

Геморой: відверта розмова на делікатну тему

За результатами Проктологічної online-школи

Геморой – делікатна проблема, що часто залишається на задньому плані й замовчується хворими. Зазвичай вони звертаються до проктолога на пізніх стадіях захворювання, коли скарги стали нестерпними чи зумовили ускладнення.

Роль сімейного лікаря у своєчасній діагностиці та лікуванні пацієнта з гемороєм складно переоцінити. Саме сімейний лікар поінформований про супутню патологію, шкідливі звички й анамнез хворого; обізнаний стосовно того, що пізні вечери смаженою картопелькою з шинкою – давня традиція в родині пацієнта, а стиль його життя з 8-годинною роботою в офісі навряд чи можна оцінити як «рухливий». Окрім того, саме сімейний лікар має слідкувати за проведенням профілактичної колоноскопії (рекомендується виконувати кожні 5 років у віці після 40 років) і є лікарем першого контакту з пацієнтами, котрі мають симптоми геморою.

Нещодавно за промоційної підтримки ТОВ «Серв'є Україна» був реалізований освітній проєкт, присвячений питанням етіології, патогенезу, діагностики, диференційної діагностики та лікування геморою, – Проктологічна школа для лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Серія онлайн-семінарів, де можна було отримати практичні поради, що базуються на науковому підґрунті, відбулася 5, 12 та 19 листопада. Асистент кафедри хірургії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), хірург, проктолог вищої кваліфікаційної категорії, кандидат медичних наук Володимир Савич Андрієць (спікер заходів) у форматі «запитання/відповідь» чітко описав межі компетенції сімейних лікарів у лікуванні геморою, звернув увагу на принципи консервативної терапії й сучасні можливості оперативних втручань.

Чому та як з'являється геморой?

Гемороїдальна тканина – норма чи патологія?

Насамперед варто зупинитися на анатомії й особливостях будови анального каналу, що є дистальною частиною прямої кишки (ПК). Попри свою назву, ПК анатомічно має кілька згинів у фронтальній і сагітальній площинах. Слизова оболонка ПК відрізняється складною будовою у вигляді складок і западин. ПК характеризується інтенсивним кровопостачанням; у венозних сплетеннях органів малого таза відсутні клапани, а кровонаповнення їхніх дистальних відділів залежить від внутрішньочеревного тиску та відтоку крові з проксимальних структур.

В анальному каналі під слизовою оболонкою вище зубчастої лінії розташована внутрішня гемороїдальна тканина, потім знаходиться безпосередньо анатомічний анальний канал, а зовні розміщується зовнішня гемороїдальна тканина. Гемороїдальна (кавернозна) тканина фіксується в анальному каналі. Навколо венозних синусів розташований м'яз Трейца, що бере участь у її функціонуванні.

Раніше вважалося, що гемороїдальна тканина – це розширення вен анального каналу. Наразі доведено, що вона являє собою кавернозну тканину, котра складається з:

- венозних синусів;
- спіральних артерій;

- артеріальної крові;
- зв'язки Паркса, м'яза Трейца (мають підтримувальну функцію й забезпечують повернення до вихідного стану до та після дефекації).

Надати чітку відповідь на запитання щодо того, скільки гемороїдальних вузлів (ГВ) у людини, складно. ГВ розташовані переважно у вигляді 3 скупчень у підслизовій ділянці (умовно в проєкції 3, 7, 11 год уявного циферблата).

Наявність гемороїдальної тканини – варіант норми, що не є показанням до втручання й не потребує профілактичного видалення. Гемороїдальна тканина має герметизуючу, захисну (імунну та від механічного ушкодження) функції. Через загострення геморою приводить пацієнта до лікаря й за умов адекватного обстеження допомагає встановити правильний діагноз.

Гемороєм називають структурно-функціональне порушення з боку гемороїдальної тканини, що проявляється клінічно (біль, кровотеча, свербіння тощо). Про наявність хвороби говорять тільки тоді, коли симптоми турбують пацієнта.

Чи передається геморой «у спадок»?

Серед факторів, які створюють передумови до появи геморою, – неправильне харчування, недотримання гігієни, підвищена/знижена фізична активність, слабкість сполучної тканини, підвищення тиску в малому тазі (внаслідок наявності пухлин, закріпів, ожиріння, вагітності, підняття важких предметів), запальні процеси, патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Схильність до геморою передається в спадок. Реалізується ця схильність за наявності провокуючих факторів.

Доповідач повідомив, що поширеність факторів ризику оцінювали у вітчизняному епідеміологічному дослідженні НЕМО-DETECT (2018-2019): успадковується слабкість сполучної тканини (понад половина обстежених із гемороєм мали супутню варикозну хворобу), 57% – патологію ШКТ, >70% мало рухалися, а 38% – страждали від закріпів.

Як формується геморой?

Існує 2 теорії патогенезу геморою. Відповідно до судинної теорії, гемороїдальна тканина збільшується, адже приток крові перевищує відток. Прихильники механічної теорії вважають, що появу симптоматики зумовлюють порушення цілісності структур, які підтримують гемороїдальну тканину. На думку спікера, в більшості хворих задіяні обидва механізми.

Класифікація геморою: можливі варіанти

Геморой може бути хронічний і гострий (гострий тромбоз ГВ).

Стадії хронічного геморою:

- 1 – відсутнє випадання вузлів (інколи спостерігається виділення слизу, крові, свербіння);

- 2 – є випадання ГВ, вони вправляються самостійно;

- 3 – вузол випадає назовні при натужуванні, дефекації, вправляється руками;

- 4 – вузол не вправляється.

Зовнішній вигляд ГВ при однаковій стадії може суттєво відрізнятися.

Стадії гострого тромбозу ГВ:

- 1 – спостерігається одиничний ГВ у вигляді горошини чи квасолини, навколишня тканина без ознак запалення;

- 2 – тромбоз одного чи декількох ГВ з набряком періанальних тканин, вираженням, болем під час дефекації;

- 3 – тромбоз і набряк ГВ (часом циркулярно), запалення підшкірної клітковини й періанальної ділянки, ускладнене некрозом шкіри; дефект анодерми може слугувати вхідними воротами інфекції, тому підвищується ризик гнійних процесів, парапроктиту.

Виокремлюють вторинний геморой, який з'являється на тлі гепато-, кардіопатології тощо.

Коли та на підставі яких ознак сімейний лікар може самостійно діагностувати геморой?

На що слід звертати увагу при опитуванні пацієнта з підозрою на геморой?

Окрім скарг і анамнезу життя пацієнта, слід звернути увагу на звички, спосіб життя (сидячий, активний, зі значними навантаженнями), характер харчування (вживання алкоголю, гострої, жирної, смаженої їжі, кількість харчових волокон у їжі, кількість рідкої їжі), поведінку хворого в туалеті (поза та тривалість сидіння на унітазі, гігієна промежини, закріпи/діарея) та, звичайно, оцінювати динаміку симптомів.

Яка клінічна картина геморою?

Симптоми хронічного геморою:

- кровотеча під час акту дефекації (червона кров);
- пролапс гемороїдальної тканини;
- виділення слизу;
- свербіж промежини;
- дискомфорт;
- астеноневротичний синдром;
- відсутність болю (! якщо хворий скаржиться на біль у задньому проході, потрібно шукати іншу причину).

Як свідчать результати українського епідеміологічного дослідження НЕМО-DETECT (2018-2019), найпоширенішими анальними скаргами при зверненні хворих із гемороєм до проктолога були біль (80%), свербіж (60%), набряк (59%), випадання вузлів (49%), кровотеча (43%), забруднення спідньої білизни (14%), нетримання калу (1%).

Спікер зазначив: висока поширеність болю серед пацієнтів (попри те, що біль у разі хронічного геморою відсутній) пояснювалася наявністю гострого тромбозу ГВ і неправильним трактуванням симптомів. Зокрема, частина опитуваних класифікувала дискомфорт у задньому проході як больові відчуття.



В.С. Андрієць

Кровотеча на тлі геморою має низку особливостей: кров виділяється наприкінці акту дефекації (яскраво-червоного кольору), часто спостерігаються розбризкування дрібними краплинами, струмента кровотеча; іноді вона з'являється під час спроби сходити в туалет. Зазвичай кровотеча не супроводжується больовими відчуттями.

Симптоми гострого тромбозу ГВ:

- гострий початок (з анамнезу – після різкого натужування, підйому важких предметів, порушення дієти);
- виражений біль протягом 3-5 днів у разі неускладненого перебігу;
- відчуття розпирання;
- кровотеча відсутня (виняток – некроз анодерми над ГВ);
- спонтанне одужання (до 3 тиж);
- можливі ускладнення (наприклад, гострий парапроктит).

Діагностика при підозрі на геморой: які дослідження слід провести?

До діагностичного мінімуму в разі підозри на геморой відносять (підкреслені ті, що доступні сімейним лікарям):

- ✓ опитування пацієнта;
- ✓ проктологічний огляд (усім пацієнтам: огляд промежини – в колінно-ліктському положенні, положенні на боці чи спині, при натужуванні; пальцеве дослідження (жінкам додатково рекомендований огляд у гінеколога); огляд у дзеркалах; аноскопія (сімейним лікарям доступна не завжди), ректороманоскопія);
- ✓ фіброколоноскопія (бажана за наявності кровотеч, обов'язкова – пацієнтам віком від 40 років);
- ✓ біопсія за наявності виразок або пухлин;
- ✓ іригоскопія (хворим, які мають протипоказання до колоноскопії).

Звернення пацієнта зі скаргами з боку ПК – «тривожний дзвіночок», який свідчить про необхідність перевірити стан ШКТ (особливо кишечника).

В якому положенні слід проводити обстеження ПК?

Існує декілька варіантів: на боці, в гінекологічному кріслі, в колінно-ліктському положенні.

«Не є принциповим, в якому саме положенні оглядати хворого. Проте, базуючись на професійному досвіді, хочу зазначити, що інформативнішим є огляд пацієнта в колінно-ліктському положенні, оскільки при цьому зона промежини більш розкрита. Бажано оглянути хворого й у положенні навприсядки, що дозволяє оцінити стан проксимальних відділів ПК», – зауважив спікер.

Пальцеве дослідження ПК виконується в гумових рукавичках, а саме вказівним пальцем, попередньо змащеним інертними до шкіри та слизової оболонки лубрикантами, щоб уникнути подразнення та травматизації. Потрібно

пропальпувати періанальну ділянку / сфінктер (визначити, чи є ущільнення, інфільтрати, чи наявні в цій ділянці болюві відчуття, дефекти сфінктера) й анальний канал; оцінити тонус сфінктера (підвищений – у разі тріщини, гострого проктиту, геморою тощо, послаблений – після травм, у разі пухлин, неврологічної патології); оглянути нижньоампулярний відділ. Обстеження в положенні хворого навприсядки дозволяє оцінити стан середньоампулярного відділу ПК.

Щоб оцінити ступінь випадання ГВ, слід попросити пацієнта натужитися. Якщо випадання внутрішніх ГВ виявляється в пацієнта без натужування та вони не вправляються, це вказує на 3 ступінь випадання ГВ; якщо вузли не вправляються й за допомогою руки, – на 4 ступінь.

3 якими патологіями варто проводити диференційну діагностику?

Клінічна картина геморою схожа з такою низки інших патологій. Зокрема, аноректальна кровотеча (виділення крові із заднього проходу) – типовий симптом не лише геморою, а й анальної тріщини, злоякісних і доброякісних новоутворень ПК й анального каналу, випадання слизової оболонки ПК, неспецифічного виразкового коліту, хвороби Крона, ендометріозу, травми ПК, солітарної виразки ПК.

Біль у ділянці заднього проходу ≠ геморой. Це типова ознака гострого/хронічного парапроктиту, пухлини ПК із перифокальним запаленням, хвороби Крона з періанальними ускладненнями, анальної тріщини, кокцигодії (постійний біль у ділянці промежини, куприка).

Випадання (пролапс) характерне для випадання ПК (анального каналу), поліпа анального каналу, поліпа ПК, пухлини ПК, анальної тріщини.

Інформація для орієнтування під час диференційної діагностики геморою й інших патологій представлена в таблицях 1-5.

Ще одна патологія, з якою необхідно розрізняти геморой, – хвороба Бушке-Левенштейна. Проявляється розростаннями за типом «цвітної капусти» в ділянці промежини й заднього проходу.

При гострокінцевих конділомах обов'язково слід виконати обстеження на наявність ВІЛ і сифілісу.

Слід урахувувати схожість клініки геморою (хоч і меншою мірою) з такими патологіями: кандидоз промежини, гострий/хронічний контактний дерматит, псоріаз періанальної ділянки, стероїдний дерматит, радіодерматит, північноамериканський бластомікоз.

Переродження гемороїдальної тканини в злоякісну – рідкісне явище. Поєднання геморою й онкопатології пояснюється спільністю їх етіологічних чинників.

Як класифікують геморой?

Згідно з Національним класифікатором хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я (НК 025:2019), геморой належить до хвороб органів травлення (K00-K93) й інших хвороб кишок (K55-K64):

- K64.0 Геморой першої стадії
- K64.1 Геморой другої стадії
- K64.2 Геморой третьої стадії
- K64.3 Геморой четвертої стадії
- K64.4 Залишкові гемороїдальні шкірні мітки
- K64.5 Періанальний венозний тромбоз

Таблиця 1. Диференційна діагностика геморою й анальної тріщини	
Схожі симптоми	Відмінності
Виділення крові	Виразений больовий синдром (у разі анальної тріщини)
Відчуття чужорідного тіла	Спазм сфінктера анального отвору (в разі анальної тріщини)
Больовий синдром (у разі гострого тромбозу ГВ)	Визначається дефект слизової оболонки, розташований переважно на 6, 12 год (уявного циферблата в положенні хворого на спині) Ⓜ У разі хронічного геморою вузли зазвичай розташовані в проєкції 3, 7 та 11 год

Таблиця 2. Диференційна діагностика геморою та гострого парапроктиту	
Схожі симптоми	Відмінності
Відчуття чужорідного тіла	Підвищення температури тіла (до 38-39 °С)
Больовий синдром (у разі гострого тромбозу ГВ)	У рідкісних випадках у ділянці ураженої крипти з первинного отвору – виділення гною
	Різка болючість, інфільтрат із розм'якшенням у центрі

Таблиця 3. Диференційна діагностика геморою та хронічного парапроктиту	
Схожі симптоми	Відмінності
Дискомфорт, свербіння в ділянці промежини	Хронічний парапроктит формується після самовільного чи хірургічного розкриття гострого парапроктиту
Відчуття вологості в ділянці промежини	Виділення гною
Відчуття чужорідного тіла в ділянці промежини	Рубцеві зміни на зубчатій лінії
	Ущільнення тканин у періанальній ділянці

Таблиця 4. Диференційна діагностика геморою та гострокінцевих періанальних конділом	
Схожі симптоми	Відмінності
Виділення крові	Вірус папіломи людини типів 6 та 11. Основний шлях передачі – статевий
Відчуття чужорідного тіла	Дрібні безболісні утворення до 1 см
Виділення слизу	Щільні бородавчасті гострі розростання рожево-коричневого кольору, що нагадують за формою цвітну капусту, розташовані на шкірі навколо заднього проходу та в анальному каналі
Свербіння	

Таблиця 5. Диференційна діагностика геморою та злоякісних пухлин ПК, анального каналу	
Схожі симптоми	Відмінності
Виділення крові, слизу	Нетримання калу й газів
Відчуття чужорідного тіла в ПК	Пронос/діарея
	Виділення крові передувє акту дефекації чи спостерігається змішування крові й калу, виділення слизу та гною (в разі геморою кров зазвичай яскраво-червоного кольору, за наявності новоутворень – синюшного, бордового)
	Хибні позиви до дефекації (тенезми)
	Горбисте, щільне, безболісне новоутворення, що кровоточить (під час контакту)

- K64.8 Інші неуточнені форми геморою
- K64.9 Геморой неуточнений
- O22.4 Геморой під час вагітності
- O87.2 Геморой у післяпологовому періоді.

Чи має право сімейний лікар установлювати діагноз геморою та коли йому варто скерувати пацієнта до проктолога?

Компетенція сімейного лікаря – встановити попередній діагноз геморою

за результатами виконаного обстеження, виключивши візуальні форми раку й інші захворювання. Необстежених / частково обстежених пацієнтів, а також хворих із підозрою на наявність злоякісної пухлини варто скерувати до проктолога для проктологічного огляду та до ендоскопіста з метою проведення колоноскопії.

У певних клінічних ситуаціях сімейний лікар виконує винятково роль диспетчера, що скеровує на лікування до профільних спеціалістів. Проте в разі геморою він повинен активно долучатися до ведення хворих, бути достатньо обізнаним, щоби призначити дієве симптоматичне лікування й полегшити стан пацієнта, поки той очікує на консультацію проктолога.

Участь сімейного лікаря в лікуванні пацієнта з гемороєм Яка тактика лікування геморою наразі вважається оптимальною?

Зазвичай у разі геморою дотримуються поетапної тактики лікування:

- консервативна терапія;
- мініінвазивні втручання;
- оперативне лікування.

Консервативне лікування призначають тільки повністю обстеженим пацієнтам або частково обстеженим – тимчасово для полегшення стану до повного обстеження, а також у післяопераційному періоді.

Рекомендації щодо лікування геморою Європейського товариства колопроктологів (European Society of Coloproctology, 2019), на основі яких були розроблені національні настанови, вказують на необхідність призначення базової терапії в разі всіх стадій геморою.

Національні рекомендації Асоціації колопроктологів України щодо ведення пацієнтів із гемороєм можна завантажити в мобільному додатку «Компендіум Серв'є» (через App Store, Google Play).

Які саме кроки передбачені при базовій консервативній терапії?

Базова консервативна терапія передбачає комплекс заходів.

■ Нормалізація роботи ШКТ за допомогою дієти з великим умістом клітковини (>25 г/день) і збільшення споживання рідини до 2-3 л на день, але не одноразово та не за рахунок соків. Харчові волокна мають надходити у вигляді овочів і фруктів (бажано, щоби вони були термічно обробленими). Рекомендується здійснювати 5-6 прийомів їжі невеликими порціями, завершувати вживання їжі з відчуттям легкого голоду, уникати вживання алкоголю й гострих страв.

■ Зміна поведінки в туалеті. Сидіти на унітазі слід не під прямим кутом, а під кутом 35°, підставивши під ноги невеличкий стілець. Це змінює положення ПК і допомагає розслабити сфінктер, сприяє кращому відходженню калових мас. Рекомендована тривалість перебування в туалеті – до 3 хв, не слід натужуватися, а після акту дефекації необхідно обов'язково проводити гігієнічні процедури в зоні промежини.

■ Модифікація стилю життя. Потрібно уникати перевтоми, стресу, тривалого сидіння, кожні 30 хв перериваючи його виконання фізичних вправ, і піднімання важких предметів (тільки плавно, стиснувши сідниці).

■ Проведення теплих сидячих ванночок (2-3 р/день), що зменшує дискомфорт і біль у ділянці промежини, усуває спазм сфінктера. Оптимальною є температура

води ≤40-42 °С, тривалість – 3-15 хв. Можна чергувати гіпертонічні й антисептичні ванночки в тазіку. Зручна альтернатива – теплий висхідний душ.

■ Призначення лікарських засобів – системних венотоніків, коротких курсів місцевих венотоніків (кремів і супозиторіїв), місцевих і системних аналгетиків. За наявності внутрішнього геморою краще застосовувати свічки та креми/мазі з аплікатором, зовнішнього – креми, мазі. Місцеві стероїди призначають, якщо спостерігаються виражені набряк, біль, кровотеча, пов'язані з гострим запаленням; місцеві анестетики – для знеболення; трибенозид – із метою усунення запального набряку; препарати вісмуту – як спосіб зупинити кровотечу.

Із метою полегшення анального дискомфорту спікер порадив використовувати гель ДетраКлін™ («Серв'є»). Він чинить охолоджувальний ефект, чим зменшує анальний дискомфорт, полегшує процес дефекації, сприяє загоєнню тканин.

Місцеве лікування слід здійснювати на тлі терапії системними венотоніками й поєднувати зі стратегією TONE.

Що являє собою стратегія TONE?

Науковці стверджують, що більшість пацієнтів уникнуть операції, якщо дотримуватимуться підходу TONE (Garg P., Singh P., 2017). Його суть викладена у вигляді мнемонічної фрази й розшифровується так:

- Т – 3 хв на дефекацію;
- О – 1 р/день – оптимальна частота дефекації;
- N – не натужуватися;
- Е – достатнє споживання клітковини.

Які із системних венотоніків мають достатню доказову базу щодо лікування геморою?

Дані доказової медицини свідчать про те, що серед великої кількості венотоніків мікронізована очищена флавоноїдна фракція – МОФФ (Детралекс®, «Серв'є») – має достатню кількість доказів щодо ефективності та безпеки в лікуванні пацієнтів із гемороєм.

Діюча речовина препарату Детралекс® – МОФФ – це комплекс активних речовин, з яких 90% – діосмін, а 10% – чітко дозована флавоноїдна формула, що містить гесперидин, ізоройфолін, лінарин, діосметин. Згідно з дослідженням PAYSANT (2008), кожна флавоноїдна фракція Детралексу має свій внесок і підвищує його ефективність. Завдяки синергізму 5 мікронізованих флавоноїдів Детралекс® забезпечує зменшення проникності судинної стінки та виходу плазми крові ефективніше, ніж простий діосмін. Завдяки технології мікронізації від компанії «Серв'є» розмір часток Детралексу зменшений до 1-5 мкм (Zupanets I. et al., 2018). Це забезпечує швидко, вдвічі вищу абсорбцію активної речовини після перорального застосування та кращу клінічну ефективність у порівнянні з простими/немікронізованими діосмінами (Garner, 2002; Amiel, 1992; Cospite, 1992).

Детралекс® чинить венотонічну й ангіопротекторну дії, зменшує розтягність вен і веностаз, покращує мікроциркуляцію, знижує проникність капілярів і підвищує їхню резистентність, поліпшує лімфатичний дренаж, збільшуючи лімфатичний відтік, а також зменшує взаємодію лейкоцитів та ендотелію, адгезію лейкоцитів у посткапілярних венулах. Це знижує пошкоджувальну дію медіаторів запалення на судинну стінку. Саме завдяки такому комплексному патогенетичному

Продовження на стор. 38.

Геморой: відверта розмова на делікатну тему

За результатами Проктологічної online-школи

Продовження. Початок на стор. 36.

механізму дії Детралекс® ефективно зменшує симптоми й ознаки геморою та запобігає рецидивам.

Результати дослідження Cospite (1994) продемонстрували, швидке, з 2-го дня, зменшення анального дискомфорту, з 3-го – кровотечі в пацієнтів із гострим тромбозом ГВ, які приймали МОФФ (Детралекс®); також зазначено покращення самопочуття через 2 міс від початку терапії майже в 100% пацієнтів. Застосування МОФФ зменшувало

ризик розвитку рецидивів геморою, а в разі виникнення – полегшувало їхній перебіг.

У нещодавньому систематичному огляді P. Sheikh і співавт. (2020) було показано, що 7-денна схема лікування пацієнтів із гострим гемороєм із призначенням МОФФ (4 дні по 3000 мг, 3 дні по 2000 мг) забезпечила достовірне зменшення кровотечі, кількості виділень з анального каналу, болю й покращувала загальний стан хворих. Також було встановлено, що призначення оригінальної МОФФ протягом 2 міс

зменшувало кількість рецидивів гемо-
рою, їхню тривалість і тяжкість.

Ці докази було враховано при створенні національних рекомендацій Асоціації колопроктологів України щодо ведення пацієнтів із гемороєм, у яких експерти робочої групи рекомендують призначати оригінальну МОФФ для полегшення симптомів гострого тромбозу гемороїдальних вузлів, як підтримувальну терапію при хронічному геморої та після гемороїдектомії для зменшення симптомів у післяопераційному періоді (експертний висновок; <https://hirurgiya.com.ua>).

Які рекомендовані дози та тривалість застосування препарату Детралекс®?

У разі симптоматичного лікування гострого тромбозу ГВ схема така: по 1000 мг (1 таблетка) 3 р/день протягом перших 4 днів, потім – по 1000 мг 2 р/день іще 3 дні. При хронічному геморой Детралекс® 1000 мг призначається по 1 таблетці 1 р/день курсом 2-3 міс (Godeberge P., 1992; Misra M., 2000); іноді протягом року проводять 1-2 профілактичні курси.

Спікер зазначив, що після видалення ГВ та інших хірургічних втручань із приводу геморою Детралекс® призначають за схемою, рекомендованою для лікування гострого тромбозу ГВ (Astashov V., Timchenko D., 2014).

Для уникнення можливих побічних ефектів із боку ШКТ (нудоти, дискомфорту, діареї) рекомендується приймати Детралекс® під час їди.

Консервативна терапія не допомагає: що далі?

Наступний крок – мініінвазивне лікування геморою, спрямоване на:

- деструкцію кавернозної тканини (лігування ГВ латексними кільцями, кріодеструкція, ультразвукова деструкція ГВ);
- зменшення кровопостачання кавернозної тканини (інфрачервона фотокоагуляція, операція Лонго, прошивання гілок верхньої прямокишкової артерії під контролем ультразвуку з доплер-зондом);
- забезпечення комбінованої дії (склеротерапія, біполярна коагуляція, метод RAFAELO, лазерне лікування геморою).

До амбулаторних процедур відносять склеротерапію (недолік – часті ускладнення), інфрачервону фотокоагуляцію (забезпечує нетривалий ефект), лігування ГВ латексними кільцями (перелік показань до процедури обмежений). Порівняно нові методи – лазерна пластика геморою та метод RAFAELO (радіочастотний вплив на гемороїдальну тканину під місцевою анестезією). Усі перелічені втручання використовуються для лікування внутрішніх ГВ.

До стаціонарних процедур належать прошивання гілок верхньої прямокишкової артерії під контролем ультразвуку з доплер-зондом; операція Лонго; гемороїдектомія.

В Україні з-поміж малоінвазивних процедур найбільшого розповсюдження набуло латексне лігування ГВ. Однак у вітчизняних клініках успішно застосовується не лише ця процедура, а й усі перелічені методики.

Операція в пацієнтів із гемороєм – запорука успіху?

За наявності чітких показань, дотримання базового лікування, правильно виконаного втручання – так. Але потрібно пам'ятати, що, як і кожна операція, вона може мати ускладнення.

«Оперативні втручання не потрібно проводити профілактично. Пам'ятайте: найкраща операція – та, котру не виконали», – наголосив спікер.

Завершуючи свій виступ, Володимир Савич висловив сподівання на продовження освітнього проекту, оскільки поза увагою залишилися такі важливі аспекти проблеми, як геморої у жінок, вторинний геморої, післяопераційне ведення сімейним лікарем пацієнтів із гемороєм.

*Підготувала **Олександра Марченко***

3y

ДЕТРАЛЕКС®

1000 МГ

Для лікування*

- варикозної хвороби
- гемороєм

ЕФЕКТИВНО** • ШВИДКО** • ЗРУЧНО**

www.servier.ua www.detralex.ua www.varicosu-net.com

Інформація про препарат Детралекс® 1000 мг^x

[illegible]