

В.П. Сулима, к.м.н., доцент кафедри хірургії № 1 та урології Дніпровського державного медичного університету

Діагностика та лікування геморою в практиці сімейного лікаря

Методичні рекомендації



Геморой – одне з найчастіших проктологічних захворювань у світі, поширеність якого в глобальній популяції сягає до 35-40% з вищою захворюваністю серед осіб середнього віку з високим соціально-економічним статусом. Підраховано, що близько 50% населення світу в певні моменти життя відчувають симптоматичний геморой.

Роль сімейного лікаря у своєчасній діагностиці та лікуванні геморою дуже важлива, адже саме сімейний лікар обізнаний про супутню патологію, шкідливі звички й анамнез пацієнта. Крім того, саме сімейний лікар має слідкувати за проведенням профілактичної колоноскопії (рекомендується виконувати щонайменше раз на 5 років у віковому періоді після 40 років) і є медичним фахівцем першого контакту з пацієнтами, котрі мають симптоми геморою.

Виокремлюють 4 стадії тяжкості геморою. Медикаментозне лікування та зміна способу життя є дієвими в разі геморою I-II стадій, який становить переважну більшість (>90%) усіх зареєстрованих випадків, натомість на більш пізніх стадіях (III-IV) захворювання потрібно хірургічне лікування, яке може мати низку ускладнень.

Геморой – це структурно-функціональне порушення з боку гемороїдальної тканини, яке проявляється клінічно (біль, кровотеча, свербіння тощо). Про наявність хвороби йдеться лише тоді, коли симптоми непокоять пацієнта.

Фактори, 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 є спадковою та реалізується за наявності провокувальних факторів, як-от:

- слабкість сполучної тканини (понад половина пацієнтів із гемороєм мають супутню варикозну хворобу);
- патологію ШКТ;
- малорухливий спосіб життя;
- наявність закріпів.

Існує дві теорії патогенезу геморою. Відповідно до судинної теорії, гемороїдальна тканина збільшується, оскільки приток

крові перевищує відток. Механічна теорія трактує появу симптоматики, котра зумовлює порушення цілісності структур, які підтримують гемороїдальну тканину. В більшості випадків задіяні обидва механізми.

Класифікація геморою:

Геморой може бути хронічний і гострий (гострий тромбоз гемороїдальних вузлів – 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 квасоліни, навколишня тканина без ознак запалення;
- 2 – тромбоз одного чи декількох ГВ із набряком періанальних тканин, виражуваним, боєм 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.

При опитуванні пацієнта з підозрою на геморой, окрім скарг і анамнезу життя пацієнта, слід звертати 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), а також оцінювати динаміку симптомів.

Клінічні 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).

Найпоширенішими анальними скаргами при зверненні хворих із гемороєм до проктолога є біль (80% випадків), свербіж (60%), набряк (59%), випадання вузлів (49%), кровотеча (43%), забруднення спідньої білизни (14%), нетримання калу (1%).

Висока поширеність болю серед пацієнтів (попри те, що біль у разі хронічного геморою відсутній) пояснювалася наявністю гострого тромбозу ГВ і неправильним трактуванням симптомів. Деякі пацієнти сприймають дискомфорт у задньому проході як больові відчуття.



В.П. Сулима

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

Клінічні 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 за підозри на геморой

До діагностичного мінімуму в разі підозри на геморой відносять:

- опитування пацієнта;
- проктологічний огляд (усім пацієнтам: огляд промежини – в колінно-ліктьовому 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 свідчить про необхідність перевірити стан ШКТ (особливо кишечника).

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, як 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 їхніх етіологічних чинників.



Комплексно позбавляє від симптомів геморою



- × Біль
- × Свербіж
- × Запалення
- × Кровотечі

Спосіб застосування та дози:

1 на ніч, у важких випадках – по 2-3 супозиторії.
Лікування до зникнення больових симптомів, не більше 7 днів.



ГЕМОРОЛЬ (HEMOROL), супозиторії по 6 супозиторіїв у білестері; по 2 білестери в картонній упаковці. Номер реєстраційного посвідчення: UA/7628/01/01 від 26.02.2018. Інформація призначена виключно для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Мас застереження до застосування. Перед призначенням лікарського засобу необхідно обов'язково ознайомитись з інструкцією для медичного застосування. Категорія відпуску: Без рецепта. Інформація надана скорочено. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Гемороль. Зберігати в недоступному для дітей місці. Виробник: Броцлавське Підприємство Лікарських Трав «Гербаполь» АТ. Польща Вул. Гетьманська 1, 59-220 Леніца, Польща. Т. IMS 2018.

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, котрий скеровує пацієнтів 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.

Лікування геморою

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 базисної терапії в разі всіх стадій геморою.

Базисна консервативна терапія передбачає комплекс заходів, а саме:

- нормалізацію 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 на день невеликими порціями, завершувати вживання їжі з відчуттям легкого голоду, уникати алкоголю й гострих страв.

- зміну поведінки в туалеті. Сидіти на унітазі слід не під прямим кутом, а під кутом 35°, підставивши під ноги невеличкий стілець. Це змінює положення прямої кишки 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.

- модифікацію способу життя. Потрібно уникати перевтоми, стресу, тривалого сидіння, кожні 30 хв перериваючи його виконанням 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. Зручна альтернатива – теплий висхідний душ.

- консервативну терапію – призначення системних венотоніків, коротких курсів місцевих препаратів (супозиторіїв або кремів), місцевих і системних анальгетиків. За наявності зовнішнього геморою використовують противогемороїдальні креми або мазі. При внутрішньому геморої слід застосовувати супозиторії комплексної дії **Гемороль**. Цей засіб чинить венотонізуючу, знеболюючу, протизапальну, кровоспинну ранозагоювальну та інші дії. До складу

Геморолю входять бензокаїн, гліцерин, екстракти квіток ромашки, трави деревію, коренів перстачу, кори каштану кінського, коренів беладони та трави рокитника. Гемороль має позитивні фармакологічні властивості, характерні для глюкокортикоїдів і нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), при цьому, на відміну від них, не чинить небажаного впливу на ШКТ, сполучну тканину або систему захисту організму і не впливає на простагландин-синтезу. Гемороль зменшує анальний дискомфорт, має протизудний ефект, полегшує процес дефекації. Гемороль покращує мікроциркуляцію, знижуючи проникність капілярів і підвищуючи тонус судин, а також завдяки вмісту бензокаїну забезпечує швидку (за кілька хвилин після нанесення) поверхневу анестезуючу дію, яка має наслідком швидке полегшення болю та свербіння.

Схеми застосування препарату Гемороль для лікування хворих із гострим та хронічним гемороєм:

- *гострий геморої* (випадання, защемлення та тромбоз гемороїдальних вузлів): тривалість лікування – 20 днів:

- 1) 5 днів – постільний режим, далі 15 днів – фізичний спокій;

- 2) дієта;

- 3) місцеве лікування – супозиторії Гемороль 2 р/добу протягом 7 днів, з 8-ї доби – 1 р/добу;

- 4) *per os* таблетки мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції діосміну 1000 мг перші 4 доби 3 р/добу, наступні 3 доби – 2 р/добу, з 8-ї доби – 1 р/добу;

- 5) зовнішньо мазь гепаринова 2 р/добу протягом 7 днів, з 8-ї доби – 1 р/добу;

- *хронічний геморої* (загострення): тривалість лікування – 20 днів:

- 1) фізичний спокій;

- 2) дієта;

- 3) місцеве лікування – супозиторії Гемороль 2 р/добу протягом 7 днів, з 8-ї доби – 1 р/добу;

- 4) *per os* таблетки мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції діосміну 1000 мг 1 р/добу;

- 5) зовнішньо мазь трибенозиду й лідокаїну 2 р/добу.

Якщо консервативна терапія виявилась малоєфективною, наступним кроком є лікування спрямоване на:

- деструкцію кавернозної тканини (лікування 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), лікування ГВ латексними кільцями (перелік показань до процедури обмежений), лазерну пластику геморою та метод RAFAELO (радіочастотний вплив на гемороїдальну тканину під місцевою анестезією). Усі зазначені втручання використовуються для лікування внутрішніх ГВ.

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

Операція в пацієнтів із гемороєм виконується за наявності чітких показань, за умови дотримання базисного лікування; правильне виконання хірургічного втручання є запорукою успіху. Але потрібно пам'ятати, що кожна операція має ризик ускладнень. Тому оперативні втручання не потрібно проводити профілактично. Найкращою є та операція, якої вдалося уникнути.