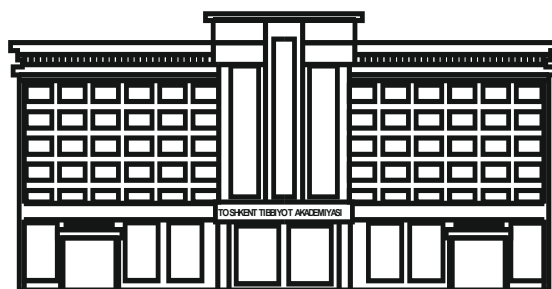


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №3

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Herald TMA № 3, 2022

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshayev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazzyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences department of SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444, Administration building of TMA,
Tashkent, 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru, rio@tma.uz

Format 60x84 1/8, Usl. printer, l. 9,75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОРЫ	REVIEWS	
<i>Irisqulov B.U., Do'stov F.A. COVID-19 DA JIGAR SHIKASTLANISHINING PATOGENETIK ASPEKTLARI</i>	<i>Iriskulov B.U., Dustov F.A. PATHOGENIC ASPECTS OF LIVER DAMAGE IN COVID-19</i>	8
<i>Косимова Д.С. ИНДИВИДУАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ НЕЙРОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТРЕССЕ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ.</i>	<i>Kosimova D.S. 10INDIVIDUAL METABOLIC CHARACTERISTICS OF NEUROMOTOR FUNCTION DISORDERS IN EXPERIMENTAL STRESS AND WAYS OF ITS CORRECTION</i>	11
<i>Курбанбаева А.Ж., Камилова Р.Т. ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ И ИНТЕРНЕТА, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ</i>	<i>Kurbanbaeva A.J., Kamilova R.T. 14CHARACTERISTICS OF THE USE OF MODERN DIGITAL DEVICES AND THE INTERNET AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS</i>	15
<i>Мамиева Л.М., Матякубова С.А., Мавлянова Н.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ</i>	<i>Mamiyeva L.M., Matyakubova S.A., Mavlyanova N.N. MODERN VIEWS ON THE ETIOPATHOGENETIC ASPECTS OF PRETERM LABOR</i>	18
<i>Ниёзова Ш.Х., Камышов С.В., Баленков О.Ю. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПОМОЩЬЮ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ</i>	<i>Niyozova Sh.Kh., Kamyshov S.V., Balenkov O.Yu. WAYS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF TARGETED THERAPY FOR METASTATIC COLORECTAL CANCER USING PREDICTIVE BIOMARKERS</i>	21
<i>Расулова М.Б., Қосимова Р.И. ПАРВОВИРУС PVB 19 ИНФЕКЦИЯСИНИ ГЕМОЛИТИК ВА ОНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА УЧРАШИ</i>	<i>Rasulova M.B., Kasimova R.I. PARVOVIRUS INFECTION PVB19 IN HEMOLYTIC AND ONCOLOGICAL DISEASES</i>	25
<i>Рахматуллаева Г.К., Эркинова С.А. АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	<i>Raxmatullaeva G.K., Erkinova S.A. ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS OF THE BRAIN</i>	29
<i>Садиев Э.С., Исроилов Р.И. БОЛАЛАР ТУФМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ УЧРАШ ДАРАЖАСИ, ТУРЛАРИ, ЖАРРОҲЛИК БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ</i>	<i>Sadiev E.S., Isroilov R.I. RATE AND TYPE OF CHILDREN'S CONGENITAL HEART DISEASES, THE IMPORTANCE OF TREATMENT WITH SURGERY</i>	33
<i>Тешаев О.Р., Курбанов Г.И., Муродов А.С. ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ</i>	<i>Teshaev O.R., Kurbanov G.I., Murodov A.S. THE USE OF VACUUM THERAPY FOR WOUNDS OF VARIOUS ETIOLOGIES</i>	37
<i>Тешаев О.Р., Холов Х.А., Сайидбурхонов С.С. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ</i>	<i>Teshaev O.R., Kholov Kh.A., Sayidburkhonov S.S. MODERN APPROACH TO SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDS</i>	43
<i>Тилляшайхов М.Н., Нишанов Д.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Рахматуллаев Б.Х. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ МИКРОСРЕДЫ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ</i>	<i>Tillyashaykhov M.N., Nishanov D.A., Boyko E.V., Khasanov Sh.T., Rakhmatullaev B.Kh.. BIOLOGICAL FEATURES OF THE TUMOR MICROENVIRONMENT INFLUENCE IN RENAL CELL CARCINOMA</i>	47
<i>Tursunov X.Z., Voboyev X.N., Raimqulov R.S., Xoliyeva N.X. PREKANSEROZ VA ERTA OSHQOZON SARATONIDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR</i>	<i>Tursunov H.Z., Babaev H.N., Raimkulov R.S., Kholieva N.Kh. MORPHOLOGICAL CHANGES IN PRECANCEROUS LESIONS AND EARLY GASTRIC CANCER</i>	51
<i>Холова Д.Ш., Халимова З.Ю. ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА</i>	<i>Kholova D.Sh., Khalimova Z.Y. EPIGENETIC FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF INACTIVE PITUITARY ADENOMAS</i>	55
<i>Чиниева М.И., Кенжаева Х.Х., Фроянченко Г.А., Набиева З.Б., Мирсавурова Н.Р. НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК И ОРГАНОИДНЫЙ СТРЕСС</i>	<i>Chinieva M.I., Kenzhaeva H.Kh., Froyanchenko G.A., Nabieva Z.B., Mirsavurova N.R. METABOLIC DISORDERS IN KIDNEY DISEASE AND ORGANOID STRESS</i>	60
<i>Shadmanov A.K., Xhegay L.N., Abdurakhimov A.Kh., Aslanov M.N., Nurmatov B.K. ASPECTS AND PRIORITIES OF EASY FOOD FOR PATIENTS WITH COVID-19</i>	<i>Shadmanov A.K., Xegay L.N., Abdurahimov A.X., Aslanov M.N., Nurmatov B.K. COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLAR UCHUN ENGIL OVQATLARNING ASPEKTLARI VA USTUVORLIKLARI</i>	64
<i>Шодиев У.И., Исроилов Р.И. ҚОВУҚНИНГ ЯХШИ ЭПИТЕЛИЯ ЎСМАЛАРИ: ЧАСТОТАСИ, ТУРЛАРИ ВА САБАБЛАРИ</i>	<i>Chodiev U.I., Isroilov R.I. BENIGN EPITHELIAL TUMORS OF THE BLADDER: FREQUENCY, TYPES AND CAUSES</i>	73

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ

Тешаев О.Р., Холов Х.А., Сайидбурхонов С.С.

GEMORROJNI JARROHLIK DAVOLASH UCHUN ZAMONAVIY YONDASHUV

Teshaev O.R., Xolov X.A., Sayidburxonov S.S.

MODERN APPROACH TO SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDS

Teshaev O.R., Kholov Kh.A., Sayidburkhonov S.S.

Ташкентская медицинская академия

Tadqiqotda gemorrojni jarrohlik davolashda zamonaviy yondashuv muhokama qilinadi. Operatsiyadan oldin kasallikni aniqlash va asoratlarning oldini olish usullarini tavsiflashda bemorning ahvoli ko'rsatkichlarining zamonaviy tasniflari va integral o'lchovlari tahlil qilindi, operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning zamonaviy usullarining afzalliklari va kamchiliklari ko'rsatildi.

Kalit so'zlar: *bavosil kasalligi, gemorroyektomiya, Liga Sure.*

Modern approaches to the surgical treatment of hemorrhoids are discussed. When describing the methods of preoperative prediction and prevention of complications, modern classifications and integral scales of indicators of the condition of patients are analyzed, the advantages and disadvantages of modern methods of preoperative preparation are indicated.

Key words: *hemorrhoidal disease, hemorrhoidectomy, Liga Sure.*

Геморроидальная болезнь является одной из самых распространенных болезней человека. Заболеваемость геморроем составляет около 140-160 случаев на 1000 взрослого населения [4,5].

Геморроидальная болезнь – хроническое заболевание артериовенозных анастомозов и кавернозных тел дистального отдела прямой кишки, проявляющееся патологическим увеличением геморроидальных узлов, кровотечениями из узлов и их выпадением из анального канала и воспалением. Внутренние геморроидальные узлы располагаются в подслизистом слое прямой кишки перед аноректальной линией, наружные – под кожей промежности в проекции наружного сфинктера. Статистика показывает, что число больных, страдающих геморроидальной болезнью, ежегодно увеличивается, и в настоящее время в развитых странах среди людей старше 30 лет колеблется от 10 до 24%, а среди представителей некоторых профессий достигает 75%. Геморрой – одна из самых частых патологий, с которой встречаются колопроктологи. Такой диагноз имеет от 25 до 40% проктологических пациентов, причем значительную их долю составляют лица трудоспособного возраста. У мужчин заболевание развивается в 3-4 раза чаще, чем у женщин. Для геморроя характерна высокая частота осложнений заболевания и послеоперационных осложнений и частые рецидивы, диктует необходимость поиска новых методов лечения [7].

В России хирургическое лечение геморроя применяется у 75% больных, обратившихся за медицинской помощью.

Несмотря на активное внедрение в клиническую практику новых методов лечения, наиболее распространенным оперативным вмешательством остается геморроидэктомия по Миллигану – Моргану и ее модификации, направленные на ликвидацию основных групп геморроидальных узлов [3].

В США и Европе в последнее время широкое распространение получили малоинвазивные методы лечения хронического геморроя, что связано с успехами ранней диагностики заболевания, а также с положительными результатами консервативного лечения [8].

Однако около 30% больных нуждается в выполнении радикальной геморроидэктомии на поздних (III-IV) стадиях заболевания, когда консервативное лечение и малоинвазивные методы хирургического лечения уже не эффективны [6].

Несмотря на то, что различные способы хирургического лечения геморроя разрабатываются еще со времен Гиппократов, до настоящего времени эта проблема далека от своего решения. Это заставляет исследователей и практических врачей искать новые способы оперативных пособий, направленных на устранение клинических проявлений заболевания с минимизацией негативного влияния на физиологию анального канала.

Этиология и патогенез геморроидальной болезни. Особенностью строения прямой кишки является наличие в подслизистом слое дистального отдела выше зубчатой линии и под кожей в области заднепроходного отверстия кавернозных телец, которые отличаются обилием прямых артериовенозных анастомозов между конечными ветвями верхних прямокишечных артерий и верхней, средней и нижней прямокишечных вен. Количество и расположение артерий, кровоснабжающих кавернозные тельца, варьирует. Через стенку кишки на 2-3 см выше зубчатой линии в среднем проникает 8 веток верхней прямокишечной артерии. Гладкая мышца подслизистого слоя заднепроходного канала располагается неравномерно, образуя 3 главные «подушки». Чаще всего кавернозные тельца группируются в этих трех зонах: на 3, 7 и 11 часах по условному циферблату при положении больного лежа на спине. Кавернозные подушки создают до 20% анального

давления покоя: это дополнительный сосудистый сфинктер, обеспечивающий полную герметизацию анального канала. Именно в этих зонах обычно формируются внутренние геморроидальные узлы [4,7].

Таким образом, ведущее значение в развитии геморроя имеют 2 фактора: сосудистый и мышечно-дистрофический. По мнению большинства исследователей, у больных геморроем наблюдается повышение внутрианального давления покоя и давления волевого сокращения, а после удаления узлов происходит постепенная нормализация давления в анальном канале [7].

Наружные геморроидальные узлы образуются из венозно-артериального сплетения нижних геморроидальных сосудов, распределяющихся под кожей вокруг заднего прохода равномерно. В связи с этим характерная локализация наружных геморроидальных узлов отсутствует. Между наружными и внутренними геморроидальными узлами по аноректальной линии проходит разделяющая их фиброзная перемычка. Слизистая оболочка выше этой линии не имеет болевых рецепторов, что обуславливает минимальное обезболивание в послеоперационном периоде при применении малоинвазивных методик лечения геморроя [5,7].

Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра:

- в зависимости от локализации геморрой классифицируется на наружный, внутренний и комбинированный;

- по течению выделяют острый и хронический геморрой, являющиеся фазами одного и того же процесса;

Хронический геморрой имеет четыре стадии [2]:

I стадия – узлы не выпадают, во время дефекации отмечается выделение крови из ануса,

II стадия – узлы выпадают при дефекации и вправляются самостоятельно,

III стадия – узлы выпадают даже при незначительной физической нагрузке, самостоятельно не вправляются, требуется ручное пособие,

IV стадия – выпавшие за пределы анального канала узлы не вправляются.

Острый геморрой имеет три степени:

I степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов,

II степень – тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением,

III степень – переход воспаления на подкожно-жировую клетчатку, некроз слизистой оболочки узлов [7].

Клиническая картина. Появляются кровотечения во время акта дефекации (чаще в конце), интенсивность которых может быть различной: от следов алой крови до массивных. Количество одномоментно теряемой крови при геморрое может колебаться от нескольких капель до 50-100 мл, что приводит к выраженной анемии. Механизм кровотечения – при дефекации геморроидальные узлы, как правило, выпадают в анальный канал, и после нее сфинктер прямой кишки сокращается и выжимает кровь из переполненных геморроидальных узлов.

Связь варикозно расширенных геморроидальных вен с концевыми разветвлениями прямокишечных артерий по типу артериовенозных анастомозов обуславливает выделение алой крови, в том числе и струей. Клинические проявления усиливаются при приеме острых и раздражающих желудочно-кишечный тракт продуктов питания, особенно алкоголя. Следующим этапом является выпадение внутренних геморроидальных узлов.

Следует учитывать возможность вторичного геморроя вследствие заболеваний других органов, протекающих с застоем крови в системе нижней поллой и воротной вен (цирроз печени с портальной гипертензией, заболевания сердца, легких, опухоли забрюшинного пространства, гипертоническая болезнь).

В современной классификации выделяют четыре стадии геморроя:

- I стадия характеризуется кровотечениями, дискомфортом. При аноскопии видны геморроидальные узлы, но они не пролабируются;

- при II стадии присоединяется также зуд. Отмечается выпадение геморроидальных узлов из анального канала при натуживании, но они вправляются самостоятельно;

- при III стадии узлы выпадают и требуют ручного вправления, но после ручного вправления удерживаются в анальном канале; наблюдается загрязнение одежды;

- при IV стадии присоединяется также боль [9].

Диагностика

Жалобы и анамнез. Диагностика геморроя основана на оценке жалоб, длительности заболевания, результатов пальцевого исследования и инструментальных методов. К основным клиническим симптомам хронического геморроя относятся выпадение внутренних геморроидальных узлов из заднего прохода при дефекации, выделение крови из заднего прохода при дефекации (примесь алой крови к стулу, выделение крови в виде капель или струйки), наличие увеличенных наружных геморроидальных узлов. К более редким симптомам относятся ощущение дискомфорта, влажности в области заднего прохода, зуд, жжение в области заднего прохода, слизистые выделения из прямой кишки. Болевые ощущения при хроническом геморрое встречаются редко и, как правило, связаны с осложнениями заболевания (тромбоз наружных и/или внутренних геморроидальных узлов) или появлением анальной трещины, свища прямой кишки. К основным клиническим симптомам острого геморроя относятся боли в области заднего прохода и прямой кишки, появление плотного болезненного образования (ий) в области расположения наружных и/или внутренних геморроидальных узлов, профузное обильное выделение крови из прямой кишки, не останавливаемое с помощью консервативных мероприятий (свечи, мази, местное применение холода, флеботропные препараты и т.п.).

Сбор анамнеза. Выявлены этиологические факторы возникновения заболевания: желудочно-ки-

шечные расстройства, погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, малоподвижный и сидячий образ жизни, беременность и роды.

Осмотр врача-колопроктолога. Пациента осматривают на гинекологическом кресле в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами или в коленно-локтевом положении. У соматически тяжелых больных осмотр производят в положении на боку. При наружном осмотре области промежности и заднего прохода обращают внимание на форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформации, состояние кожных покровов. Определяют выраженность наружных геморроидальных узлов, степень выпадения внутренних узлов и возможность их самостоятельного вправления в анальный канал.

Оценка анального рефлекса. Выполняют штриховое раздражение кожи перианальной области для определения рефлекторных сокращений анального сфинктера.

Пальцевое обследование прямой кишки. Определяют тоническое состояние анального сфинктера и силу волевых сокращений, болезненность при исследовании, наличие дефектов слизистой оболочки анального канала, объемных образований анального канала и прямой кишки.

Аноскопия. Осматривают анальный канал и дистальную часть прямой кишки, оценивают расположение и степень выраженности внутренних геморроидальных узлов, состояние слизистой оболочки, покрывающей внутренние геморроидальные узлы, зубчатую линию с анальными криптами, состояние слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Ректороманоскопия (до 25 см). Диагностика сопутствующих заболеваний прямой и сигмовидной кишки.

Колоноскопия и ирригоскопия. Колоноскопия или ирригоскопия показаны с целью исключения новообразований толстой кишки всем пациентам старше 50 лет. Исследование функционального состояния ЗАПК (профилометрия, сфинктерометрия, электромиография). Показано перед операцией у больных с изначальными клиническими признаками нарушения функции анального сфинктера. При наличии сопутствующих заболеваний других органов и систем необходима консультация смежных специалистов [9].

Лечение

При I-II стадии рекомендуется проведение консервативной терапии, направленной на нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта и профилактику запоров, купирование воспаления, ликвидацию кровотечения и устранение болевого синдрома. При отсутствии эффекта от консервативной терапии возможно применение малоинвазивных методик. Так, при геморрое I-III стадии рекомендуется применение таких методов как лигирование латексными кольцами, склерозирование, инфракрасная фотокоагуляция, дезартеризация внутренних геморроидальных узлов. Пациентам с IV стадией заболевания показано радикальное хирургическое лечение [9].

Консервативное лечение. Основным методом консервативной коррекции геморроидальных симптомов – нормализация деятельности ЖКТ и устранение запора с помощью потребления адекватного количества жидкости и пищевых волокон. В качестве источника пищевых волокон в нашей стране традиционно применяют пшеничные отруби, морскую капусту и льняное семя в их природном виде или в форме фармакологических препаратов. Также применяют семена и шелуху подорожника, обладающих высокой водоудерживающей способностью, что позволяет избегать натуживания при дефекации.

Однако только консервативная терапия, направленная на нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта, не является самостоятельным эффективным методом лечения геморроя, особенно при III-IV стадии. Фармакотерапия острого и хронического геморроя преследует следующие цели: купирование симптомов острого геморроя; предотвращение осложнений; профилактику обострений при хроническом течении; подготовку больного к операции; послеоперационную реабилитацию. При болевом синдроме показано применение ненаркотических анальгетиков и местных комбинированных обезболивающих препаратов в виде гелей, кремов, мазей и суппозитория (проктозан, ауробин, ультрапрокт, лидокаин/трибенозид (прокто-гливенол), постеризан, бензокаин (релиф адванс).

При тромбозе геморроидальных узлов показано применение антикоагулянтов местного действия (мазевые основы, содержащие гепарин натрия, мазь с троксерутином). При тромбозе геморроидальных узлов, осложненном воспалением окружающих мягких тканей (в случае если исключен гнойно-воспалительный процесс), показано использование комбинированных препаратов, содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты, а также комбинированных флеботонических препаратов (очищенная микро-низированная флавоноидная фракция (детралекс). Для купирования воспаления и обезболивания применяют топические препараты и нестероидные противовоспалительные средства с комбинированным действием [9].

Хирургическое лечение. Существует три основных методики хирургического лечения геморроя. К первой, наиболее распространенной методике относятся операции, направленные на ликвидацию трех основных сосудистых коллекторов. Впервые данную операцию теоретически обосновали Е. Milligan и G. Morgan в 1937 г. Ко второй группе относятся пластические операции, выполняемые с погружением культи сосудистой ножки геморроидального узла в подслизистый слой с ушиванием слизистой оболочки анального канала. Одним из первых подобную операцию предложил Мартынов в 1927 г.

Усовершенствование этой методики предложил А. Parks, выполнив подслизистую геморроидэктомию в 1956 г. В 1959 г J.A. Ferguson предложил модифицированный вариант геморроидэктомии с ушиванием раны анального канала, метод получил широкое распространение в хирургической практике. И наконец, к

третьей группе относятся операции, направленные на циркулярное иссечение слизистой оболочки прямой кишки вместе с геморроидальными узлами. Операция предложена W. Whitehead в 1882 г. [9].

С 1997 г. применяется операция Лонго, при которой с помощью циркулярного степлера иссекается слизисто-подслизистый слой прямой кишки без удаления узлов, и сшивается ректальная и анальная слизистые оболочки над ректоанальным кольцом. В результате пересекаются ветви верхней геморроидальной артерии, подтягивается связочный аппарат, и восстанавливаются нормальные анатомические соотношения структур.

При геморрое III-IV степени гибридные операции в виде степлерной геморроидопексии по Лонго в сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов заметно облегчают течение реабилитационного периода, позволяют существенно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты лечения. Такие варианты операции достойны широкого внедрения в клиническую практику.

Считается, что доказанным преимуществом перед классическим оперативным вмешательством обладает также использование электротермической системы LigaSure. Внедряемые новые методики уменьшают экономические затраты при лечении геморроидальной болезни и улучшают качество жизни пациентов. N. Zampieri и соавт. применили для лечения геморроидальной болезни аппарат LigaSure. Установлено, что при проведении геморроидэктомии с использованием аппарата Ligasure удалось достичь значительного уменьшения болевого синдрома, сокращения времени операции в среднем на 9 минут, а также длительности пребывания пациентов в стационаре в среднем на 0,9 дня в сравнении с геморроидэктомией по Миллигану – Моргану [11].

Операция геморроидэктомии с использованием аппарата LigaSure применена у 21 пациента с проявлениями геморроя. Показанием к вмешательству было наличие наружного геморроя со значительным выбуханием геморроидального узла за пределы анального кольца. Методика операции состояла в наложении аппарата биполярной коагуляции LigaSure на основание узла и удержании его до полной коагуляции, которая контролируется аппаратом в автоматическом режиме. При этом происходит и автоматическое пересечение по линии коагуляции. Таким образом, технику операции можно отнести к методу «открытой» геморроидэктомии, так как ушивание раны при этом не производилось. В послеоперационном периоде раны обрабатывались растворами антисептиков (бриллиантовый зеленый или марганцовокислый калий) 2 раза в день до полной эпителизации, которая наступала в среднем на 7-10-е сутки. На протяжении периода эпителизации пациенты находились на амбулаторном режиме [2,12].

Экономически более выгодным представляется латексное лигирование, однако его применение

сопряжено с относительно большим количеством осложнений и частотой рецидивов. Трансанальное доплер-контролируемое лигирование геморроидальных артерий с мукопексией и лифтингом слизистой приносит хорошие результаты, характеризуется низким послеоперационным болевым синдромом, но требует большего времени и обладает наибольшей стоимостью процедуры. Внутрисветовая геморроидэктомия LigaSure и Harmonic доказала свою эффективность, комфортность послеоперационного периода, невыраженность местных изменений. При этом использование гармонического скальпеля сопряжено с наименьшей интенсивностью послеоперационной боли в первые сутки [1,10].

Выводы

1. В настоящее время геморроидальной болезнью страдает около четверти взрослого населения развитых стран, значительную часть больных составляют лица трудоспособного возраста. Наряду с распространенностью для геморроя, характерна высокая частота осложнений самого заболевания и послеоперационных осложнений, а также частых рецидивов после лечения. Большинству пациентов с хроническим геморроем требуется оперативное вмешательство.

2. Геморроидэктомия считается самым эффективным методом лечения, но ее выполнение практически всегда сопровождается выраженным болевым синдромом, длительным периодом нетрудоспособности и достаточно высоким риском осложнений, что стало причиной активного внедрения новых малоинвазивных методов.

3. Малоинвазивные вмешательства обладают целым рядом преимуществ, таких как возможность применения в амбулаторных условиях, невыраженный болевой синдром, меньшее количество осложнений. Доля этих методов в хирургическом лечении геморроя в развитых странах достигает 80% и продолжает увеличиваться. Однако малоинвазивные методики эффективны в основном на начальных стадиях геморроя, а на поздних стадиях обычно характеризуются высокой частотой рецидивов [6].

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРОЯ

Тешаев О.Р., Холов Х.А., Сайидбурхонов С.С.

Обсуждаются современные подходы к хирургическому лечению геморроя. При описании методов предоперационного прогнозирования и профилактики осложнений проанализированы современные классификации и интегральные шкалы показателей состояния пациентов, указаны достоинства и недостатки современных методов предоперационной подготовки.

Ключевые слова: геморроидальная болезнь, геморроидэктомия, Liga Sure.