



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.147.17007.64- 08-053.2

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

¹Хамраев Абдурашид Журакулович <https://orcid.org/0000-0002-7651-8901>

²Файзуллаев Фазлиддин Сайфуллаевич <https://orcid.org/0000-0002-9799-6304>.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр, Узбекистан, г. Самарканд, ул. 2-й пр. Джамшида, 21А тел: +998 66 232 21 28

✓ Резюме

В данной работе представлены обзор о возможности и особенности лечения геморроя у детей. В отечественной и мировой литературе практически мало работ, посвященных изучению о возможности и особенности лечения геморроя в детском возрасте.

Авторы утверждает, что в настоящее время существующие методы лечение геморроя у взрослых, применяемые в детском возрасте является относительно травматичными и не лишена от осложнения. При лечение геморроя у детей, детские хирурги мало осведомлены дифференцированном подходе тактикой лечения по стадиям болезни и возраста больных, поэтому не знает, как дальше вести и лечить этих больных. В данном обзоре, авторы на основы литературных данных рассматривает и анализирует возможности альтернативы методы комплексного тактикелечения геморроя с учетом возрастной анатомо-физиологической особенности детей, что требуют дальнейшего научного изучения.

Ключевые слова: дети, геморрой, хирургическое, лечение

БОЛАЛАРДА ГЕМОРРОЙНИ ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

¹Хамраев А.Ж., ²Файзуллаев Ф.С.

¹Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон 100140, Тошкент, Боғишамол кўчаси 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Самарканд вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази Ўзбекистон, Самарканд ш., 2-пр. Жамшид кўчаси, 21А тел: +998 66 232 21 28

✓ Резюме

Ушбу мақолада болаларда геморройни даволаш имкониятлари ва хусусиятлари ҳақида умумий маълумот берилган. Маҳаллий ва жаҳон адабиётида болаларда кузатиладиган геморройни даволаш имкониятлари ва хусусиятларини ўрганишга бағишланган деярли бир нечта ишлар мавжуд.

Муаллифларнинг таъкидлашича, ҳозирги вақтда катталардаги геморройни даволашнинг қўлланиладиган усуллари болаларга нисбатан жараҳатли ҳисобланади ва асоратларсиз кечмайди. Болаларда геморройни даволашда болалар жарроҳлари касалликнинг босқичлари ва беморларнинг ёшига қараб даволаш усулига қиёсий ёндашуви ҳақида жуда кам маълумотларга эга, шунинг учун кейинги босқичларда ушбу беморларни қандай юритиш ва даволашни билишмайди. Ушбу шарҳда муаллифлар, адабиёт маълумотларига таянган ҳолда, болалардаги ёшга боғлиқ анатомо-физиологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, қўшимча илмий ўрганишни талаб қиладиган болаларда геморройни комплекс даволаш тактикасининг муқобил усулларининг имкониятларини ўрганадилар ва таҳлил қилдилар.

Калит сўзлар: Болалар, геморрой, жарроҳлик, даволаш.

REVIEW OF THE FEATURES OF TREATMENT OF HEMORRHOIDS IN CHILDREN

A.Zh. Khamraev¹, F.S. Fayzullaev²

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Samarkand regional children's multidisciplinary medical center, Uzbekistan, Samarkand, st. 2nd Jamshid Ave., 21A tel: +998 66 232 21 28

✓ *Resume*

This paper provides an overview of the possibilities and features of treatment of hemorrhoids in children. In the local and world literature there are practically few works devoted to the study of the possibility and features of the treatment of hemorrhoids in childhood.

The authors argue that currently existing methods of treating hemorrhoids in adults used in childhood are relatively traumatic and are not without complications. When treating hemorrhoids in children, pediatric surgeons are little aware of the differentiated approach to treatment tactics according to the stages of the disease and the age of the patients, and therefore do not know how to further manage and treat these patients. In this review, the authors, on the basis of literature data, examine and analyze the possibilities of alternative methods of complex treatment tactics for hemorrhoids, taking into account the age-related anatomical and physiological characteristics of children, which require further scientific study.

Key words: children, hemorrhoids, surgical, treatment

Актуальность

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний среди взрослых больных. Частота встречаемости геморроя у детей по литературным данным может достигать 8% среди всех заболеваний толстой кишки и промежности [5,8,11,29,51]. В структуре кишечных кровотечений у детей частота геморроя также невелика. По данным El-Mouzan M. I., Abdullah A. M. (2004) отмечается, что по колоноскопии среди всех причин кровотечений из прямой кишки у детей, частота геморроя составила всего 5% [15,18,31].

В практике наиболее частыми поводами для обращения к детскому хирургу являются выделения крови из заднего прохода и образования (протрузии) в области ануса. Наиболее частыми причинами у этих детей кровотечений из прямой кишки являются трещины заднего прохода, эрозивные проктосигмоидиты и полипы прямой кишки, которое диагностика которых не вызывает трудности. Однако диагностика врожденные сосудистые мальформаций (синдром Клиппеля - Треноне - Вебера, ангиодисплазии прямой кишки и др.) у детей вызывает определенные сложности [5,28,31,32,36,45,49,50].

Kuiper R. J. и соавт. (2011) приводят клинические данные о больных детей с протрузиями в области заднего прохода - 30% из них составили с выпадением прямой кишки, 30% - с полипами прямой кишки и 30% - с геморроем. Часто течение этих заболевания носит субклинический характер и проявляется только во время дефекации [5,6,12,52].

В настоящее время описано более 200 различных методов хирургического лечения геморроя у взрослых, часть из них являются малоинвазивными [2,3,4,5,20,33,48,]. Существующие методы лечения геморроя у взрослых, применяемые в детском возрасте имеют побочное действие и не лишена от осложнения. В настоящее время мала данных о особенности лечения геморроя у детей. Поэтому, больные долго находятся под наблюдением, не получая лечения или лечатся консервативным, но не систематизированным способом [5,7,10,21,25,44,46].

В данном обзоре, на основы литературных данных рассматриваем и анализируем о возможности наиболее актуальные альтернативы лечения (лекарственная терапия, склеротерапия, криотерапии, фототерапии, лигирование ГУ латексной шайбой и хирургическое) геморроя с учетом возрастной анатомо-физиологической особенности детей

Лекарственное лечение. Применение различных эмульсий местного действия и анальгетиков дает незначительный эффект, хотя они могут снять боли и оказать положительное психическое воздействие у детей.

Показания к консервативному лечению геморроя считались: 1) первичное обращение пациента с жалобами на боли при дефекации, анальную протрузию, кровотечение из ануса и отсутствие длительного анамнеза; 2) малых размеры ГУ; 3) возраст больных младше 10 лет и при выраженных явлениях воспаления ГУ [5,11,13,19,40,41].

По данным П.С. Сви и В.В. Холостовой (2019), консервативное лечение включало следующие мероприятия: диета - стол №3 по Певзнеру; сидячие ванночки с противовоспалительными травами (ромашкой, корой дуба, крапивой, календулой); местное лечение, обеспечивающее местную анестезию и с противовоспалительной целью (проктозан, натальсид, анузол, релиф-адванс); антибактериальная терапия при осложнениях геморроя; вено тонизирующие и ангиопротективные препараты (детралекс).

Лечение острого геморроя (ОГ), только консервативное: разжижение стула, необходимость проведения обезболивания (новокаиновые блокады или применение местных анестетиков) и противовоспалительного лечения, а также флеботропная терапия, возможно применение препаратов нифедипина (свечи и крем Релиф ПРО). Они показаны при ОГ у старших детей, в том числе проктите и экземе в области ануса. В состав препарата входит местный анестетик лидокаин, который позволяет уменьшить болевые ощущения и чувство жжения, которое способствуя уменьшению процессов инфильтрации, экссудации, интерстициальный отек и инфильтрацию тканей [6,9,14,23,24,42].

Местное противовоспалительное лечение также рекомендуется зарубежными авторами эффективность следующих комбинаций: флуокортолона и лидокаина гидрохлорида -Релиф ПРО (Долопрокт); бетаметазонавалерат + лидокаина гидрохлорид + фенилэфринагидрохлорид (Прокто-Целестан); триамцинолонаацетонид + лидокаина гидрохлорид + нистатин (Микопрокт) [5,9,16,30,26].

Обычно обострение ОГ продолжается в течение 1 недели и если это первое обострение, то в дальнейшем необходимо контролировать количество стула и предупреждать запоры. Если обострение повторное и ГУ увеличены, напряжены и кровоточат - это есть показание к частичную анальную сфинктеротомию, чтобы снять спазм анального сфинктера у старших детей [5,17,16,34,43].

Расширение заднего прохода было рекомендовано Lord(1969) и применяется, в частности, для лечения хронического геморроя (ХГ). Считают, что травматический разрыв фиброзных анальных волокон снижает внутри анальное давление и улучшает состояние ГУ. В настоящее время такое лечение широко применяют при I и II стадии геморроя, хотя сам Lord считал его показанным при III стадии ХГ у взрослых [7,9,22,30,39].

По данным Keighleyet. all., (1969); Sanditands, Sclofield, Sykes, (1981); Renter, Keeman, (1983), эффективность этого лечения примерно одинакова с таковой при инъекционной терапии или лигировании резиновым кольцом: у 70% больных можно добиться удовлетворительных отдаленных результатов, в частности, при наличии высокого интранального давления [5,9,16,30,26].

Hancock (1981), отмечает, что расширение заднего прохода менее эффективно при III стадии геморроя и при значительной степени выпадения ГУ. По данным Macintyre, Balfour (1972), у 22% больных после растяжения заднего прохода по Лорду страдали недержанием жидкого кала, а 36% не удерживали газы [5,16,35,46].

Многие хирурги считают неконтролируемую травму сфинктерного механизма прямой кишки неоправданной и потому широко не применяют расширения заднего прохода по Лорду. Однако в литературных источниках сообщается, что анальное растяжение является одной из альтернатив лечения геморроя при I или II стадии [1,9,18,30,28].

У детей данная манипуляция, практически не применяется, из-за большой травматичности её.

Склеро терапия при лечение геморроя у взрослых широко применялась еще в XIX веке. Andrews (1879) наблюдал 3295 больных и сделал вывод, что не менее 1 тыс. из них были вылечены при помощи инъекций карболовой кислоты. Раствор вводили прямо в ГУ, что вызывает его некроз. Осложнения были довольно часты и варьировали от болей до смертельных исходов [7,9,22,38].

Исторически в обзорной работе Kilbourne (1934) приведены результаты лечения 26262 страдающих геморроем при помощи склеротерапии, в течение 3 лет после лечения рецидив подтвержден у 15% из них. Kilbourne (1934). Milligan (1943) предложил 5-летние результаты инъекционного лечения геморроя и показал, что повторные сеансы склеротерапии понадобились у 15% больных при I стадии, у 38% — при II, и у 69% — при III стадии геморроя. Потом стали применять более слабый раствор карболовой кислоты (5%), глицерина с водой, фенола (5%) в миндальном масле, хинина с мочевиной. В отличие от склеротерапии и варикозно расширенных вен инъекции непосредственно в ГУ не давали желаемого эффекта, а введение растворов несколько проксимальное самого узла часто приводило к воспалению и фиброзу ГУ [5,9,34,50,52].

По данным Anderson, Dukes (1924); Graham-Stewart, (1962), подслизистые инъекции вызывали образование олеогранулем с наличием гигантских клеток. Слишком глубокое введение растворов вызывало изъязвление слизистой оболочки, а слишком поверхностное — излияние раствора в просвет кишки [3,19,41,51].

По данным Adamiet. all. (1981) склеротерапия показана больным при I стадии ОГ, т.е. с минимальными кровотечениями и патологическими выделениями. При II и III стадии добиться длительного излечения при помощи этих методов трудно. Не следует применять склеротерапию при наружном или тромбированном внутреннем геморрое. Именно в этих случаях и возникают боли, изъязвления, абсцессы, олеогранулемы, кровотечения, редко отмечается и бактериальные осложнения [1, 39,47,51].

К настоящему времени опубликовано несколько работ по склеротерапии геморроя у взрослых [1,2,19,48,51,52]. Несмотря на возрождение этой техники в начало века, были высказаны альтернативные предложения (лигирование узлов резиновой шайбой). Но тем не менее в некоторых последних источниках из Великобритании сообщается об удовлетворительных результатах склеротерапии [9,37,50,52].

В последние 10 лет склеротерапию не применяют в взрослой практике, а у маленьких детей применение её противопоказано.

Лигирование узлов резиновой шайбой впервые описано Blaisdell (1958) [3,5]. В задний проход под местной анестезией через хирургический аноскоп с подсветом в ручке вводят специальный лигатор, с которого на ножку внутреннего узла набрасывают эластическое кольцо (шайбу), передавливающее ножку ГУ выше зубчатой линии анального канала. Затем верхушку узла освобождают от захватывающего крючка и инструмент извлекают из кишки. Через 3-4 дня передавленная упругим кольцом ножка узла некротизируется, и узел отпадает, а еще через 2-3 дня выделяется и сама шайба. Зарубежом проведены тысячи таких манипуляций, как правило, успешных. Процедура безболезненна, и за один сеанс может быть наложено несколько колец [9,26,34,52].

Обзорные работы, представленные Gehamy, Wealdehy (1974), Steinberg, Liegois, Alexander-Wiitiams (1975), Wroblewski соавт. (1980), показывают, что 70% больных излечиваются после лигирования ГУ [33,50,52].

По данным Ваггон (1963) отмечается, что боли в 4% случаев наступают сразу после процедуры и указывают, что кольцо наложено близко к зубчатой линии. В этом случае нужно убрать шайбу и наложить другую выше. Тромбоз наружных ГУ дистальнее наложенной шайбы отмечается в 2—3% случаев. У таких больных после теплых сидячих ванн и разжижения кала эти явления проходят [19,41,51].

Clark, Giles, Goligher (1967) утверждает, что ни перевязка узлов резиновой шайбой, или склеротерапия не применяются при наружных геморроидальных бахромках. В общем лигирование резиновым кольцом более неприятно для больных, чем инъекционное лечение, и оно более эффективно при I стадии геморроя. Согласно данным национальных клинических рекомендаций по лечению геморроя у взрослых. Подобные малоинвазивные методики лечения имеют высокую эффективность от 65-до 90% и показаны у пациентов с 2-3 стадией геморроя. Осложнений в отличие от инъекционного лечения при этом методе меньше. Кровотечения отмечены примерно у 1% больных и связаны с инфицированием или изъязвлением слизистой оболочки, на которую накладывали шайбу [22,33,50,52].

По данным Греса и соавт. (1981), рандомизированном исследовании отмечает, что лигирование ГУ с помощью латексной шайбы и склеротерапия дают примерно одинаковые результаты, по лигирование сопровождается большим числом осложнений, особенно если врач ни обладает достаточным опытом [3,9,22,51].

Однако, Gorman (1984), утверждает, что лигирование более эффективно при II стадии заболевания и в тех случаях, когда оно применяется в качестве единственного метода лечения [50,52].

В детской практике применения этого метода нами в литературах не встретились [3,22,33,51].

Криотерапия основана на холодовой деструкции ГУ. Припухлость перианальной области и отек после этой процедуры в течение 24 ч делают необходимым дренирование небольшой турундой, меняя ее 3—4 раза в день. Криотерапию выполняют амбулаторно, так же как инъекционное лечение, перевязку ГУ и фитотерапию.

Об удовлетворительных результатах применения различной техники криолечения сообщают O'Connog (1976), Wilson, Schofield (1976), Savin (1977). По все же ощущение дискомфорта в анальной области (50% больных), длительная необходимость дренирования и значительные сроки выздоровления являются недостатками этого метода, но сравнению с другими [43,50,52].

Goodgean, Fouty (1979) сообщили о 28 больных, у которых была выполнена закрытая геморроидэктомия или проведено крио лечение. У 12 из них после криохирургии боли были продолжительными, в то время как в течение этого же времени они отмечались только у 3 оперированных. Из 24 больных, осмотренных через год, у 13 был выявлен резидуальный геморрой, в том числе у 12 — после крио лечения. В общем операцию предпочли 65% больных, а криотерапию — только 35 %. Применение криотерапии у детей, нами в литературах не встретились [2,3,22,41,51,52].

Фотокоагуляция при геморрое описана Neiger (1979). С помощью инфракрасного облучения коагулируют ГУ. Непосредственный эффект выражается в сером окрашивании массы узла, а затем в некротизировании его в течение 7—10 дней. Гистологические изменения в узле остаются неясными. В проспективном исследовании Leicester сообщает, что эта техника может применяться при геморрое без выпадения узлов, но и при выпадении она эффективнее, чем инъекции. У 21% больных после фотокоагуляции отмечались небольшие кровотечения в течение 10-14 дней, так же как и нерезко выраженное чувство дискомфорта в анальной области. Ambrose и соавт. (1983), Templeton и соавт. (1983). обнаружили, что фотокоагуляция и перевязка ГУ дают примерно одинаковые результаты при наблюдении через год [27,43,50,52].

В клинике Мейо, по общим данным, наиболее удовлетворительные результаты были получены при лигировании ГУ латексной шайбой и при геморроидэктомии. Расширение заднего прохода по Лорду, как самостоятельное лечение в клинике применяют редко. В нашей практике временное анальное недержание после различных методов лечения геморроя наблюдалось примерно у 20% больных. Оно поддается коррекции с трудом, но во время лечения так или иначе растяжение заднего прохода мы выполняем, и это приносит больным пользу. Фотокоагуляцию мы не применяем [5,10,50,52].

Сообщения Smith, Goodreau, Fouty (1979), а также отмечавшиеся нами у больных чувство дискомфорта и наличие выделений из заднего прохода после криотерапии не привлекают нашего внимания и к этой методике. Склеротерапия несколько более предпочтительна для больных при I стадии геморроя, но наш опыт показывает, что и простая перевязка ГУ при этом дает достаточно удовлетворительные результаты. Больных с выраженным геморроем II и III стадии мы оперируем под каудальной анестезией, применяя закрытую геморроидэктомию. При очень выраженном круговом геморрое мы выполняем операцию Уайтхеда и, используя модификацию Кулла, получаем вполне удовлетворительные результаты [1,33,50,52]. Применение этого метода у детей, нами в литературах почти встретились.

Хирургическое лечение. Геморроидэктомия продолжает оставаться стандартным методом у взрослых, с которым сравнивают другие виды лечения. У взрослых с 3-4

стадией заболевания с выраженными наружными ГУ рекомендуется традиционное хирургическое лечение - геморроидэктомия открытым или закрытым способами. Геморроидэктомия остается показанной у больных с изъязвленными или некротизированными ГУ, а также при комбинированном наружном и внутреннем геморрое. У некоторых больных такое вмешательство необходимо, и техника операции по Milligani Morgani. (1937), Ferguson, Heaton(1959) подробно изучена и применяется до сих пор [1,2,3,10,52].

Лучшая из радикальных операций при геморрое - удаление трехглавных внутренних узлов по Миллигану и Моргану. Под общим наркозом, после тщательного и полноценного растяжения ануса, идентифицируют локализацию внутренних ГУ. Передавливают тонким зажимом ножку ГУ, перевязывают и прошивают ее ниже зажима. Затем очерчивают и иссекают снаружи внутрь этот узел до зажима вместе с относящимися к нему наружными ГУ. При правильном прошивании ножки кровотечения отсутствует и остается плоская перианальная рана. Также поступают с другими внутренними узлами, и при классической методике Миллигана - Моргана в конце операции остается открытая треугольная рана. Рубцевание которой, несколько суживает задний проход, предупреждая его временную недостаточность. В модификации Рыжиха в конце этой операции дно 3 перианальных ран ушивают узловыми кетгутами без захвата краев кожи, что ускоряет заживление. Все 3 ГУ выражены будет не всегда, тогда лигируют и удаляют 1 или 2 наибольших узла [1,7,10,33,39,50,52].

В редких случаях определяются только наружные узлы (рассыпной тип геморроя), и их просто перевязывают, обязательно оставляя между ними достаточно широкие полоски мостики тканей. Непренебрежение этими деталями ведет к наиболее частому осложнению - стойкой рубцовой стриктуре ануса. Показания к радикальной геморроидэктомии должны быть сужены. Названные амбулаторные манипуляции резко снижают число больных, нуждающихся в радикальной операции, которая при самых лучших непосредственных результатах нестрахует от рецидива болезни. Из последних амбулаторных способов хирургии геморроя отметим применение аппарата «EnSeal» («Ethicon»). Это биполярный коагулятор с обратной связью, что позволяет измерить импеданс (сопротивление) тканей и оказывает электротермическое воздействие, не превышающее 100°C. Рабочий инструмент представлен в виде щипцов, имеющих биполярные контакты и оснащенных ножом. После сдавливания тканей и нажатия педали включения начинается коагуляция, а по окончании ее сжатием браншей активизируется нож, прорезая коагулированные ткани. Аппарат позволяет коагулировать артерии диаметром до 7 мм без наложения лигатуры. Это устройство помогает более точно идентифицировать и лигировать ножки (основания) тех же 3 внутренних ГУ, при операции Миллигана-Моргана, которая до сих пор является «золотым стандартом» геморроидэктомии. У больных с выраженными наружными ГУ рекомендуется традиционное хирургическое лечение - геморроидэктомия открытым или закрытым способами, а также с использованием аппаратов LigaSure, UltraCision [10,33,47,49,50,52].

В последних обзорах, выполненных Barrios, Khubchandani (1979), Hodedadi, Kurgan, Jersky (1979), все же сообщается, что отличные результаты могут быть получены и при более расширенной геморроидэктомии и что частота осложнений типа выворачивания слизистой оболочки (эктропион) может быть сведена к минимуму. Результаты вмешательства по мнению авторов, превосходят чем обычной геморроидэктомии [33,51].

Wolf, Munoz, Rosin (1979) сообщили о явно меняющемся отношении к хирургии геморроя, имеющих опыт проведения 89 497 операций. В 42% случаев выполнялась открытая и в 58% - закрытая геморроидэктомия. Показаниями к операции были выпадение ГУ (90% больных), кровотечение и тромбоз, очень редко анальный зуд. Местную анестезию применяют большинство хирургов, оперирующих по закрытой технике. Удаление ГУ одним блоком («столбиком») выполняют 75% хирургов; 95% оставляют слизистые мостики между удаляемыми ГУ [1,5,10,50,52].

По данным Jeffery et. al., (1980), снижение частоты этой операции во многих учреждениях свидетельствует об эффективности других методов терапии геморроя. McConnell, Khubchandani (1983) отмечает, что открытая и закрытая геморроидэктомия тщательно разработаны и дают отличные результаты, они могут быть выполнены под местной анестезией [1,3,10,41,51].

Более расширенная операция, описанная Whitehead (1882), подверглась суровой критике со стороны Andrews(1895). В основном недостатки этой методики связаны с непонятной необходимостью удалять непораженную слизистую оболочку прямой кишки [7,39,50,52].

В последних обзорах, выполненных Barrios, Khubchandani (1979), Hodedadi, Kurgan, Jersky (1979), все же сообщается, что отличные результаты могут быть получены и при более расширенной геморроидэктомии и что частота осложнений типа выворачивания слизистой оболочки (эктропион) может быть сведена к минимуму. Результаты вмешательства по мнению авторов, превосходят чем обычной геморроидэктомии [1,10,33,51,52].

При комбинации геморроя с другими анальными поражениями большинство хирургов производят внутреннюю сфинктеротомию. Статистически значимой разницы по таким осложнениям операции, как мочевая инфекция, вторичные кровотечения, полное восстановление трудоспособности, послеоперационные абсцессы или свищи, анальная недостаточность разной степени, частота повторных вмешательств при открытой и закрытой технике геморроидэктомии, не установлено. Однако после закрытой геморроидэктомии отмечалось больше случаев анальной недостаточности и послеоперационной инфекции, но меньше стенозов, а также более быстрое заживление [2,10,41,51].

В последнее время больше проктолог и склоняются к тому, что хороший эффект в очень большом числе случаев может быть достигнут с помощью амбулаторных, так называемых полу хирургических методик, широко принятых проктологам и зарубежом [2,16,33, 47,51,52].

В литературе встречается данных эффективности щадящая закрытая геморроидэктомия при хирургическом лечение геморроя у детей, которое отмечает хорошие результаты,

Современные представления о лечении геморроя у детей. Классически, лечение геморроя у детей должно быть дифференцированным, при неосложненных формах геморроя у детей раннего и дошкольного возраста. Методом выбора является консервативное лечение, у детей с осложнениями геморроя, такими как тромбоз, а также при длительном течении и неэффективности консервативного лечения - показана операция открытой геморроидэктомии склеро терапия не показана у детей [5,7,8,9].

Grossmann O. и соавт. (2015) первыми опубликовали опыт применения аппарата LigaSure в лечении симптоматического геморроя в детской практике. По данным А.П. Сви и В.В. Холостовой (2019), в детской практике разработан лечения больных детей с геморроем в зависимости от возраста и тяжести клинических проявлений, основанный на эффективности различных методов лечения: консервативное - 14 (25%); хирургическое - 32(57,1%); закрытая геморроидэктомия - 17 (30,3%); геморроидэктомия при помощи аппарата LigaSure - 15 (26,8%); склеротерапия - 10 (17,8%)[5,13,52]. Показания к хирургическому лечению явились: сохраняющийся болевой синдром; продолжающееся кровотечение; длительный (более 1 мес.) анамнез и косметический дефект после перенесенного острого геморроя.

Склеротерапия у детей проводилась в следующих случаях: возраст менее 10 лет; увеличение ГУ на фоне АВМ; внутренний геморрой.

Хирургическое вмешательство проводилось под аппаратно-масочным наркозом через ларингеальную маску с дополнительным местным обезболиванием путем каудальной блокады по методике Миллиган-Морган - закрытой геморроидэктомии. При этом, особое внимание следует уделять больным, у которых геморрой проявляется на фоне воспалительного заболевания кишечника, так как у них раны после операции заживают медленнее и симптомы обычно выражены сильнее.

При выпадении ГУ без кровотечения, кроме режим диеты у детей, есть необходимости применение лекарственной терапии. Однако не определен набор оптимальных методов диагностики геморроя у детей с применением современных возможностей визуализации сосудистых структур. Многие тактические методы лечение схожи лечением больных у взрослых. При этом, не инвазивным методам мало уделено внимания [1,3,5,7,16,51].

У детей лечение ХГ начинать следует с консервативных мер, а именно - с борьбы с запорами [5,7,8,9].

Заключение

При лечении геморроя у детей, надо выбирать наиболее эффективные методы, учитывать характер и особенности течения и степень клинической выраженности ГУ. Детский хирург должен знать, что ГУ являются нормальной анатомической структурой и что не следует удалять их при отсутствии клинических симптомов геморроя. Чувство дискомфорта или ощущение постоянной боли в области заднего прохода редко бывает

обусловлено невыпадающими ГУ, и слишком активное лечение в этих случаях может не давать улучшения. У детей кровотечения и выпадение ГУ при наличии других патологических изменений являются не истинными признаками геморроя. При лечении геморроя у детей часто ограничивается снятии его симптомов; в связи с этим детские хирурги и мало внимания уделяют стадиям болезни у детей. В детской хирургической практике не сформировано четкое понятие об особенностях тактики и методы комплексного лечения в зависимости возраста детей требуют дальнейшего научного изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Благодарный, Л. А. Клинические рекомендации Геморрой у взрослых / Л. А. Благодарный, С.В. Васильев и др. // Ассоц. коло проктологов России. - 2016.
2. Зольников З.И, Зольникова Т. В./ Клиника, диагностика и лечение геморроя у детей. // Актуальные проблемы современной клинической хирургии. М. 2015;163-165.
3. Родин А.В. и др. Консервативное лечение хронического геморроя. результаты анкетирования хирургов России // Колопроктология. 2019;2(68/18):69-74.
4. Сви А.П. Геморрой и сосудистые мальформации прямой кишки у детей, алгоритм диагностики и лечения // Дис.на соис.уч. ст. к.м.н., М. 2019;120.
5. Хамраев А.Ж., Саидкулов Х.А. Особенности клинического течения геморроя у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Сборник тезисов. 2022;(12):161.
6. Хамраев А.Ж., и др. Особенности диагностики и тактика лечения геморроя у детей // Здоровье матери и ребенка. 2020;2:10-15.
7. Хамраев А. Ж., и др.. Геморрой у детей // Таврический медико-биолог-кий вестник. 2020;3(23):73-77.
8. Хамраев А. Ж., и др. Тактика лечения геморроя в детском возрасте // Журнал «Новый день в медицине» - Ташкент, 2023;10(60/2):171-176.
9. Aung P., Kholostova V. Hemorrhoids in the pediatric population: clinical manifestations, diagnostics and treatment // Russian Journal of Pediatric Surgery. 2019;(23):119-123.
10. Awadh Z. [идр.]. Approaches of Hemorrhoids Prevention: Systematic Literature Review 2021.
11. Vasyliuk S et. all. Ssurgical treatment of chronic hemorrhoids (literature review) // Kharkiv Surgical School. 2022;134-139.
12. Gupta P J. Advanced grades of bleeding hemorrhoids in a young boy. // Eur Rev Med Pharmacolol Sci. 2007;11:129-132.
13. Grossmann O., et all. Liga Sure Hemorrhoidectomy for Symptomatic Hemorrhoids: First Pediatric Experience // European Journal of Pediatric Surgery. 2014;377-380.
14. Grossmann O, Soccorso G, Murthi G. LigaSure Hemorrhoidectomy for Symptomatic Hemorrhoids:First Pediatric Experience. // Eur J Pediatr Surg. 2015;25(4):377-380. doi: 10.1055/s-0034-1382258.
15. Grigoryuk A. A., Ishchenko V. N., Krasnobaev A. E. Prevention of pain syndrome and immediate postoperative complications in the surgical treatment of chronic hemorrhoids // Pacific Medical Journal. 2020.
16. Dietrich C. F. et all. Progress in endoscopic treatment of hemorrhoids // Journal of Translational Internal Medicine. 2020;(8).
17. Din S. et all. Treatment of Symptomatic Hemorrhoids by Baron's Band Ligation // Pakistan Journal of Medical and Health Sciences. 2021;(15).
18. Ektov V. N. et all. Treatment Options for Chronic Hemorrhoids // Journal of Experimental and Clinical Surgery. 2020;4(13):353-361.
19. Jamshidi R. Anorectal Complaints: Hemorrhoids, Fissures, Abscesses, Fistulae // Clinics in Colon and Rectal Surgery. 2018;2(31):117-120.
20. Zagriadskii E. A.,et. all. Conservative Treatment of Hemorrhoids: Results of an Observational Multicenter Study // Advances in Therapy. 2018;11(35):1979-92.
21. Zagryadsky E. A. Modern treatment of acute hemorrhoids // Ambulatory surgery: hospital-replacing technologies. 2019;125.
22. Celik yahya, Erbil O. A. Factors affecting the success rate of rubber band ligation in haemorrhoid treatment // Kocaeli Medical Journal. 2019;(8).
23. Imanzadeh F. et all. External hemorrhoids in children // Journal of Surgery Pakistan. 2009.
24. Khamraev A.J, Juraev S.Sh, Akmollaev D. Hemorrhoids in children // Tavricheskiy Mediko-

- Biologicheskii Vestnik. 2022;(23):73-77.
25. Khamraev A.J, Juraev S.Sh., Features of the clinical course and complex treatment of hemorrhoids in children // Neonatology, surgery and perinatal medicine. Medical scientific journal / Kiev. 2022;1:55-64.
 26. Kleiner O. et. all. Delivery in breech presentation—a cause of hemorrhoids in a newborn // The Journal of Pediatrics. 2000;4(137):588.
 27. Klimentov M. N. et. all. Analysis of complications after hemorrhoidectomy: clinical case // Perm Medical Journal. 2021;5(38):161-164.
 28. Kondratenko A. P. Modern methods of treatment of hemorrhoidal disease using different energy types (literature review) // Ukrainian journal of surgery. 2018;3:29-36.
 29. Militsa K.M. et. all. Modern individual-comprehensive approach in the treatment of hemorrhoids // Modern medical technology. 2022.
 30. Miyamoto H. Minimally Invasive Treatment of Advanced Hemorrhoids and Ultrasound Imaging of Hemorrhoids 2016;1(5).
 31. Miyamoto H. Minimally Invasive Treatment for Advanced Hemorrhoids // Journal of the Anus, Rectum and Colon. 2023;(7):8-16.
 32. Moghadam A.D. et. all. Hemorrhoid embolization: A review of current evidences // Diagnostic and Interventional Imaging. 2022;(103).
 33. Mukhin I. A. et. all. The use of a laser in treatment of hemorrhoids (review) // Koloproktologia. 2021;(20).
 34. Moroz P., et. all. Advantages and features of modern methods of treatment of hemorrhoids // The Scientific Heritage. 2021;63(2):19-20.
 35. Navruzov S. et. all. Modern minimally invasive approaches in the surgical treatment of hemorrhoids : literature review // Journal of education and scientific medicine. 2022;1:72-78.
 36. Rejab H. et. all. Laser utility in the treatment of hemorrhoidal pathology: a review of literature // Lasers in Medical Science. 2021;(37).
 37. Ram E. et. all. Laser hemorrhoidoplasty for II-IV grade hemorrhoids: should we treat them the same? // Updates in Surgery. 2023;(75).
 38. Pata F. et. all. Anatomy, Physiology and Pathophysiology of Haemorrhoids // Reviews on Recent Clinical Trials. 2021;1(16):75-80.
 39. Sotnikov V., Katorkin S. /Minimally invasive treatment of combined hemorrhoids // Laser Medicine. 2022;(26):14-19.
 40. Stepanova N. M. et. all. Gemorroy u detey // Russian journal of pediatric surgery, anesthesia and intensive care. 2020;3s(10):164.
 41. Staford SJ, Klein MD.et. all. Hemorrhoids. // Textbook of Pediatrics, Elsevier , New Delhi, India, 2012;19e:1360-61.
 42. Tuncer A. Hemorrhoids in childhood: a well-known and oft-neglected pathology. / A. Tuncer, 2018.
 43. Turan Yildiz et al. External hemorrhoidal disease in child and teenage: Clinical presentations and risk factors. // Pak J Med Sci May - June 2019;35(3) www.pjms.org.pk.
 44. Watanabe, T., Ohno, M., et. al. Efficacy and safety of sclerotherapy with polidocanol in children with internal hemorrhoids. // Pediatrics International, 2021;63(7):813-817.
 45. Feyen L. et all. Embolization of Hemorrhoidal Arteries: A Novel Endovascular Therapy Option for the Treatment of Hemorrhoidal Disease. // RoFo: Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen und Nuklearmedizin. 2022;(194).
 46. Wang Z. et. all. Top 100 mostcited articles on hemorrhoids: A bibliometric analysis and visualized study // Frontiers in Surgery. 2022;(9):1021534.
 47. Watanabe T. et. all. Efficacy and safety of sclerotherapy with polidocanol in children with internal hemorrhoids // Pediatr.International. 2021;7(63):813-817.
 48. Yıldız T. et. all. External hemorrhoidal disease in child and teenage: Clinical presentations and risk factors: Hemorrhoid in children // Pakistan Journal of Medical Sciences. 2019;3(35).
 49. Hassan M. et all. A Cross Sectional Study on the Outcome of Rubber Band Ligation in third Degree Hemorrhoids // Pakistan Journal of Medical and Health Sciences. 2021;(15).
 50. He A., Chen M. Sclerotherapy in Hemorrhoids // Indian Journal of Surgery. 2023;2(85):228-232.
 51. <https://studfile.net/preview/3270325/page:6/>
 52. <https://doi.org/10.1111/ped.14506>.

Поступила 20.01.2024