

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Шамсиддинова Мадинабону Шухрат кизи
Самаркандский Государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней

Аннотация.

Геморроидальная болезнь остаётся одной из наиболее актуальных проблем современной колопроктологии в связи с высокой распространённостью, частыми рецидивами и развитием осложнений. В статье представлен обзор современных данных по вопросам этиологии, патогенеза, классификации, клинической картины, диагностики, лечения и профилактики геморроя по данным зарубежных источников за последние годы. Особое внимание уделено современным малоинвазивным и хирургическим методам лечения, а также мерам профилактики.

Ключевые слова: геморрой, геморроидальная болезнь, малоинвазивные методы, геморроидэктомия, профилактика, обзор.

Введение

Геморроидальная болезнь (геморрой) является одним из наиболее распространённых заболеваний аноректальной области и занимает ведущее место в структуре проктологической патологии. По данным современных эпидемиологических исследований, признаки геморроя выявляются у 30–40% взрослого населения, преимущественно в возрасте от 30 до 60 лет [1].

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространённостью заболевания, частыми рецидивами, развитием осложнений (кровотечения, тромбоз, вторичная анемия, воспалительные процессы), а также значительным снижением качества жизни пациентов. Современные исследования указывают на

рост заболеваемости, связанный с гиподинамией, изменением характера питания, увеличением частоты ожирения и хронических запоров [2, 5].

Несмотря на наличие широкого спектра консервативных, малоинвазивных и хирургических методов лечения, выбор оптимальной тактики ведения пациентов остаётся предметом научных дискуссий, особенно на ранних стадиях заболевания [2, 6].

Цель исследования — систематизация современных данных об этиологии, патогенезе, классификации, клинических проявлениях, диагностике, лечении и профилактике геморроидальной болезни.

Задачи исследования — анализ факторов риска, механизмов развития, клинических форм заболевания и современных терапевтических подходов.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Геморрой относится к многофакторным заболеваниям. В основе его развития лежит нарушение венозного оттока из кавернозных тел прямой кишки, приводящее к венозному застою, гиперплазии сосудистых сплетений, истончению сосудистой стенки и формированию геморроидальных узлов [1, 3].

К основным этиологическим факторам относятся хронические запоры, гиподинамия, длительное пребывание в положении сидя, беременность и роды, ожирение, тяжёлые физические нагрузки, наследственная слабость венозной стенки, злоупотребление острой пищей и алкоголем [4, 11].

Ключевую роль в патогенезе играют повышение внутрибрюшного давления, венозный застой, дистрофические изменения фиксирующего аппарата геморроидальных узлов (связка Паркса), а также нарушения микроциркуляции. По мере прогрессирования заболевания происходит увеличение узлов, их смещение, выпадение, травматизация и тромбоз [1, 6].

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕМОРРОЯ

В клинической практике применяется следующая классификация геморроидальной болезни:

По локализации:

- внутренний;
- наружный;
- комбинированный.

По течению:

- острый;
- хронический.

По стадиям хронического геморроя:

- I стадия — кровотечение без выпадения узлов;
- II стадия — выпадение узлов с самостоятельным вправлением;
- III стадия — выпадение узлов с ручным вправлением;
- IV стадия — постоянное выпадение узлов без возможности вправления,

высокая частота осложнений [1, 5].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинические проявления геморроя зависят от формы и стадии заболевания. Основными симптомами являются кровотечение алой кровью при дефекации, болевой синдром, зуд и жжение в аноректальной области, выпадение геморроидальных узлов, ощущение инородного тела в прямой кишке [1, 10].

Для внутреннего геморроя характерны безболезненные кровотечения с постепенным появлением выпадения узлов. Наружный геморрой, особенно при тромбозе, сопровождается интенсивным болевым синдромом, отёком и инфильтрацией тканей [8].

Осложнения включают тромбоз геморроидальных узлов, массивные кровотечения, вторичную железодефицитную анемию, ущемление узлов, некроз и развитие парапроктита [2, 8].

ДИАГНОСТИКА

Диагностика геморроидальной болезни основывается на анализе жалоб, данных анамнеза, результатах физикального и инструментального обследования. Основными методами являются осмотр перианальной области, пальцевое ректальное исследование, аноскопия и ректороманоскопия [5, 10].

Колоноскопия проводится при наличии атипичных симптомов, анемии неясного генеза или для исключения опухолевой патологии толстого кишечника. Обязательной является дифференциальная диагностика с анальной трещиной, полипами, колоректальным раком и воспалительными заболеваниями кишечника [1, 11].

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Консервативная терапия

Консервативное лечение показано при I–II стадиях заболевания и включает применение флеботропных препаратов, местных средств (суппозитории, мази), нормализацию стула, диетотерапию и коррекцию образа жизни [2, 11].

Малоинвазивные методы

К современным малоинвазивным методам относятся латексное лигирование, инфракрасная коагуляция, склеротерапия и лазерная коагуляция. Эти методы характеризуются высокой эффективностью, низкой травматичностью и коротким восстановительным периодом [3, 6, 9].

Хирургическое лечение

При III–IV стадиях заболевания применяются радикальные методы: геморроидэктомия по Миллигану–Моргану, операция Лонго, доплер-контролируемая дезартеризация. Согласно данным метаанализов, хирургическое лечение обеспечивает наиболее низкий уровень рецидивов, однако сопровождается более высоким риском послеоперационных осложнений [2, 8].

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика геморроидальной болезни направлена на устранение факторов риска и включает рациональное питание с достаточным содержанием пищевых волокон, адекватный питьевой режим, профилактику запоров, регулярную физическую активность, ограничение длительного статического положения, соблюдение правил личной гигиены и диспансерное наблюдение у проктолога [1, 5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Геморроидальная болезнь остаётся одной из наиболее распространённых и социально значимых патологий аноректальной области. Современные данные свидетельствуют о многофакторной природе заболевания, разнообразии клинических форм и необходимости индивидуализированного подхода к выбору лечебной тактики. Рациональное сочетание консервативных, малоинвазивных и хирургических методов, а также активная профилактика позволяют снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы :

1. Riss S., Weiser F., Schwameis K. Hemorrhoidal Disease: A Review // JAMA. – 2025. – Vol. 333, No. 4. – P. 389–401. – DOI: 10.1001/jama.2025.13083.
2. Zhang Y., Liu X., Wang J. et al. Comparison of efficacy and safety between surgical and conservative treatments for hemorrhoids: a meta-analysis // BMC Gastroenterology. – 2025. – Vol. 25. – Article 89. – DOI: 10.1186/s12876-025-04089-2.
3. Chen H., Li Y., Zhou Q. Comparative effectiveness and recurrence rates of endoscopic sclerotherapy, ligation, and combined therapy for grades I–III internal hemorrhoids // BMC Surgery. – 2025. – Vol. 25. – Article 112. – DOI: 10.1186/s12893-025-03289-7.
4. Wang J., Huang Z., Sun Q. Milligan–Morgan hemorrhoidectomy combined with rubber band ligation and polidocanol foam sclerotherapy for grade III–IV hemorrhoids // BMC Gastroenterology. – 2025. – Vol. 25. – Article 74. – DOI: 10.1186/s12876-025-03963-3.
5. Tsai C.Y., Lin J.K., Chen W.S. Taiwan Society of Colon and Rectal Surgeons' consensus on the management of hemorrhoidal disease // International Journal of Colorectal Disease. – 2025. – Vol. 40, No. 2. – P. 215–228. – DOI: 10.1007/s00384-025-05010-9.
6. Gallo G., Martellucci J., Sturiale A. et al. Sclerotherapy for hemorrhoidal disease: a systematic review and meta-analysis // Techniques in Coloproctology. – 2024. – Vol. 28. – P. 1–14. – DOI: 10.1007/s10151-023-02908-w.

7. Singh P., Gupta V., Malhotra M. Efficacy of metronidazole in reducing pain after hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials // *BMC Surgery*. – 2025. – Vol. 25. – Article 61. – DOI: 10.1186/s12893-025-02819-7.

8. Lohsiriwat V., Sa-Nguanraksa D. The prevalence of incontinence after excisional hemorrhoidectomy and stapled hemorrhoidopexy: a systematic review and meta-analysis // *Surgery*. – 2025. – Vol. 178, No. 1. – P. 98–107. – DOI: 10.1016/j.surg.2024.109139.

9. Giordano P., Tomasi I., Pascariello A. Best clinical practice recommendations for the management of symptomatic hemorrhoids via laser hemorrhoidoplasty // *Techniques in Coloproctology*. – 2024. – Vol. 28. – P. 455–468. – DOI: 10.1007/s10151-024-03022-1.

10. Wu Y., Zhao K., Liu D. Endoscopic approaches to the management of hemorrhoids: current perspectives // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. – 2023. – Vol. 15, No. 7. – P. 421–433.

11. Khan R.M., Hussain M., Patel S. Recurrence rates and pharmacological treatment for hemorrhoidal disease: a systematic review // *Advances in Therapy*. – 2023. – Vol. 40. – P. 2145–2160.

12. Rubbini M., Ascanelli S. Laser hemorrhoidoplasty versus hemorrhoidectomy: a randomized comparative study in inflammatory bowel disease patients // *International Journal of Colorectal Disease*. – 2024. – Vol. 39. – P. 911–919