

Нередко у детей за геморрой можно принять другую патологию прямой кишки, например, её выпадение или кисту. Поэтому, если у ребёнка появляется какое-то выпячивание в области ануса, то следует получить консультацию детского хирурга.

Проявления геморроя у пожилых

Проявления геморроя у людей пожилого возраста типичные. Но здесь не стоит забывать такой нюанс – очень важно своевременно провести дифференциальную диагностику, что имеет первоочередное значение, ведь симптомы геморроя могут перекликаться с более опасными болезнями прямой кишки: полипозом, онкологическими заболеваниями (УД 1с, СР А [12, 13]).

Геморроидальные кровотечения у пожилых людей на фоне повышенного артериального давления оказывают в определенной степени лечебный эффект.

VIII. Течение геморроя

Начинается геморрой обычно постепенно и незаметно. Больные длительное время испытывают чувство дискомфорта, ощущение инородного тела в заднем проходе. Иногда беспокоит зуд заднего прохода, влажность и жжение в перианальной области. Во время обострения присоединяется болевой синдром. Компенсированное состояние может быть в течение многих лет, иногда десятилетий. При сборе анамнеза у больных удается выяснить, что первые жалобы появились после нарушения диеты (алкоголь, острая пища), при расстройствах дефекации. Выраженные симптомы могут появляться после длительно протекавшего периода предвестников с постепенным нарастанием свойственных геморрою симптомов. Одним из признаков декомпенсации процесса – появление кровотечения. Этот факт в понимании больного и врача фиксируется как начало заболевания. Но не всегда кровотечение является первым симптомом. Иногда после нарушения диеты, полового эксцесса возникает воспаление и даже «ущемление» узлов, то есть признаки острого геморроя, который и фиксируется как начало заболевания. Изредка первым симптомом являются острые боли при дефекации, связанные с деструкцией слизистой и возникновением анальной трещины.

Декомпенсация в течение геморроя переводит человека в категорию больного. В результате лечения процесс обычно вновь переходит в стадию компенсации или субкомпенсации, но под влиянием провоцирующих факторов нередко возникают обострения процесса, причем светлые периоды между обострениями с каждым разом становятся короче. Если больной соблюдает режим и диетические предписания, то между обострениями он чувствует себя совершенно здоровым.

По мере перехода заболевания в более высокие стадии (II→III→IV) у больных исчезает ощущение полного здоровья из-за изматывающих кровотечений, приводящих к постгеморрагической анемии, или из-за выпадения геморроидальных узлов.

Характер кровотечений может быть самым разнообразным – от едва заметных следов крови до истечения ее сильной пульсирующей струей в момент натуживания при дефекации. Больно при этом может ежедневно терять до 80 – 100 мл крови. Концентрация гемоглобина при этом снижается до 30 – 60 г/л, что приводит к снижению качества жизни и даже представляет угрозу для жизни, что требует срочного хирургического лечения.

Болевой синдром, как уже указывалось, не является обязательным при геморрое. Обычно боли появляются при осложнении в виде острого тромбоза геморроидальных узлов или при сочетании геморроя с анальной трещиной.

Даже при далеко зашедшем заболевании при длительно выпадающих геморроидальных узлах может не быть болевого синдрома.

Внутренние узлы проявляются раньше наружных. В начальных стадиях узлы видны только при расширении анального отверстия зеркалом или при аноскопии.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что при подозрении на хронический геморрой в рамках скрининговых медицинских осмотров следует ориентироваться на два симптома: эпизоды геморроидальных кровотечений с выделением алой крови и увеличение геморроидальных узлов выше и ниже зубчатой линии (УД 5, СР Д) [2, 3]).

IX. Диагностика геморроя

Диагностика геморроя является чисто клинической процедурой. Осмотр пациента требует определенного оснащения:

- 1) стол с подставкой для ног; при его отсутствии осмотр проводится на кушетке в коленно-локтевом положении;
- 2) регулируемое освещение (налобный осветитель или лампа направленного света);
- 3) перчатки из латексной резины;
- 4) глицерин или вазелиновое масло, или мази на основе вазелина (ланолина);
- 5) аноскоп и/или ректальное зеркало;
- 6) пуговчатый зонд;
- 7) препараты для дезинфекции.

Любое неполное обследование проктологического больного ведет к ошибочному диагнозу. Больного желательно осматривать на проктологическом (гинекологическом, урологическом) столе в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами или в коленно-локтевом положении. У соматически тяжелых больных осмотр проводится в положении на боку с приведенными к животу ногами.

При наружном осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов перианальной области (гиперпигментация, лихенизация, мокнутие и др.), форму заднего прохода, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформаций, наличие новообразований и папилломатозных разрастаний, наличие свищевых отверстий, характер отделяемого из них, выраженность геморроидальных узлов, их кровоточивость, изъязвленность, болезненность, возможность вправления в анальный канал. Затем с помощью зонда определяют выраженность анального рефлекса. Разводя края заднего прохода, осматривают стенки анального канала для выявления анальной трещины, оценивают степень выпадения внутренних геморроидальных узлов, возможность их самостоятельного вправления.

Следующим этапом диагностики является пальцевое ректальное исследование (УД 5, СР Д [2]). Проводя пальцевое исследование прямой

кишки, оценивают тонус анального сфинктера (гипотония или стойкое тоническое сокращение), отмечают наличие или отсутствие болезненности стенок анального канала, выявляют рубцовые изменения, дефекты слизистой, наличие опухолевидных образований, инфильтратов. Определить геморроидальные узлы из-за их эластичности при пальцевом исследовании не удается. Проводится проба с натуживанием, при которой можно определить выпадение геморроидальных узлов и возможность их самостоятельного вправления. При пальцевом исследовании также определяется выраженность ректоцеле (УД 5, СР Д) [2]).

Аноскопия дает возможность осмотреть изнутри геморроидальные узлы, зубчатую линию с морганиевыми криптами и колоннами, слизистую оболочку анального канала ниже гребешковой линии.

Если у больного в анамнезе есть ректальные кровотечения, то в программу обследования следует включить ректороманоскопию и/или колоноскопию (если есть кишечные жалобы). Если при ректороманоскопии тубус не удастся провести до 25 см, больным следует назначить ирригоскопию или виртуальную колоноскопию. Проведение такого обследования позволяет, помимо диагностики геморроя, выявить сопутствующие заболевания толстой кишки (УД 1с, СР А [12, 13]).

Копрограмма – анализ кала на качественный состав, т.е. на посторонние включения, остатки непереваренной пищи и слизь.

Анализ кала на скрытую кровь проводится для того, чтобы выявить возможное кровотечение в вышележащих отделах кишечника.

Анализ крови проводится, чтобы определить наличие или отсутствие анемии.

Х. Дифференциальная диагностика геморроя (УД 5, СР Д [1, 14, 15])

Дифференциальная диагностика геморроя проводится с целым рядом заболеваний, поскольку ряд симптомов геморроя встречается и при других заболеваниях. В некоторых случаях приходится прибегать к консультации других специалистов.

Аноректальное кровотечение, которое является одним из первых симптомов геморроя, следует дифференцировать с анальной трещиной, злокачественными и доброкачественными опухолями прямой кишки и анального канала, выпадением прямой кишки, язвенным колитом, болезнью Крона, подслизистой гемангиомой, травмой прямой кишки, солитарной язвой прямой кишки.

Выпадение геморроидальных узлов следует отличать от выпадения слизистой прямой кишки, гипертрофии анальных сосочков, ворсинчатой аденомы прямой кишки.

Выпадение геморроидальных узлов следует отличать от выпадения прямой кишки, гипертрофии анальных сосочков, ворсинчатой аденомы прямой кишки.

Если геморрой сопровождается выраженным болевым синдромом, то необходимо дифференцировать с анальной трещиной, острым тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов, острым и хроническим парапроктитом, опухолями анального канала, осложненными каудальными тератомами, болезнью Крона с анальным поражением, анокопчиковым болевым синдромом, эндометриозом, прокталгией.

Если в симптоматике заболевания фигурирует анальный зуд, то следует исключить следующие заболевания: выпадение прямой кишки, недостаточность анального сфинктера, сахарный диабет, ворсинчатую опухоль прямой кишки, хронический парапроктит, идиопатический анальный зуд анального канала, злокачественную опухоль прямой кишки, болезнь Крона, грибковые заболевания анального канала и промежности, гельминтозы, аллергический дерматит, контактный дерматит, псориаз, остроконечные перианальные кондиломы, недостаточная гигиена заднего прохода.

Слизистые и гнойные выделения из анального канала, наряду с геморроем, могут отмечаться при выпадении прямой кишки, солитарной язве прямой кишки, остроконечных перианальных кондиломах, анальной трещине, злокачественных новообразованиях анального канала и прямой кишки, ворсинчатой опухоли прямой кишки, синдроме раздраженной толстой кишки, язвенном колите, болезни Крона.

Отек перианальной области наряду с обострением геморроя, встречается при остром тромбозе геморроидальных узлов, остром парапроктите, остроконечных кондиломах, опухоли анального канала и прямой кишки с перифокальным воспалением, диарее и при стафило- и стрептодермии промежности, фурункуле и гидрадените промежности.

Критериями для ранней диагностики геморроя являются эпизоды ректальных кровотечений после дефекации на фоне увеличения внутренних геморроидальных узлов, выявляемых при аноскопии.

XI. Осложнения геморроя

Наиболее частым осложнением геморроя является острый тромбоз геморроидальных узлов. Профилактикой этого осложнения является соблюдение ряда рекомендаций диетического и режимного характера: диета с исключением раздражающих элементов (алкоголь, пряности и др.), борьба с запорами, стремление к одномоментной дефекации, производственная гимнастика при работе, связанной с длительным сидением или стоянием на ногах, направленная на устранение тазового полнокровия, исключение сексуальных эксцессов, периодический прием венотонизирующих средств, своевременное оперативное лечение при кровоточивости или выпадении узлов.

Другим нередким осложнением геморроя является развитие постгеморрагической анемии. Профилактикой этого осложнения является периодический прием флеботонизирующих средств, использование

гемостатических свечей, коррекция артериальной гипертензии, своевременное использование полухирургических и хирургических методов лечения геморроя, таких как склеротерапия, инфракрасная фотокоагуляция, деартериализация геморроидальных узлов с лифтином или без, наложение латексных колец, «радикальная» геморроидэктомия.

Следующим возможным осложнением геморроя является перианальный зудящий дерматит. Профилактикой этого осложнения является соблюдение рекомендаций по диете и режиму, регулярный туалет перианальной кожи с использованием теплой воды и мыла, применение тампонады анального отверстия ватным шариком. При упорном зуде следует применять противозудные средства, в том числе мази с глюкокортикоидными гормонами.

Относительно редким осложнением геморроя является острый парапроктит, профилактикой которого является соблюдение всех режимных мероприятий, рекомендуемых при геморрое.

Иногда геморрой осложняется хронической анальной трещиной. При этом один из наружных геморроидальных узлов может играть роль пограничного бугорка. Профилактикой этого осложнения является соблюдение режимных рекомендаций, борьба с запорами, дисбактериозом.

Тяжелое осложнение острого геморроя – **некроз (омертвление) тканей геморроидального узла**. О начале некроза узнают по тому, что узлы становятся черными. В таком случае **особенно опасны попытки самостоятельно вправить узлы обратно в прямую кишку** – это может грозить развитием сепсиса. Удаление омертвевших тканей производится в условиях стационара (УД 5, СР Д [16]).

ХII. Общие принципы терапии геморроя в амбулаторных условиях

В настоящее время нет объективных критериев, позволяющих выработать оптимальную тактику фармакотерапии острого и хронического геморроя. Учитывая многообразие форм и стадий геморроя, особенностей его течения, необходим индивидуальный подход к разработке лечебной программы.

Консервативное лечение острого геморроя у взрослых предполагает проведение системного и местного лечения. Фармакотерапия показана при остром и начальных стадиях хронического геморроя, а также в послеоперационном периоде.

Фармакотерапия острого и хронического геморроя преследует следующие цели:

- купирование симптомов острого геморроя;
- предотвращение осложнений;
- профилактика обострений;
- подготовка к операции;
- послеоперационная реабилитация.

Патогенетически обоснованная фармакотерапия позволяет решить ряд задач

(УД 5, СР Д [2, 17, 18, 19]).

- 1) устранить воспаление;
- 2) купировать болевой синдром;
- 3) воздействовать на микроциркуляцию в кавернозных образованиях;
- 4) улучшить кровоток в геморроидальных узлах;
- 5) оказать тромболитическое действие на тромбированные узлы;
- 6) укрепить сосудистую стенку;
- 7) остановить геморроидальное кровотечение.

Режим при остром геморрое постельный или полупостельный. При остром геморрое III ст. – режим стационарный в хирургическом или специализированном отделении. Диета – 4 стол по Певзнеру, исключаются раздражающие компоненты пищи (горчица, перец, хрен, чеснок, копчености, солонина, алкоголь в любом виде). При остром геморрое III ст. рекомендуется на 3–4 дня задержать стул. Для этого применяется бесшлаковая диета: белковый омлет, мясной говяжий бульон, отварное мясо, провернутое через мясорубку, слизистую рисовую или протертую кашу (на воде с небольшим кусочком масла), белые сухари (3 – 4 сухаря в день) и обильное питье (4–6 стаканов едва подслащенного чая) (УД 2b, СР В [20, 21, 22, 23]).

Системное лечение включает назначение флеботонизирующих и противовоспалительных препаратов. Среди них наиболее популярны препараты на основе диосмина. При остром геморрое препараты диосмина назначаются по разработанным схемам. Лечение препаратами, содержащими диосмин, по данным Г.И. Воробьева и соавт. [2] позволяет более чем в 2 раза сократить продолжительность обострений и в 1,5 раза уменьшить тяжесть обострений.

Для ликвидации воспаления применяют нестероидные противовоспалительные средства внутрь или парентерально. Местно применяются мазевые формы, содержащие НПВС, кортикостероиды, антикоагулянты.

При остром геморрое необходима нормализация деятельности пищеварительного тракта, а при I – II ст. следует бороться с задержкой стула более 3 суток. Показаны препараты, содержащие ферменты поджелудочной железы, пробиотики и пребиотики, гидрофильные коллоиды или пищевые волокна, применение которых требует регулярного и достаточного потребления жидкости (пшеничные отруби, льняное семя и другие).

Местное лечение геморроя направлено на ликвидацию болевого синдрома, кровотечения, тромбоза и воспаления геморроидальных узлов. Выбирают средства, учитывая доминирующие симптомы. При остром геморрое в первые 2 дня к месту воспаленных узлов прикладывают холодные примочки из слабого раствора перманганата калия. Ватные тампоны, смоченные в этом растворе, прикладывают к воспаленным узлам через каждые 15 минут в течение 1,5 – 2 часов (3 – 4 сеанса в день). Аппликации мазей на гидрофильной основе, комбинированные мази, содержащие

противовоспалительные субстраты) назначают 2 – 3 раза в день (утром, днем и вечером после стула).

При тромбозе геморроидальных узлов применяют свечи с гепарином, мази и гели, содержащие гепарин. При кровотечении изготавливаются свечи с адреналином, свечи, содержащие вазотонические вещества, выделяемые из некоторых морских водорослей, применяются местные гемостатические материалы, содержащие фибриноген, тромбин, коллаген. Местное лечение сочетают с парентеральным или пероральным введением гемостатических препаратов. Внутрь назначают 10%-ный раствор кальция хлорида (по 1 ст. л. 4 – 5 раз в сутки).

В 70 – 80% случаев тромбоз геморроидальных узлов осложняется их **воспалением** с переходом на подкожную клетчатку и перианальную область. При этом показана местная и общая противовоспалительная терапия.

При сильном болевом синдроме применяют свечи, содержащие анестетики, спазмолитики, и мази. Хороший эффект дают параректальные новокаиновые блокады с применением 0,25% раствора новокаина параректально через 4 точки (на 12, 3, 6 и 9 часах) по 20 – 30 мл в каждую точку (УД 5, СР Д [4]).

В последние годы предлагается для применения современный комбинированный препарат многофакторного действия, в состав которого входят убитые штаммы кишечной палочки, продукты их метаболизма (5×10^9 в 1 г мази) и гидрокортизон (2,5 мг в 1 г мази). Гидрокортизон представлен в форме свободного спирта, который лучше растворяется и усваивается тканями по сравнению с ацетатами и карбонатами. Этот препарат противопоказан при специфических инфекциях (туберкулез, кандидоз, сифилис) и в I триместре беременности, но во II и III триместрах применение его допустимо.

При хроническом геморрое системная фармакотерапия играет роль профилактического мероприятия. Например, применение диосмина не только уменьшает частоту обострений в течение года, но и при проведении двукратных профилактических курсов в течение года уменьшается тяжесть обострений.

Системную фармакотерапию следует рассматривать не только как основное лечение, но и как предоперационную подготовку и профилактику послеоперационных осложнений.

Консервативное лечение геморроя могут осуществлять врачи общей практики, но применять малоинвазивные и радикальные хирургические методы должен только колопроктолог.

ХIII. Методы, используемые народной медициной (УД 5, СР Д [24])

1. Для облегчения болей и снятия воспаления рекомендуется применять картофельные свечи. Перед процедурой рекомендуется посидеть в теплой ванне 30 минут, а затем в задний проход вставить картофельную свечку из сырого картофеля величиной с палец (6 – 8 см). Для облегчения

процедуры свечку можно смазать подсолнечным маслом. Эту свечку можно оставить на весь день. Если появляется потребность оправиться, то свечу выбрасывают, а после испражнения следует подмыться прохладной водой (лучше проспринцеваться холодной водой из малой клизмы – до 0,5 стакана), вставляют свежую свечку. Процедуру применяют в течение 10 дней.

2. Пить сок из зрелых ягод рябины по 0,5 стакана 3 раза в день перед едой. Оставшуюся кашу от ягод можно приложить к заднему проходу.

3. Натереть сырую картофелину, вжать сок в столовую ложку и маленькой спринцовкой ввести в задний проход на ночь. Процедура проводится в течение 10 дней. Сок следует выжимать из цельной картофелины с кожурой.

4. Смесь соков из моркови, салата-латука и шпината в соотношении 4:3:2 пить три раза в день до еды. Суточная доза – 2 стакана.

5. Пить сырой картофельный сок по 0,5 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

6. Пить сок из мякоти дыни по 0,5 стакана 2 раза в день 10 дней.

7. Залить 2 столовые ложки сушеной ботвы моркови 0,5 л кипятка, настаивать 8-10 часов. Пить в теплом виде по 0,3 стакана 4 – 5 раз в день за 20 минут до еды в течение 1 – 2 месяцев.

8. Вечером аккуратно ввести в задний проход разрезанные вдоль зубчики чеснока, окунув их в топленое нутряное свиное сало, вазелин или растительное масло и оставить на ночь. Повторять до 10 дней.

9. В ночной горшок положить раскаленный кирпич, на него накрошить заранее нарезанный чеснок. Горшок накрыть сверху доской с отверстием посередине. Сев на доску, принимать в течение 15 – 20 минут паровую «ингаляцию».

XIV. Лечение геморроя при отдельных состояниях

14.1. Лечение геморроя при беременности

Примерно половина будущих матерей сталкивается с проблемой геморроя. Задача осложняется тем, что не все средства можно использовать в такой ситуации. Всегда приходится выбирать – лекарственными или народными методами лечить этот недуг. Ведь нужно не только получить эффект, но и не навредить, ни матери, ни ребёнку.

Все лекарственные препараты, даже для местного применения, несут в себе потенциальную опасность, особенно в первом триместре, когда идёт закладка внутренних органов ребёнка. Поэтому при лечении начальных стадий геморроя у беременных следует отдавать приоритет местным и желательно природным средствам. Если выбирать из всех народных рецептов, чем лечить геморрой при беременности, то категорически нужно отказаться от сидячих и паровых ванночек. Наружные узлы следует смазывать натуральными мазями или делать примочки.

При внутренних узлах можно ставить свечи или небольшие мазевые тампоны. От микроклизм лучше воздержаться, чтобы не раздражать матку, прилегающую к прямой кишке.

Так что вопрос о лечении геморроя при беременности, достаточно серьезный и требует осторожного подхода (УД 5, СР Д [3]).

14.2. Лечение геморроя в послеродовом периоде

По статистике, около 80% женщин после родов продолжают испытывать симптомы геморроя. А у кого-то он впервые проявляется в этот период. Начиная лечение, нужно помнить, что через слизистую прямой кишки лечебные средства могут всасываться в кровь и попадать в молоко, а оттуда в организм ребёнка. Поэтому, если женщина кормит грудью, лучше пользоваться более мягкими природными рецептами (УД 5, СР Д [3]).

14.3. Лечение геморроя у детей

У детей используется обычно консервативное лечение острого геморроя, которое складывается из применения гигиенических процедур, соблюдения диеты, наружного применения тепла, местного применения противовоспалительных свечей, мазей.

Существуют достаточно эффективные детские свечи от геморроя. В сочетании с народными средствами они достаточно быстро излечивают геморрой у малышек и устраняют неприятные симптомы и признаки. Хорошо заживляют слизистую кишки облепиховые свечи.

Все средства, которые применяются для лечения детского геморроя, должны быть максимально безопасными. Ряд кремов, мазей и свечей, которые назначаются для взрослых, противопоказаны к применению у детей. Также существуют свечи на основе природных компонентов и лекарственных трав. Облепиховые свечи эффективно снимают воспаление, уменьшают отек, обеззараживают слизистую. Почти все детские препараты от геморроя имеют маленькие дозировки.

Что касается лекарственных трав, то консервативную терапию лучше всего сочетать с лечебными ванночками. Ванночки можно готовить на основе лекарственных трав, обладающих противовоспалительным эффектом: чабрец, шалфей, календула, ромашка, кора дуба, череда. Также в воду можно добавлять небольшое количество марганца. Раствор марганца должен быть очень слабым, чтобы не допустить ожога детской кожи и чувствительной слизистой.

Клизмы делать в случае детского геморроя категорически не рекомендуется, чтобы не травмировать еще больше слизистую оболочку. Допускаются микроклизмы-спринцевания из натуральных масел облепихи или шиповника.

Немаловажное значение имеет нормализация у ребёнка стула и питания. В рацион обязательно должны быть включены фрукты и овощи, ребёнок должен выпивать достаточное количество жидкости, а полстакана

прохладной воды утром натощак должно стать ежедневным правилом. Это поможет стимулировать работу кишечника и устранить запоры. У детей с нарушением микрофлоры кишечника восстановление её нормального состава должно быть обязательным этапом лечения.

Важная профилактическая мера – обучение ребёнка одномоментному стулу и выработка у него гигиенических навыков – после дефекации обмывать область ануса прохладной водой. Эта процедура повышает тонус сосудов, улучшая венозный отток и уменьшая застойные явления в малом тазу.

Все дети с врождённой патологией – расширением геморроидальных вен, должны находиться под наблюдением врача.

Если лечение геморроя у детей начато вовремя и проведено качественно, с возрастом, при соблюдении необходимого образа жизни, это заболевание может исчезнуть бесследно (УД 5, СР Д [10]).

14.4. Особенности лечения геморроя у пожилых пациентов

При лечении геморроя у пациентов пожилого возраста актуально исключение факторов, способствующих развитию и прогрессированию заболевания.

Актуально применение местных средств, системных препаратов. Большой частью геморрой сопутствует другим хроническим заболеваниям. Это сужает возможность выбора метода лечения.

По возможности необходимо изменить образ жизни, выполнять посильную физическую нагрузку. Непременно уделить внимание питанию при геморрое, пища должна содержать достаточное количество пищевых волокон. При отсутствии противопоказаний соблюдать достаточный питьевой режим. Пожилые люди часто нуждаются в назначении ферментных препаратов, пробиотиков для улучшения качества кишечной флоры. Обязательно в программу лечения назначаются препараты для коррекции артериальной гипертензии и других проявлений эндотелиальной дисфункции (УД 5, СР Д [11]).

XV. Малоинвазивные методы лечения геморроя

В последние годы все большее распространение получают малоинвазивные (малотравматичные) способы лечения геморроя, применяемые в основном не в стационаре, а в амбулаторных условиях (УД 1а, СР В [25 – 41]).

15.1. Склеротерапия

Применение склеротерапии возможно в начальных стадиях хронического геморроя, когда основным симптомом является кровотечение из геморроидальных узлов без их выпадения. Помимо этого, склеротерапию можно проводить на любой стадии заболевания для остановки кровотечения.

Суть метода заключается в том, что при помощи аноскопа и специального шприца в геморроидальные узлы вводят склерозирующий препарат, под действием которого сосуды, которые находятся в узле, замещаются соединительной тканью, в результате чего прекращается кровотечение, а сам узел уменьшается (УД 1b, СР В [32, 34, 35, 36]).

Для обезболивания и усиления противовоспалительного эффекта этот вид лечения дополняется воздействием терапевтического **инфракрасного лазера**.

15.2. Лигирование (перетягивание) геморроидальных узлов латексными кольцами (УД 1b СР В [17, 27 – 33]) .

В отличие от первой эта процедура проводится при выпадении внутренних узлов (на более поздних стадиях заболевания), особенно у ослабленных больных.

На основании геморроидального узла с помощью специального устройства набрасывается эластичное латексное кольцо, которое постепенно нарушает кровоснабжение узла и в конечном итоге приводит к его самоотторжению.

15.3. Инфракрасная фотокоагуляция

Для фотокоагуляции применяется аппарат «Инфратон», состоящий из инфракрасного фотокоагулятора и жесткого кварцевого световода. Сфокусированный отражателем световой поток от галогеновой лампы направляется в световод, наконечник которого через аноскоп подводится к основанию геморроидального узла. В результате воздействия теплового потока происходит коагуляция стенки сосудистой ножки геморроидального узла с последующим его склерозом (УД 1b СР В [42, 43]).

15.4. Деартериализация геморроидальных узлов с лифтингом

С помощью специального аппарата совмещающего в себе аноскоп и аппарат для дуплексного сканирования обнаруживают проекцию геморроидальной артерии и прошивают ее над основанием геморроидального узла, а затем длинным концом лигатуры обвивным швом прошивают геморроидальный узел. Манипуляцию выполняют в области всех клинически значимых геморроидальных узлов. Операция малотравматичная, не сопровождается выраженным болевым синдромом и может выполняться амбулаторно (УД 1b, СР В [42, 43]).

Противопоказанием для всех малоинвазивных методов лечения геморроя является тромбоз геморроидальных узлов, острый и хронический парапроктит, анальная трещина и другие воспалительные заболевания анального канала и промежности.

XVI. Условно радикальное оперативное лечение

Геморрой – заболевание хроническое и абсолютно радикальных методов лечения не существует. Поэтому о радикальности операций мы говорим условно.

Когда обострения в виде тромбоза геморроидальных узлов, их воспаление и выпадение возникают все чаще, больного изматывают геморроидальные кровотечения, а также при наличии сопутствующих заболеваний анального канала и промежности, может помочь только **хирургическое вмешательство (УД 1а, СР В [2, 44 – 59])**.

Оно производится либо до развития воспалительного компонента (в первые часы после начала обострения), либо после проведения активной противовоспалительной терапии (через 5 – 7 дней после стихания воспалительного процесса).

16.1. Геморроидэктомия

Эта операция заключается в удалении кавернозной ткани с перевязкой сосудистых ножек трех основных геморроидальных узлов, предложенная еще в 30-х годах нашего века английскими хирургами Миллиганом и Морганом. Показания к операции: III – IV стадии хронического геморроя, кровоточащий геморрой, осложненный постгеморрагической анемией, болевая форма геморроя; геморрой, осложненный хронической анальной трещиной. В последние годы в нашей стране и за рубежом применяют в основном три разновидности этой операции.

Первая разновидность – **закрытая геморроидэктомия** с восстановлением слизистой оболочки анального канала кетгутowymi швами. Метод применяется на поздних стадиях заболевания. Преимущества этого метода – отработанность техники, простота и надежность. Однако у большинства пациентов отмечается выраженный послеоперационный болевой синдром.

Вторая разновидность – **открытая геморроидэктомия** – выполняется при осложненном геморрое. Наружные и внутренние геморроидальные узлы удаляют при помощи коагуляционного ножа с перевязкой ножки узла. Болевой синдром после этой операции выражен слабо, к недостаткам же метода относится длительное заживление, и кровоточивость остающейся открытой раны анального канала.

Третьей разновидностью является **подслизистая геморроидэктомия**, выполняемая по типу пластической операции. Особенностью этой операции является сложность и длительность вмешательства и повышенная кровоточивость тканей, что отчасти компенсируется относительно кратковременным периодом реабилитации.

16.2. Метод Лонго

Принципиально новый подход оперативного вмешательства при геморрое был разработан в 1993 г. итальянцем Антонио Лонго. В России данная методика не распространена. В то же время, учитывая миграцию

населения России, не исключена возможность, что где-то за рубежом гражданину России будет выполнена эта операция. Не исключено, что и России могут появиться адепты этой операции.

Суть операции заключается в циркулярной резекции и удалении той части слизистой оболочки прямой кишки, которая находится выше так называемой зубчатой линии. В результате кровоснабжение внутренних геморроидальных узлов уменьшается, что приводит к их постепенному зарастанию соединительной тканью.

Операция производится при помощи одноразового набора, в которых входят: циркулярный сшивающий аппарат, работающий по принципу степплера, специальный вдеватель нити и аноскоп для наложения кисетного шва.

Технология операции достаточно проста. С помощью шователя на слизистую прямую кишки накладывают кисетный шов. После этого слизистую оболочку кишечника слегка стягивают и завязывают шов. Затем одним движением "степплера" отсекают зажатую часть слизистой и сшивают ее концы титановыми скобками. Обычно операция длится около 15 минут.

Метод позволяет восстановить нормальное анатомическое строение анального канала без травмирования слизистой и кожи, а также без повреждения внутреннего аппарата кишки. Благодаря этому **послеоперационный период** проходит практически безболезненно: после выписки пациенты ведут нормальный образ жизни, и у них практически не бывает рецидивов. Щадящий режим и возможность проводить операцию под местным обезболиванием позволяют делать ее практически без ограничений. Таковы основные преимущества для пациента.

Недостаток метода заключается, прежде всего, в том, что отдаленные результаты лечения пока неизвестны. Кроме того, операция Лонго не позволяет удалять наружные геморроидальные узлы.

XVII. ПРОГНОЗ

Прогноз заболевания зависит от стадии заболевания и наличия или отсутствия осложнений.

При неосложненном хроническом геморрое I – II ст. соблюдение режимных и диетических рекомендаций, периодический прием флеботонизирующих препаратов с профилактической целью позволяет поддерживать ремиссию в течение ряда лет при незначительной скорости прогрессирования патологических изменений.

При остром геморрое комплексное консервативное лечение, как правило, позволяет добиться улучшения состояния, регресса симптомов и восстановления трудоспособности.

При хроническом геморрое III – IV ст. и при развившихся осложнениях прогноз зависит от своевременности проведения хирургического лечения. После перевязки узлов и геморроидэктомии у некоторых больных наблюдается временное, постепенно исчезающее после лечения анальное

недержание. В редких случаях после радикальной геморроидэктомии у больных формируется рубцовый стеноз анального канала, который требует проведения специального лечения.

Инвалидизация у больных с геморроем возникает крайне редко, в случае развития стойкого послеоперационного недержания кала (УД 5, СР Д [3, 4]).

XVIII. ПРОФИЛАКТИКА (УД 5, СР Д [1, 4])

Как известно, любую болезнь легче предупредить, чем лечить.

Ниже представлен минимум рекомендаций, соблюдение которого позволит избежать знакомства с геморроем, а если он уже появился – облегчить течение болезни и сократить количество болезненных обострений.

18.1. Борьба с расстройствами стула

Одним из основных профилактических мероприятий при геморрое является своевременное лечение, как запоров, так и диарей (поносов), т.е. забота о нормальном функционировании кишечника.

Для этого, прежде всего, необходима **коррекция диеты**. Ваш суточный рацион должен обязательно содержать достаточное количество жидкости (в пределах 2 – 3 литров) и продуктов, обладающих благотворным действием на кишечную перистальтику – черный и отрубной хлеб, сырые овощи и фрукты, чернослив, овсяная, гречневая, ячневая крупы. Продукты из белой рафинированной муки, цельного молока следует ограничить, зато кисломолочные продукты можно и нужно употреблять ежедневно, особенно – обогащенные бифидо- и лактобактериями.

Усиливает двигательную активность кишечника питье **минеральных вод**. Рекомендуются высоко- и среднеминерализованные воды, а также воды, содержащие ионы магния и сульфата, – по 1 стакану комнатной температуры 3 раза в день.

Не стоит злоупотреблять сильнодействующими **слабительными средствами** – если имеется склонность к запорам, лучше бороться с ней при помощи диеты и других естественных методов.

18.2. Ограничение спиртных напитков и острой пищи

Вторая обязательная особенность противогеморройной диеты – исключение из рациона острых, пряных, жареных, копченых и тому подобных продуктов, а также крепких алкогольных напитков, поскольку всё вышеперечисленное способствует расширению венозной сети, кавернозных тканей в анальной области и нарушению местного кровотока.

Допустимо употребление легких вин, коктейлей, пуншей, сидра. Расширить вкусовую гамму пищи можно с помощью неострых соусов,

умеренного количества свежих пряновкусовых трав: петрушки, укропа, майорана, базилика, тмина, кинзы и других.

18.3. Грамотная гигиена дефекации

Весьма существенную роль в профилактике обострений геморроя играет **гигиена дефекации**. Необходимо избегать как чрезмерного натуживания, так и слишком долгого сидения на стульчаке – оба фактора провоцируют развитие геморроидальных кризов.

Очень важен тщательный туалет анальной области после каждой дефекации. Пациенту, страдающему хроническим геморроем, следует полностью отказаться от использования туалетной бумаги после дефекации, заменив его подмыванием водой комнатной или прохладной температуры.

18.4. Профилактика гиподинамии: физическая активность (УД 5, СР Д [60])

Людям, предрасположенным к геморрою, противопоказаны условия труда, связанные с необходимостью долго **сидеть** на одном месте или **стоять** на протяжении всего рабочего дня.

Однако известно, что сидит или стоит на работе огромное число секретарей, учителей, операторов ПК, врачей, водителей, корректоров, продавцов, кассиров, бухгалтеров, парикмахеров и многих других специалистов, и большинство из них едва ли может позволить себе в одночасье поменять профессию.

Необходимо попытаться свести к минимуму вредные последствия трудового распорядка: каждый час устраивать перерывы продолжительностью не менее 5 минут. В течение этого перерыва следует выполнять легкие физические упражнения или ходить; мягкий стул или кресло заменить полужестким или жестким; в свободное время заниматься гимнастикой, плаванием, больше гулять пешком; автомобилистам не стоит находиться за рулем более трех часов подряд. В пути надо делать перерывы с выходом из кабины автомобиля и выполнением физических упражнений.

Специалистами разработан **комплекс упражнений** для мышц брюшного пресса, ягодиц и промежности, помогающий оптимизировать кровотоки в аноректальной области.

Комплекс следует выполнять 2 раза в день по 10 – 15 минут. Приводимые упражнения показаны только **вне обострения** геморроя:

1. Стоя со скрещенными ногами, ритмично напрягайте мышцы ягодиц и заднего прохода – от 3 до 6 раз.

2. Сидя на стуле с жестким сиденьем, спина выпрямлена, корпус слегка подан вперед, ритмично напрягайте мышцы заднего прохода – от 3 до 10 раз;
3. Лежа на спине с согнутыми в коленях ногами и упором на ступни, которые расставлены на ширине плеч, опираясь на ступни и плечевой пояс, отрывайте от пола и поднимайте таз – 8 – 12 раз;
4. Лежа на спине, попеременно поднимайте прямые ноги до 10 раз;
5. Лежа на спине с приподнятыми прямыми ногами, ноги разведите в стороны, затем сведите и перекрестите, как ножницы; упражнение выполнять в течение 20 – 60 секунд;
6. Лежа на спине с приподнятыми ногами, выполняйте движения ногами, как во время езды на велосипеде до 10 раз;
7. Лежа на спине, ноги, согнутые в коленях, плотно прижимайте к животу 8 – 12 раз;
8. Из положения, лежа лицом вниз с упором на колени, ладони и локти, поочередно в обе стороны поворачивайте таз так, чтобы ягодицы касались пола – 6 – 8 раз в каждую сторону.

18.5. Отказ от чрезмерных физических нагрузок, поднятии тяжестей

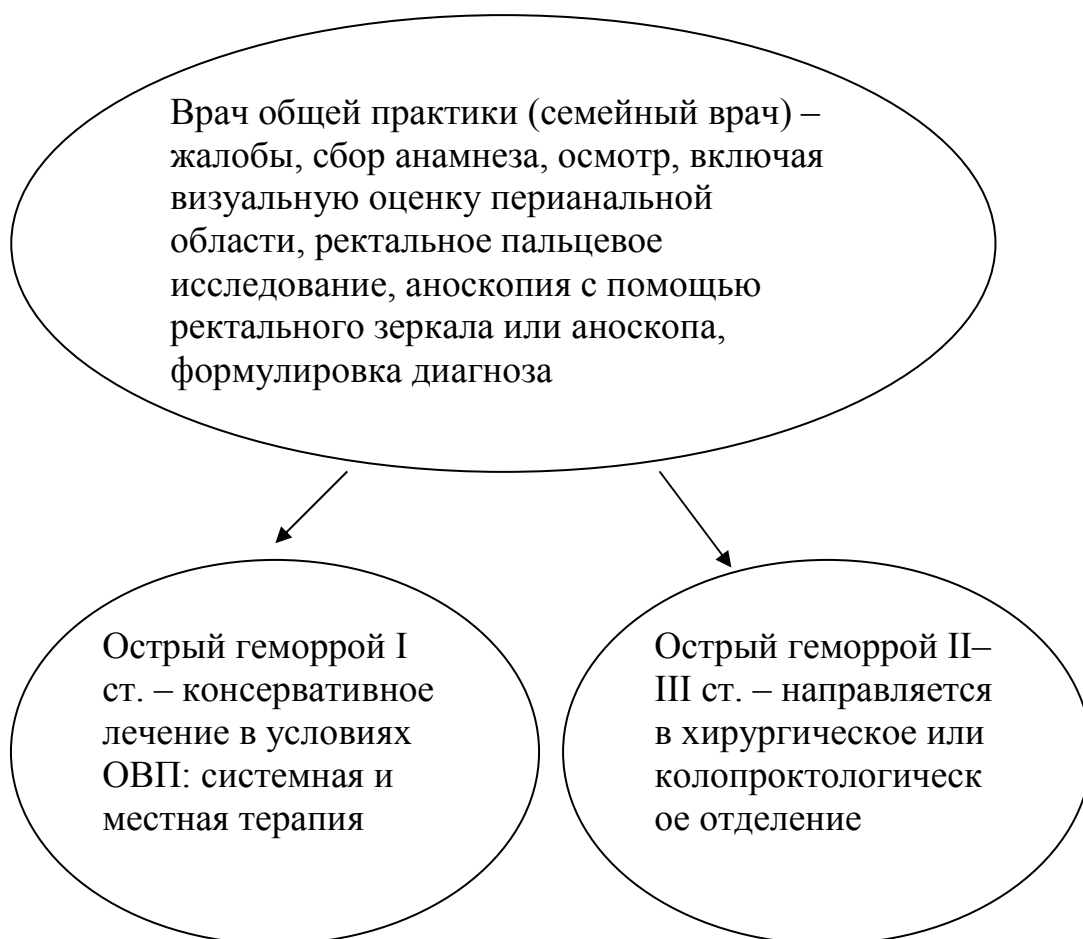
Лицам с начальными признаками геморроя или предрасположенностью к нему противопоказано **перенапряжение мышц в области таза и промежности**. Поэтому необходимо заменить тяжёлый физический труд на более лёгкие виды работ. Неприемлемы занятия силовыми упражнениями на тренажерах, поднятие тяжестей. Противопоказаны также езда на велосипеде, конный спорт.

18.6. Фармакопрофилактика

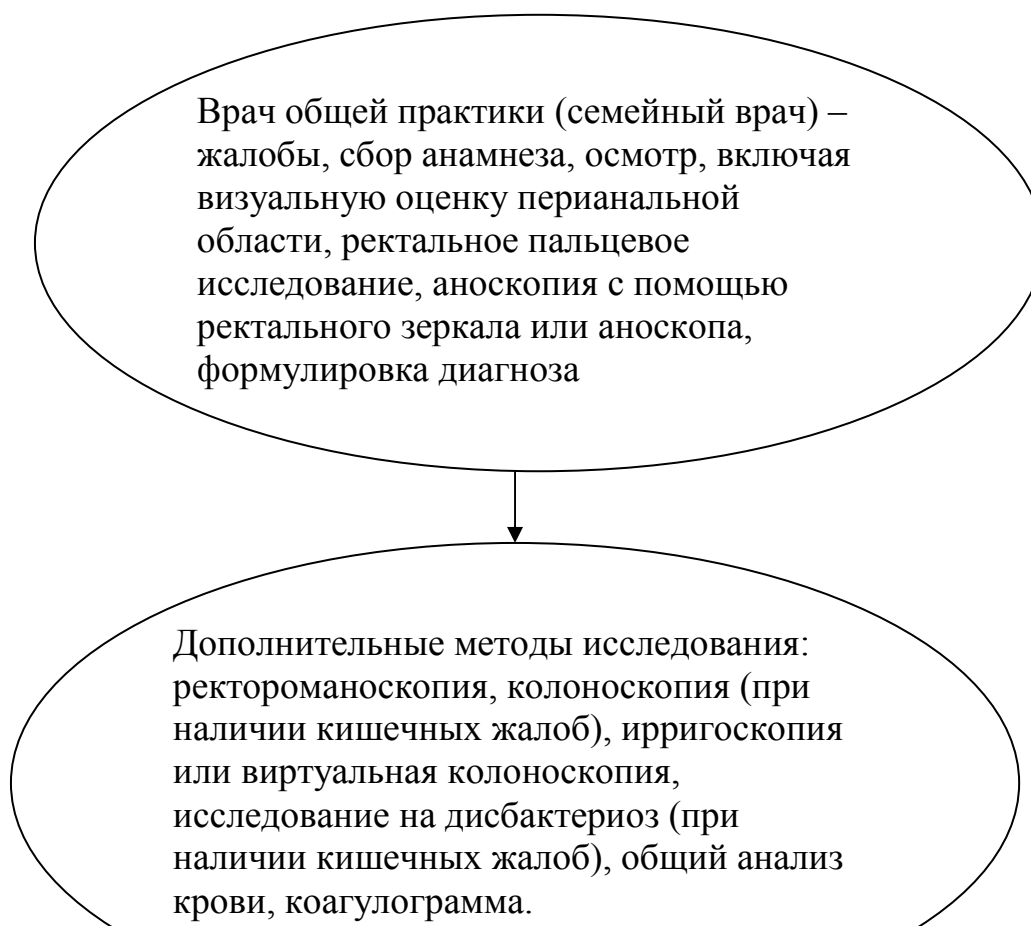
Фармакопрофилактика показана у пациентов группы риска: больные с запорами, хронической диареей, ожирением, малоподвижным образом жизни, беременных, лиц, злоупотребляющих алкоголем. В этой группе больных необходим профилактический прием флеботоников курсами 2 раза в год. У беременных и в послеродовом периоде можно использовать только средства, у которых не зарегистрирован тератогенный эффект. Можно применять препараты, содержащие альгинат натрия. Местно их можно использовать при любом сроке беременности.

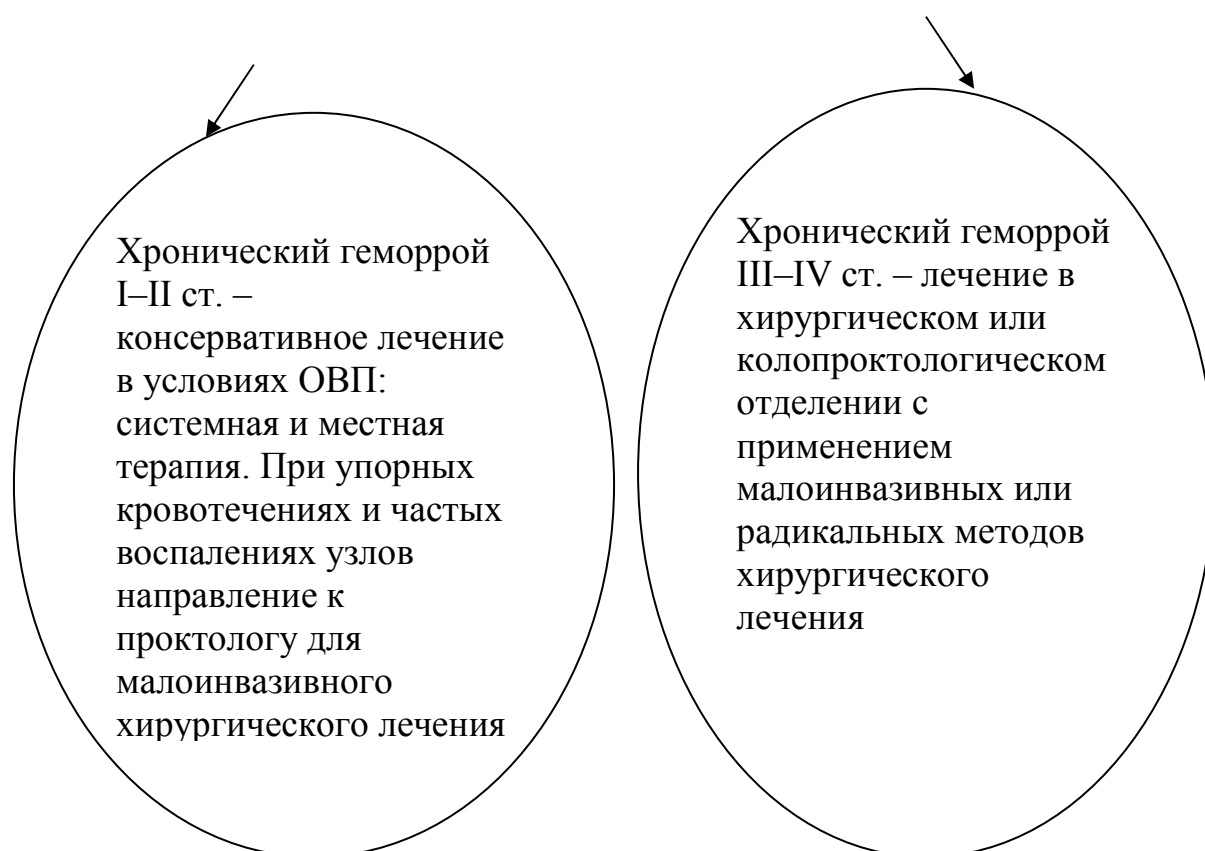
XIX. Маршрут движения больных

19.1. Острый геморрой.



19.2. Хронический геморрой





Список литературы

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с острым и хроническим геморроем: Москва, 2013//volgmed.ru>...po_diagnostike...hronicheskim_gemorroem...
2. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой: Руководство для врачей. – М.: Литтерра, 2010. – 200 с.
3. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. – М.: Из-во «Медпрактика, 2001. – 300 с.
4. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: «Медицина, 1984. – 384 с.– С. 45 – 58.
5. Phillips B., Ball C., Sackett D., et al. Oxford Center for Evidence-based Medicine – Levels of evidence. 2009. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>;
6. Hoffman J.C., Fischer I., Höhne W., Zeitz M., Selbmann H.K. Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensusempfehlungen [Methodological basis for the development of consensus recommendation]. Z. Gastroenterol. 2004. Sep; 42(9): 984 – 6.

7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. – т. 1(часть 1): ВОЗ, Женева, 1995.
8. Капуллер Л.Л. Каверзные структуры прямой кишки и их роль в возникновении геморроя: Автореферат дисс. ...д-ра мед наук.– М., 1974.– 25 с.
9. Причины геморроя у женщин: <http://lechenie-gemorroja.com/o-sajte.html> (дата обращения 06.10.2014)
10. Причины геморроя у детей: <http://netgemorroya.ru/gemorroj-u-detej-prichiny-vozniknoveniya-i-lechenie> (дата обращения 06.10.2014).
11. Причины геморроя у пожилых: http://www.gemorroe.ru/group_risk/gemorroj-u-pozhilyx (дата обращения 06.10.2014).
12. Church J.M. Analysis of the colonoscopic findings in patients with rectal bleeding according to the pattern of their presenting symptoms. *Dis Colon Rectum*. 1991; 34: 391 – 5.
13. Rex D.K., Bond J.H., Winawer S., et al. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. Multi-Society Task Force on colorectal cancer. *Am J Gastroenterol*. 2002; 97: 296 – 308.
14. Laurence R. Sands, Dana R. Sands. *Ambulatory Colorectal Surgery*. Informa. 2009; 79 – 85.
15. Marvin L. Corman, M.D. *Colon and Rectal Surgery*. Lippincott. 2005. P. 177 – 255.
16. Ан В.К., Ривкин В.Л., Соломка А.Я. Опасности, осложнения и ошибки в проктологии. – М.: Издательство «Бином», 2011 – 112 с.
17. Salvati E.P. Nonoperative management of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42: 989 – 93;
18. Perera N., Liolitsa D., Iype S., Croxford A., Yassin M. Phlebotonics for haemorrhoids. *The Cochrane Collaboration*. 2012.;
19. Cheetham M.J., Mortensen N.J., Nystrom P.O., et al. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000; 356: 730 – 3.
20. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48: 189 – 194.;
21. Webster D.J., Gough D.C., Craven J.L. The use of bulky evacuants in patients with haemorrhoids. *Br J Surg*. 1978; 65: 291.;

22. Moesgaard F., Nielsen M.C., Hansen J.B., Knudsen J.T. High fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1982; 25: 454 – 6.;
23. Keighley M.R., Buchmann P., Minervium S., Arbai Y., Alexander-Williams J. Prospective trials of minor surgical procedures and high fibre diet for haemorrhoids. *BMJ*. 1997; 2: 967 – 9.
24. Большая энциклопедия народной медицины.– М.,: Издательство Эксмо, 2007.– 1088 с.– С. 182 – 184.
25. Генри М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина, 1988. С. 232 – 255.
26. Marvin L. Corman, M.D. *Colon and Rectal Surgery*. Lippincott. 2005. P. 177 – 255.
27. MacRae H.M., McLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 1995; 38: 687 – 94.
28. Lee H.H., Spencer R.J., Beart R.W. Multiple hemorrhoidal banding in a single session. *Dis Colon Rectum*. 1994; 37: 37 – 41.
29. Chaleoykitti B. Comparative study between multiple and single rubber band ligation in one session for bleeding internal hemorrhoids: a prospective study. *J Med Assoc Thai*. 2002; 85: 345 – 50.
30. Armstrong D.N. Multiple hemorrhoidal ligation: a prospective, randomized trial evaluating a new technique. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 179 – 86.
31. Bat L., Melzer E., Koler M., Dreznick Z., Shemesh E. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1993; 36: 287 – 90.
32. Johanson J.F., Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol*. 1992; 87: 1601 – 5.
33. Savoiz D., Roche B., Glauser T., Dorbrinow A., Ludwig C., Marti M.C. Rubber band ligation of hemorrhoids: relapse as a function of time. *Int J Colorectal Dis*. 1998; 13: 154 – 6.
34. Sim A.J., Murie J.A., Mackenzie I. Three-year follow-up study on the treatment of first- and seconddegree hemorrhoids by sclerosant injection or rubber band ligation. *Surg Gynecol Obstet*. 1983; 157:534 – 6.
35. Chew S.S., Marshall L., Kalish L., et al. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of

- hemorrhoids and mucosal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 1232 – 7.
36. Kanellos I., Goulimaris I., Christoforidis E., Kelpis T., Betsis D. A Comparison of the simultaneous application of sclerotherapy and rubber band ligation, with sclerotherapy and rubber band ligation applied separately, for the treatment of haemorrhoids: a prospective randomized trial. *Colorect Disease*. 2003; 5: 133 – 8.
 37. Templeton J.L., Spence R.A., Kennedy T.L., Parks T.G., Mackenzie G., Hanna W.A. Comparison of infrared coagulation and rubber band ligation for first and second degree haemorrhoids: a randomised prospective clinical trial. *BMJ (Clin Res Ed)*. 1983; 286: 1387 – 9.
 38. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Zaccone G. and De Simone V. Distal Doppler-guided 'dearterialization' is highly effective in treating haemorrhoids by transanal haemorrhoidal dearterialization. *Colorectal Disease*. 2012; 14: 786 – 789.
 39. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Doglietto G.B. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53: 803 – 11.
 40. Zampieri N., Castellani R., Andreoli R., Geccherle A. Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization. *The American Journal of Surgery*. 2012; 204, 684 – 688.
 41. Lienert M., Ulrich B. Doppler-guided ligation of the hemorrhoidal arteries. Report of experiences with 248 patients. *Dtsch Med Wochenschr*. 2004; 129: 947 – 50.
 42. Leicester R.J., Nicholls R.J., Mann C.V. Comparison of infrared coagulation with conventional methods and the treatment of hemorrhoids. *Coloproctology*. 1981; 5: 313.
 43. Leicester R.J., Nicholls R.J., Mann C.V. Infrared coagulation: a new treatment for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1981; 24: 602.
 44. Sutherland L.M., Burchard A.K., Matsuda K., et al. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. *Arch Surg*. 2002; 137: 1395 – 406.
 45. Thorbeck C.V., Montes M.F. Haemorrhoidectomy: randomised controlled clinical trial of ligasure compared with Milligan-Morgan operation. *Eur J Surg*. 2002; 168: 48 – 4.
 46. Chung C.C., Ha J.P., Tai Y.P., Tsang W.W., Li M.K. Double-blind, randomized trial comparing harmonic scalpel hemorrhoidectomy, bipolar scissors hemorrhoidectomy, and scissors excision: ligation technique. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45: 789 – 94.
 47. Armstrong D.N., Frankum C., Schertzer M.E., Ambroze W.L., Orangio G.R. Harmonic scalpel hemorrhoidectomy: five hundred consecutive cases. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45: 354 – 9.

48. Khan S., Pawlak S.E., Eggenberger J.C., et al. Surgical treatment of hemorrhoids: prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the harmonic scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44: 845 – 9.
49. Arberman G., Krook H., Haapaniemi S. Closed vs. Open hemorrhoidectomy – is there any difference? *Dis Colon Rectum*. 2000; 43: 31 – 4.
50. Tan J.J., Seow-Choen F. Prospective, randomized trial comparing diathermy and harmonic scalpel hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44: 677 – 9.
51. Ho Y.H., Cheong W.K., Tsang C., et al. Stapled hemorrhoidectomy – cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum*. 2000; 43: 1666 – 75.
52. Hetzer F.H., Demartines N., Handschin A.E., Clavien P.A. Stapled vs excision hemorrhoidectomy: long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg*. 2002; 137: 337 – 40.
53. Mehigan B.J., Monson J.R., Hartley J.E. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet*. 2001; 355: 782 – 85.
54. Pope V., Doran H., Fearn S., Brough W., Wilson M. Randomized, controlled trial comparing quality of life after open hemorrhoidectomy (OH) plus stapled anopexy (SA) [meeting abstract]. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44: A8.
55. Shalaby R., Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2001; 88: 1049 – 53.
56. Ganio E., Altomare D.F., Gabrielli F., Millito G., Canuti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2001; 88: 669 – 74.
57. Senagore A.J., Singer M., Abcarian H., et al. A prospective, randomized, controlled trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47: 1824 – 36.
58. Peng B.C., Jayne D.G., Ho Y.H. Randomized trial of rubber band ligation vs. stapled hemorrhoidectomy for prolapsed piles. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 291 – 97.
59. Simon W. Nienhuijs, Ignace H.J.T de Hingh. Conventional versus LigaSure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic Hemorrhoids. *The Cochrane Collaboration*. 2011.
60. Физкультура при геморрое: <http://www.gemorroe.ru/profilaktika/lfk> (дата обращения 06.10.2014).

